



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

14

14.

MEDNARODNA ZNANSTVENA KONFERENCA

Povezovanje zdravstvenih ved skozi teorijo in prakso
za znanstveni razvoj in napredek strok ter dobrobit
uporabnikov

14th

INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE

Integrating health care sciences through theory and
practice in line with the scientific and professional
development and the promotion of user's well-being

Zoom, 10. junij 2021
Zoom, June 10th, 2021

14. mednarodna znanstvena konferenca: Povezovanje zdravstvenih ved skozi teorijo in prakso za znanstveni razvoj in napredek zdravstvenih strok ter dobrobit uporabnikov / 14th International Scientific Conference: Integrating health care sciences through theory and practice in line with the scientific and professional development and the promotion of user's well-being

Urednici / Editors

doc. dr. Katja Pesjak
mag. Saša Mlakar

**Programski odbor konference/
Conference Program Comitee**

doc. dr. Katja Pesjak
doc. dr. Sanela Pivač
red. prof. dr. Fiona Murphy
doc. dr. Saša Kadivec
izr. prof. dr. Mirna Macur
dr. Monika Zadnikar, pred.
red. prof. dr. Birgit Vosseler
doc. dr. Branko Bregar
doc. dr. Helena Jeriček Klanšček
dr. Sedina Kalender Smajlovič, viš. pred.
dr. Marjeta Logar Čuček, pred.
Andrea Backović Juričan, viš. pred.
Mateja Bahun, viš. pred.
Blanka Koščak Tivadar, viš. pred.
doc. dr. Radojka Kobentar
doc. dr. Tine Kovačič
mag. Saša Mlakar

Tehnična ureditev / Technical arrangement

Nina Rustja
mag. Saša Mlakar

Jezikovni pregled / Language Reviewers

Salve d.o.o. Ljubljana

Jesenice, 2021

Izdala in založila / Published by

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin/
Angela Boškin Faculty of Health Care

Recenzenti / Peer Reviewers

Mateja Bahun, viš. pred.
dr. Sedina Kalender Smajlovič, viš. pred.
Blanka Koščak Tivadar, viš. pred.
Andrea Backović Juričan, viš. pred.
doc. dr. Sanela Pivač
red. prof. dr. Fiona Murphy
doc. dr. Branko Bregar
doc. dr. Katja Pesjak
izr. prof. dr. Mirna Macur
dr. Marjeta Logar Čuček, pred.
doc. dr. Helena Jeriček Klanšček
red. prof. dr. Birgit Vosseler
dr. Monika Zadnikar, pred.
doc. dr. Saša Kadivec
doc. dr. Radojka Kobentar
doc. dr. Tine Kovačič

**Oblikovanje naslovnice /
Front page design**

MA marketing, d.o.o.

Oblikovanje / Design

Salve d.o.o. Ljubljana

Avtorji odgovarjajo, da je vsa uporabljena literatura v prispevku navedena v seznamu literature.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2:616-083(082)(0.034.2)

MEDNARODNA znanstvena konferenca Povezovanje zdravstvenih ved skozi teorijo in prakso za znanstveni razvoj in napredek zdravstvenih strok ter dobrobit uporabnikov (14 ; 2021 ; online)

14. mednarodna znanstvena konferenca Povezovanje zdravstvenih ved skozi teorijo in prakso za znanstveni razvoj in napredek zdravstvenih strok ter dobrobit uporabnikov : zbornik predavanj z recenzijo : 10. junij 2021 [Elektronski vir] = 14th International Scientific Conference Integrating health care sciences through theory and practice in line with the scientific and professional development and the promotion of user's well-being : proceedings of lectures with peer review : June 10th, 2021 / [urednici Katja Pesjak, Saša Mlakar]. - Jesenice : Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2021

Način dostopa (URL): <https://www.fzab.si/si/mainmenu/center/publikacije/>

ISBN 978-961-6888-52-3 (PDF)

COBISS.SI-ID 65102851



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

14. MEDNARODNA ZNANSTVENA KONFERENCA

Povezovanje zdravstvenih ved skozi teorijo in prakso za znanstveni razvoj in napredek zdravstvenih strok ter dobrobit uporabnikov

14th INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE

Integrating health care sciences through theory and practice in line with the scientific and professional development and the promotion of user's well-being

10. junij 2021, preko aplikacije ZOOM / June 10th, 2021, ZOOM

**Zbornik predavanj z recenzijo /
Proceedings of lectures with peer review**

Jesenice, 2021

Kazalo / Contents

VABLJENO PREDAVANJE / INVITED LECTURE

Prilagajanje in timsko delo na COVID-19 oddelkih – vidik medicinskih sester in zdravnikov, oziroma kaj nas je COVID-19 naučil.....	8
Anja Novak, Maja Kaker, Mojca Strgar Ravnik, Anja Jovanovič Kunstelj	

POSTER SEKCIJA / POSTER SECTION

Working beyond the limits of competence in nursing – descriptive research on the case of a general Slovenian hospital.....	18
dr. Sedina Kalender Smajlovič, dr. Sanela Pivač, dr. Katja Pesjak, Urban Bole, dr. Brigita Skela Savič	

ZNANSTVENI PRISPEVKI / SCIENTIFIC CONTRIBUTIONS

Etične in moralne dileme v procesu odločanja v zdravstvu.....	20
Darja Lasič, dr. Sedina Kalender Smajlovič	
Zmanjševanje uporabe posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji.....	33
Zoran Djekić, Aljoša Lapanja	
Zdravstvena pismenost medicinskih sester in odnos do dela s pacienti z ovirami	40
Andreja Vovk, dr. Mojca Zvezdana Dernovšek	
Cepljenje proti pnevmokoku in vloga zdravstvene nege – pregled literature	49
Maruša Hacin, dr. Irena Grmek Košnik	
Zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem pri odraslih prebivalcih Slovenije	57
Mitja Vrdelja, Sanja Vrbovšek, Vito Klopčič	
Potrebe po izobraževanju na področju fitoterapije	65
Sabina Kršnik	
Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi: pregled literature.....	73
dr. Marjeta Logar Čuček	
Nurse Managers interventions to prevent and reduce missed nursing care in Nursing Home: a multicentre qualitative study	83
Jessica Longhini, dr. Maria Schubert, Susanne de Wolf-Linder, dr. Evridiki Papastavrou, dr. Georgios Efstathiou, dr. Panayiota Andreou, dr. Renate Stemmer, Christina Ströhm, dr. Alvisa Palese	

Dojemanje izgorelosti izvajalcev zdravstvene nege v času epidemije COVID-19	91
dr. Ljiljana Leskovic, dr. Karmen Erjavec	
Pomen zdravstvene nege pri celostni obravnavi nosečnic - uporabnic drog	98
dr. Vesna Mejak, dr. Brane Bregar	
Vpliv pomanjkanja vitamina D3 na tveganje za okužbo s SARS-CoV-2 in potek bolezni COVID-19: krovni sistematični pregled literature	105
Matic Mihevc, dr. Marija Petek Šter	
Motivacijski intervju pri obravnavi uživalcev psihoaktivnih substanc	114
Tim Greblo, dr. Branko Bregar	
Povezanost epidemije COVID-19 s pojavnostjo depresije in anksioznosti med zdravstvenimi delavci na primarni ravni: pilotna raziskava	120
Matic Mihevc, dr. Marija Petek Šter	
Prožnost zadnjih stegenskih mišic v povezavi z gibljivostjo ledvene hrbtenice v sagitalni ravnini	131
Blanka Koščak Tivadar	
Uporaba kontracepcijskih metod med študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin	138
Emrije Misimi Idrizi, Anita Prelec	
Vodenje v zdravstveni negi v izbranih zdravstvenih zavodih gorenjske regije	146
Suzana Nikolič, dr. Sanela Pivač, dr. Goran Vukovič	
Fizioterapija pri poškodbi zadnje stegenske strune – pregled literature	153
Ula Kulašič, Anja Gorišek, Polona Ipavec, Tajda Pelc, Danielle Jagodic	
Učinkovitost hidroterapije pri pacientih po možganski kapi – pregled literature	161
Zala Primožič, Nika Kolarič, Ema Prusnik, Luka Pogačnik, Nika Dečman, Rebeka Prešeren, dr. Monika Zadnikar, Danielle Jagodic	
Poročanje o odzivnosti slovenskih zdravstvenih domov	169
dr. Suzana Šuklar, dr. Mirna Macur	
Izsledki fokusnih skupin med delodajalci o doseganju kompetenc diplomantov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin	177
Mateja Bahun, dr. Sanela Pivač, dr. Mirna Macur	
Vpliv izobraževanja med hospitalizacijo na število padcev v domačem okolju	188
Romana Petkovšek-Gregoric, Agata Križnar	
Učinkovitost različnih metod in tehnik fizioterapije pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19	197
Ana Filej, Eva Uršej	
Zdravje zaposlenih v neposredni zdravstveni negi pacientov s covidom-19 – pregled literature	203
dr. Radojka Kobentar, Slavica Roljič	
Prehranjevalne, gibalne in spalne navade odraslih Slovencev med prvim valom epidemije Covid-19: izbrani rezultati nacionalne raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog 2020	211
Andrea Backović Juričan, Rok Poličnik, Brigita Zupančič Tisovec	
Dispečerska služba zdravstva in epidemija Sars-Cov-2/COVID-19 – študija primera	220
Andrej Fink	
Izbor teorije zdravstvene nege za delo v pediatrični nujni medicinski pomoči	227
Mateja Rehar, dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnikihar, Sergej Kmetec	
Neenakosti v (duševnem) zdravju med mladostniki v Sloveniji 2002 – 2018	236
dr. Helena Jeriček Klanšek, mag. Tina Zupanič	
Izkušnje in doživljanje nasilja zaposlenih v izbranem zdravstvenem domu	242
Marija-Lara Schnabl, mag. Jožica Ramšak Pajk	
Pomen vnaprej izražene volje pri pacientih z duševno motnjo v sistemu psihiatrične zdravstvene obravnave – interpretativni pregled literature	255
Aleš Zajc, Armin Čulić, dr. Branko Bregar	
Duševno zdravje bodočih maturantov v času Covid 19 – kvalitativna študija	262
mag. Jožica Ramšak Pajk, Lana Ramšak	

Heteronormativnost in homofobija v zdravstvu – fenomenološka raziskava izkušenj LGBT pacientov z zdravstvenimi delavci	268
Tilen Tej Krnel, dr. Brigita Skela Savič	
A link between the quality of life and depression in patients with heart failure: a pilot study	276
Katka Bobcikova, dr. Radka Buzgova	
Reševanje konfliktov v zdravstveni negi – pregled literature	282
Patricia Bitenc, Mateja Bahun	

RAZŠIRJENI POVZETKI / EXTENDED ABSTRACTS

Prevalence of adverse events in hospitalized patients and unfinished nursing care: preliminary results of czech multicentre study	292
dr. Renáta Zeleníková, dr. Darja Jarošová, dr. Eva Mynaříková, dr. Ilona Plevová, Miroslava Kachlová	
A European study on perceived barriers and enablers of nursing research	294
dr. Lucia Cadorin, dr. Brigita Skela Savič, dr. Sanela Pivač, dr. Sara Scarsini, Barbara Narduzzi, dr. Manuel Lillo-Crespo, dr. Jorge Riquelme Galindo, dr. Christine Fitzgerald, dr. Alice Coffey, dr. Liz Kingston, dr. Alvisa Palese, Mateja Bahun	

STROKOVNI PRISPEVKI / PROFESSIONAL CONTRIBUTIONS

Fizioterapija v času epidemije COVID-19	298
Slađana Božić	

SEZNAM AVTORJEV / AUTHOR'S INDEX



**Vabljeno predavanje /
Invited lecture**

Prilagajanje in timsko delo na COVID-19 oddelkih – vidik medicinskih sester in zdravnikov, oziroma kaj nas je COVID-19 naučil

Adaptation and teamwork in COVID-19 wards – the perspective of nurses and physicians or what COVID-19 has taught us

Anja Novak¹

Maja Kaker²

Mojca Strgar Ravnik³

Anja Jovanovič Kunstelj⁴

Izvleček

Teoretična izhodišča: Pandemija, povzročena s COVID-19, je močno prizadela zdravstvene sisteme po vsem svetu. Zdravstveni timi so bili primorani svoje delo, način razmišljanja in protokole prilagoditi v zelo kratkem času. Zaradi izpostavljenosti pritiskom je timsko delo pridobilo na veljavi, postalo je zahtevnejše in pomembnejše. Po svetu so se pojavili številni primeri sodelovanja, ki sicer v običajnih razmerah poteka drugače. Kriza ljudi spremeni, spodbudi pripravljenost za sodelovanje, porušijo se nesoglasja, ki so obstajala prej, vse v prid reševanja skupne stiske v tako specifičnem času. Zagotovo obstajajo dejavniki, ki vplivajo na timsko delo v drugačnih razmerah in delujejo povezovalno.

Metoda: Uporabili smo neeksperimentalno eksplorativno raziskovalno metodo. Podatke smo pridobili s strukturiranim vprašalnikom, ki je bil sestavljen iz več sklopov. V raziskavo so bile vključene medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege in zdravniki, ki svoje delo opravljajo na COVID-19 oddelkih in COVID-19 intenzivni terapiji v Splošni bolnišnici Jesenice v času drugega in tretjega vala epidemije COVID-19, anketni vprašalnik je izpolnilo Anketo je izpolnilo 73 od 122 zaposlenih, kar predstavlja 59,8% odzivnost. Za obdelavo podatkov smo uporabili opisno, bivariatno in multivariatno statistiko.

Rezultati: Z raziskavo smo ugotovili, da se anketiranci na pet stopenjski Likertovi lestvici najbolj strinjajo s trditvami Dobro sodelovanje zdravnik – medicinska sestra vpliva na boljše izide pri zdravljenju pacientov (PV=4,71; SO=0,588), sledijo trditve Dobro sodelovanje zdravnik – medicinska sestra vpliva na boljše zdravstveno nego pacientov (PV=4,59; SO=0,680), Stalna dostopnost zdravnika na COVID-19 oddelku pripomore k boljši in hitrejši zdravstveni obravnavi (PV=4,57; SO=0,738) ter Pri delu na COVID-19 oddelku je značilno dobro povezovanje zdravnik – medicinska sestra (PV=4,55; SO=0,641).

Razprava: Raziskava je pokazala, da je delo na COVID-19 oddelkih potekalo timsko, čeprav še niso prepoznani vsi elementi timskega dela, pokazala pa je tudi velik vpliv pravilnega vodenja in organiziranja dela v izrednih razmerah, kar pa epidemija je.

Ključne besede: bolnišnice, pandemija, zaposleni, skupinsko delo

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has severely affected health systems around the world. The health-care teams were forced to adapt their work, way of thinking, and protocols in a very short time. Due to exposure to pressure, teamwork gained in value became more demanding and important. There have been many examples around the world of cooperation that normally takes place differently. The crisis is changing people, encouraging a willingness to cooperate, and dispelling disagreements that existed before, all in favor of resolving common hardship at such a specific time. Certainly, some factors affect teamwork in different situations and act like a link.

Methods: A non-experimental exploratory research method was used. Data were obtained with a structured questionnaire which consisted of several lots. The survey includes nurses, nurse assistants, and physicians

¹ Anja Novak, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Jesenice, anja.novak@sb-je.si

² Maja Kaker, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Jesenice, maja.kaker@sb-je.si

³ Mojca Strgar Ravnik, mag. zdr. neg., Splošna bolnišnica Jesenice, mojca.strgar.ravnik@sb-je.si

⁴ Anja Jovanovič Kunstelj, dr. med., Splošna bolnišnica Jesenice, anja.jovanovic-kunstelj@sb-je.si

who performed their work in COVID-19 wards and COVID-19 intensive care at the Jesenice General Hospital during the second and third wave of the COVID-19 epidemic. 79 employees completed the questionnaire. We used descriptive, bi-statistical, and multivariate statistics to process data.

Results: The survey found that respondents most agree with the statements Good collaboration physician – nurse influences better outcomes in the treatment of patients ($AV = 4,71$; $SD = 0,588$) followed by the statements Good cooperation physician – nurse influences better patient care ($AV = 4,59$; $SD = 0,680$). The constant availability of a physician in the COVID-19 ward contributes to better and faster medical treatment ($AV = 4,57$; $SD = 0,738$) and When working in the COVID-19 ward, a good physician-nurse connection is characteristic ($AV = 4,55$; $SD = 0,641$).

Discussion: The research showed that the work in COVID-19 wards was carried out as a team, although not all elements of teamwork have been identified yet, and it also showed the great impact of proper management and organization of work in a crisis, which an epidemic is.

Keywords: hospitals, pandemic, employees, psychology, teamwork

1 Teoretična izhodišča

Pandemija s COVID-19 se je pričela na Kitajskem v decembru 2019 in se je kljub strogim ukrepom za njeno zaježitev razširila po vsem svetu v marcu 2020 (Huang, et al., 2020, WHO, 2020a, 2020b, Wu, et al., 2020 cited in Catania, et al., 2020). Pandemija je v vseh državah povzročila negativne posledice, tako na ekonomskem področju kot tudi na področju družbe. Okužbe s COVID-19 se hitro širijo in bolezen je hitro nalezljiva. Odnos in dojemanje zdravstvenih delavcev pandemije s COVID-19 je bilo po svetu različno vse od njenega začetka (Alanezi, et al., 2021).

Pandemijo lahko opredelimo kot izredno stanje, v kompleksnih in zahtevnih razmerah pa je delovanje timov izrednega pomena. Raziskovalci uporabljajo pojem »izredne razmere« takrat, ko je delovanje timov intenzivno, tvegano, v nevarnem okolju in kjer so zahteve drugačne kot sicer. Obstaja več definicij, ki opredeljuje pojem izrednih razmer, vsem pa je lastno, da se timi, ki v takšnih okoljih delujejo, srečujejo z določenimi omejitvami in zahtevami (Maynard, et al., 2018). Zdravstveni timi so bili zaradi tega po svetu prisiljeni v drugačno delovanje. Ti so se srečali z razmerami, ki jih še ni bilo. Timi zdravnikov, medicinskih sester, farmacevtov, fizioterapevtov so se v začetku srečevali ne samo s pomanjkanjem osebne varovalne opreme, pač pa tudi s pomanjkanjem zaposlenih zaradi okužb s COVID-19 (Traylor, et al., 2020). Alanezi, et al., 2021 navajajo, da na odnos zdravstvenih delavcev do pandemije vpliva predvsem visoka izpostavljenost okužbi, povečane delovne obremenitve in posledično večja možnost stresa.

V času zdravstvene krize je izrednega pomena razumeti, kako zdravstveni timi lahko izboljšajo izide zdravljenja. Psihologi so skozi desetletja izvedli mnogo raziskav, ki so zajemale in opredeljevale vrste stresorjev s katerimi se srečujejo timi v kriznih situacijah, učinke teh stresorjev na delovanje timov in na vedenja, ki lahko ublažijo stres in vplivajo na to, da timi hitreje okreva (Traylor, et al., 2020). Stresorji so razdeljeni na stresorje na osebni ravni (strah za lastno zdravje, preobremenjenost, utrujenost), stresorje na timski ravni (nepoznavanje novih sodelavcev, pomanjkanje strokovnega znanja članov ekipe, novi ali nepoznani negovalni postopki in zdravljenje), stresorje na organizacijski ravni (nezadostni viri; oprema, pripomočki, ločevanje timov na tiste, ki skrbijo za obolele s COVID-19 in tiste, ki skrbijo za ostale, finančni pritisk zaradi zmanjšane obsega delovnega programa) in pa stresorji življenja izven službe (zaskrbljenost za družino in prijatelje, izguba članov družine, socialna izolacija) (Tannenbaum, et al., 2020).

Pomembno je, da se osredotočamo na izkušnje zdravstvenih delavcev in razumemo specifične dela v času pandemije ter posledično razvijamo ukrepe in zagotavljamo podporo izvajalcem, saj le to izboljša njihovo telesno in duševno zdravje med pandemijo s COVID-19

(Xiong & Peng, 2020), hkrati pa izboljšanje delovnih razmer in komunikacije med člani tima zmanjša napake v zdravstvu, ki so za pacienta lahko škodljive ali usodne (Green, et al., 2017). Izrednega pomena za zdravstvene organizacije je tudi sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki. Prav ti izvedejo večino aktivnosti pri pacientu timsko. Hossny & Sabra (2020) navajata, da sodelovanje med zdravnikom, medicinsko sestro in drugimi zdravstvenimi delavci izboljšuje kakovost storitev, izboljšuje izide zdravljenja pri pacientu, hkrati pa povečuje zadovoljstvo zdravstvenih delavcev predvsem v okoljih, kjer je potrebnih veliko interakcij med njimi. To je še posebej pomembno takrat, ko je dober odnos med medicinsko sestro in zdravnikom osnova terapije pacientov. Sicer koncept delovanja timov v zdravstvu za doseganje boljših rezultatov v povezavi z delom ni nov, prav sodelovanje med zdravstvenimi delavci v času krize pa je opredeljeno kot ključ za uspešno delovanje (Hales, et al., 2020). Da bi s timskim delom dosegli odlične rezultate je nujno dobro sodelovanje, koordinacija med člani tima ter ustrezna komunikacija. Za zagotavljanje sodelovanja in koordinacije med člani enega tima ali med različnimi timi je učinkovita komunikacija nujna – verbalna ali neverbalna. Odsotnost le te pomeni povečano možnost za napake ali druge neželene dogodke pri obravnavi pacientov (Gluyas, 2015). To navajata tudi da Silva Nogueirova in Rodriguesova (2014), le da poleg neučinkovite komunikacije kot dejavnik za napake in neželene dogodke navajata tudi napake v timskem delu. Sodelovalna skrb za pacienta, ki je dosežena z visoko delujočim, na pacienta osredotočenim medprofesionalnim timskim delom, izboljša učinkovitost in uspešnost organizacije in zdravstvenega sistema (Arevian, 2005, Newman, et al., 2005, Schouten, et al., 2008 cited in Körner, et al., 2015). Körnerjeva s sodelavci (2015) v svoji raziskavi tudi navaja, da k razvoju uspešne, k pacientu usmerjene medprofesionalne timske obravnave pacientov prispeva veliko dejavnikov, eden izmed njih je zagotovo postopek razvoja skupnih miselnih modelov, t.i. integracija znanja. Glavni vidiki so skupno in organizirano razumevanje ustreznega znanja o nalogi (npr. cilj, delovni proces, delitev dela, metode in orodja) in tima (npr. značilnosti, kot so spretnosti in strokovno znanje, vloge in odgovornosti) (Burtscher & Manser, 2012, Cannon-Bowers, et al., 1993, DeChurch & Mesmer-Magnus, 2010, Mohammed, et al., 2000, Steinheider, et al., 2009 cited in Körner, et al., 2015).

Za raziskavo smo se odločili, da bi ugotovili, ali glede na specifične razmere poteka delo timsko in kateri elementi timskega dela so prepoznani.

2 Metode

V naši raziskavi smo si postavili naslednji hipotezi:

- H1 Obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih medicinskih sester in zdravnikov o organizaciji dela in delu v timu glede na socio-demografske podatke (spol, starost, delovno dobo in izobrazbo).
- H2 Obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih medicinskih sester in zdravnikov o organizaciji dela in delu v timu glede na značilnosti delovnega mesta (matično delovišče, trajanje dela na COVID-19 oddelku).

2.1 Raziskovalna metodologija

Raziskava temelji na neeksperimentalni eksplorativni kvantitativni raziskovalni metodi. Teoretični del temelji na pregledu literature, empirični del pa na rezultatih kvantitativne raziskave. Za izvedbo raziskave smo podatke zbirali s tehniko anketiranja. Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih vsebinskih sklopov; za prispevek smo uporabili podatke iz prvega sklopa, ki

je vseboval 45 trditev o dejavnikih, ki vplivajo na organizacijo dela in delo v timu ter podatke iz četrtega sklopa, ki je vseboval 6 vprašanj o socialno demografskih značilnostih anketirancev. Do teh trditev so se respondenti opredelili. Vprašalnik je bil sestavljen s pomočjo petstopenjske ordinalne lestvice strinjanja: stopnja 1 je pomenila, da se s trditvijo anketiranci nikakor ne strinjajo, stopnja 2, da se ne strinjajo, stopnja 3, da se niti ne strinjajo niti strinjajo, stopnja 4, da se strinjajo in stopnja 5, da se popolnoma strinjajo. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregledane literature. Izhajali smo iz člankov avtorjev Alanezija, et al. (2020), kjer so raziskovali vedenja zdravstvenih delavcev v povezavi s pandemijo, Traylor, et al. (2021), ki so raziskovali delovanje timov med pandemijo, Hossnya in Sabra (2020), ki sta raziskovala odnos in pokazatelje sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki ter Gluyasa (2015), ki je raziskoval učinkovito komunikacijo in timsko delo v povezavi z varno obravnavo pacientov.

Zanesljivost inštrumenta smo izračunali s koeficientom Cronbach alfa. Vprašalnik je presegal vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti instrumenta (Nunnally & Bernstein, 1994).

2.2 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili vse zaposlene zdravnike, medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege, ki so od oktobra 2020 pa do konca meseca marca 2021 delali na enem izmed treh bolnišničnih oddelkov ali v enoti intenzivne terapije, kjer so bili hospitalizirani COVID-19 pacienti, v Splošni bolnišnici Jesenice. Vseh skupaj zaposlenih je bilo 122. Anketo je izpolnilo 73 zaposlenih, kar predstavlja 59,8% odzivnost. V raziskavi je sodelovalo 15 % (n=11) moških in 85 % (n=62) žensk. Najbolj je bila zastopana starostna skupina od 29 do 38 let (38,4 %; n=28), najmanj nad 55 let (1,4 %, n=1), starih do 23 let je bilo 2,7 % (n=2), od 23 do 28 let 28,8 % (n=21), od 39 do 45 let 23,3 % (n=17) in od 46 do 55 let 5,5 % (n=4). Največ je bilo diplomiranih medicinskih sester (58,9 %; n=43), najmanj zdravnikov specializantov (2,7 %; n=2), tehnikov zdravstvene nege je bilo 34,2 % (n=25) in zdravnikov specialistov 4,1 % (n=3). Največji odstotek anketirancev glede na delovno dobo je bilo v skupini z delovno dobo od 4 do 10 let (36,6 %; n=26), najmanj z delovno dobo nad 26 let (7 %; n=5) in 21 do 25 let (7 %; n=5), do 3 leta delovne dobe je imelo 15,5 % (n=11), od 11 do 15 let 14,1 % (n=10) in 16 do 20 let 19,7 % (n=14). Največji delež anketirancev (47,1 %) je tistih, katerih matično delovišče je sicer internistična služba, iz kirurške službe in intenzivne internistične terapije po 12,9 % (n=9), iz enote intenzivne terapije operativnih strok 2,9 % (n=2), iz anesteziološko – reanimacijske službe 7,1 % (n=5), iz urgentnega centra 5,7 % (n=4) in iz drugih enot 11,4 % (n=8), za katere pa so anketiranci dopisali v enakem deležu ginekološko porodniški oddelek in oddelek za zdravstveno nego.

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Izvedba anketiranja je potekala v mesecu marcu in aprilu 2021. Vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice smo poslali vso potrebno dokumentacijo za pridobitev dovoljenja za izvedbo raziskave v ustanovi, kar so nam odobrili. Soglasje etične komisije ni bilo potrebno, udeležba pri anketiranju je bila anonimna in prostovoljna, anketnemu vprašalniku je bilo priloženo navodilo za izpolnjevanje. Anketni vprašalnik je bil vnesen v spletni program 1ka, povezava do anketnega vprašalnika je bila zaposlenim poslana preko bolnišnične elektronske pošte. Pridobili smo kvantitativne podatke, statistično smo jih analizirali s pomočjo IBM SPSS programa, verzija 25.0 in programa MS Excel 2013. Izračunali smo povprečno vrednost za opisno statistiko. Nato smo uporabili Kolmogorov-Smirnov test, da smo ugotovili ali so podatki

porazdeljeni normalno ali ne, ker podatki niso bili normalno porazdeljeni smo da analizo uporabili Mann-Whitneyev U test za preverjanje statistično pomembnih razlik med dvema skupinama (spol) in Kruskal-Wallis test za preverjanje statistično pomembnih razlik med 3 ali več skupinami (starost, delovišče, izobrazba, delovna doba in čas dela na COVID-19 oddelku).

3 Rezultati

Glede na povprečno vrednost se respondenti najbolj strinjajo s trditvami Dobro sodelovanje zdravnik – medicinska sestra vpliva na boljše izide pri zdravljenju pacientov (PV=4,71, SO=0,588), sledijo trditve Dobro sodelovanje zdravnik – medicinska sestra vpliva na boljšo zdravstveno nego pacientov (PV=4,59, SO=0,68), Stalna dostopnost zdravnika na COVID-19 oddelku pripomore k boljši in hitrejši zdravstveni obravnavi (PV=4,57, SO=0,738) ter Pri delu na COVID-19 oddelku je značilno dobro povezovanje zdravnik – medicinska sestra (PV=4,55, SO=0,641).

Najmanjše strinjanje so anketiranci izrazili pri trditvah Po končanem delu imamo timske sestanke o poteku dela v izmeni (ne predaja pacientov) (PV=2,73, SO=1,119), Pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi ne vpliva na delo na COVID-19 oddelku (PV=2,79, SO=1,308), Na COVID-19 oddelku imamo vsako jutro timske sestanke kjer se dogovorimo o obravnavi pacientov (ne predaja pacientov) (PV=2,80, SO=1,147) in Kadarkoli imam možnost koriščenja počitka (PV=2,80, SO=1,139).

Glede na postavljene hipoteze so rezultati naslednji.

H1 – Obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih medicinskih sester in zdravnikov o organizaciji dela in delu v timu glede na socio-demografske podatke (spol, starost, delovno dobo in izobrazbo).

V raziskavi smo zaželi s to hipotezo ugotoviti ali se anketiranci med seboj razlikujejo v mnenjih o organizaciji dela in delu v timu glede na spol, starost anketirancev, delovno dobo in izobrazbo anketirancev. Rezultati so pokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih respondentov o organizaciji dela in dela v timu pri trditvi, kjer nas je zanimalo, če neposredni vodja skrbi za dobro počutje ($p=0,039$) in sicer ženske (povprečje rangov (PR)=38,47) bolj kot moški (PR=25,59) pri trditvi, kjer nas je zanimalo, če zaposleni na COVID-19 oddelku vedo, kaj se od njih pričakuje ($p=0,016$) in sicer ženske (PR=38,74) bolj kot moški (PR=24,09), pri trditvi kjer nas je zanimalo če je pristop na oddelku timski ($p=0,045$) in sicer ženske (PR=39,39) bolj kot moški (PR=26,05), zanimalo nas je, če imajo zaposleni dovolj opreme za svoje delo ($p=0,001$) in sicer ženske (PR=39,67) bolj kot moški (PR=18,91), pri trditvi če anketiranci menijo, da so pri svojem delu uspešni ($p=0,017$). S tem se bolj strinjajo ženske (PR=38,72) kot moški (PR=24,18). Tudi pri trditvi, v katerem nas je zanimalo njihovo mnenje o tem, če vodstvo predloge zaposlenih na oddelku upošteva ($p=0,004$) in sicer ženske (PR=38,88) bolj kot moški (PR=20,32).

Glede na starost so rezultati pokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih respondentov o organizaciji dela in dela v timu glede na starost pri trditvi, kjer nas je zanimalo, če imajo zaposleni dovolj podpore vrhnjega managementa ($p=0,009$) in sicer je strinjanje najvišje v starostni skupini do 23 let (PR=51,50) ter pri respondentih, ki spadajo v starostno skupino od 46 do 55 let (PR=59,75). Pri trditvi, kje nas je zanimalo če zaposleni prejemajo kakovostna navodila za opravljanje svojega dela ($p=0,028$) in sicer je strinjanje najvišje v starostni skupini do 23 let (PR=55,00) in starostni skupini več kot 55 let (PR=15,50). Pri trditvi, pri kateri nas je zanimalo mnenje respondentov, če je na

oddelku zaposlenih dovolj tehnikov zdravstvene nege ($p=0,009$) je strinjanje respondentov najvišje v starostni skupini od 39 – 45 let ($PR=50,35$) ter v starostni skupini od 46 – 55 let ($PR=50,38$). S trditvijo »Na COVID-19 oddelku je v izmeni dovolj diplomiranih medicinskih sester« ($p=0,031$) se bolj značilno strinjajo stari do 23 let ($PR=50,50$) in zaposleni v starostni skupini 39 - 45 let ($PR=48,79$). Pri trditvi, pri kateri nas je zanimalo, če pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi ne vpliva na delo na COVID-19 oddelku ($p=0,035$) se bolj strinjajo v starostni skupini od 39 - 45 let ($PR=48,03$) in 46-55 let ($PR=44,25$). Trditev, ali podporne službe nudijo pomoč, ko jo potrebujemo (informacijska tehnologija, TVS, nabavna služba ipd.) ($p=0,012$) se bolj strinjajo stari do 23 let ($PR=58,25$) in stari od 46 do 55 let ($PR=63,38$). S trditvijo, pri kateri nas je zanimalo, če se na COVID-19 oddelku izvajajo jutranji sestanki kjer se dogovarjajo o obravnavi pacientov (ne predaja pacientov) ($p=0,023$) se bolj strinjajo stari do 23 let ($PR=64,50$) in stari od 46 do 55 let ($PR=50,17$).

Glede na delovno dobo se respondenti statistično pomembno strinjajo s trditvijo kjer nas je zanimalo njihovo mnenje, ali imajo dovolj podpore vrhnjega managementa ($p=0,022$) bolj se strinjajo tisti respondenti, ki so zaposleni od 16 do 20 let ($PR=44,29$), od 21 do 25 let ($PR=46,80$) ter tisti, ki so zaposleni več kot 26 let ($PR=51,60$). Statistično pomembno se strinjajo s trditvijo, pri kateri nas je zanimalo mnenje respondentov, ali je na oddelku zaposlenih dovolj tehnikov zdravstvene nege ($p=0,049$), bolj pomembno tisti z delovno dobo od 16 do 20 let ($PR=43,11$), od 21 do 25 let ($PR=51,90$) ter z delovno dobo več kot 26 let ($PR=41,00$). S trditvijo, ali imajo zaposleni po končani izmeni timske sestanke o poteku dela (debriefing) ($p=0,040$) se bolj strinjajo respondenti, ki so zaposleni od 16 do 20 let ($PR=42,89$) in več kot 26 let ($PR=47,80$). Tudi s trditvijo, če vodstvo upošteva predloge zaposlenih na COVID-19 oddelku ($p=0,046$) se najbolj strinjajo tisti z delovno dobo od 16 do 20 let ($PR=47,07$) ter z delovno dobo več kot 26 let ($PR=45,20$).

Glede na izobrazbo je statistično pomembna razlika pri trditvi, da je na COVID-19 oddelku značilna nova in inovativna oskrba pacientov ($p=0,011$), bolj se strinjajo zdravniki specializanti ($PR=65,00$) in zdravniki specialisti ($PR=65,00$). S trditvijo, kjer nas je zanimalo mnenje respondentov, če ocenjujejo svoje delo na COVID-19 oddelku kot uspešno ($p=0,046$) se bolj strinjajo zdravniki specialisti ($PR=62,00$). Trditev, kjer nas je zanimalo ali zaposleni izvajajo jutranje sestanke (prebriefing), kjer se dogovorijo o obravnavi pacientov je statistično pomembna ($p=0,021$), bolj se strinjajo zdravniki specializanti ($PR=64,50$) in zdravniki specialisti ($PR=53,67$). Tudi s trditvijo, s katero nas je zanimalo ali zaposleni izvajajo timske sestanke po končani izmeni (debriefing) ($p=0,012$) se bolj strinjajo zdravniki specializanti ($PR=70,00$) in zdravniki specialisti ($PR=50,83$). S trditvijo, ali je delo na COVID-19 oddelku organizirano tako, da imajo zaposleni možnost koriščenja počitka ($p=0,015$) se najbolj strinjajo tehniki zdravstvene nege ($PR=43,86$) in diplomirane medicinske sestre ($PR=34,87$).

Hipoteza 1 je delno potrjena.

H2 - Obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih medicinskih sester in zdravnikov o organizaciji dela in delu v timu glede na značilnosti delovnega mesta (matično delovišče, trajanje dela na COVID-19 oddelku).

V raziskavi smo zaželi s to hipotezo ugotoviti ali se anketiranci med seboj razlikujejo v mnenjih o organizaciji dela in delu v timu glede na delovno mesto in glede na trajanje dela na COVID-19 oddelku.

Glede na matično delovišče respondentov rezultati niso pokazali statistično pomembnih povezav.

Glede na trajanje dela na COVID-19 oddelku se respondenti statistično pomembno strinjajo s trditvijo, ali jim neposredni vodja nudi dovolj podpore pri delu na COVID-19 oddelku

ko je to potrebno ($p=0,022$) in sicer se s tem bolj strinjajo tisti, ki so delali na COVID-19 oddelku od 2 do 3 mesece ($PR=40,95$). Statistično pomembno se respondenti tudi strinjajo s trditvijo »Na COVID-19 oddelku si zaupamo ne glede na izobrazbo« ($p=0,031$) in sicer tudi tisti, ki so tam delali od 2 do 3 mesece ($PR=44,40$). S trditvijo, kjer nas je zanimalo, ali je 12 urni delavnik predolg se respondenti statistično pomembno strinjajo ($p=0,049$) in sicer se s tem bolj strinjajo tisti, ki so tam delali 4 mesece ali več ($PR=39,03$). Hipoteza 2 je delno potrjena.

4 Razprava

V naši raziskavi smo ugotovili, da je delo na COVID-19 oddelku potekalo timsko. Da je delo s COVID-19 pacienti timsko sta v svoji raziskavi ugotovila tudi Xiong & Peng (2020) in sicer, da imajo izvajalci zdravstvenih storitev pri zdravljenju pacientov s COVID-19 izreden občutek odgovornosti in močan timski duh. Kljub različnim matičnim deloviščem iz katerih so prihajali zaposleni nismo ugotovili statistično pomembnih razlik pri strinjanjih s trditvami o timskem delu. Vsi zaposleni na COVID-19 oddelkih so stremeli k istemu cilju. Rezultat naše raziskave je v primerjavi z raziskavo, ki sta jo izvedli Boev & Xia (2015), zanimiv. Namreč, njihovi rezultati so pokazali, da je hierarhija v zdravstvu še vedno močno prisotna in da zdravniki dojemajo timsko delo predvsem v smislu naročil medicinskim sestram, medicinske sestre kot prejemnice teh naročil pa težko sodelujejo v timskem načinu dela in to predvsem zaradi osebnih ovir, ker je hierarhija v bolnišnicah tako močno izražena. Ugotovili smo tudi, da so bili zaposleni zadovoljni s podporo vrhnjega vodstva, kar zagotovo kaže na to, da je bila komunikacija z zaposlenimi primerna, dobra, hitra in učinkovita, ter da so bila navodila in usmeritve za delo na teh oddelkih dobro pripravljena. Predvidevamo, da je bila na teh oddelkih drugačna organizacijska klima, vrednote in prioritete pa spremenjene in da je bil vpliv in podpora vrhnjega managementa drugače sprejet. To navajajo v svoji raziskavi tudi Rosen in soavtorji (2018), kjer so ugotovili, da imajo v bolnišnicah, kjer timsko delo deluje in je razvito, ti timi svojo organizacijsko kulturo in vsak oddelek svojo mikro kulturo. Vse to pa vpliva na to, kako timi delujejo in kakšne so interakcije med člani tima. Zagotovo v organizacijsko kulturo COVID-19 oddelka sodi tudi strinjanje s trditvami, kjer smo spraševali o njihovih mnenjih o uspešnem delu, številu kadra, o zadostnem številu in primernosti zaščitne opreme. Tannenbaum s soavtorji (2020) definira določena vedenja in obnašanja, ki se pojavljajo pri timih, ki delujejo v pandemskih razmerah. In sicer so to: nizko prepričanje, da je tim uspešen, posamezniki pozornost prekomerno usmerjajo nase, neustrezno identificirane prioritete, vloge, nelagodje pri komunikaciji, višja stopnja ponavljanja napak, premajhen nadzor itd. V naši raziskavi pa smo ugotovili, da v naši bolnišnici to ne drži, kajti prav trditve, ki so pokazale statistično pomembnost in kjer nas je zanimalo mnenje anketirancev, so pokazale nasprotno. V naši raziskavi so bili anketiranci tudi zadovoljni z neposrednim vodenjem, kar je gotov pokazatelj pozitivne klime na COVID-19 oddelku. Že v začetku je bila vloga neposredno nadrejenih drugačna; v ospredje so bile postavljene tenkočutnost in posluš za sočloveka, organizacijske sposobnosti in koordinacija pri vodenju, klasičen način vodenja je bil postavljen v ozadje. To sovpada tudi s strinjanjem zaposlenih, da so za svoje delo dobili ustrezna navodila. To so v svoji raziskavi ugotavljali tudi Nembhard in soavtorji (2020), ki so ugotovili, da je vodja v času epidemije nepogrešljiv, vendar mora za doseganje in določanje skupnih ciljev odlično sodelovati s podrejenimi. Navajajo tudi, da zaposleni v času kriznih razmer še bolj iščejo navodila in usmeritve pri vodji, hkrati pa so vodje tisti, ki morajo pri zaposlenih ustvarjati občutek in zagotovilo, da delajo dobro. Omenjajo tudi, da morajo biti njihova navodila jasna, kratka, morajo biti dojemljivi za počutje podrejenih, vodja

mora biti ponižen in spoštljiv. Da je pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi pomembno vplivalo tudi na delo na COVID-19 oddelkih je nesporno, pomanjkanje tehnikov zdravstvene nege in diplomiranih medicinskih sester je v slovenskem prostoru prisotno bolj izrazito zadnja tri leta. Zaposleni v raziskavi se sicer strinjajo, da je bilo tehnikov zdravstvene nege dovolj. S tem so se najbolj strinjali zaposleni z daljšo delovno dobo in starejši, najbrž zato, ker so iz preteklosti vajeni drugačnih standardov in drugačnega načina organizacije dela kot mlajše generacije. Poleg tega je delo v takšnih ekstremnih razmerah, kar COVID-19 oddelek zagotovo je, psihično in fizično naporno, predvsem stresno. Prav zaradi tega je delo na takšnem oddelku potrebno organizirati tako, da je dovolj zaposlenih in tudi možnost počitka. Zaposleni, ki so na COVID-19 oddelku delali več kot 4 mesece, so potrdili našo domnevo, da je 12 urni delavnik predolg in da bomo morali v bodoče razmišljati o krajšem. To je zagotovo vpliv posebnih okoliščin tega oddelka. V Združenih državah Amerike so izvedli raziskavo, kjer so med drugim raziskovali kako pandemija vpliva na medicinske sestre oziroma kako pomanjkanje le teh vpliva nanje. Ugotovili so, da je delo na takšnem oddelku tolikšen stres, da medicinske sestre še veliko bolj razmišljajo o odhodu, še posebno v primeru, če pride do sindroma izgorelosti. Ugotavljajo tudi, da če bo pandemija dolgotrajna, bo nevarnost pomanjkanja medicinskih sester tolikšna, da bo ogrožena oskrba pacientov (Rangachari & Woods, 2020).

V naši raziskavi smo ugotovili, da zdravniki izvajajo sestanke, kjer se pogovarjajo o obravnavi pacientov pred začetkom izmene in po koncu, zanimivo je, da je strinjanje pri medicinskih sestrah bistveno manjše. Naše mnenje je, da so medicinske sestre veliko bolj privržene predaji pacientov, ki poteka po protokolu in da zaenkrat še niso vajene skupnih sestankov z zdravniki, kjer bi se odločalo o skupni, timski obravnavi. Informativni sestanki, ki bi jih izvajali timsko pred začetkom dela in poročanje po zaključku so sicer element, ki opredeljuje timsko delo in zanimivo je, da ga zaposleni niso skupno prepoznali kot takšnega. Da Silva Nogueirova in Rodriguesova (2014) vidita v teh informativnih sestankih ne samo možnost poročanja, temveč tudi možnost razpravljanja o različnih temah, ki povzročajo težave pri delu s pacienti kot npr. komorbidnosti, pomanjkanje osebja, utrujenost zaposlenih, pričakovane in ugotovljene težave in kako se z njimi spoprijemati, Gluyas (2015) pa omenja tudi, da se zaposleni dogovorijo o ciljih, svojih vlogah in odgovornostih ter o predvidenih rezultatih. Poudarja tudi, da je za te sestanke pomemben protokol izvajanja.

Kljub temu, da smo dosegli skoraj 60% sodelovanje v anketi je sigurno majhnost vzorca omejitev v naši raziskavi, predvsem pri številu zdravnikov, ki so izpolnjevali vprašalnik, vzorec respondentov ni uravnotežen. V tem prispevku smo se osredotočili predvsem na timsko delo in organizacijo. Pridobljene informacije nam bodo zagotovo pomagale pri organizaciji takšnih in podobnih oddelkov v prihodnje in v organizacijo timov v izrednih razmerah.

Literatura

- Alanezi, F., Aljahdali, A., Alyousef, S.M., Alshaikh, W., Mushcab, H., AlThani, B., Alghamedy, F., Alotaibi, H., Alrajhi, S., Alabbadi, D. & Alanzi, T.M., 2021. Investigating healthcare practitioners' attitudes towards the COVID-19 outbreak in Saudi Arabia: A general qualitative framework for managing the pandemic. *Informatics in Medicine Unlocked*, 22, pp.1-10.
- Boev, C. & Xia, Y., 2015. Nurse physician collaboration and hospital acquired infections in critical care. *American Association of Critical-Care Nurses*, 35(2); pp. 66-72.
- Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L. & Bagnasco, A., 2020. Lessons form Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 00; pp. 1-8.
- Da Silva Nogueira, J.W. & Rodrigues, M.C.S., 2015. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm*, 20(3); pp. 630-634.

- Gluyas, H., 2015. Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Continuing Professional Development*, 29(49); pp. 50-57.
- Green, B., Oepfen, R.S., Smith, D.W. & Brennan, P.A., 2017. Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal Oral AND Maxillo-facial Surgery*, 55; pp. 449-453.
- Hales, P., White, A., Eden, A., Hurst, R., Moore, S., Riotta, C. & Achour, N., 2020. A case study of a collaborative allied health and nursing crisis response. *Journal Of Interprofessional Care*, 34(5); pp. 614-621.
- Hossny, E.K. & Sabra, H.E., 2020. The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration. *Nursing Open*, 00; pp. 1-11.
- Körner, M., Lippenberger, C., Becker, S., Reichler, L., Müller, C. & Zimmermann, L., 2015. Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *Journal of Health Organization and Management*, 30(2); pp. 227-243.
- Maynard, M.T., Kennedy, D.M. & Resick, C.J., 2018. Teamwork in extreme environments: Lessons, challenges, and opportunities. *Journal of Organizational Behavior*, 39(6), pp. 695-700.
- Nembhard, I.M., Lawton, R.B. & Shortell, S.M., 2020. Responding to Covid-19: Lessons from Management Research. *NEJM Catalyst Innovations In Care Delivery*; pp.1-7.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, E.H., 1994. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw – Hill.
- Rangachari, P. & Woods, J.L., 2020. Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during COVID-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health Discussion*, 17; pp. 1-12.
- Rosen, M.A., DiazGranados, D., Dietz, A.S., Benishek, L.E., Thompson, D., Pronovost, P.J. & Weaver, S.J., 2018. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4); pp. 433-450
- Tannenbaum, S.I., Traylor, A.M., Thomas, E.J. & Salas, E., 2020. Managing teamwork in the face of pandemic: evidence based tips. *BMJ Quality & Safety*, 30; pp. 59-63.
- Traylor, A.M., Thomas, J.E., Tannenbaum, I.S. & Salas, E., 2021. Helping healthcare teams save lives during COVID-19: insights and countermeasures from team science. *American Psychologist*, 76(1); pp. 1-13.
- Xiong, Y. & Peng, L., 2020. Focusing on health-care providers' experiences in the COVID-19 crisis. *The Lancet Global Health*, 8(6); pp. 740-741.

**Poster sekcija /
Poster section**

Working beyond the limits of competence in nursing – descriptive research on the case of a general Slovenian hospital

dr. Sedina Kalender Smajlovič⁵

dr. Sanela Pivač⁶

dr. Katja Pesjak⁷

Urban Bole⁸

dr. Brigita Skela Savič⁹

Abstract

Background: The EFN Matrix on Four Categories of the Nursing Care Continuum which specifies four nursing provider categories—Healthcare Assistant (HCA), General Care Nurse (GCN), Specialist Nurse (SN), and Advanced Nurse Practitioner (ANP)—significantly contributes to the understanding of nursing educational levels and competence levels.

Aim: To establish whether nursing respondents at the selected partner hospital work within or beyond the limits of the competence they gained as part of their nursing education.

Methods: A descriptive quantitative research design was employed. A questionnaire was administered to a sample of 187 nursing providers employed at the selected partner hospital in Slovenia. The questionnaire was developed based on the EFN Matrix on Four Categories of the Nursing Care Continuum: Definition, Competencies & Qualification.

Results and conclusion: Research results revealed significant differences in the frequency of employing competencies among respondents with secondary education and higher education. General care nurses who self-assessed their ability to employ competencies higher compared to their peers actually did employ those competencies more on average. The same also holds true for healthcare assistants.

Conclusion: The conducted research provided the opinions and self-assessment of nursing respondents about working, in the clinical setting, within or beyond the limits of the competencies they gained as part of their nursing education. Although professional competencies and activities are clearly defined for each group of nursing providers, daily practice in Slovenia still shows that healthcare assistants often find themselves employing some competencies of general care nurses despite not being trained or licensed to do so.

References

- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- EFN, n.d. *EFN workforce matrix 3 + 1: Executive summary*. Available at: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Workforce-Matrix-31-Executive-Summary-May-2017.pdf> [Accessed 28 February 2020].
- Direktiva 2013/55/EU evropskega parlamenta in sveta*, 2013. Uradni list Evropske unije, L 354/132.
- Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta 2005/36/ES*, 2005. Uradni list Evropske unije, L 255/22.
- Skela Savič, B., Babnik, K., Trunk Širca, N., Pajnkihar, M., Klemenčič, E., Gabrovec, B., Hvalič Touzery, S., Donik, B., Pivač, S., Kalender Smajlovič, S., Čuk, V., Smodiš, M., Fekonja, Z., Vrtnjak, D., Mlakar, S., Dermol, V. & Pesjak, K., 2017. *Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju: zaključno poročilo ciljno raziskovalnega projekta (CRP)*. Jesenice, Izola, Maribor, Celje, Kranj, Ljubljana: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Fakulteta za vede o zdravju, Univerze na Primorskem, Fakulteta za zdravstvene vede, Univerze v Mariboru, Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Pedagoški inštitut.

⁵ dr. Sedina Kalender Smajlovič, Senior Lecturer, Angela Boškin Faculty of Health Care, skalendersmajlovic@fzab.si

⁶ dr. Sanela Pivač, Assistant Professor, Angela Boškin Faculty of Health Care

⁷ dr. Katja Pesjak, Assistant Professor, Angela Boškin Faculty of Health Care

⁸ Urban Bole, MSc Nur, RN, Lecturer, Psihiatrična bolnišnica Idrija

⁹ dr. Brigita Skela Savič, Professor, Research Councillor, Angela Boškin Faculty of Health Care

Znanstveni prispevki / Scientific contributions

Etične in moralne dileme v procesu odločanja v zdravstvu

Ethical and moral dilemmas in the decision-making process in healthcare

Darja Lasič¹⁰

dr. Sedina Kalender Smajlović¹¹

Izvleček

Teoretična izhodišča: V procesu odločanja v zdravstvu se velikokrat pojavljajo etične in moralne dileme, zaradi katerih so potrebne skupne razprave medicinskih sester in zdravnikov. Pomembno je skupno sprejemanje odločitev na področju etičnih in moralnih dilem.

Metoda: Uporabljena je bila kvalitativna metoda pregleda strokovne in znanstvene literature. Za oceno kakovosti in vključene raziskave smo uporabili hierarhijo dokazov po Politu in Becku (2018). Z namenom oženja zadetkov smo uporabili omejitvene kriterije in sicer leto izdaje 2010-2020, slovenski in angleški jezik, recenzija, raziskovalni članek in celotno besedilo. Na podlagi pregleda literature smo uporabili zahtevno iskanje in Boolov logični operator »AND«.

Rezultati: Glede na vključitvene in izključitvene kriterije smo v obdelavo vključili 19 zadetkov. Glede na analizo smo opredelili 69 kod, ki smo jih združili v 5 kategorij: soočanje z najbolj pogostimi etičnimi in moralnimi dilemami, prispevek medicinskih sester pri sprejemanju moralno etičnih odločitev, pomen skupnih moralno etičnih razprav medicinskih sester in zdravnikov, namen skupnega sprejemanja moralno etičnih odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki ter razvoj nove kulture.

Razprava: Ugotovili smo, da so etične in moralne dileme v procesu odločanja v zdravstvu najbolj prisotne pri zdravstveni oskrbi kritično bolnih pacientov. Pomembno je sodelovanje in skupno razpravljanje o etičnih in moralnih dilemah s ciljem zagotavljanja najboljše zdravstvene oskrbe pacientov.

Ključne besede: medpoklicno sodelovanje, etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki, etične dileme v zdravstvenem timu

Abstract

Theoretical background: In the decision-making process in healthcare, ethical and moral dilemmas often arise, which necessitates joint discussions between nurses and doctors. Joint decision-making in the field of ethical and moral dilemmas is important.

Method: A qualitative method of reviewing professional and scientific literature was used. We used the hierarchy of evidence according to Polit and Beck (2018) to assess the quality and include research. To narrow down the results, we used restrictive criteria, namely the year of publication 2010-2020, Slovenian and English language, review, research article, and the full text. Based on the literature review, we used a complex search and Boolean logical operator "AND".

Results: According to the inclusion and exclusion criteria, we included 19 hits in the processing. According to the analysis, we identified 69 codes which were grouped into 5 categories: confronting the most common ethical and moral dilemmas, the contribution of nurses in making moral and ethical decisions, the importance of joint moral and ethical discussions of nurses and doctors, the purpose of joint moral and ethical decisions between nurses, and doctors and the development of a new culture.

Discussion: We found that ethical and moral dilemmas in the decision-making process in healthcare are most present in the health care of critically ill patients. It is important to work together and discuss ethical and moral dilemmas together to provide the best health care for patients.

Keywords: interprofessional cooperation, ethical discussions between nurses and doctors, ethical dilemmas in the medical team

¹⁰ Darja Lasič, dipl. m. s., Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Kranj, lldarja@gmail.com

¹¹ dr. Sedina Kalender Smajlović, viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, skalendersmajlovic@fzab.si

1 Teoretična izhodišča

Zdravstveni delavci se vsakodnevno srečujejo z etičnimi in moralnimi dilemami. Pomembno je, da so v zdravstvu zaželeni etično občutljivi ljudje, ki se bodo sposobni v kritičnih situacijah, kjer je potrebno poiskati rešitve, pogovoriti med seboj in se skupno tudi pravilno odločiti v dobro pacienta in njegove oskrbe (Kramar, 2011; Babnik & Karnjuš, 2014). Lastnosti, kot so družabnost, dobronamernost, odgovornost, etičnost in moralnost krepijo odnose, vzpostavljajo zaupnost in spoštovanje v zdravstvenem timu, zato je potrebna čustvena inteligenca, ki utrjuje odločnost, pravičnost, razumevanje in sočutje (Pejić & Zagorc, 2014). Poznamo značilen zdravniški strogi racionalizem na eni strani in na drugi strani etiko skrbi medicinskih sester, od vseh pa se pričakuje, da se medsebojno spoštujejo, razvijajo lastno toleranco in so sprejemljivi za nove ideje, poštenost in empatijo (Cerit & Dinç, 2013). Ker je skrb za varnost pacientov temeljno vodilo pri zagotavljanju celotne zdravstvene oskrbe, je pomemben kompromis med medicinskimi sestrami in zdravniki (Esfandnia, et al., 2015). Robida (2014) navaja, da se v zdravstvu dogajajo napake in nesoglasja, velikokrat predvsem zaradi nepravlega vpogleda v etična vprašanja, ki se porajajo med celotno zdravstveno obravnavo pacienta. Kot temeljni vzrok napak v zdravstveni obravnavi pacienta se pogosto omenja neustrezna komunikacija v zdravstvenem timu (Qian, et al., 2020). V Sloveniji se na področju odločanja pričakujejo spremembe, tako da bi bilo smiselno povezovanje medicinskih sester in zdravnikov v skupne razprave in nadaljnje skupno odločanje o izvrševanju kompetenc pri etičnih in moralnih dilemah v kliničnem okolju (Ovičaj, 2012). Odgovornost je ne samo na strani zdravnikov, ampak tudi medicinskih sester, saj bi morale slednje uiti iz kroga razpršene odgovornosti in odgovornost za svoja dejanja in besede prevzeti nase (Esfandnia, et al., 2015). Pri procesu odločanja je za boljši vpogled zdravstvenih delavcev v etična vprašanja potrebno kritično razmišljanje, vendar pa je premalo integrativnih pregledov, ki bi obrazložili, kako različni pristopi podpirajo zdravstvene delavce pri obravnavi etičnih vprašanj in koliko podpore je v tej smeri. Premalo je tudi raziskav o resničnem pojavljanju etičnih in moralnih dilem pri sprejemanju odločitev in pri kompetencah skupnega odločanja med medicinskimi sestrami in zdravniki (Rasoal, et al., 2017). Različni pristopi namreč lahko vodijo v napetost odnosov v timu in lahko posledično vodijo do slabih zdravstvenih rezultatov. Iz omenjenih razlogov so potrebne skupne razprave v procesu odločanja, ki bi sprožile proces združevanja, izmenjave različnih mnenj s ciljem iskanja najboljše skupne rešitve za pacienta. Poudarek bi moral biti na potrebah pacienta, rezultat pogajanj oziroma razprav pa načrt celotne zdravstvene obravnave (El Sayed & Sleem, 2011).

2 Metode

Uporabljen je bil raziskovalni dizajn zbiranja in pregleda podatkov, celostni in sistematični pregled že obstoječe strokovne in znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku. Iskanje literature je potekalo preko spletnega brskalnika Google Učenjak, bibliografskega sistema virtualne knjižnice Slovenije COBISS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - Cinahl/EBSCO Host, preko spletnih baz Pubmed, Wiley Online Library, ProQuest ter Springer Linka. Časovni kriteriji glede starosti literature so bili omejeni na 10 let, v obdobju od 2010 do 2020. Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo iskanja s ključnimi besedami, smo obdelali s kvalitativno analizo. Uporabili smo tehniko kodiranja. Tematsko analizo smo izvedli po Vogrinc (2008) in Aveyard (2014). Glavni del raziskave je predstavljal proces odprtega kodiranja, v katerem smo določili kode, ki so bili vsebinsko povezani z raziskovalnim problemom. Posamezne kode smo nato združili v kategorije in interpretirali lastne

ugotovitve. Oceno kakovosti pregleda literature smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov po Politu in Becku (2018). Izbrano literaturo smo v končni pregled vključili glede na dostopnost, vsebinsko relevantnost in aktualnost. Za natančno analizo je ostalo 71 člankov. Na podlagi hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu smo v končno analizo vključili 19 raziskav.

3 Rezultati

V Tabeli 1 so prikazani rezultati sistematičnega pregleda strokovne in znanstvene literature v zbirkah, opredeljenih v poglavju Metode.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«	2163	13
COBISS	»ethical decision making between nurses and physicians«, »etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki«, »interprofessional collaboration«, »medpoklicno sodelovanje«	424	15
ProQuest	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethical discussions between nurses and physicians«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«	1421	16
Google scholar	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethical dilemmas in the healthcare team«, »ethical discussions between nurses and physicians«, »etične dileme v zdravstvenem timu«, »etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki«, »medpoklicno sodelovanje«	228452	3272
Wiley Online Library	»ethical dilemmas in the healthcare team«, ethical discussions between nurses and physicians«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«, »professional boundaries«	836	29
PubMed	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethical discussions between nurses and physicians«, »ethical dilemmas in the healthcare team«, »ethics nursing«	582	19
Springer Link	»ethical decision making«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«, »professional boundaries«	1386	21

V Tabeli 2 je prikazan tabelarni prikaz rezultatov, opredeljene so značilnosti 19 raziskav, ki so vključene v končno analizo glede na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn, vzorec (velikost in državo) ter ključna spoznanja raziskave.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Berger-Höger, et al.	2017	Kvalitativna analiza	Medicinske sestre, zaposlene na onkološkem oddelku (n=12), študenti zdravstvenih ved (n=19). Nemčija.	Večina vrst usposabljanja, ki se tičejo informiranega skupnega odločanja, nagovarja le zdravnike, čeprav se morajo pred končnimi odločitvami tudi medicinske sestre strinjati s postopki odločanja. S pomočjo programa ISDM (program za informirano skupno odločanje) bi bila medicinskim sestram podeljena osnovna pristojnost soodločanja z zdravnikom.
Bucher, et al.	2018	Kvantitativna raziskava	Medicinske sestre (n=431), zdravniki (n=121). Švica.	Zdravniki in medicinske sestre se med seboj razlikujejo glede sprejemanja odločitev o končanju življenjske dobe pri izjemno ogroženih nedonošenčkih. Priznavanje teh razlik je pomembno, da se izognemo morebitnim medsebojnim konfliktom.
Elsous, et al.	2017	Kvantitativna raziskava (presečna raziskava)	Medicinske sestre (n=313), zdravniki (n=101). Gaza.	Nezadovoljivi medprofesionalni odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami delno prispevajo k pomanjkanju medicinskih sester, saj se ne znajo same soočiti s stresom, ki ga doživljajo zaradi nesodelovanja z zdravniki v procesu odločanja pri etičnih in moralnih dilemah. Posledično pomeni škodo za pacienta.
Fallahi, et al.	2018	Kvantitativna opisna raziskava	Medicinske sestre (n=152), zdravniki (n=152). Iran.	Medicinske sestre in zdravniki se na nekaterih področjih v procesu odločanja glede »neozivljanja« ne strinjajo. Glede na različna stališča obeh je potreben pregled smernic in razjasnitev postopkov odločanja, odgovornosti in vlog pacientov ter članov zdravstvenega tima.
Fong Yeong Woo, et al.	2017	Sistematični pregled literature	Elektronske baze podatkov (n=9), znanstvene revije (n=2). Avstralija, Kanada, Nova Zelandija, ZDA, Velika Britanija.	Vključevanje medicinskih sester v proces skupnega odločanja v nujni in kritični oskrbi skrajša čas bivanja, čas do posvetovanja/ zdravljenja, smrtnost, zviša zadovoljstvo pacientov in prihrani stroške. Izvajanje napredne zdravstvene nege je nujno potrebno, saj izboljša zdravstvene izide pacientov.
Karanikola, et al.	2017	Kvantitativna raziskava (vsebinska analiza)	Zdravstveni delavci (n=8). Grčija.	Sodelovanje v procesu odločanja je še vedno omejeno. Zdravniki še vedno sami sprejemajo vse odločitve, naj bodo to odločitve o zdravljenju, ki jim pritičejo, ali pa odločitve pri etičnih in moralnih dilemah. Zaradi tega so medicinske sestre nezadovoljne, saj ne morejo zagotavljati ustrezne celotne oskrbe pacientov, če niso seznanjene z odločitvami, niti ne sodelujejo pri njih.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kenaszchuk, et al.	2011	Kvantitativna raziskava	Zdravstveni delavci (n=154). Kanada.	Razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki so v mnogih pogledih različni, pomembna pa je tudi njihova osebna naravnost. Priporočljivo je skupno simulacijsko učenje, kar bi kasneje verjetno tudi dobro vplivalo na razprave o dilemah, ki se porajajo med skupnim učenjem.
Martin, et al.	2010	Kvalitativna raziskava	Randomizirani kontrolirani preizkusi (n=14). ZDA, Evropa, Avstralija, Kanada.	Za učinkovito sodelovanje sta potrebni skupna moč in avtoriteta, ki temeljita na strokovnem znanju ter interakciji med zdravstvenim timom, ki ima zaupanje, medsebojno spoštovanje in skupni prispevek k cilju. Pomembne so razprave, sestanki, pogovori o etičnih dilemah, da bi razumeli širši pogled na pacientovo celotno zdravstveno oskrbo. Na tem področju so potrebne strožje raziskave kot tudi širitev področij medprofesionalnega sodelovanja.
Matthys, et al.	2017	Sistematični pregled literature	Recenzirani članki (n=11). Belgija.	Skupinske prakse v primarni zdravstveni negi spodbujajo sodelovanje z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, kar spodbuja usklajevanje oskrbe in vodi do višje kakovosti primarne zdravstvene nege. Sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami lahko pozitivno vpliva na izboljšanje zdravstvenih izidov pri pacientih in na zmanjšanje kroničnih bolezni. Za soočanje s prihodnjimi izzivi primarne zdravstvene nege potrebujemo bolj integrirane modele medprofesionalne oskrbe z ustrezno usposobljenim zdravstvenim timom.
Mboineki, et al.	2019	Opisna kvalitativna raziskava	Zdravstveni delavci (n=12). Tanzanija.	Medicinskim sestram je potrebno omogočiti sodelovanje v procesu odločanja o zdravstveni oskrbi pacienta, saj bolje razumejo napredek v zdravljenju pacienta kot drugi izvajalci zdravstvenih storitev. „Zagovorništvo“ je njihova pomembna naloga, da se zagotovi ustrezno zaščito pacientovih pravic in da je zdravljenje pacientov varno in v skladu s strokovnimi smernicami. Skupna moč kliničnih odločitev bi izboljšala timske odnose.
Oerlemans, et al.	2015	Opisna kvalitativna raziskava	Medicinske sestre (intervju, n=7, fokusne skupine, n=8); zdravniki (intervju, n=5, fokusne skupine, n=5). Nizozemska.	Različna vloga medicinskih sester in zdravnikov v pacientovi oskrbi vodi do razlik v njihovem zaznavanju in obravnavanju etičnih težav. Zato so potrebne razprave, da se težave in dileme, ki se pojavljajo, lahko razrešijo in da se lahko poišče skupno rešitev.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Papathanassoglou, et al.	2012	Kvantitativna raziskava (opisna presečna raziskava)	Medicinske sestre (n=255). Italija, Grčija, Nemčija.	Medicinske sestre mislijo, da imajo omejen nadzor nad svojo prakso pri etičnih in moralnih dilemah. Učinkovito sodelovanje je povezano z bistveno boljšimi kliničnimi rezultati v procesu odločanja. Predpogoj in rezultat avtonomije je zlasti strokovno sodelovanje in sodelovanje pri moralnih stiskah, ki jih doživljajo oboji, medicinske sestre in zdravniki.
Pettersson, et al.	2018	Kvalitativna raziskava	Medicinske sestre (n=15), zdravniki (n=16). Švedska.	Etična kompetenca je tesno povezana z delovnimi nalogami, vključuje tudi zmožnost ravnanja po etičnih presojah. Marsikdaj se zdravniki in medicinske sestre razlikujejo v mnenjih o tem, kaj je etična kompetenca in kako se lahko razvija. Zdravniki so odgovorni za zdravljenje pacienta, medicinske sestre pa so odgovorne za zagotavljanje najboljših zdravstvenih nege. Potrebno bi bilo več izobraževanja o etiki med formalnim usposabljanjem in rednejše etične razprave z zdravniki in z medicinskimi sestrami o etičnih dilemah.
Roze des Ordon, et al.	2015	Kvantitativna raziskava	Medicinske sestre (n=272), specializanti interne medicine (n=153), zdravniki (n=43). Kanada.	Medicinske sestre želijo večjo vključenost v razprave. Predlagale so razširitev vloge zdravstvene nege v procesu odločanja, moralno etičnih razprav in določanju ciljev zdravstvene oskrbe.
Sakai, et al.	2012	Kvalitativna raziskava	Študenti različnih zdravstvenih ved (n=16). Manoa.	Ugotovili so, da je sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov pomembno za ohranitev medsebojnega spoštovanja in skupnih vrednot. S sodelovanjem lažje obvladujejo etične dileme, ki so značilne za primere medprofesionalne oskrbe, ter ohranjajo integriteto v odnosih z drugimi člani skupine.
Sastrawan, et al.	2018	Sistematični pregled literature	Recenzirani članki (n=7). ZDA, Velika Britanija, Kanada, Avstralija, Švedska.	Zapletena in dinamična narava zdravstvene nege zahteva, da imajo medicinske sestre poleg kliničnih spretnosti tudi osebno integriteto, družbeno in moralno zavest. Delovno okolje je pogosto izpostavljeno mnogim fizičnim, psihičnim in moralnim stresorjem. Delo v fizično in duševno zahtevnem okolju medicinske sestre pogosto doživljajo kot psihične stiske.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Siedlecki & Hixson, 2015	2015	Kvantitativna raziskava	Medicinske sestre (n=822), zdravniki (n=542). Cleveland.	Različni pogledi so poučni, saj prav različno dojemanje lahko privede do boljših rezultatov in posledično tudi do boljših in učinkovitejših rešitev za paciente. Priznavanje razlik v vrednotah, spodbudah in dojemanih vodi do osredotočenosti v izboljšanje pri procesu odločanja v zdravstvu.
Toren, et al.	2014	Kvalitativna raziskava	Medicinske sestre (n=316), zdravniki (n=46). Izrael.	Večina zdravnikov in medicinskih sester, ki delajo na oddelkih z novorojenčki in dojenčki, se strinja, da bi morale biti medicinske sestre opolnomočene za širša področja, kot je recimo samostojno izvajanje oživiljanja ali poučevanje staršev. Potrebno bi bilo preučiti dejansko delitev dela med medicinsko sestro in zdravnikom.
Zwarenstein, et al.	2013	Kvalitativna raziskava	Zdravstveni delavci (n=47). Kanada.	Izobraževanje za izboljševanje medprofesionalnih razprav lahko izboljša učinkovitost, osredotočenost na pacienta in rezultate oskrbe v bolnišnicah. Tudi elektronska komunikacijska orodja, ki zmanjšujejo kognitivno breme in lajšajo deljenje kliničnih opazovanj in naročil, bi lahko zdravnikom pomagala, da se medicinske sestre bolj vključijo v razmišljanje in proces skupnega odločanja..

V Tabeli 3 je predstavljenih 69 kod, razporejenih in združenih v pet kategorij.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija I: Soočanje z najbolj pogostimi etičnimi in moralnimi dilemami	kritično bolni pacienti - enota intenzivne terapije - občutek nemoči - nedonošenčki -neoživljanje - težka družinska dinamika -umirajoči pacienti - neupoštevanje pacientovih želja - etični konflikti - pacienti z duševno motnjo - prisilni ukrepi - zdravila po potrebi - hierarhična poklicna struktura - moralna stiska	De Villers, 2010; Hamric, 2010; Birchley, 2013; Visser, et al., 2014; Lancaster, et al., 2015; Molewijk, et al., 2015; Fuller, 2018; Leuter, et al., 2018; Prentice & Gillam, 2018; De Panfilis, et al., 2019; Haddad & Geiger, 2020; Huisman, et al., 2020; Rafiee, et al., 2020;
Kategorija II: Prispevek medicinskih sester pri sprejemanju moralno etičnih odločitev	etična kompetenca - odgovornost - kompetence - etično znanje - usposobljenost - poklicna integriteta - vrednote - etična občutljivost - moralna načela - poznavanje lastnih prepričanj - vrline - psihosocialna in duhovna skrb - zagovornišvo - poklicna rast	Hamric, 2010; Poikkeus, et al., 2013; Brown, et al., 2015; Lancaster, et al., 2015; Barlow, et al., 2018; Prentice & Gillam, 2018; Koskenvuori, et al., 2019; Pariseau-Legault, et al., 2019; Haddad & Geiger, 2020; Huisman, et al., 2020;

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija III: Pomen skupnih moralno etičnih razprav medicinskih sester in zdravnikov	etična vprašanja - pomen učinkovite komunikacije - razumevanje perspektive vpletenih - različni vidiki poklicev - različne možnosti - večprofesionalno sodelovanje - medprofesionalne razprave - prepoznavanje razlik - obravnavanje etičnih izzivov - deljenje opažanj - prilagoditev načrta zdravstvene oskrbe - izboljšanje rezultatov zdravstvene oskrbe pacientov - etična refleksija	Hamric, 2010; Jansky, et al., 2013; Poikkeus, et al., 2013; Matziou, et al., 2014; Visser, et al., 2014; Molewijk, et al., 2015; Hamel, et al., 2018; Leuter, et al., 2018; Prentice & Gillam, 2018; Huisman, et al., 2020;
Kategorija IV: Namen skupnega sprejemanja moralno etičnih odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki	varnost pacientov - koristi za družino - usklajevanje - skupno odločanje - optimizacija - integriteta - timsko delo - priporočila za nadaljnjo prakso - dostojanstvo pacienta - skupni cilji	Tang, et al., 2013; Visser, et al., 2014; Lancaster, et al., 2015; McAndrew & Leske, 2015; Molewijk, et al., 2015; Galetta, et al., 2016; Prentice & Gillam, 2018;
Kategorija V: Razvoj nove kulture	oblikovanje politike - konceptualni okvir - razvoj znanj - razvoj integritete - svetovalne službe - raziskave - nova kultura - vrednote - etično posvetovanje - zagotovljena podpora - skupno usposabljanje - izboljšanje kakovosti oskrbe - razvoj znanja o odločanju - poklicna vloga in odgovornost - reševanje težav	Jansky, et al., 2013; Poikkeus, et al., 2013; Tang, et al., 2013; Lancaster, et al., 2015; McAndrew & Leske, 2015; Molewijk, et al., 2015; Barlow, et al., 2018; Hamel, et al., 2018; Leuter, et al., 2018; Famuyide, et al., 2019; Huisman, et al., 2020;

4 Razprava

Kljub napredku medicine etične in moralne dileme v zdravstvu še vedno obstajajo, zato so etične vrednote bistvenega pomena za zdravstvene delavce. Etika znotraj zdravstvene- ga varstva je pomembna, ker morajo zdravstveni delavci prepoznati dileme v zdravstvu, sprejemati dobre presoje in odločitve, ki temeljijo na njihovih vrednotah, hkrati pa upoštevati zakone, ki jih urejajo (Haddad & Geiger, 2020). Še vedno je največ etičnih dilem prisotnih pri zdravljenju kritično bolnih pacientov v enotah intenzivne terapije (Birchley, 2013), kjer se soočajo z izvajanjem nepotrebnih diagnostičnih postopkov, nepotrebnih negovalnih inter- vencij, z dajanjem lažnega upanja pacientu in družini, z neupoštevanjem pacientovih želja. Vse to je nepotrebno poseganje v pacientovo telo in s tem tudi skrunitev njegovega dosto- janstva (De Villers, 2010). Isto velja za podaljševanje procesa umiranja in trpljenja pacien- tov, saj se etične in moralne dileme pojavijo pri tem, kdaj začeti in kdaj prenehati z zdravlje- njem (Fuller, 2018). Za učinkovito zdravljenje simptomov pacienta so pogosto ključnega pomena „zdravila po potrebi“ ali predvidena zdravila, ki pa pogosto niso točno definirana, zato se pojavijo moralno etične dileme pri komunikaciji in sodelovanju med zdravniki in me- dicinskimi sestrami. Medicinske sestre v zdravstvenem timu so zelo pomembni člani, saj preživijo v kliničnem okolju s pacienti večino časa (Huisman, et al., 2020). V procesu odloča- nja o zdravljenju ali nezdravljenju novorojenčkov in nedonošenčkov s slabimi zdravstvenimi napovedmi se pojavljajo dileme, koliko je vredno življenje in kako etično odločati o ukinitvi oživljanja (Rafiee, et al., 2020). Zdravniki so negotovi glede pravnih podrobnosti vnaprej- šnjih direktiv, saj ne vedo, kako se spoprijeti z občutjem nemoči (De Panfilis, et al., 2019). Ker lažje nadaljujejo z zdravljenjem kot razpravljajo o alternativnih ciljih oskrbe, imajo po- manjkljivo poznavanje moralno etičnih vprašanj v zvezi z odločitvami, premalo izobrazbe o paliativni medicini in tudi primanjkljaj pri razpravah o moralno etičnih vprašanjih (Visser, et

al., 2014). Molk ogroža moralno vest in poklicno integriteto medicinskih sester, zato morajo le-te pri želji pacienta po zavrnitvi zdravljenja vedno ukrepati, saj je v nasprotnem primeru to kršitev zanje (Hamric, 2010). Kombinacija medicinske hierarhije in intenzivnih medicinskih terapij je pogost vir stiske za medicinske sestre. Zdravstveni delavci so moralno odgovorni tudi drugim, vključno pacientom, ustanovi, kjer so zaposleni, svojim kolegom in širši javnosti (Prentice & Gillam, 2018). Dejstvo, da so pacienti z duševno motnjo sprejeti proti svoji volji in da imajo zdravstveni delavci zakonito dovoljeno uporabo prisilnih ukrepov, povzroča številne različne etične dileme. Neupoštevanje moralno etičnih dilem je lahko škodljivo za paciente, svojce, zdravstvene delavce, vodstvo in posledično za celotno organizacijo. Nekatere raziskave poročajo, da neupoštevanje moralno etičnih izzivov lahko privede do večjih moralnih stisk, kar bi lahko prispevalo k pogostejšemu zapuščanju poklica in višji stopnji obolevnosti med zdravstvenimi delavci (Molewijk, et al., 2015). Večino časa zdravniki in medicinske sestre delujejo kot ločeni izvajalci zdravstvenih storitev in med seboj komajda govorijo. Zdravniki sebe vidijo kot nosilce odločanja v osnovni oskrbi pacientov. Napetosti, nesporazumi in konflikti, ki jih povzročajo razlike v mnenjih in interesih, lahko ovirajo učinkovito interdisciplinarno komunikacijo in sodelovanje. Potrebno je prepoznati prispevke zdravnika in medicinske sestre, spodbujati izboljšano komunikacijo in sodelovanje in povečati varnost pacientov (Lancaster, et al., 2015). Priznavanje moralne stiske zdravnikov in medicinskih sester in omejitve, ki jih čutijo, lahko pomagajo obnoviti enotnost ekipe. Moralna stiska bi morala biti merilo za sodelovanje v mnenjih in priložnost, da se razjasni, kje leži etična dopustnost (Tang, et al., 2013). Etična kompetenca je bistven element zdravstvene nege. Medicinske sestre vse bolj potrebujejo podporo pri kompetencah odgovornosti do svojih pacientov (Poikkeus, et al., 2013). Etično moralna kompetenca velja za sestavino poklicne usposobljenosti, ki jo sestavljajo znanje, spretnosti in stališča, ki so potrebna za reševanje etičnih vprašanj. Je ključni dejavnik, ki zdravstvenim delavcem omogoča sprejemanje odločitev. Posledice etične kompetence so najboljše možne rešitve za pacienta, zmanjšanje moralne stiske zdravstvenih delavcev pri opravljanju svojih nalog in priložnost za usvajanje znanja s področja etičnih in moralnih dilem. V prihodnosti bi bilo nujno potrebno razširiti raziskave na področju etične usposobljenosti, da bi se lahko zagotavljalo visokokakovostno zdravstveno nego (Koskenvuori, et al., 2019). Zdravniki so osredotočeni na »preživetje redkih«, medicinske sestre pa na »trpljenje mnogih«. Različni pogledi povzročajo napetost. Medtem, ko se veliko pogovarja o nujnosti skupnega dela in odločanja v zdravstvenem timu, v resnici številne ekipe vodijo zdravniki, ki menijo, da je odločanje samo njihova vloga in odgovornost. Tu bi bil potreben premik v pričakovanju, da medicinske sestre zagovarjajo paciente in ne le slepo in lojalno upoštevajo zdravnikova navodila navkljub moralnim stiskam. Ko se pojavijo etična vprašanja, ki jih povzročijo etične in moralne dileme, je potrebno, da medicinske sestre spregovorijo, vodilne medicinske sestre, zdravniki in ostalo zdravstveno osebje pa to prepoznajo in nudijo oporo. Potrebno je ustvariti ozračje, v katerem lahko medicinska sestra izpolnjuje svoje poklicne obveznosti medicinske sestre, ne da bi pri tem ogrozile svojo integriteto (Hamric, 2010; Pariseau-Legault, et al., 2019). Za medicinske sestre velja, da imajo pomembno vlogo »oči in ušes« zdravnika in »tiskovnega predstavnika« za pacienta. Zdravniki niso pozorni na dodatne simptome v pogovorih s svojimi pacienti, saj se morajo spoprijeti s številnimi drugimi težavami. Medicinske sestre pa preživijo več časa s pacienti in so tako za paciente bolj dostopne in z njimi razpravljajo o njihovih simptomih (Brown, et al., 2015; Huisman, et al., 2020). Pomembno je prepoznavanje vrednot, prepričanj in kontekstualnih vplivov, ki nakazujejo različne možnosti v procesu odločanja. Pomembno je prepoznati prispevek medicinskih sester pri reševanju etičnih dilem v praksi (Barlow, et al., 2018). Odsotnost medprofesionalnega sodelovanja lahko povzroči večjo možnost napak in opustitev v oskrbi pacientov, zato bi morale tako medicinske sestre

kot zdravniki priznati pomen učinkovite komunikacije in razviti in izvajati medprofesionalne intervencije v timskem delu za izboljšanje sodelovanja, kar pa lahko storijo z medprofesionalnimi razpravami (Matziou, et al., 2014). Ravnovesje pri etičnih dilemah v medpoklicnem sprejemanju odločitev v kliničnem okolju je ključnega pomena. Ustvarja timski pristop, skupne cilje, razumevanje perspektive vpletenih in poznavanje lastnih prepričanj (Galetta, et al., 2016). Nasprotno pa občutek nemoči, težka družinska dinamika in prepoznavanje trpljenja povzroča neravnovesje. Ko je pri sprejemanju odločitev doseženo ravnovesje pri pacientu, nastanejo pozitivne izkušnje, tudi ob smrti pacienta (McAndrew & Leske, 2015). Proces odločanja mora temeljiti na moralno etičnih načelih, ki jih vsak posameznik lahko optimalno rešuje glede na njegov vidik interesov (Jelenovec & Železnik, 2012). Razprave bi morale vsebovati etične refleksije zdravnikov in medicinskih sester, saj bi s tem lažje razumeli perspektivo drug drugega (Jansky, et al, 2013). S tem bi lahko prilagodili načrt zdravljenja pacienta, ki bi nudil boljšo zdravstveno oskrbo ob osnovnem zdravljenju z zadovoljstvom pacienta, njegove družine in posledično tudi zdravstvenega tima (Molewijk, et al., 2015). Skupne odločitve o zdravljenju lahko medicinskim sestram in zdravnikom pomagajo pri iskanju kakovostnih etičnih vprašanj in podpori v procesu skupnega odločanja (Hamel, et al., 2018). Potrebna je nova kultura, ki krepi sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, da združi edinstvene prednosti obeh poklicev v priložnosti za izboljšanje rezultatov pacientov. Za spopadanje s tem izzivom je bistvenega pomena razumevanje trenutnih načinov sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki (Barlow, et al., 2018). Izobraževanje, ki bi poudarjalo koncepte etike in etičnih načel in ki bi vključevalo tudi vpliv religije pri sprejemanju odločitev ter poznavanje najpomembnejših dilem, bi lahko privedlo do pozitivnih rezultatov pri pacientovem zdravljenju in celostni zdravstveni oskrbi v kliničnem okolju (Famuyide, et al., 2019). Prisotnost svetovalne službe na razpravah bi lahko privedlo do skupnih sprejemanih odločitev. Skupaj z osnovnim izobraževanjem in nadaljevanjem le-tega bi svetovalna služba predstavljala veljavno podporo za poklicno rast na etičnem področju tako za medicinske sestre kot tudi za zdravnike (Leuter, et al., 2018).

5 Zaključek

Čeprav se medicinske sestre in zdravniki pogosto srečujejo z etičnimi in moralnimi dilemami v kliničnem okolju, pa v praksi še vedno niso točno določene delitve dela na tem področju, ker se mnogi od strokovnjakov ne znajo uspešno spoprijeti z vsemi temi vprašanji in poiskati rešitve. Tako medicinske sestre kot zdravniki bi morali predstavljati celotno podobo svojega poklica - vsak svojega - in na podlagi tega sprejemati odločitve, ki so v skladu z obema zornima kotoma. Potrebno je skupno izobraževanje, skupni pogovori v obliki razprav, ki bi pokazale določene razlike v razmišljanju, pogledih in perspektivah glede ocene in načrta oskrbe pacientov. Pomembno je kakovostno, vestno in odgovorno izvajanje zdravstvene nege k pripadajočemu zdravljenju, ki temelji na strokovnem znanju, kar pa pomeni tudi najvišjo stopnjo zadovoljstva pacientov.

Literatura

- Aveyard, H., 2014. *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. Berkshire: Open University Press.
- Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Duhovne potrebe in duhovna oskrba pacientov: ugotovitve dveh uvodnih raziskav. *Informatica Medica Slovenica*, 19, pp. 1-2.
- Barlow, N.A., Hargreaves, J. & Gillibrand, W., 2018. Nurses' Contributions to the Resolution of Ethical Dilemmas in Practice. *Nursing Ethics*, 25(2), pp. 230-242.

- Berger-Höger, B., Liethmann, K. & Mühlhauser, I., 2017. Implementation of shared decision-making in oncology: development and pilot study of a nurse-led decision-coaching programme for women with ductal carcinoma in situ. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17, p.160.
- Birchley, G., 2013. Doctor? Who? Nurses, patient's best interests and treatment withdrawal: when no doctor is available, should nurses withdraw treatment from patients? *Nursing Philosophy*, 14, pp. 96-108.
- Brown, S., Lindell, D.F., Dolansky, M.A. & Garber, J.S., 2015. Nurses' Professional Values and Attitudes Toward Collaboration With Physicians. *Nursing Ethics*, 22(2), pp. 205-16.
- Bucher, H.U., Klein, S.D. & Hendriks, M.J., 2018. Decision-making at the limit of viability: differing perceptions and opinions between neonatal physicians and nurses. *BMC Pediatrics*, 18, p. 81.
- Cerit, B. & Dinç, L., 2013. Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: A correlational study. *Nursing Ethics*, 20(2), pp. 200-212.
- De Panfilis, L., Di Leo, S., Peruselli, C., Ghirrotto, L. & Tanzi, S., 2019. »I go into crisis when ...«: ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), p. 70.
- De Villers, M.J., 2010. *Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and non-critical care units: doktorska disertacija*. Illinois: Loyola university Chicago, Department of Nursing.
- El Sayed, K.A. & Sleem, W.F., 2011. Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2).
- Elsous, A., Radwan, M. & Mohsen, S., 2017. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 2017, p. 7406278.
- Esfandnia, F., Mohammadi, E., Mohammadi, M., Cheraghi, R., Esfandnia, N. & Esfandnia, A., 2015. Relationship between patient safety and accountability of nurses in Al-Zahra Gilangharb Hospital in 2015. *Journal of Medicine and Life*, 8(3), pp. 141–145.
- Fallahi, M., Mahdavi, S. & Abdi, A., 2018. Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13, p. 20.
- Famuyide, M., Compretta, C. & Ellis, M., 2019. Neonatal nurse practitioner ethics knowledge and attitudes. *Nursing Ethics*, 26(7-8), pp. 2247-2258.
- Fong Yeong Woo, B., Xin Yu Lee, Y. & Wai San Tam, W., 2017. The Impact of the Advanced Practice Nursing Role on Quality of Care, Clinical Outcomes, Patient Satisfaction, and Cost in the Emergency and Critical Care Settings: A Systematic Review. *Human Resources for Health*, 15(1), p. 63.
- Fuller, D.M., 2018. *Critical care nurses' attitudes influencing care provided to patients at end-of-life: doktorska disertacija*. Arizona: University of Phoenix, School of advanced studies.
- Galetta, M., Portoghese, I., Carta, M.G., D'Aloja, E. & Campagna, M., 2016. The effect of nurse physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses. *Research in Nursing & Health*, 39(5), pp. 375-85.
- Haddad, L.M. & Geiger, R.A., 2020. Nursing Ethical Considerations. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, Europe PMC*, 2020, p. 30252310.
- Hamel, A., Gaugler, J., Porta, C. & Hadidi, N.N., 2018. Complex Decision-Making in Heart Failure: A Systematic Review and Thematic Analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(3), pp. 225-231.
- Hamric, A.B., 2010. Moral Distress and Nurse-Physician Relationships. Clinical case. *American Medical Association Journal of Ethics*, 12(1), pp. 6-11.
- Huisman, B.A.A., Geijteman, E.C.T. & Dees, M.K., 2020. Role of nurses in medication management at the end of life: a qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 19, p. 68.
- Jansky, M., Marx, G., Nauck, F. & Alt-Epping, B., 2013. Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee. *Nursing Ethics*, 7, pp. 771-83.
- Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Nicolaou, C., Tsiaousis, G., Vouzavali, F., Koutroubas, A. & Papathanassoglou, E., 2017. Perceptions of critical and emergency department nurses regarding changes in their professional role. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, p. 3287.
- Kenaszchuk, C., MacMillan, K., Van Soeren, M. & Reeves, S., 2011. Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC Medicine*, 9(29).
- Koskenvuo, J., Stolt, M., Suhonen, R. & Leino Kilpi, H., 2019. Healthcare professionals' ethical competence: A scoping review. *Nursing Open*, 6(1), pp. 5-17.
- Kramar, Z., 2011. Uvodnik: Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(3).

- Lancaster, G., Kolakowsky Hayner, S., Kovacich, J. & Greer Williams, N., 2015. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), pp. 275-284.
- Leuter, C., La Cerra, C., Calisse, S., Dosa, D., Petrucci, C. & Lancia, L., 2018. Ethical difficulties in healthcare: A comparison between physicians and nurses. *Nursing Ethics*, 25(8), pp. 1064-1074.
- Martin, J.S., Ummenhofer, W., Manserc, T. & Spirig, R., 2010. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140, p. 13062.
- Matthys, E., Remmen, R. & Van Bogaert, P., 2017. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care. *BMC Family Practice*, 18(1), p. 110.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. & Petsios, K., 2014. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6).
- Mboineki, J.F., Chen, C., Gerald, D.D. & Boateng, C.A., 2019. The current status of nurses-doctors collaboration in clinical decision and its outcome in Tanzania. *Nursing Open*, 6(4).
- McAndrew, N. & Leske, J., 2015. A balancing act: experiences of nurses and physicians when making end-of-life decisions in intensive care units. *Clinical Nursing Research*, 4, pp. 357-374.
- Molewijk, B., Hem, M.H. & Pedersen, R., 2015. Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 16(4).
- Oerlemans, A.J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E.S., Wollersheim, H., Dekkers, W. & Zegers, M., 2015. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*, 16(9).
- Ovijač, D., 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(4), pp. 297-301.
- Qian, X., Li, L.J., Zhuang, Y.Y., Hong, Y.C., Zhang, Z.H., Xing, L.F., Liu, N., Li, H.C., Zhang, R.J., Lai, F.C., Simone, C.B. & Chow, E., 2020. Analysis of daily goal sheets on physician-nurse collaboration attitude. *Annals of palliative medicine*, 9(1).
- Papathanassoglou, E., Karanikola, M., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C. & Albarran, J., 2012. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among european intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21 (2), pp. 41-52.
- Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Goulet, M.H. & Jacob, J.D., 2019. Nurses' perspectives on human rights when coercion is used in psychiatry: a systematic review protocol of qualitative evidence. *Systematic Reviews*, 8(1), p. 318.
- Pejić, M. & Zagorc, N., 2014. Emocionalna inteligenca v medsebojnih odnosih na delovnem mestu. In: B. Nose, B. Jugovič, eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi, zbornik prispevkov. Novo Mesto, 23. januar 2014*. Novo Mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov novo mesto, p. 35.
- Pettersson, M., Hedström, M. & Höglund, A.T., 2018. Ethical competence in DNR decisions –a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *BMC Medical Ethics*, 19, p. 63.
- Poikkeus, T., Numminen, O., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H., 2013. A mixed method systematic review: support for ethical competence of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2).
- Polit, D.F. & Beck, T.C., 2018. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prentice, T.M. & Gillam, L., 2018. Can the ethical best practice of shared decision-making lead to moral distress? *Bioethical Inquiry*, 15, pp. 259-268.
- Rafiee, Z., Rabiee, M., Rafati, S., Rejeh, N., Borna, H. & Vaismoradi, M., 2020. Physicians' and nurses' decision making to encounter neonates with poor prognosis in the neonatal intensive care unit. *Clinical Ethics*, 15(4), pp. 187-196.
- Rasool, D., Skovdahl, K., Gifford, M. & Kihlgren, A., 2017. Clinical ethics support for healthcare personnel: an integrative literature review. *HEC Forum*, 29, pp. 313-346.
- Robida, A., 2011. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov. Sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

- Roze des Ordon, A.L., Sharma, N. & Heyland, D.K., 2015. Strategies for effective goals of care discussions and decision-making: perspectives from a multi-centre survey of Canadian hospital-based healthcare providers. *BMC Palliative Care*, 14, p. 38.
- Sakai, D.H., Marshall, S., Kasuya, R.T., Wong, L., Deutsch, M., Guerriero, M., Brooks, P., Fong, S. & Omori, J., 2012. Medical school hotline, interprofessional education: future nurses and physicians learning together. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, 71(6), pp. 168-171.
- Sastrawan, S., Newton, J.M. & Malik, G., 2018. Nurses' integrity and coping strategies: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6).
- Siedlecki, S. & Hixson, E., 2015. Relationships between nurses and physicians matter. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3).
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T. & Liaw, S.Y., 2013. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), pp. 291-302.
- Toren, O., Nirel, N., Tsur, Y., Lipschuetz, M. & Toker, A., 2014. Examining professional boundaries between nurses and physicians in neonatal intensive care units. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(43).
- Visser, M., Deliens, L. & Houttekier, D., 2014. Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care*, 18(604).
- Vogrinc, J., 2008. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C. & Reeves, S., 2013. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13, p. 494.

Zmanjševanje uporabe posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji

Reducing the use of special protective measures in psychiatry

Zoran Djekić¹²
Aljoša Lapanja¹³

Izvleček

Teoretična izhodišča: Posebni varovalni ukrepi so ena od pomembnih aktivnosti zdravstvene nege za zagotavljanje varnosti pacienta v bolnišničnem okolju. Njihova uporaba mora biti restriktivna, na to pa vpliva ustrezna kadrovska sestava, organizacija dela, strokovna usposobljenost in izobrazba izvajalcev zdravstvene nege. Namen raziskave je preučiti najnovejše pristope za zmanjševanje posebnih varovalnih ukrepov na področju psihiatrije v zadnjih petih letih.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature domačih in tujih avtorjev, ki se ukvarjajo s področjem posebnih varovalnih ukrepov in pristopi za njihovo zmanjševanje na področju psihiatrije. Pregledana in analizirana je bila literatura v naslednjih bibliografskih bazah: CINAHL, PubMed, Google Učenjak in COBISS, Revija za zdravstvene vede in zborniki prispevkov znanstvenih konferenc Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. Upoštevani so bili vključitveni kriteriji: celotna brezplačna dostopnost besedila, slovenski in angleški jezik, leta objave med 2015 do 2020, ustreznost vsebine virov glede na naš raziskovalni problem ter njihovo kakovost.

Rezultati: Pri pregledu literature je bilo na podlagi strategije iskanja pridobljenih 383 virov. Po prebranih izvlečkih je bilo izključenih 313. Po vsebinskem pregledu 70 virov jih je bilo izključenih še 30. 40 virov je bilo natančno analiziranih. V končno analizo je bilo vključenih 23 virov. Na podlagi raziskave so bile oblikovane tri kategorije, in sicer: dejavniki tveganja povezani z uporabo PVU, najučinkovitejši pristopi za zmanjševanje PVU in modeli za zmanjševanje uporabe PVU.

Razprava: Veliko je dejavnikov tveganja, ki vodijo v izvajanje posebnih varovalnih ukrepov, zato morajo biti izvajalci zdravstvene nege usposobljeni za delo s pacienti z nasilnim vedenjem oziroma s pacienti, ki kažejo znake agresije. Pri tem je pomembno, da izvajalci zdravstvene nege ne pomislijo takoj na najrestriktivnejše ukrepe, ampak predvsem na tehnike deeskalacije ali na druge metode dela, ki so v praksi že preizkušene in veljajo za učinkovite pri zmanjševanju izvajanja posebnih varovalnih ukrepov.

Ključne besede: duševno zdravje, varnost zdravstvene obravnave, dejavniki tveganja, modeli, usposabljanje, izvajalci zdravstvene nege

Abstract

Background: Special coercive measures are one of the important nursing activities to ensure patient safety in the hospital environment. Their use must be restrictive, and this depends on the appropriate staffing, work organization, professional training, and education of nurses. The purpose of the study is to examine the latest approaches to reducing special coercive measures in the field of psychiatry in the last five years.

Method: A descriptive method was used to review professional and scientific, as well as domestic and foreign literature, about special coercive measures and approaches for their reduction in the field of psychiatry. The literature was found, reviewed in the following databases: CINAHL, PubMed, Google Scholar, and COBISS, Journal of Health Sciences and Collection of Scientific Conferences of the Faculty of Health Sciences of the University of Novo mesto. Inclusion criteria were taken into account: total free availability of the text, Slovenian and English language, years of publication between 2015 and 2020, adequacy of the content of sources according to our research problem, and their quality.

Results: Of the 383 potentially relevant articles, 23 were later included in the review. According to the abstracts read, 313 were excluded. After a substantive review of 70 sources, another 30 were excluded. 40 sources were carefully analyzed. 23 sources were included in the final analysis. Based on the research, three categories were formed, namely: risk factors associated with the use of special coercive measures, the most

¹² Zoran Djekić, dipl. zn., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, djekic.zoran@gmail.com

¹³ Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped., pred., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, aljosa.lapanja@psih-klinika.si

effective approaches for reducing special coercive measures, and models for reducing the use of special coercive measures.

Discussion: Many risk factors lead to the implementation of special coercive measures. Therefore, nurses must be trained to work with violent patients, i.e. patients showing signs of aggression. Nurses mustn't immediately act in the way of the most restrictive measures but also use de-escalation techniques or other methods of work that have already been tested in practice and are considered effective in reducing the implementation of special coercive measures.

Keywords: *mental health, risk factors, health care safety, models, training, nurse*

1 Teoretična izhodišča

Posebni varovalni ukrepi (PVU) sodijo med ukrepe, s katerimi se v procesu obravnave v kliničnem okolju psihiatrične bolnišnice pacientu omejuje pravica do svobodnega gibanja in odločanja o samem sebi. V splošnem se uporabljajo za odpravljanje ali obvladovanje nevarnega vedenja pacienta z duševno motnjo v kliničnem okolju ter zdravljenje, ki ne vključuje le telesnega oviranja, temveč tudi medikamentozne in ostale ukrepe. PVU se uporabljajo tako v psihiatričnih kot tudi splošnih bolnišnicah, pri čemer je bil pri slednjih zaznan manjši napredek pri zmanjševanju uporabe PVU (Glezer & Weintraub Brendel, 2010).

Tveganje za nasilje nad izvajalci zdravstvene nege in posledično pogostost uporabe PVU, je povezano s poklicem samim, saj ga pooseblja delo s pacienti z duševno motnjo, njihovimi svojci in obiskovalci. Ob tem sta pomembna dejavnika organizacija dela (izmenjsko delo, dežurstva in obremenjenost) in institucionalna odgovornost (pravna oziroma zakonska). Zato sta ključna za delo izvajalcev zdravstvene nege preventivni program oziroma smernice za preprečevanje, zmanjševanje in obvladovanje nasilja nad izvajalci zdravstvene nege in uporabe PVU, katerega izhodišče je analiza stanja – službe s povečanim tveganjem, opredelitev pojavnosti, ugotovitev varnostnih tveganj in predvidevanje ukrepov za preprečevanje tj. zmanjševanje uporabe PVU (Lovrečič, et al., 2019).

Namen prispevka je preučiti pristope za zmanjševanje posebnih varovalnih ukrepov na področju psihiatrije v zadnjih letih, pri čemer nas zanima na kakšen način so dejavniki tveganja povezani z uporabo posebnih varovalnih ukrepov na področju psihiatrije in kateri so najučinkovitejši pristopi za zmanjševanje le-teh.

2 Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature domačih in tujih avtorjev, ki se ukvarjajo s področjem posebnih varovalnih ukrepov in pristopi za njihovo zmanjševanje na področju psihiatrije. Pregledali in analizirali smo literaturo v naslednjih bibliografskih bazah: CINAHL, PubMed, Google Učenjak in COBISS, Revija za zdravstvene vede in zborniki prispevkov znanstvenih konferenc Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. Vse izvlečke izbranih zadetkov smo pregledali z namenom izločitve potencialno primernih člankov in prispevkov ter jih, z izborom ustreznih, uvrstili za nadaljnji pregled.

Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede in besedne zveze v slovenskem jeziku: posebni varovalni ukrepi, psihiatrija, pristopi za zmanjševanje in zdravstvena nega ter v angleškem jeziku: coercion, psychiatry, measures, prevention in nursing care. Pri iskanju literature smo uporabili Boolov operator AND oziroma IN. Upoštevali smo naslednje vključitvene kriterije: celotna brezplačna dostopnost besedila, slovenski in angleški jezik,

leto objave od 2015 do 2020, ustreznost vsebine virov glede na naš raziskovalni problem ter njihova kakovost.

Zbiranje podatkov je potekalo v mesecu juliju 2020. Pri pregledu literature smo izvedli princip vsebinske analize spoznanj vključenih raziskav v pregled. Uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij.

3 Rezultati

Pri pregledu literature smo na začetku na podlagi strategije iskanja pridobili 383 virov. Na podlagi prebranega izvlečka smo jih izključili 313. Ostale vire, teh je bilo 70, smo vsebinsko pregledali in jih 30 izključili. 40 virov smo natančno analizirali. V končno analizo smo vključili 23 virov.

V Tabeli 1 so navedene kategorije, kode in avtorji raziskav, ki so bile vključene v analizo.

Tabela 1: Sinteza literature po kategorijah in kodah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Dejavniki tveganja povezani z uporabo PVU	statični dejavniki - dinamični dejavniki - pomanjkanje osebja - neposredna izpostavljenost na kritičnih delovnih mestih - pomanjkanje usposabljanj in znanj izvajalcev zdravstvene nege - shizofrenija - bipolarna motnja - osebne motnje - sprejem proti volji pacienta - dolgo čakanje - močna svetloba - odvzem osebnih predmetov - premalo kadra - veliko število pacientov na oddelku - neprofesionalnost izvajalcev zdravstvene nege - nestrpnost - nespoštljivost - pomanjkanje zaupanja - kultura varnosti - empatija - pomanjkanje kadra - pomanjkanje časa - starost izvajalca zdravstvene nege - spol - število let delovnih izkušenj - delovno breme	Zheng, et al., 2020; Junuzović, 2018; Lipovec, 2018; Bowers, et al., 2017; Raveesh, et al., 2016; Jambrošič & Bregar, 2015
Kategorija 2: Najučinkovitejši pristopi za zmanjševanje PVU	terapevtsko okolje - vodstvo - usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege - supervizija - refleksija - vključevanje pacienta - preventiva - organizacijska kultura - fleksibilnost - opolnomočenje izvajalcev zdravstvene nege in pacientov - poročanje - dokumentiranje - politika odprtih vrat na oddelku - proaktivna nega - vzporedno izvajanje različnih usposabljanj - čustvena inteligenca - krizno upravljanje - poznavanje zakonodaje - prepoznavanje dejavnikov tveganj - hitrega in dinamičnega odzivanja - terapija z živalmi	Pelto-Piri, et al., 2020; Bregar, et al., 2019; Efkeemann, et al., 2019; Widmayer, et al., 2019; Vukelić, 2018; Ye, et al., 2018; Goulet, et al., 2017; Johnson, et al., 2016; Cosper, et al., 2015; Duxbury, 2015; Wilson, et al., 2015
Kategorija 3: Modeli za zmanjševanje uporabe PVU	organizacija - usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege - ocena tveganja za nasilje - okolje - psihoterapija - dokumentiranje - smernice in protokoli - spomini in upanje - varnost in ustvarjalnost - refleksija - komunikacija - umirjenost - varnostni načrt - tabla razpoloženja - varen čas - terapevtska dejavnost - izživljanje petnajstih korakov - klinični nadzor - prisotnost izvajalcev zdravstvene nege na oddelku - jasna medsebojna pričakovanja - mehke veščine - deeskalacija - pohvala - blažitev slabih novic - medsebojno spoznavanje - pozitivno sporočilo ob odpustu	Baumgardt, et al., 2019; Duxbury, et al., 2019; Hirsch & Steinert, 2019; Berring, et al., 2016; Hallett & Dickens, 2015; The European Mental Health Action Plan, 2013-2020, 2015

4 Razprava

Dejavnike tveganja za PVU delimo v dve skupini: (1.) statične, ki opisujejo neodvisne značilnosti pacienta in nanje ni mogoče vplivati. Sem sodijo demografski podatki pacienta (spol, stopnja izobrazbe, inteligenčni kvocient), diagnoza in zgodovina nasilnega vedenja, ki je tudi najzanesljivejši statični dejavnik. (2.) skupina so dinamični dejavniki, ki jih lahko preprečujemo s klinično intervencijo. Ti so zloraba oziroma odvisnost od psihoaktivnih snovi, akutno izraženi simptomi duševnem motnje in sprejem pacienta brez privolitve (Anderson & West, 2011 cited in Junuzović, 2018, p. 193). Bowers in sodelavci (2017) so ugotovili, da izvajalci zdravstvene nege najpogosteje izvajajo PVU na mlajših moških (< 30 let), ki imajo diagnozo shizofrenije, bipolarni motnje ali osebne motnje oziroma so zakonito pridržani zaradi prekrškov. Pacienti, ki so pogosteje ovirani, so afriškega ali karibskega rodu, vedenje, kateremu najpogosteje sledi izvajanje PVU pa je agresivno, destruktivno, pod vplivom akutne psihoze in/ali samopoškodovanja.

Johnson in sodelavci (2016) so v raziskavi ugotovili, da so najboljši pristopi za zmanjševanje oviranja pacientov spodbujanje urejenega ritma spanja, prisotnost družinskih članov in uporaba terapevtskih pripomočkov (glasbila, elektronske naprave in mobilne aplikacije). Z ugotovitvami se strinjajo tudi Cosper in sodelavci (2015), ki poleg naštetih pristopov poudarjajo pomen soočanja pri uporabi omejevalnih ukrepov med pacientom in izvajalci zdravstvene nege s področja psihiatrije.

Raziskava na Švedskem je pokazala, da so izvajalci zdravstvene nege mnenja, da je za uporabo PVU najpogosteje kriv pacient sam zaradi svojega nasilnega vedenja. Izvajalci so v raziskavi povedali, da se zavedajo, da na uporabo PVU vplivajo tudi zunanji dejavniki (na primer organizacijski in situacijski), s katerimi se premalo ukvarjajo. Avtorji raziskave Pelto-Piri in sodelavci (2020) so mnenja, da bi v psihiatričnih bolnišnicah lahko zmanjšali uporabo PVU z rednim usposabljanjem zaposlenih v zdravstveni negi in večjo vključenostjo vodstva pri spremljanju izvajalcev po nasilnem incidentu in jim nudili psihološko podporo.

Za zmanjševanje PVU bi morali pristopiti k celovitim organizacijskim spremembam psihiatričnih bolnišnic po vzoru skandinavskih držav (Bregar, et al., 2020). V isti raziskavi Bregarja in sodelavcev (2020) se je pokazalo, da na zmanjševanje PVU ne vplivajo zgolj osebne lastnosti profesionalcev tj. izvajalcev zdravstvene nege, in še to v manjši meri, ampak organizacijska kultura. Ta najbolj trajno in stabilno uokviri delovanje izvajalcev zdravstvene nege v odnosu do pacientov z nasilnim vedenjem, vendar je to proces, ki je zapleten in dolgotrajen in mora temeljiti na konsenzu izvajalcev zdravstvene nege, zdravnikov in predstavnikov managementa.

Najučinkovitejši pristop za preprečevanju uporabe PVU je po mnenju Wilsona in sodelavcev (2015) proaktivna zdravstvena nega, ki ni nujno povezana le z delom izvajalca zdravstvene nege, temveč tudi s pacientom z duševno motnjo. V sklopu proaktivne nege lahko izvajalci zdravstvene nege pacienta zaposlijo z različnimi vrstami aktivnosti (sestavljanka, delovna terapija, izdelovanje albuma, večnamenska soba za različne terapevtske dejavnosti). Pri tem je zanimivo, da avtorji iste raziskave predlagajo, v sklopu okoljskega dejavnika proaktivne zdravstvene nege, redno menjavanje okolja, ki ni nujno bolnišnično (narava, muzeji, galerije), pri tem pa je priporočljivo na oddelku predvajati glasbo, zagotavljati naravno osvetljenost prostorov in več odprtih površin (Wilson, et al., 2015).

Vukeličeva (2018) opisuje, da je za preprečevanje PVU pomembna celostna obravnava pacienta, ki ne vključuje le teoretičnega in praktičnega znanja izvajalcev zdravstvene nege, temveč tudi holistično obravnava vsakega pacienta z duševno motnjo na kliničnem oddelku psihiatrične bolnišnice. Poleg tega so pomembne spretnosti empatičnega in terapevtskega odnosa s pacientom. S pravilnimi ukrepi zdravstvene nege, ne farmakološkimi metodami in

praviilnim pristopom do pacienta, je možno vplivati na preprečevanje, zmanjšanje ter tudi na lajšanje intenzivnosti samega PVU.

Duxbury in sodelavci (2019) so v svojem modelu, ki je v praksi zmanjšal uporabo PVU za 22 %, uvedli enajst inovativnih metod zmanjševanja uporabe PVU. Ti so: (1.) Moj varnostni načrt (angl. My safety plan) je orodje, ki ga uporablja pacient sam in mu pomaga prepoznati sprožilce nasilnega vedenja, zgodnje znake in mu ponudi vaje, strategije za pomiritev. (2.) Oddelčna tabla razpoloženja, ki je namenjena opredelitvi trenutnega razpoloženja, ali razpoloženja v zadnjih 24/36 urah, z vremenskimi simboli (deževno, nevihta, oblačno, sončno). (3.) Varen čas (angl. Protected time) je čas, ko izvajalci zdravstvene nege dobijo dovoljenje s strani pacientov z duševno motnjo, da lahko z njimi obедуjejo. (4.) Terapevtske dejavnosti, ki angažirajo pacienta ves dan, tudi zvečer in ob vikendih. (5.) Načrtovanje najmanj restriktivne oskrbe, ki se določi na sestankih tima izvajalcev zdravstvene nege na podlagi Mojega varnostnega načrta pacientov na oddelku, izvedenih PVU-jev, nasilnih incidentov. Rezultat te metode je plan, ki določa aktivnosti za zmanjševanje nasilnih dogodkov in posledično uporabo PVU. (6.) Izziv petnajstih korakov (angl. 15 step challenge), ki je pravzaprav proces ugotavljanja možnih izboljšav na oddelku na podlagi ocene doživljanja naslednjih področij dela in bolnišnične obravnave: varnost, sprejetost, skrbnost, vključevanje, organiziranost in mirnost. (7.) Klinični nadzor, katerega namen je odkrivanje travm tako pri pacientih kot tudi pri izvajalcih zdravstvene nege ter posledično iskanje rešitev za njihovo zdravljenje. (8.) Deeskalacijske tehnike. (9.) Senzorične/udobne/nizkodražljajne sobe so sobe, klinični prostori, kamor se lahko pacienti umaknejo, da bi se pomirili. (10.) Varnostni križi, ki jih je 31 (torej za vsak dan v mesecu eden), ki se nalepijo na koledar. Če se je zgodil incident, kateremu je sledil PVU. Cilj je, da koledar izvajalci zdravstvene nege na timskih sestankih analizirajo in pripravijo rešitve na tem področju. (11.) Prisotnost izvajalcev zdravstvene nege (angl. Visible nurse), pri čemer mora izvajalec vsaj 30 % svojega odmora preživeti v skupnih prostorih s pacienti z duševno motnjo.

V prihodnje bi bilo zanimivo preučiti kadrovske in stroškovne prednosti novih modelov zmanjševanja PVU. Pri tem bi lahko za izhodišče raziskovalci in psihiatrične bolnišnice uveljavile model, ki ga je sestavil Bregar (2019) v svoji doktorski disertaciji in ga dejansko implementirale v klinično prakso. Tako bi lahko primerjali zaznavanje PVU pred in po uvedbi.

5 Zaključek

V prispevku smo pisali o ukrepih za zmanjševanje uporabe PVU v psihiatričnem kliničnem okolju. Ugotovili smo, da je zmanjševanje PVU v psihiatričnih bolnišnicah dolgoročen proces, ki mora temeljiti najprej na sodelovanju vodstva, izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov na področju psihiatrije. Naloga vodstva je vzpostaviti ugodno delovno okolje, kjer bodo lahko izvajalci zdravstvene nege delali optimalno, se usposabljali, izobraževali in skupaj, kot člani multidisciplinarnega tima, sodelovali pri vzpostavljanju naprednega kliničnega okolja, kjer se PVU redko uporabljajo. Dejavnikov tveganja, ki vodijo v izvajanje posebnih varovalnih ukrepov je veliko, zato morajo biti izvajalci zdravstvene nege usposobljeni za delo s pacienti z nasilnim vedenjem oziroma pacienti, ki kažejo znake agresije. Pri tem je pomembno, da izvajalci zdravstvene nege ne pomislijo takoj na najbolj restriktivne ukrepe, ampak predvsem na tehnike deeskalacije ali pa druge metode dela, ki so v praksi že preizkušene in veljajo za učinkovite.

Modeli obravnave, ki smo jih analizirali, temeljijo predvsem na implementiranju novih in inovativnih metod dela, saj le take spodbujajo paciente in izvajalce zdravstvene nege k aktivnemu kliničnemu zdravljenju oziroma obravnavi. Zavedati se moramo, da »zaposleni«

pacient, ki se v kliničnem okolju počuti varnega in sprejetega, ne bo imel potrebe lastne travme ali nelagodnosti izražati se nasilno, temveč bo svoje stiske delil z izvajalcem zdravstvene nege, ki je nenehno prisoten na oddelku. Zato je ključno, da se v klinično prakso uvedejo t. i. zaupne sobe, v katerih bi se pacienti z duševno motnjo osamili, ali pa v tišini in zaupno pogovorili z izvajalci zdravstvene nege.

Menimo, da bo v prihodnje potrebno na področju preprečevanja izvajanja PVU narediti še veliko majhnih in velikih oziroma sistemskih korakov. Temelje so slovenski raziskovalci že postavili, sedaj je pa potrebno na dokazih podprto prakso v obliki modelov še preizkusiti v slovenskem kliničnem okolju. Pri tem jih bo potrebno prilagoditi zdravstvenemu sistemu, kulturi, jeziku in delovnemu okolju izvajalcev zdravstvene nege. Trenutna psihiatrična praksa na področju zmanjševanja PVU še vedno sloni na tehnikah deeskalacije in BVC ocenjevalni lestvici. V tujini svojo klinično obravnavo pacienta z duševno motnjo nenehno inovirajo in dopolnjujejo s ciljem zmanjševanja izvajanja najbolj restriktivnih ukrepov PVU.

Literatura

- Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., Mc Cutcheon, A.K., Velasquez Lecca, E.E., Löhr, M., Schulz, M., Bechdorf, A. & Weinmann, S., 2019. Preventing and reducing coercive measures - an evaluation of the implementation of the Safewards model in two locked wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10, p. 340.
- Berring, L.L., Pedersen, L. & Buus, N., 2016. Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), pp. 499-507.
- Bowers, L., Cullen, A.E., Achilla, E., Baker, J., Khondoker, M., Koeser, L., Moylan, L., Pettit, S., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P. & Tulloch, A.D., 2017. *Seclusion and psychiatric intensive care evaluation study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services*. Southampton: National Institute for Health Research Journals Library.
- Bregar, B., 2019. *Model dejavnikov, ki pojasnjujejo odnos zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi do uporabe posebnih varovalnih ukrepov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- Bregar, B., Skela-Savič, B., Kajdiž, K. & Kores Plesničar, B., 2019. The Heyman Survey of nursing employees' attitudes towards mechanical restraints in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), pp. 18-30.
- Cosper, P., Morelock, V. & Provine, B., 2015. Please release me: Restraint reduction initiative in a health care system. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(1), pp. 16-23.
- Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G. & Whittington, R., 2019. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *International Journal of Nursing Studies*, 95, pp. 40-48.
- Duxbury, J.A., 2015. The Eileen Skellern Lecture 2014: physical restraint: in defence of the indefensible? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), pp. 92-101.
- Efkemann, S.A., Bernard, J., Kalagi, J., Otte, I., Ueberberg, B., Assion, H.J., Zeiß, S., Nyhuis, P.W., Vollmann, J., Juckel, G. & Gather, J., 2019. Ward atmosphere and patient satisfaction in psychiatric hospitals with different ward settings and door policies. Results from a mixed methods study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, p. 576.
- Glezer, A. & Weintraub Brendel, R., 2010. Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harvard Review of Psychiatry*, 18(6), pp. 353-358.
- Goulet, M.H., Larue, C. & Dumais, A., 2017. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, pp. 139-146.
- Hallett, N. & Dickens, G.L., 2015. De-escalation: a survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), pp. 324-333.

- Hirsch, S. & Steinert, T., 2019. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(19), pp. 336-343.
- Jambošič, I. & Bregar, B., 2015. Nasilje pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. In: S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik & D. Klemenc, eds. *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babetne nege: zbornik prispevkov z recenzijo. 11.-12. maj 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babetne nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babet, pp. 208-215.
- Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A. & Domb, A., 2016. A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, pp. 20-27.
- Junuzović, E., 2018. Uporaba deeskalacijskih tehnik za obvladovanje nasilnega vedenja. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 15. november 2018*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu, pp. 191-200.
- Lipovec, A., 2018. Dejavniki tveganja za pojav nasilnega vedenja pri pacientu z duševno motnjo. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 15. november 2018*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu, pp. 320-326.
- Lovrečič, M., Lovrečič, B., Uršič Polh, A., Kopčavar Guček, N., Tavčar, R. & Dernovšek, M.Z., eds. 2019. *Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov. Okvirne usmeritve za zaščito zdravništva na delovnem mestu*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, Delovna skupina »Ne dopuščajmo nasilja«.
- Pelto-Piri, V., Warg, L.E. & Kjellin, L., 2020. Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research*, 20, p. 362.
- Raveesh, B.N., Pathare, S., Noorthoorn, E.O., Gowda, G.S., Lepping, P. & Bunders-Aelen, J. G.F., 2016. Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(2), pp. 221-229.
- The European Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2015. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Vukelić, D.G., 2018. *Vloga zdravstvene nege pri obravnavi pacientov s psihiatričnimi znaki in simptomi v enotah intenzivne terapije: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Widmayer, S., Borgwardt, S., Lang, U.E. & Huber, C.G., 2019. Could animal-assisted therapy help to reduce coercive treatment in psychiatry? *Frontiers in Psychiatry*, 10, p. 794.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., Jones, P. & Kar Ray, M., 2015. *Restraint reduction in mental healthcare: a systematic review*. Fulbourn: Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust.
- Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Guo, J., Lei, H., Wei, H. & Luo, W., 2018. Staff training reduces the use of physical restraint in mental health service, evidence-based reflection for China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), pp. 488-494.
- Zheng, C., Li, S., Chen, Y., Ye, J., Xiao, A., Xia, Z., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Wang, C. & Lin, J., 2020. Ethical consideration on use of seclusion in mental health services. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), pp. 116-120.

Zdravstvena pismenost medicinskih sester in odnos do dela s pacienti z ovirami

Health literacy of nurses and their attitude towards working with patients with disabilities

Andreja Vovk¹⁴

dr. Mojca Zvezdana Dernovšek¹⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Posebne potrebe oseb z ovirami so del človeškega življenja. Osebe z ovirami se soočajo z mnogimi preprekami in odnos do njih sodi med najpomembnejše. Zavedanje pomembnosti zdravstvene pismenosti daje zdravstvenim delavcem priložnost za podporo pacientom in njihovim družinam pri premagovanju ovir.

Metoda: Uporabljena je bila kvalitativna paradigma raziskovanja, podatke smo zbirali z anketiranjem, s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Z večfaznim postopkom kvalitativne analize vsebine odgovorov anketirancev smo oblikovali tri glavne teme: (1) izkušnje z negovanjem pacientov z ovirami, (2) izkušnje s svojci pacientov z ovirami ter (3) pomembnost znanja za delo s pacienti z ovirami. Zbrane podatke smo kodirali in na koncu pripravili pojasnila ugotovitev.

Rezultati: Ugotovitve raziskave med medicinskimi sestrami kažejo na potrebo po vključitvi izobraževanja s področja posebnih potreb oseb z ovirami v izobraževalni kurikulum le-teh na dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju. Medicinske sestre svoje znanje za delo z osebami z ovirami pridobivajo tekom delovnega procesa ter z dodatnim usposabljanjem in izobraževanjem. Medicinske sestre imajo osebne in profesionalne izkušnje s tega področja in le-te so v večini pozitivne.

Razprava: Vključitev izobraževanja s področja posebnih potreb oseb z ovirami v izobraževalni sistem medicinskih sester na dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju bi pripomogla k bolj kakovostni obravnavi teh pacientov. Osebe z ovirami bi morale biti vključene kot izvajalci izobraževanja in usposabljanja, kar bi pripomoglo k detabuiziranju področja in sprejemanju drugačnosti. S pripravo na dokazih temelječih smernic za ugotavljanje potreb in zdravljenje s poudarkom na pacienta osredotočeni oskrbi bi izboljšali zdravstveno obravnavo.

Ključne besede: oviranost, pacient, medicinska sestra, zdravstvena pismenost, znanje

Abstract

Background: Special needs of people with disabilities are an essential part of life. Persons with disabilities face numerous obstacles. Therefore, the attitude towards them is of great importance. The awareness of the significance of health literacy allows healthcare workers to support patients and their families to surmount obstacles in the areas of health and welfare.

Methods: A qualitative research design was used and data were collected with a survey. The data were collected with a structured questionnaire. A multi-phase approach of qualitative context text analysis was used and it yielded three main topics: (1) experiences with nursing patients with disabilities, (2) experiences with the relatives of patients with disabilities, and (3) the importance of knowledge on working with patients with disabilities. The collected data were coded and the interpretation of findings was made.

Results: Our results revealed that nurses require formal education in the area of disabilities in their undergraduate and postgraduate curricula. They attain knowledge for working with patients with disabilities during the working process and by attending additional training and education. Nurses have both personal and professional experiences and describe them positively.

Discussion: The implementation of formal education in the area of disabilities in undergraduate and postgraduate nursing curricula would foster the quality improvement of healthcare provision for those patients. Persons with disabilities should be included in the education and training as the ones doing the teaching as this would contribute to the de-tabooization of the topic and to accepting diversities. Evidence-based

¹⁴ Andreja Vovk, mag. zdr. neg., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, andreja.vovk@kclj.si

¹⁵ red. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, Zdravstveni dom Sevnica, Inštitut Karakter in Nacionalni inštitut za javno zdravje, mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

guidelines for the establishment of needs and treatment with the emphasis on patient-centered care would improve healthcare provision.

Keywords: *disabilities, patient, nurse, health literacy, knowledge*

1 Teoretična izhodišča

Fenomen oviranosti v družbi je star toliko kot zgodovina človeštva (Sahin & Akyol, 2010). Dandanašnji se zdi normalno, da imajo osebe z ovirami poseben status v družbi, s čimer se zaščiti njihovo ranljivost na vseh področjih družbene integritete (Janžekovič, 2010). Ljudi z ovirami se v večini delov sveta še vedno obravnava kot izjemo pravila in kot deviacijo, odklon od »normalnega« (Zaviršek, 2014a). V Evropski uniji je več kot 15 % prebivalcev z neko vrsto invalidnosti oz. oviranosti, v Sloveniji pa se govori o 12–13 % vseh prebivalcev (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2014). Gre za pomembno skupino, katere zmožnosti za prispevek k uspešnosti družbe se razlikujejo od zmožnosti ostale populacije, seveda pa je ob tem potrebno poudariti, da zaradi različnih ovir, preprek in zmanjšane dostopnosti svojih potencialov ne morejo vedno pokazati. Ti ljudje ne predstavljajo enotne skupine. Opredeljeni so kot osebe z različnimi funkcionalnimi omejitvami, kot so to npr. motnja v duševnem razvoju, okvara vida, okvara sluha, gibalna oviranost, pa tudi druge osebe, ki so v svojem življenju naleteli na različne ovire (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2014). Vsaka vrsta oviranosti ima specifične zdravstvene, izobraževalne, rehabilitacijske, socialne in podporne potrebe. Osebe z ovirami se v primerjavi s splošno populacijo v večji meri spopadajo z neizpolnjevanjem osnovnih potreb (World Health Organization, 2011), zato je odnos strokovnjakov v zdravstvu zelo pomemben, saj jim pomaga pri zmanjšanju težav v njihovem življenju (Khan, et al., 2016). Z namenom spodbujanja, varovanja in zagotavljanja polnega in enakovrednega uživanja vseh človekovih pravic in temeljnih svobod ter spodbujanja spoštovanja njihovega prirojenega dostojanstva je bila sprejeta United Nations Convention on the rights of Persons with Disabilities, kar je v slovenski jezik prevedeno kot Konvencija o pravicah invalidov (United Nations, 2006). Kot navaja Zavirškova (2018a) je slovenski prevod naslova Konvencije neustrezen – »disabilities« bi bilo ustrezno prevedeno »oviranost, ovira«. Če pogledamo sam latinski termin »*invalidus*«, le-ta pomeni odvisnost, slabotnost (Zaviršek, 2014a). Zato Gosenca in sodelavke (2016) opozarjajo, da se v slovenski zakonodaji in tudi v drugih občilih in ustanovah, med drugim tudi zdravstvenih ustanovah, izraz »invalidi« še vedno uporablja, s čimer se nakazuje, da so te osebe šibke, neobgljene, slabotne, nesposobne za opravljanje dela, in kot primernejši izraz predlagajo hendikepirani posamezniki oziroma osebe z različnimi vrstami oviranosti.

Zakon o pacientovih pravicah (2008) ima v poglavju o pacientovih pravicah, v točki o pravici do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi, v 7. členu navedeno, da ima pacient »pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino«. Osnovna naloga javnega zdravja, torej izboljšanje zdravja celotne populacije, se vse bolj sooča s težavami zaradi neenakosti v zdravju. Obstaja več definicij neenakosti v zdravju, obstaja pa splošni dogovor, da se neenakosti v zdravju nanašajo na izide zdravljenja na nivoju populacije in da so zgodovinsko povezane s socialnimi, ekonomskimi ali okoljskimi neenakostmi, ki bi se jim bilo moč izogniti (Krahn, et al., 2015). Človek je edinstveno bitje in zato se ga mora kot takšnega tudi obravnavati (Zaviršek, 2000; Rutar, 2018). Nedopustno je, da imajo zaposleni v zdravstvu stereotipen odnos ali pa so v svojem vedenju preveč togi. Pri obravnavi vsakega posameznika je potrebno upoštevati kulturne in družbene dejavnike, ki na le-tega vplivajo, hkrati pa je potrebno delovati skladno z posameznikovimi individualnimi potrebami (Jelenc, et al., 2016).

1.1 Zdravstvena pismenost, medicinske sestre in delo s pacienti z ovirami

Zdravstvena pismenost (ZP) je pojem, ki ga je Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, pp. 1 - 2) prvič opredelila v svojem dokumentu leta 1998, in sicer je navedeno, da je ZP »proces, v katerem ljudje prevzamejo nadzor nad svojim zdravjem in izboljšanjem le-tega. Gre za kognitivne in socialne spretnosti, ki določajo posameznikovo motivacijo in sposobnost za dostop do informacij, za razumevanje le-teh ter njihovo uporabo na načine, ki spodbujajo in ohranjajo zdravje«. Adams in sodelavci (2009) navajajo, da je ZP več kot biti sposoben brati, pisati in razumeti številke v zdravstveni ustanovi. ZP je po njihovem mnenju kognitivna sposobnost razumeti in interpretirati pomen zdravstvenih informacij v pisani, govorni ali digitalni obliki. Vpliva na to, ali so ljudje sposobni razumeti aktivnosti, ki so povezane z zdravjem, ter sprejemati dobre odločitve o svojem zdravju v vsakodnevem življenju.

MS mora biti izobražena, delovati mora premišljeno, biti rahločutna, empatična, mora znati komunicirati in etično presoјati. Od nje se pričakuje, da se zna pogovarјati, zna poslušati in slišati, zna ugovarјati, podajati mnenja, oblikovati ideje, predvsem pa izraziti veliko razumevanja do pacienta in svojcev (Šauperl, 2009). Dobre komunikacijske sposobnosti so pomemben del temeljnih kompetenc MS in so nujno potrebne za prakso zdravstvene nege (ZN) ter na pacienta osredotočeno oskrbo (Boykins, 2014). MS morajo stremeti k najboljši oskrbi za sočloveka, zagotavljati kakovostno oskrbo in zdravljenje (National Health Service, 2012) ter upoštevati skrbi in potrebe posameznikov s kakršnokoli posebno potrebo (Brown & Kalaitzidis, 2013). Odnos med MS in pacientom mora biti profesionalne narave, a kljub vsemu človeški, v odnosu se prepletajo čustva MS in čustva pacienta, njune izkušnje, lastnosti, pričakovanja in strahovi (Stričević, 2011). Učinkovit terapevtski odnos med izvajalci ZN in pacienti je bistven za pozitiven izid zdravljenja (Aston, et al., 2014), informacije, pridobljene med komuniciranjem s pacientom, pa so ključne za uspeh v procesu ZN (Čremošnik, 2010).

2 Metode

2.1 Raziskovalna metoda

Za pridobivanje vpogleda v raziskovalni problem smo izbrali kvalitativno paradigmo raziskovanja, podatke smo zbirali z anketiranjem. Raziskovalni okvir predstavljajo teoretična izhodišča o ZP MS in njihovih stališčih, vrednotah in znanju za delo s pacienti z ovirami, na kar se raziskava tudi omejuje. Raziskava je nastala za potrebe priprave magistrskega dela. Namen raziskave je bil raziskati področje ZP MS, torej raziskati stališča, znanje in vrednote MS za delo s pacienti z ovirami.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

RV1: Kako MS poznajo področje posebnih potreb oseb z ovirami?

RV2: Koliko znanja MS za delo s pacienti z ovirami pridobijo med formalnim izobraževanjem (FI)?

RV3: Ali so MS mnenja, da so bile med FI deležne zadostnega usposabljanja za delo s pacienti z ovirami?

RV4: Kakšne osebne izkušnje imajo MS s pacienti z ovirami?

RV5: Kakšne vrste oviranosti imajo pacienti, ki so jih negovale MS?

RV6: Kakšne izkušnje imajo MS s pacienti z ovirami?

RV7: Kakšne izkušnje imajo MS s svojci pacientov z ovirami?

RV8: Kakšne pripombe in predloge imajo MS, da bi jim bilo delo s pacienti z ovirami manj stresno?

2.2 Opis merskega instrumenta

Uporabili smo metodo anketiranja. Podatke smo zbirali s pomočjo strukturiranega vprašalnika in jih obdelali v Excelu. Prvi del ankete je vseboval vprašanja o poznavanju oseb z ovirami; tu je bila uporabljena prevedena anketa *Disability Awareness Quiz 1* (ProProfs Quiz Maker, 2011). Drugi del ankete je vseboval vprašanja o izobraževanju in usposabljanju za delo z osebami z ovirami, tretji del pa o osebnih in profesionalnih izkušnjah in delu s temi pacienti. Zadnji del ankete je bil namenjen zbiranju demografskih podatkov. Demografski podatki so bili s kvantitativno metodo statistično obdelani s pomočjo računalniškega programa SPSS 24.0 Statistics for Windows in programa MS Excel 2013, za prikaz smo uporabili metodo opisne statistike frekvenčne in odstotne porazdelitve. Na koncu ankete je bilo nekaj vrstic namenjenih morebitnim dodatnim komentarjem, predlogom, mnenjem.

2.3 Opis vzorca

Glavno raziskavo smo izvedli med člani Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, v katerega je včlanjenih 5028 članov in članic (Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, n.d.). Raziskava je potekala od oktobra do decembra 2018. Povezava na anketo v aplikaciji 1KA je bila po elektronski pošti posredovana 1000 članom in članicam Društva (kar predstavlja 19,9 % vseh članov in članic Društva). Klik na anketo je naredilo 276 članov in članic (27,6 %), v statistično obdelavo podatkov smo nato vključili 212 v celoti izpolnjenih anket (21,2 % odzivnost anketiranih). V naši raziskavi je sodelovalo 194 (91,5 %) žensk in 18 (8,5 %) moških. Pri starostni analizi vzorca smo ugotavljali, da so anketiranci stari od 21 let pa do več kot 50 let, kar je pomenilo, da gre za starostno razmeroma heterogen vzorec. Največ anketirancev ima doseženo višjo ali visoko strokovno izobrazbo (130 anketiranih, 61,3 %), sledijo anketiranci z univerzitetno izobrazbo (53 anketiranih, 25 %), 16 (7,5 %) anketirancev ima podiplomsko izobrazbo (znanstveni magistririj, doktorat), najmanj anketiranih, to je 13 (6,1 %) pa srednješolsko izobrazbo. Nadalje nas je zanimala dosežena poklicna stopnja izobrazbe anketirancev: polovica, to je 108 (50,9 %) anketiranih ima pridobljen poklic diplomirana babica/diplomirani babičar, 85 (40,1 %) je diplomiranih MS/diplomiranih zdravstvenikov, 16 (7,5 %) jih ima poklic srednja MS – babica in samo 3 (1,4 %) so po poklicu višja MS/višji medicinski tehnik. Več kot polovica, to je kar 130 (61,3 %) jih zaposlenih v zdravstveni in babiški negi (ZBN) več kot 21 let, 30 (14,2 %) jih je zaposlenih od 11-15 let, 26 (12,3 %) od 16-20 let, enako število, 13 (6,1 %) pa do 5 let in od 6-10 let.

2.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri interpretaciji podatkov oz. besednih zapisov anketirancev smo uporabili večfazni postopek kvalitativne analize vsebine (Graneheim & Lundman, 2004):

- določanje pomenskih enot (pri čemer je bil najmanjša pomenska enota stavek),
- kodiranje pomenskih enot (s čimer smo ponazorili pomen pomenske enote),
- razvrščanje kod v kategorije (tako smo združili podobne in enake vsebine),
- določanje tem (tako smo združili kategorije s podobnim pomenom).

V prvem koraku smo besedne zapise, pomenske enote uredili v tabelo. V drugem koraku smo pomenskim enotam pripisali kode, nato smo kodam glede na podobnost v tretjem koraku določili kategorije. V zadnjem, četrtem koraku smo dobljenim kategorijam določili teme.

3 Rezultati

V nadaljevanju so v Tabeli 1 prikazani rezultati raziskave, ki dajejo splošen vpogled v poznavanje ZP MS na področju pacientov z ovirami.

Tabela 1: Poznavanje področja oziroma oseb z ovirami

POZNAVANJE PODROČJA OZIROMA OSEB Z OVIRAMI						
Vprašanja		Odgovori			Pravilni odgovori	Nepravilni odgovori
		Drži	Ne drži	Skupaj		
V1	Vedno je že na daleč očitno, da gre za osebo z oviranostjo.	16 (7,5 %)	196 (92,5 %)	212 (100 %)	196 (92, %)	16 (7,5 %)
V2	Ljudje z ovirami niso sposobni za delo.	4 (1,9 %)	208 (98,1 %)	212 (100 %)	208 (98,1 %)	4 (1,9 %)
V3	Besede, kot so npr. invalidski voziček, oseba z ovirami,... se lahko uporabljajo in so sprejemljive.	195 (91,9 %)	17 (8,1 %)	212 (100 %)	195 (91,9 %)	17 (8,1 %)
V4	Osebe z ovirami vedno potrebujejo pomoč pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti.	15 (7 %)	197 (93 %)	212 (100 %)	197 (13 %)	15 (7 %)
V5	Osebe z ovirami si želijo biti spoštovane in imeti enake možnosti kot osebe, ki oviranosti nimajo.	202 (95,3 %)	10 (4,7 %)	212 (100 %)	202 (95,3 %)	10 (4,7 %)
V6	Razvojne nepravilnosti so kronična stanja, ki jih povzroči duševna ali fizična nepravilnost.	144 (68 %)	68 (32 %)	212 (100 %)	144 (68 %)	68 (32 %)
V7	Nekatere gluhe osebe ne uporabljajo znakovnega jezika.	175 (82,5 %)	37 (17,7 %)	212 (100 %)	175 (82,5 %)	37 (17,5 %)
V8	Če vpiješ na gluho osebo, te boljše sliši.	0	212 (100 %)	212 (100 %)	212 (100 %)	0
V9	Okvara sluha sodi med fizične okvare.	166 (78,3 %)	46 (21,7 %)	212 (100 %)	166 (78,3 %)	46 (21,7 %)
V10	Boljše je komunicirati s spremljevalcem ali pa s tolmačem kot pa neposredno z osebo z ovirami.	35 (16,5 %)	177 (83,5 %)	212 (100 %)	177 (83,5 %)	35 (16,5 %)
V11	Kadar ne razumeš nekoga, ki ima težave pri komunikaciji, ga vljudno prosiš, naj ponovi, kar je povedal, in se tako prepričaš, ali je razumel pravilno.	202 (95,3 %)	10 (4,7 %)	212 (100 %)	202 (95,3 %)	10 (4,7 %)
V12	Avtizem, bipolarna motnja in ADHD sodijo med prikrite oviranosti.	128 (60,4 %)	84 (39,6 %)	212 (100 %)	128 (60,4 %)	84 (39,6 %)
V13	Besedi »retardiranec« in »norec« sta neškodljivi.	11 (5,2 %)	201 (95 %)	212 (100 %)	201 (94,8 %)	11 (5,2 %)
V14	Slepi osebi se ni potrebno predstaviti, kajti ima izjemen spomin in sluh in se spomni človekovega glasu.	11 (5,2 %)	201 (94,8 %)	212 (100 %)	201 (94,8 %)	11 (5,2 %)
V15	Psa vodiča ne smeš trepljati, medtem ko dela, kajti s tem ga zmotiš pri njegovem delu.	156 (73,6 %)	56 (26,4 %)	212 (100 %)	156 (73,6 %)	56 (26,4 %)
V16	Primerно je, da osebi, ki je na invalidskem vozičku, pomagamo in je ne vprašamo, ali našo pomoč dejansko potrebuje.	28 (13,2 %)	184 (88,8 %)	212 (100 %)	184 (86,8 %)	28 (13,2 %)
V17	Paraolimpijske igre so namenjene osebam z ovirami.	176 (83 %)	36 (17 %)	212 (100 %)	176 (83 %)	36 (17 %)

Nadalje smo anketirance spraševali o tem, kakšne izkušnje imajo z negovanjem pacientov z ovirami (Tabela 2) ter kakšne s svojci pacientov z ovirami (Tabela 3).

Tabela 2: Negovanje pacienta z ovirami med profesionalnim delovanjem in izkušnje ob tem

KODA	KATEGORIJA	TEMA
Pozitivna izkušnja z delom s pacientom z ovirami (n=22)	Izkušnje z delom s pacienti z ovirami	Izkušnje z negovanjem pacientov z ovirami
Negativna, neprijetna izkušnja ob delu s pacientom z ovirami (n=3)		
Pridobljene delovne izkušnje za delo s pacientom z ovirami (n=5)		
Pomen znanja in izkušenj za delo s pacienti z ovirami (n=6)	Znanje, potrebno za delo s pacienti z ovirami	
Pomanjkanje znanja, negotovost za delo s pacientom z ovirami (n=14)	Delo s pacienti z ovirami je zahtevno	
Delo z osebo z ovirami je izziv (n=5)		
Zahtevno, naporno delo s pacienti z ovirami (n=7)	Individualna obravnava pacientov z ovirami	
Individualen pristop do pacienta z ovirami (n=1)		
Razumevanje, spoštovanje, potrpežljivost pri delu, časovna komponenta (n=18)		
Enakost pri obravnavi pacientov (n=8)	Komunikacija in sodelovanje	
Prilagajanje situaciji (n=18)		
Komunikacija z osebo z ovirami (n=1)		
Vzpostavitev ustrezne komunikacije med udeleženci (n=2)		

Tabela 3: Izkušnje s svojci pacientov z ovirami

KODA	KATEGORIJA	TEMA
Pozitivne izkušnje s svojci (n=28)	Vzpostavitev odnosa s svojci	Izkušnje s svojci pacientov z ovirami
Svojci so zelo zahtevni (n=12)		
Ni bilo stikov s svojci (n=3)		
Svojci so zaposlenim v pomoč (n=19)		
Vzpostavitev odnosa s svojci (n=5)		
Prilagajanje situaciji (n=5)		
Zaščitniški odnos svojcev do pacienta z ovirami (n=8)	Svojci v odnosu do pacienta z ovirami	
Odnos svojcev do pacienta z ovirami (n=1)		
Svojci pozabijo na pacienta (n=1)		

Na koncu smo anketirancem dali priložnost, da podajo svoje predloge in pripombe (Tabela 4).

Tabela 4: Predlogi in pripombe anketirancev

KODA	KATEGORIJA	TEMA
Potreba po formalnem izobraževanju (n=6)	Izražanje potrebe po pridobivanju znanja	Pomembnost znanja za delo s pacienti z ovirami
Potreba po dodatnem izobraževanju (n=15)		
Potreba po formalnem in dodatnem izobraževanju (n=1)		
Potreba po izobraževanju (n=1)		
Pomanjkanje znanja (n=8)	Pomanjkanje znanja za delo s pacienti z ovirami	
Enakost obravnave, sprejemanje drugačnosti (n=26)	Sprejemanje drugačnosti	
Detabuiziranje področja oviranosti (n=3)		
Ni izkušenj z delom s pacienti z ovirami (n=3)	Ni izkušenj z delom s pacienti z ovirami	

4 Razprava

Posebne potrebe oz. oviranosti so del človeškega življenja. Praktično vsak človek bo nekoč v življenju začasno ali trajno oslavljen, in tisti, ki bodo dočakali starost, se bodo soočili z vse več težavami (World Health Organization, 2011). Kot pravi Zavirškova (2014b; 2018b), smo ljudje v toku življenja le začasno nehendikepirani, torej nimamo nekih posebnih oviranosti ali posebnih potreb. Pri večini ljudi do oviranosti pride kasneje v življenju, z oviro se ne rodijo in ni podedovana. Tovrstna zdravstvena stanja so lahko navzven vidna ali ne, začasna ali dolgotrajna, statična, epizodična ali degeneracijska, boleča ali pa brez posledic (World Health Organization, 2011).

V naši raziskavi smo ugotovili, da MS relativno dobro poznajo področje posebnih potreb oseb z ovirami, saj jih je na zastavljena vprašanja pri vseh vprašanih pravilno odgovorilo več kot 60 %. Zaključimo torej lahko, da so anketirane MS relativno dobro ZP na področju poznavanja oseb z ovirami.

Nadalje nas je zanimalo, koliko znanja pridobijo MS za delo s pacienti z ovirami med FI. Ugotovili smo, da kar 87,8 % anketiranih v času FI ni bila deležnih posebnega izobraževanja za delo s pacienti z ovirami, od tega pa jih je 25,5 % imelo na voljo dodatni material/literaturo s tega področja. Prav tako smo v raziskavi ugotovili, da kar 95 % anketirancev med FI ni bilo deležnih zadostnega usposabljanja za delo s pacienti z ovirami. Anketirane MS si pri svojem delu pomagajo z izkušnjami, pridobljenimi tekom dela.

V raziskavi nas je zanimalo tudi, kakšne osebne izkušnje imajo MS z osebami z ovirami in iz odgovorov anketiranih smo razbrali, da imajo anketiranci poleg profesionalnih tudi osebne izkušnje z osebami z ovirami.

Velika večina anketiranih v naši raziskavi je že negovala pacienta z ovirami.

Svoje izkušnje ob delu s pacientom z neko vrsto oviranosti je največ anketiranih opisalo kot pozitivne. Izkušnje za delo s tovrstnimi pacienti so si nekateri anketirani pridobili med delom. Le posamezni anketirani so svojo izkušnjo opisali kot negativno, neprijetno. Pogošta navedba je bila, da anketirancem znanja za delo s pacienti z ovirami primanjkuje, kajti delo je zahtevno in predstavlja izziv. Navajajo tudi, da so pri delu s temi pacienti potrebni razumevanje, spoštovanje, potrpežljivost pri delu ter čas. Menijo, da je paciente z ovirami potrebno obravnavati enakovredno ostalim pacientom, po potrebi pa uporabiti individualen pristop. Potrebno je sprotno prilagajanje situaciji ter vzpostavitev ustrezne komunikacije med udeleženci.

V naši raziskavi smo želeli ugotoviti tudi, kakšne izkušnje imajo MS s svojci pacientov z ovirami. Največ anketiranih je navedlo, da ima s svojci pacientov z ovirami dobre izkušnje, svojci so jim pogosto v pomoč. Navajajo, da so svojci teh pacientov zahtevni, poudarjajo pomen vzpostavitve odnosa z njimi ter pomen prilagajanja situaciji. Nekaj anketiranih je mnenja, da imajo svojci do pacienta z ovirami zaščitniški odnos, zgodi pa se tudi, da svojci preprosto pozabijo na pacienta, potem ko ga enkrat pripeljejo na obravnavo v zdravstveno ustanovo. Nekateri anketirani stikov s svojci pacientov z ovirami še niso imeli.

Na koncu raziskave smo želeli pridobiti informacije še o tem, kakšne pripombe in predloge imajo MS, da bi jim bilo delo s pacienti z ovirami manj stresno. In prav ti njihovi predlogi so nam postali osnova za pripravo priporočil in aktivnosti. Predlagamo sledeče:

- v vsakodnevni praksi prevzeti primere dobre prakse FI za delo z osebami z ovirami in pacienti z ovirami v tujini;
- v sistem šolanja tehnikov ZN uvesti teoretična znanja in praktične vsebine za delo z osebami z ovirami in pacienti z ovirami;

- v sistem šolanja diplomiranih MS/diplomiranih zdravstvenikov/diplomiranih babic/diplomiranih babičarjev uvesti teoretična znanja in praktične vsebine za delo z osebami z ovirami in pacienti z ovirami;
- umestiti tematike obravnave oseb z ovirami v dodatna obvezna izobraževanja s področja ZBN;
- vseživljenjsko izobraževanje in posodabljanje znanja tudi na področjih izven področja dela;
- aktivnosti usmeriti v detabuiziranje področja različnih oviranosti in v sprejemanje drugačnosti;
- glede na različna poimenovanja oseb (invalidi, osebe s posebnimi potrebami, hendikepirani, osebe z ovirami, ovirani, ...) poenotiti poimenovanje teh oseb;
- osebe z ovirami vključiti v izvajanje izobraževanja in usposabljanja;
- pripraviti na dokazih temelječe smernice za ugotavljanje potreb in zdravljenje s poudarkom na pacienta osredotočeni oskrbi;
- pacientom z ovirami omogočiti ne le enako, temveč posebno zdravstveno obravnavo (npr. prilagojen ginekološki stol, prilagojen stol pri zobozdravniku);
- ustrezna implementacija Konvencije o pravicah oseb z ovirami.

Vsak pacient je edinstveno drugačen. Vsak pacient ima lahko potrebe, ki zahtevajo posebno nego zaradi diagnoze, ki jo ima. Spekter pacientov z ovirami je zelo različen, vse od slepih, tetraplegikov pa do oseb z motnjo v duševnem razvoju ali pa samomorilno težnjo. Primarni cilj oskrbe je zagotoviti varno okolje za vse. To najlažje dosežemo z ustrezno komunikacijo že takoj ob sprejemu ali pa celo že pred sprejemom. Zdravstveno osebje mora biti čim prej seznanjeno s kakršnokoli oviranostjo, ki jo ima pacient, zato da se potrebne prilagoditve lahko čim prej izvedejo. Posebne potrebe pacientov z ovirami so del kakovostne oskrbe, ki jo mora zagotoviti zdravstvena ustanova. Komunikacija je bila, je in bo osnova kontinuuma varne oskrbe pacientov.

Literatura

- Adams, R.J., Stocks, N.P., Wilson, D.H., Hill, C.L., Gravier, S., Kickbusch, I. & Beilby, J.J., 2009. Health literacy: a new concept for general practice? *Australian Family Physician*, 38(3), pp.144-147.
- Aston, M., Breau, L. & MacLeod, E., 2014. Understanding the importance of relationships: Perspective of children with intellectual disabilities, their parents, and nurses in Canada. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18(3), pp. 221-237.
- Boykins, A.D., 2014. Core Communication competencies in patient-centered care. *The ABNF Journal*, 25(2), pp. 40-45.
- Brown, S. & Kalaitzidis, E., 2013. Barriers preventing high-quality nursing care of people with disabilities within acute care settings: a thematic literature review. *Disability & Society*, 28(7), pp. 937-954.
- Čremošnik, K., 2010. *Pomen komunikacije s pacienti s posebnimi potrebami: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Društvo MS, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, n.d. *Društvo MS, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana*. [online] Available at: <http://www.drustvo-med-sester-lj.si/si/o-drustvu> [Accessed 3 March 2019].
- Gosenca, K., Lipovec Čebren, U. & Zaviršek, D., 2016. Telo. In: U. Lipovec Čebren, ed. *El. knjiga. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 51-80.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), pp. 105-112.
- Janžekovič, A., 2010. *Rejništvo kot oblika družbenega varstva otrok s posebnimi potrebami: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.

- Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebtron, U., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: U. Lipovec Čebtron, ed. *El. knjiga. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 11-28.
- Khan, T.M., Umar, M., Naeem, A. & Marryam, M., 2016. Attitude of medical professionals towards persons with disabilities. *The Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences*, 12(1), pp.17-20.
- Krahn, G.L., Klein Walker, D. & Correa-De-Araujo, R., 2015. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health*, 105(2), pp. 198-206.
- National Health Service, 2012. *Compassion in practice. Nursing, midwifery and care staff – Our vision and strategy*. [pdf] NHS. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf> [Accessed 2 March 2019].
- ProProfs Quiz Maker, 2011. *Disability Awareness Quiz 1*. [online] Available at: <http://www.proprofs.com/quiz-school/story.php?title=disability-awareness-quiz-1> [Accessed 3 October 2018].
- Republika Slovenija. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2014. *Akcijski program za invalide 2014 – 2021*. [pdf] MDDSZ. Available at: https://www.zdis.si/files/akcijski_program_2014-2021.pdf [Accessed 4 November 2017].
- Rutar, D., 2018. Nova psihologija kulture hendikepa in drugo. In: D. Rutar, ed. *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami*. Kamnik: Cirius, pp. 23-26.
- Sahin, H. & Akyol, A.D., 2010. Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(15-16), pp. 2271-2279.
- Stričević, J., 2011. Profesionalni odnos MS do pacienta. In: M. Pevec, B. Forštnarič-Klobasa, G. Strgar, M. Brumen & K. Pirš, eds. *VIII.srečanje MS v pediatriji: Jetrne bolezni v otroški dobi. Aterosklerotična srčnožilna ogroženost otrok*. Maribor, 8. - 9. april 2011. Maribor: Univerzitetni klinični center, pp. 55-57.
- Šaupert, M., 2009. *Profesionalno delovanje MS in ohranjanje dostojanstva pacientov v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- United Nations, 2006. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: UN.
- World Health Organization, 1998. *Health promotion glossary*. [pdf] WHO. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> [Accessed 7 September 2017].
- World Health Organization, 2011. *World report on disability*. [pdf] WHO. Available at: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf [Accessed 26 June 2017].
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.
- Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 37.
- Zaviršek, D., 2000. *Hendikep kot kulturna travma. Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi*. Ljubljana: Založba I*cf.
- Zaviršek, D., 2014a. Time for recognition: people with disabilities today. *Socialno delo*, 53(3), pp.123-132.
- Zaviršek, D., 2014b. Opredelitev hendikepa in razvoj študija hendikepa v socialnem delu. Mednarodna perspektiva. *Socialno delo*, 53(3), pp.133-146.
- Zaviršek, D., 2018a. (Ne)plačano delo med prisilo in pravico, med prekarnostjo in samopotrditvijo. In: D. Rutar, ed. *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami*. Kamnik: Cirius, pp. 141-169.
- Zaviršek, D., 2018b. *Skrb kot nasilje*. Ljubljana: Založba I*cf.

Cepljenje proti pnevmokoku in vloga zdravstvene nege – pregled literature

Pneumococcal vaccination and the role of nursing – a literature review

Maruša Hacin¹⁶
dr. Irena Grmek Košnik¹⁷

Izvleček

Teoretična izhodišča: Namen cepljenja proti pnevmokoku je zmanjšati bolezn, preprečiti zaplete, in zmanjšati umrljivost. Zdravstvena nega ima pomembno vlogo pri cepljenju proti pnevmokoku.

Metoda: Uporabljena je bila metoda pregleda strokovne in znanstvene literature. Literaturu se je iskalo v bazah: Google učenjak, Pub Med in CINAHL. Uporabili smo tudi spletno stran NIJZ. V Google učenjaku smo uporabili ključne besede: »pnevmokok«, »cepljenje«, medicinske sestre cepljenje, »vloga zdravstvene nege cepljenje proti pnevmokoku«, »pneumococcal vaccination«, »pneumococcal vaccination the role of the nurse«. Pri omejevanju iskanja literature se je uporabilo obdobje 2010-2020, celotno besedilo, slovenski jezik in angleški jezik. Dobili smo 23704 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu in 25 ostalih virov v polnem besedilu. Po pregledu izvlečkov smo zaradi tematske neustreznosti izločili 23.559 virov. Ostalih 170 virov smo preučili, izključili 133 virov in dobili 29 virov, primernih za analizo, za končno analizo smo uporabili 16 člankov. Pri obdelavi podatkov je bila uporabljena kvalitativna vsebinska analiza.

Rezultati: Identificirano je bilo 18 kod, ki so bile po sorodnosti združene v dve kategoriji. Kategoriji smo oblikovali glede na vsebino literature. Prva kategorijo smo poimenovali namen cepljenja proti pnevmokoknim okužbam, drugo kategorijo pa vloga medicinske sestre pri procesu cepljenja proti pnevmokoku.

Razprava: Cepljenje proti pnevmokoku je pomembno, saj preprečuje in zmanjšuje obolevnost in smrtnost zaradi pnevmokoknih okužb, hkrati pa povečuje splošno imunost med ljudmi. Medicinska sestra ima pri cepljenju proti pnevmokoku pomembno vlogo.

Ključne besede: *pnevmokok, cepljenje, cepljenje proti pnevmokoku, cepljenje, vloga zdravstvene nege*

Abstract

Background: The purpose of pneumococcal vaccination is to reduce disease, prevent complications, and reduce mortality. Nursing plays an important role in pneumococcal vaccination.

Methods: The method of reviewing professional and scientific literature was used. Literature was searched in the databases: Google Scholar, Pub Med, and CINAHL. We also used the NIJZ website. We used the keywords in Google Scholar: "pneumococcus", "vaccination", nurses vaccination, "role of nursing pneumococcal vaccination", "pneumococcal vaccination", "pneumococcal vaccination the role of the nurse". In the period 2010-2020, the full text, the Slovenian language, and the English language were used to limit the literature search. We obtained 23,704 electronic sources of research articles in full text and 25 other sources in full text. After reviewing the abstracts, 23,559 sources were excluded due to thematic inadequacy. The remaining 170 sources were examined. 133 sources were excluded and 29 sources suitable for analysis were obtained and 16 articles were used for the final analysis. Qualitative content analysis was used in the data processing.

Results: Out of 29 hits for the final analysis, 16 articles were selected for the detailed analysis. 18 codes were identified. They were grouped into two categories by relatedness. We designed the categories according to the content of the literature. The first category: the purpose of vaccination against pneumococcal infections and the second category: the role of the nurse in the pneumococcal vaccination process.

Discussion: Pneumococcal vaccination is important because it prevents and reduces morbidity and mortality from pneumococcal infections while increasing overall immunity among humans. The nurse plays an important role in pneumococcal vaccination.

Keywords: *pneumococcus, vaccination, pneumococcal vaccination, vaccination, the role of nursing nursing*

¹⁶ Maruša Hacin dipl. m. s., marusa.hacin@gmail.com

¹⁷ doc. dr. Irena Grmek Košnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, irena.grmek.kosnik@nlzoh.si

1 Teoretična izhodišča

Bakterija *Streptococcus pneumoniae* ali pnevmokok povzroča pnevmokokne okužbe. Kot navajajo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ, n.d.). Nekatere pnevmokokne okužbe povzročijo tudi resnejša stanja (invazivna pljučnica, sepsa, meningitis), ki se lahko končajo tudi s smrtjo (NIJZ). Pnevmonoki so Gramu-pozitivni zunajcelični bakterijski patogeni (Schindler & Kaatz, 2016). Henriques-Normark in Tuomanen (2013) navajata, da pnevmokoki prvinsko kolonizirajo nosno-žrelno prostor in so glavni vzrok za pljučnico, sepsa in meningitis. Koppe in sodelavci (2012) navajajo, da so nekateri serotipi povezani z nosno-žrelno kolonizacijo, pljučnico pri bolnikih z osnovnimi boleznimi in višjo smrtnostjo pri povzročanju bolezni. Pnevmonoki se med ljudmi prenašajo s kapljicami, ki se prenašajo med kašljanjem in kihanjem (NIJZ, n.d.). Pri zdravljenju pnevmokoknih okužb zelo velik problem predstavlja odpornost proti antibiotikom (Paragi, et al., 2016). Pnevmonokne okužbe običajno zdravimo s penicilinskimi antibiotiki, ki običajno uspešno ustavijo potek bolezni, vendar vse pogosteje pride do odpornosti antibiotiku (NIJZ, n.d.).

Cepljenje je tako posamezniku, kot človeštvu prineslo veliko dobrega. Zaradi cepljenja smo skoraj popolnoma izkoreninili nalezljive bolezni (Kraigher, et al., 2011, p. 15). Cepljenje proti pnevmokoknim okužbam v Sloveniji ni obvezno, je pa priporočeno (NIJZ, 2019c). Od leta 2015 v Sloveniji redno izvajamo rutinsko cepljenje otrok proti pnevmokoknim okužbam. Za cepljenje proti pnevmokoknim okužbam imamo na voljo dve vrsti cepiv polisaharidno in konjugirano cepivo. Konjugirani cepivi, ki jih uporabljamo v Sloveniji sta 13-valentno konjugirano pnevmokokno cepivo in 10-valentno konjugirano pnevmokokno cepivo (NIJZ, 2019c). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2017) je pnevmokok v današnjem času, eden izmed najpogostejših povzročitelj bakterijskih okužb posebno pri otrocih, ki so mlajši od dveh let. Po uvedbi cepljenja otrok s konjugiranim pnevmokoknim cepivom, se je stopnja okuženosti drastično znižala, hkrati pa se je okrepila tudi kolektivna imunost starejših. Cepljenja, ne izvajamo samo pri otrocih, priporočljivo je tudi za zdrave posameznike, ki so stari 65 let ali več. Cepljenje je samoplačniško (Sočan, et al., 2017).

V mnogih državah cepljenje otrok opravljajo medicinske sestre v sodelovanju z zdravnikom, ki je za postopek odgovoren. Medicinska sestra je stalno v stiku z cepivom, prisotna pa je tudi v celotnem procesu cepljenja. Pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti in uspešnosti cepljenja so strokovna izobrazba, delovno mesto diplomirane medicinske sestre, pogosto izvajanje cepljenja, ter stalno izpopolnjevanje na področju cepljenja. Glavna vloga zdravstvene nege pri cepljenju je torej učinkovito in varno hranjenje, svetovanje, rokovanje in dokumentiranje cepiv in cepljenja (NIJZ, 2019b).

Namen znanstvenega prispevka je bil s pomočjo sistematičnega pregleda literature raziskati izvajanje cepljenja proti pnevmokoku in vlogi zdravstvene nege pri tem. Postavili smo si naslednje cilje:

- Ugotoviti pomen cepljenja proti pnevmokoknim okužbam.
- Ugotoviti vlogo medicinske sestre pri procesu cepljenja proti pnevmokoku.
- Raziskovalna vprašanja:
- Kakšen je pomen cepljenja proti pnevmokoknim okužbam?
- Kakšna je vloga medicinske sestre pri procesu cepljenja proti pnevmokoku?

2 Metode

Za potrebe preglednega znanstvenega pregleda smo pregledali dostopno strokovno literaturo iz domačega in tujega okolja. Za zbiranje podatkov v preglednem članku smo

izvedli sistematičen pregled literature v domačih in tujih bazah podatkov. Literaturo smo iskali v bazah Google učenjak, Pub Med, uporabili smo tudi spletno stran NIJZ. V Google učenjaku smo uporabili ključne besede: »pnevmokok«, »cepljenje«, medicinske sestre cepljenje, »vloga zdravstvene nege cepljenje proti pnevmokoku«, »pneumococcal vaccination«, »pneumococcal vaccination the role of the nurse«. Omejitveni kriterij je bil starost literature od leta 2010 do 2020. V bazi Pub Med smo iskali literaturo z besednimi »pneumococcal vaccination«, »vaccination role of the nurse«, »pneumococcal vaccination the role of the nurse«.V bazi CINAHL smo pri iskanju uporabili Boolov operator »AND« s katerim bomo povezali »pneumokok« AND »vaccination«, AND » »nursing care«.V podatkovnih bazah smo postavili naslednje omejitvene kriterije: objava članka med letoma 2010 in 2020 ter dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini in slovenščini. Omejitve iskanja so bile: free full text, 10 years, humans, english. Na spletni strani NIJZ smo iskali s ključnima besednima zvezama: »pnevmokok« in »cepljenje proti pnevmokoku« kjer smo iskali članke iz obdobja 2010–2020.

2.1 Opis obdelave podatkov pregleda literature

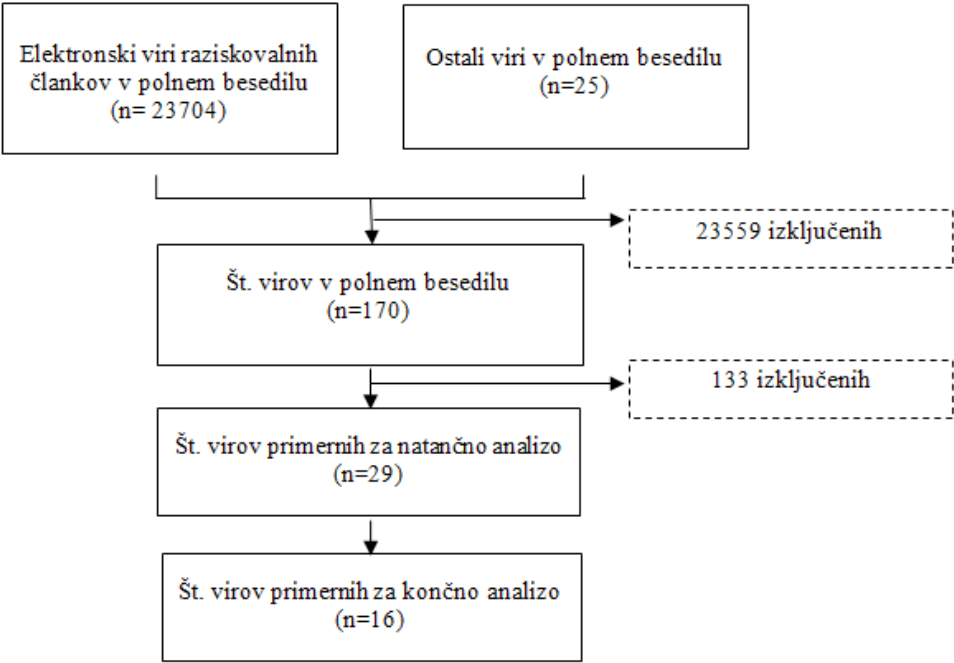
V pregledu literature smo analizirali ustrezno literaturo, ki temeljil na vsebinski ustreznosti in na dostopnosti. V pregled literature smo uvrstili le vire, ki obravnavajo našo izbrano temo. Uporabili smo tehniko kodiranja in posledično oblikovanje vsebinskih kategorij. V procesu analize izbranih strokovnih dokumentov v pregled literature smo v rezultatih, razpravi in zaključkih iskali ključno vsebino, ki je povezana z našimi cilji. Ključni izbrani vsebini smo v procesu kodiranja dodajali pomensko podobne kode (Vogrinc, 2008).V pregledu literature smo izvedli kvalitativno vsebinsko analizo podatkov, ki je bila izvedena po usmeritvi Vogrinca (2008). Kvalitativno raziskovanje temelji na vračanju, preverjanju in utrjevanju ugotovitev, ki jih tekom postopka sprejmemo in uporabimo.

3 Rezultati

V procesu iskanja literature smo s pomočjo ključnih besed dobili 23704 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu in 25 ostalih virov v polnem besedilu. Po pregledu izvlečkov virov smo zaradi tematske neustreznosti našemu naslovu izločili 23559 virov. Ostalih 170 virov smo podrobneje preučili, kasneje pa izključili še 133 virov in dobili še 29 virov, ki so bili primerni za natančno analizo, za končno analizo pa smo uporabili 16 člankov. Iskanje literature smo prikazali tudi slikovno (Slika1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	Pneumococcal vaccination, vaccination nurse s role, pneumococcal vaccination nurse s role	1977	6
Google učenjak	vaccination, pneumococcal vaccination the role of the nurse, pnevmokok, cepljenje, medicinske sestre cepljenje, vloga zdravstvene nege cepljenje proti pnevmokoku.	19584	9
CINAHL	Pneumococcal vaccination, nursing care	2152	1
NIJZ	Pnevmokok in cepljenje proti pnevmokoku	16	0



Legenda: n – število zadetkov

Slika 1: PRISMA diagram

V procesu kodiranja smo identificirali 18 kod, ki smo jih glede na vsebinsko povezanost združili v 2 vsebinski kategoriji prikazani v Tabeli 2.

Tabela 2: Razporeditev po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: namen cepljenja proti pnevmokoknim okužbam	Zmanjševanje bremena pnevmokokne bolezni-preprečevanje smrti, ki so povezane s pnevmokokno okužbo-zmanjševanje števila hospitalizacij zaradi pnevmokokne okužbe- zmanjšanje obolenosti zaradi pnevmokoknih okužb-ekonomske prednosti cepljenja proti pnevmokoku-socialne prednosti cepljenja proti pnevmokoku-cepljenje proti pnevmokoku zaradi vse večje odpornosti proti antibiotikom.	Eng, et al., 2014; Paragi, et al., 2016; Sočan, et al., 2017; Vidovič, et al., 2017; Cafiero-Fonseca, et al., 2017; Musher, 2019
Kategorija 2: Vloga medicinske sestre pri procesu cepljenja proti pnevmokoku	MS je odgovorna za varno cepljenje-pravilno shranjevanje cepiva-pravilno izvedeno cepljenje-ustrezno dokumentacijo-izobraževanje o cepljenju-promocijo cepljenja proti pnevmokoku-pravilno -stalno izobraževanje- prepoznavo kontraindikacij- prepoznavo neželenih, učinkov-preprečevanje neželenih učinkov-ukrepanje ob morebitnih neželenih učinkih	Kraigher, et al., 2011; Lubi, 2011; Trop Skaza & Beškovnik, 2011; Kempainen, et al., 2012; Chan, et al., 2015; Terseglav & Vrdelja, et al., 2017; Pawlowski, et al., 2018; Rančigaj; 2018; Učakar & Šinkovec, 2018; Musher, 2019

4 Razprava

S pomočjo pregleda slovenske in tuje literature smo v pregledu literature odgovorili na raziskovalno vprašanje o namenu cepljenja proti pnevmokoknim okužbam. Ugotovili smo kakšno vlogo ima medicinska sestra pri procesu cepljenja proti pnevmokoku. Avtorji (Cafiero-Fonseca, et al., 2017; Eng, et al., 2014; Musher, 2019; Paragi, et al., 2016; Sočan, et al., 2017; Vidovič, et al. 2017) so ugotavljali kakšen je namen cepljenja proti pnevmokoku, kakšne bolezni povzroča pnevmokok in zakaj je cepljenje tako pomembno. Avtorji (Kraigher, et al., 2011; Lubi, 2011; Pawlowski, et al., 2018; Rančigaj; 2018; Trop Skaza, et al., 2011; Učakar, et al., 2018) so ugotavljali, kakšno vlogo ima medicinska sestra pri procesu cepljenja proti pnevmokoku avtorji (Chan, et al., 2015; Kemppainen, et al., 2012; Kraigher, et al., 2011; Terseglav, et al., 2017) so ugotavljali kakšno vlogo imajo medicinske sestre pri komunikaciji in promociji cepljenja proti pnevmokoku. Posebej je pomembna vloga medicinske sestre pri svetovanju katero cepivo naj se uporabi oz. kako naj se uporabi. Namen cepljenja proti pnevmokoku je zmanjšanje bremena pnevmokoknih bolezni, cepljenih oseb v populaciji (Musher, 2019). Okužba s pnevmokokom v skupini bakterijskih okužb, ki jih preprečujemo s cepljenjem, povzroči največ smrti. Zato je cepljenje pri obvarovanju proti tej okužbi še toliko pomembnejše. Slovenija je bila pred uvedbo cepljenja država z eno najvišjih incidenc invazivnih pnevmokoknih obolenj (Paragi, et al., 2016). Eng in sodelavci (2014) navajajo, da je pnevmokok glavni vzrok bolezni, ki jo je mogoče preprečiti s cepivom. Brema bolezni, povezanega z okužbo s *Streptococcus pneumoniae* pri odraslih, je lahko veliko, vendar ga je v veliki meri mogoče preprečiti z rutinskim cepljenjem. Velika prednost cepljenja proti pnevmokoku je zmanjšane obolevnosti, smrtnosti, bolečine in trpljenja zaradi pnevmokoknih bolezni. Cepljenje proti pnevmokoku ne prinaša samo doprinos k boljšemu zdravju ljudi ampak je cepljenje pomembno tudi iz ekonomskega vidika. Poleg tega pa cepljenje proti pnevmokoku spodbuja socialno pravičnosti, saj zmanjšuje socialne in ekonomske neenakosti, saj pnevmokokna bolezen pri odraslih v mnogih državah nesorazmerno vpliva na revne (Cafiero-Fonseca, et al., 2017). Tudi Vidovč in sodelavci (2017) navajajo kako pomembno je cepljenje proti pnevmokoku. Predpostavljajo namen cepljenje je pri starejši populaciji, saj morebiten nastanek bolezni lahko povzroči mnoge zaplete in težji potek bolezni, zaradi oslabelosti imunskega sistema. K zaščiti starejših pa ugodno prispeva tudi večja precepljenost otrok proti pnevmokoknim okužbam (CDC, 2019). Cepljenje proti pnevmokoku je zelo pomembno tudi zaradi vse večje odpornosti te bakterije na antibiotike (Sočan, et al., 2017).

Izvajalci zdravstvene nege nosijo pomembno vlogo pri procesu cepljenja saj so dolžni upoštevati vse smernice za varno izvedeno cepljenje (Pawlowski, et al., 2018). Za delo zdravstvenega tima je odgovoren zdravnik, ki vodi celoten potek dela. Vendar imajo medicinske sestre v timu pomembno vlogo saj sodelujejo v medicinsko diagnostičnih in terapevtskih postopkih pod zdravniškim okriljem (Lubi, 2011). Vloga zdravstvene nege pri izvajanju cepljenja je pravilna predpriprava cepiva in pravilno izvedeno cepljenje, izvajalec cepljenja pa mora poznati tudi kontraindikacije (Pawlowski, et al., 2018) Za varno cepljenje morajo izvajalci cepljenja skrbeti za naročanje cepiv, prevzem in shranjevanje cepiv, poznavanje in pravilno ukrepanje ob izrednih dogodkih in dokumentacija na cepilnem mestu (Kraigher, et al., 2011, pp. 99-102).

S cepljenjem posegamo v telo, kar posledično lahko prinaša tveganje za nastanek stranskih učinkov (Trop Skaza & Beškovnik, 2011). Pri cepljenju se lahko pojavijo neželeni učinki, ki se lahko pojavijo na mestu cepljenja ali kasneje, ko je pacient že doma, zato veliko vlogo igra zdravstveno osebje, ki mora vedeti kako ukrepati ob pojavu le teh (Učakar, 2018). Večina ljudi, ki dobijo cepivo proti pnevmokokom, s tem nima nobenih resnih težav (CDC, 2019). Tudi Musher (2019) navaja, da se lahko pojavi reakcije na mestu injiciranja

(občutljivost, pordelost, otekanje na mestu) so najpogostejši neželeni učinki, povezani s pnevmokoknim cepljenjem pri odraslih, in so običajno blagi. Zdravstveni delavci so najpomembnejši vir informacij na področju cepljenja. Zelo pomemben dejavnik pri odločitvi za cepljenje, je prav pozitivna komunikacija z zdravstvenimi delavci o cepljenju (Terseglav & Vrdelja, 2017). Zdravstveni delavci igrajo pomembno vlogo pri odločitvi za cepljenje proti pnevmokoku, pomembno je tudi da ustrezno svetujejo o izboru načina cepljenja, saj pacienti velikokrat nimajo dovolj ustreznih informacij, poleg tega pa je to cepljenje v večini samoplačniško, zato je podajanje informacij s strani zdravstvenih delavcev še toliko bolj pomembno (NIJZ, 2017). Cepljenje proti pnevmokoku je neobvezno, v večini primerov samoplačniško, vendar priporočeno, za vse otroke stare od treh mesecev pa do petega leta starosti (NIJZ, 2020). Zelo pomembna vloga zdravstvene nege na področju cepljenja je stalno izobraževanje, kar zagotavlja celovita znanja o varnih metodah cepljenja. Raziskave potrjujejo, da ljudje, ki se pojavijo na mestih cepljenja, cenijo znanje in informacije medicinskih sester. Medicinska sestra, ki izvaja cepljenje je zaradi svojih dodatnih znanj velikokrat najzanesljivejši vir informacij o cepljenju (Pawłowski, 2018). Kompetenca medicinske sestre, povezana s spretnostmi, vključuje tudi sposobnost odzivanja na pacientove stališča in prepričanja (Kemppainen, et al., 2012). Tudi Rančigaj (2018) navaja, da zdravstveni delavci z komunikacijo s starši nosijo pomembno vlogo pri odločitvi za cepljenje. Avtorji v svoji raziskavi ugotavljajo, da kratka zdravstveno vzgojna intervencija, ki jo izvedejo medicinske sestre na področju ozaveščanja pri cepljenju proti pnevmokoku, učinkovito vpliva na odločitev za cepljenje proti pnevmokoku (Chan, et al., 2015).

4.1 Omejitve raziskave

Omejitve sistematičnega pregleda literature se nanašajo predvsem na majhno število raziskav, ki bi tematiko cepljenja proti pnevmokoku povezovala z vlogo medicinske sestre, zato smo morali ti področji povezati sami. Med iskanjem primerne literature smo imeli težavo tudi z nedostopnimi oziroma plačljivimi tujimi članki, kar nam je otežilo delo.

4.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

S pregledom literature smo ugotovili kakšen je namen cepljenja proti pnevmokoknim okužbam, hkrati pa smo ugotovili vlogo medicinske sestre na področju cepljenja proti pnevmokoku. Medicinska sestra igra pomembno vlogo na področju cepljenja proti pnevmokoku. Kot izvajalka cepljenja skrbi za pravilno izvedeno cepljenje in s tem preprečuje neželene dogodke, poleg tega pa igra pomembno vlogo pri komunikaciji s pacienti in promociji o cepljenju proti pnevmokoku, ki v današnjem svetu še ni najbolj prepoznano in izkoriščeno. Pregled literature k praksi zdravstvene nege prispeva z vidika ozaveščanja pomembnosti cepljenja proti pnevmokoku in spodbujanja nadaljnega raziskovanja na tem področju, še posebej med medicinskimi sestrami, ki izvajajo cepljenje in izobražujejo o cepljenju proti pnevmokoku.

Literatura

- Berical, A.C., Harris, D., Dela Cruz, C.S. & Possick, J.D., 2016. Pneumococcal Vaccination Strategies. An Update and Perspective. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(6), pp. 933–944.
- Cafiero-Fonseca, E.T., Stawasz, A., Johnson, S.T., Sato, R. & Bloom, D.E., 2017. The full benefits of adult pneumococcal vaccination: A systematic review. *Plos one*, 12(10).

- Center of disease control and prevention, 2019. *Pneumococcal Vaccination: What Everyone Should Know*. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/pneumo/public/index.html> [Accessed 10 Julij 2020].
- Chan, S.S.C., Leung, D.Y.P., Leung, A.Y.M., Lam, C., Hung, I., Chu, D., Chan, C.K., Johnston, J., Liu, S.H., Liang, R., Lam, T.H. & Yuen, K.Y., 2015. A nurse-delivered brief health education intervention to improve pneumococcal vaccination rate among older patients with chronic diseases: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 317–324.
- Chao, Y., Marks, L.R., Pettigrew, M.M. & Hakansson, A.P., 2015. Streptococcus pneumoniae biofilm formation and dispersion during colonization and disease. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 4, pp 1-16.
- Eng, P., Lim, L.H., Min Loo, C., Low, J.A., Tan, C., Kiat Tan, E., Yew Wong, S. & Setia, S., 2014. Role of pneumococcal vaccination in prevention of pneumococcal disease among adults in Singapore. *International Journal of General Medicine*, (14)7, pp. 179-191.
- Henriques-Normark, B. & Tuomanen, E.I., 2013. The pneumococcus: epidemiology, microbiology, and pathogenesis. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 3(7), pp. 1-15.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K. & Turunen, H., 2012. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), pp. 490–501.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.
- Koppe, U., Suttorp, N. & Opitz, B., 2012. Recognition of Streptococcus pneumoniae by the innate immune system. *Cellular Microbiology*, 14(4), pp. 460–466.
- Kraigher, A., Ihan, A. & Avčin, T., 2011. *Cepljenje in cepiva-dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Lubi, T., 2011. Medicinske sestre v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov v primarnem zdravstvenem varstvu - predstavitev aktivnosti. Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego. In: A. Ljubič, ed. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu*. Rogaška Slatina, 25.-26. marec 2011. Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije–Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 21-27.
- Musher, D.M., 2019. *Pneumococcal vaccination in adults*. [online] Available at: <https://www.uptodate.com/contents/pneumococcal-vaccination-in-adults?> [Accessed 10 Februar 2020].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Cepljenje proti pnevmokoknim okužbam - smiselno zlasti za starejše od 65 let* [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/cepljenje-proti-pnevmokoknim-okuzbam-smiselno-zlasti-za-starejse-od-65-let> [Accessed 5 Julij 2020].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Preventivno cepljenje proti pnevmokoknim okužbam*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/preventivno-cepljenje-proti-pnevmokoknim-okuzbam> [Accessed 5 Mar-rec 2020].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Priporočila za cepljenje odraslih in otrok starih 5 let in več proti pnevmokoknim okužbam*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_pnevmoko_za_odrasle_in_otroke_nad_5 let_posodobljen_2018.pdf [Accessed 15 April 2020].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019b. *Poklicne kompetence in aktivnosti diplomirane medicinske sestre*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Izvajalci-zdravstvene-dejavnosti/14_Odgovor_NIJZ_P.pdf [Accessed 23 April 2020].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019c. *Priporočila za cepljenje otrok do 5. leta starosti s konjugiranimi pnevmokoknimi cepivi*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_s_konj_pnevmoko_za_otroke_2019.pdf [Accessed 15 March 2020].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020. *Priporočila za cepljenje otrok do 5. leta starosti s konjugiranimi pnevmokoknimi cepivi*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_s_konj_pnevmoko_za_otroke_2020_2_cistopis.pdf [Accessed 15 March 2020].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, n.d. *Pnevmokokne okužbe in cepljenje - vprašanja in odgovori*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/pnevmokokne-okuzbe-in-cepljenje-vprasanja-in-odgovori> [Accessed 5 Februar 2020].

- Paragi, M., Mioč, V., Kastrin T., Kraigher, A., Žohar Čretnik, T. & Slovenska skupina za meningitise, 2016. Invazivne pnevmokokne okužbe po uvedbi cepljenja s konjugiranim cepivom v nacionalni program cepljenja. In: M. Petrovec, M. Goričar, S. Kukman, M. Oražem, L. Vodnik & N. Vrabič, eds. *8. Baničevi dnevi: okužbe dihal: zbornik predavanj, Bled, november 2016*. Ljubljana: Društvo Medicinski razgledi, pp. 121-132.
- Pawlowski, P., Pawlowska, P., Jakubowska, K., Nalepa, D., Chruściel, P., Kościółek, A. & Pasieczny, K., 2018. The role of nursing staff in the prevention of vaccine adverse reactions and complications. *Journal of Education, Health and Sport*, 8(6), pp. 57-68.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Program cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2019*, 2019. Uradni list Republike Slovenije št. 33.
- Rančigaj, M., 2018. Komunikacija s starši. In: A. Kvas & A. Prelec, eds. *Cepljenje proti nalezljivim boleznim - imamo zdravstveni delavci zares dovolj informacij? Ljubljana, 18. oktober 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 54-63.
- Schindler, B.D. & Kaatz, G.W., 2016. Multidrug efflux pumps of Gram-positive bacteria. *Drug Resistance Updates*, 27, pp. 1-13.
- Sočan, M., Kraigher, A., Klavs, I., Frelih, T., Grilc, E., Grgič Vitek & M., Učakar V., eds. 2017. *Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2016*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Terseglav, S. & Vrdelja, M., 2017. Komuniciranje o cepljenju. In: J. Alatič & T. Novak, eds. *Študentski kongres o cepljenju »a se ti tud ne bi cepu?!«*. Ljubljana, 8. april 2017. Društvo študentov medicine Slovenije, pp. 24-28.
- Trop Skaza, A. & Beškovnik, L., 2011. (Ne)varnost cepljenja. *ISIS*, 20(1), pp. 38-40.
- Učakar, V. & Šinkovec, N., 2018. Neželeni učinki po cepljenju. In: A. Kvas & A. Prelec, eds. *Cepljenje proti nalezljivim boleznim - imamo zdravstveni delavci zares dovolj informacij? Ljubljana, 18. oktober 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 18-25.
- Vidovič, Š., Simonović, Z., Turk, K. & Vuzem, S., 2017. Imunosenescenca in cepljenje starostnikov. *Javno zdravje* 2017, 1(1), pp. 15-22.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem pri odraslih prebivalcih Slovenije

Vaccine Health literacy among the adult population of Slovenia

Mitja Vrdelja¹⁸
 Sanja Vrbovšek¹⁹
 Vito Klopčič²⁰

Izvilleček

Teoretična izhodišča: Zdravstvena pismenost na področju cepljenja vključuje iskanje, razumevanje, presojanje in uporabo informacij v povezavi s cepljenjem. Ko celoten svet pričakuje, da bo cepljenje proti covidu-19 končalo pandemijo, ki jo zaznamuje infodemija, ima lahko zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem ključno vlogo.

Metoda: Uporabljeni so podatki prve Nacionalne raziskave o zdravstveni pismenosti v Sloveniji, ki je leta 2020 potekala na reprezentativnem vzorcu 6000 odraslih prebivalcev Slovenije. Kazalnik zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem predstavlja seštevek odgovorov štirih postavk, ki se nanašajo na cepljenje, tako da kazalnik zajema vrednosti od 0 (nizka) do 12 (visoka zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem). Za analizo smo uporabili program IBM SPSS 25.0 ter naredili univariatne in bivariatne statistične analize.

Rezultati: Najvišjo zdravstveno pismenost v povezavi s cepljenjem imajo mlajši od 30 let (povprečje 8,09), najnižjo pa osebe nad 70 let (povprečje 7,25), $p < 0,001$. Med spoloma so razlike minimalne. Zdravstvena pismenost glede cepljenja se z izobrazbo zvišuje ($F(3, 3255) = 46,99$, $p < 0,001$), med prebivalci z osnovnošolsko in fakultetno izobrazbo so precejšnje razlike. Kaže se tudi povezanost s socialno-ekonomskim statusom ($r(3199) = 0,20$, $p < 0,001$), pri čemer so razlike med prebivalci z nižjim (povprečje 6,38) in prebivalci z višjim statusom (povprečje 9,74) precejšnje.

Razprava: Raziskava je potrdila ugotovitve tujih študij, da imajo lahko nekateri demografski dejavniki, kot npr. izobrazba, pomemben vpliv na zdravstveno pismenost prebivalcev. Potrebne so še nadaljnje populacijske študije proučevanja zdravstvene pismenosti v Sloveniji.

Ključne besede: zdravstvena pismenost, cepljenje, infodemija

Abstract

Introduction: Vaccine Health literacy includes accessing, understanding, appraising, and applying the information in connection with the vaccination. Health literacy in connection with vaccination can play a key role when the entire world is expecting that vaccination against COVID-19 will end the pandemic, which is characterized by infodemic.

Methods: Data of the first National Survey on Health Literacy in Slovenia, which was conducted in 2020 on a representative sample of 6,000 adult inhabitants of Slovenia, are used. The indicator of Vaccine Health Literacy represents the sum of responses of the four items related to vaccination so that the indicator covers values from 0 (low) to 12 (high vaccine health literacy). IBM SPSS 25.0 program was used for the analysis and univariate and bivariate statistical analyses were performed.

Results: The respondents aged under 30 years have the highest health literacy in connection with vaccination (average 8.09) and respondents aged 70+ years have the lowest (average 7.25), $p < .001$. The differences between genders are minimal. Health literacy in connection with vaccination is increasing with education ($F(3, 3255) = 46.99$, $p < .001$), which is shown in significant differences between the population with primary and the population with university education. There is also a link with social-economic status ($r(3199) = .20$, $p < .001$) where the differences between the population with lower (average 6.38) and population with higher status (average 9.74) are significant.

Discussion: The survey confirmed the findings of foreign studies that certain demographic factors, such as education, can have a significant impact on the health literacy of the population. Additional population studies of health literacy in Slovenia are needed.

Keywords: health literacy, vaccination, infodemic

¹⁸ Mitja Vrdelja, mag. odn. z jav., univ. dipl. kom., Nacionalni inštitut za javno zdravje, mitja.vrdelja@nijz.si

¹⁹ asist. Sanja Vrbovšek, univ. dipl. soc., dipl. m. s., Nacionalni inštitut za javno zdravje, sanja.vrbovsek@nijz.si

²⁰ Vito Klopčič, mag. psih., Nacionalni inštitut za javno zdravje, vito.klopccic@nijz.si

1 Teoretična izhodišča

Zdravstvena pismenost postaja vse pomembnejši koncept na globalnem nivoju in tudi v Sloveniji. Izhaja iz koncepta pismenosti, ki je pomembna determinanta zdravja in dobre ga počutja vse življenje, še posebej v starosti, ko je posameznik pogosto postavljen pred pomembne zdravstvene odločitve (Ownby, et al., 2014). Obstaja več različnih opredelitev zdravstvene pismenosti. Svetovna zdravstvena organizacija pojem definira kot posameznikovo znanje, motivacijo in sposobnost za dostopanje do zdravstvenih informacij, njihovo razumevanje, ocenjevanje in presojanje ter uporabo in sprejemanje odločitev v zvezi z zdravstvenimi informacijami, predvsem v povezavi s promocijo zdravja ter ohranjanjem ali izboljšanjem zdravja v vseh življenjskih obdobjih (Sørensen, 2013).

Zdravstvena pismenost je pomemben dejavnik zdravja. Izboljšanje zdravstvene pismenosti celotnega prebivalstva je eden najbolj temeljnih in učinkovitih ukrepov za izboljšanje zdravstvenega stanja celotnega prebivalstva (Liu, et al., 2018). Njen dvig ima pomemben vpliv na klinične izide (zdravljenja) (Stein, et al., 2018), zato je vanj smiselno in pomembno vlagati. Nizka stopnja zdravstvene pismenosti je povezana s slabim znanjem o zdravju in slabšo zmožnostjo samooskrbe pri bolnikih, uporabo zdravstvenih storitev, slabšim zdravjem in preživetjem (Rowell, et al., 2015), hkrati pa je povezana tudi z zvišanimi stroški zdravstvenega varstva (Lausen, et al., 2018).

Osebe z omejeno ali nezadostno zdravstveno pismenostjo težje razumejo kompleksne informacije in druge dejavnike, ki pripomorejo k sprejemanju cepljenja, zato te osebe tudi v manjši meri sprejemajo zaščitne ukrepe, kot je na primer cepljenje (Castro-Sánchez, et al., 2016). Zato je stopnja zdravstvene pismenosti še posebej pomembna v trenutni situaciji, ko se celoten svet sooča s pandemijo covid-19 (Egger, et al., 2020). Pandemijo spremlja tudi infodemija, ki pomeni hitro širjenje napačnih informacij ali lažnih novic prek družabnih omrežij in drugih komunikacijskih kanalov (Chong, Cheng, & Chan, 2020). Ko celoten svet pričakuje, da bo cepljenje proti covidu-19 končalo pandemijo, imata lahko odnos do cepljenja in stopnja zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem ključne vloge.

Namen prispevka je predstaviti stopnjo zdravstvene pismenosti in povezavi s cepljenjem med odraslimi prebivalci Slovenije s poudarkom na povezavi zdravstvene pismenosti z različnimi demografskimi dejavniki. Ta vidik lahko pomembno pripomore k ustrežnejšemu in bolj ciljanemu načrtovanju komunikacijskih intervencij na področju cepljenja v Sloveniji, tudi na področju cepljenja proti covidu-19.

2 Metode

2.1 Raziskovalni problem

Ključno raziskovalno vprašanje je, kakšna je stopnja zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem glede na različne demografske dejavnike pri odraslih prebivalcih Slovenije. Predpostavili smo:

- H1: Pri osebah z višjo izobrazbo bo višja stopnja zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem.
- H2: Pri osebah z višjim socialno-ekonomskim statusom, ki je sicer do neke mere tudi povezan z izobrazbo, bo višja stopnja zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem.
- H3: Stopnja zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem povezana se starostjo znižuje.
- H4: Med spoloma ni razlik v stopnji zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem.

2.2 Anketni vprašalnik

Podatki v tem prispevku predstavljajo del rezultatov *Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji*, nacionalne presečne raziskave, ki je bila izvedena z namenom ugotavljanja stanja zdravstvene pismenosti med polnoletnimi prebivalci Slovenije. Zbiranje podatkov je potekalo na podlagi računalniško podprtega osebnega anketiranja (CAPI – *Computer-assisted personal interviewing*) in računalniško podprtega spletnega anketiranja (CAWI – *Computer-assisted web interviewing*).

Štiri vprašanja, ki sestavljajo t. i. kazalnik zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem, se nanašajo na eno izmed štirih dimenzij zdravstvene pismenosti (dostopanje, razumevanje, presojanje in uporaba informacij) in so del daljšega mednarodnega vprašalnika o zdravstveni pismenosti, ki je bil preveden iz angleščine in prilagojen slovenskemu okolju. Slovenska raziskava je potekala v okviru projekta *Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji* (ZaPiS) v sodelovanju z Mednarodno mrežo za merjenje populacijske in organizacijske zdravstvene pismenosti (M-POHL – *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy of EHII – WHO-Europe*). *Nacionalna raziskava zdravstvene pismenosti v Sloveniji* je del evropske raziskave zdravstvene pismenosti, ki je leta 2020 potekala v več evropskih državah. Vprašalnik je v celoti vseboval 11 različnih sklopov in 156 vprašanj. Vprašanja za ta prispevek so iz sklopov »Zdravstvena pismenost« in »Podatki o izbrani osebi«.

Kot kazalnik zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem smo vzeli seštevek odgovorov na vsa štiri vprašanja (s štirimi odgovornimi možnostmi od 1 »zelo težko« do 4 »zelo lahko«, vsoti smo nato odšteli 4 – s tem je kazalnik nekoliko bolj intuitiven), ki se nanašajo na cepljenje, tako da kazalnik zajema vrednosti od 0 (nizka zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem) do 12 (visoka zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem). Zanesljivost kazalnika smo izračunali s pomočjo Cronbachove alfe ki je enaka 0,80.

Vprašalnik je vključeval tudi socialno-demografska vprašanja, ki smo jih uporabili kot neodvisne spremenljivke. To so spol, starost (6 kategorij), izobrazba (4 kategorije) in socialno-ekonomski status (SES), ki so ga anketiranci ocenili subjektivno, na lestvici od 1 do 10, kjer je 1 pomenila »najnižja socialno-ekonomska raven v družbi«, 10 pa »najvišja socialno-ekonomska raven v družbi«.

2.3 Vzorec

V vzorec, ki ga je pripravil Statistični urad Republike Slovenije, je bilo vključenih 6000 prebivalcev Slovenije, starih 18 let in več. Vzorčni načrt je bil stratificiran dvostopenjski vzorec. Stratumi so bili definirani z regijo in tipom naselja, enote prve stopnje pa so vzorčne enote. Od vseh oseb v vzorcu smo lahko kontaktirali 5585 oseb, ostali niso bili več dosegljivi na podanih naslovih. Odzivnost na anketo je bila 60 %, v analizo smo tako lahko vključili 3360 enot. Vzorec smo utežili tako, da podatki čim bolj odražajo razmerje deležev v slovenski populaciji glede na spol, starost, izobrazbo in statistično regijo.

Demografski podatki so prikazani v Tabeli 1. V anketi je sodelovalo 50,1 % anketiranih žensk in 49,9 % moških. Na vsa štiri vprašanja, ki sestavljajo kazalnik, je v končnem vzorcu odgovorilo 3259 oseb, katerih odgovore smo vključili v analizo rezultatov za pričujoči prispevek.

Tabela 1: Prikaz števila in deleža anketirancev po posameznih starostnih in izobrazbenih kategorijah ter ravneh socialno-ekonomskega statusa

Starost	n	%
29 let in manj	487	14,9
30-39 let	552	16,9
40-49 let	584	17,9
50-59 let	575	17,6
60-69 let	530	16,3
70 let in več	531	16,3
Skupaj	3259	100
Izobrazba	n	%
Osnovna šola ali manj	467	14,3
Nižja ali srednja poklicna izobrazba	617	18,9
Srednja strokovna ali splošna	1229	37,7
Višja, visoka ali več	946	29,0
Skupaj	3259	100
SES nivo	n	%
1	44	1,4
2	84	2,6
3	265	8,3
4	377	11,8
5	969	30,3
6	648	20,2
7	543	17,0
8	221	6,9
9	29	0,9
10	23	0,7
Skupaj	3201	100

2.4 Potek raziskave in obdelava podatkov

Vsem osebam v vzorcu smo poslali obvestilno pismo, s katerim smo jih obvestili, da so bili izbrani v vzorec in da lahko anketo izpolnijo na spletu. Če se v vzorec izbrani posamezniki niso odločili za spletno anketo, jih je kasneje na domu obiskal anketar. V povprečju je izpolnjevanje ankete trajalo 28 (CAPI) oziroma 31 (CAWI) minut. Raziskava je potekala od 9. junija do 10. avgusta 2020.

Statistično analizo smo izvedli s programom IBM SPSS 25.0. Poleg opisne statistike smo za ugotavljanje povezanosti uporabili korelacijske koeficiente, za preverjanje razlik med povprečji pa t-test oziroma enosmerno analizo variance. Za raven statistične značilnosti smo vzeli vrednost $p \leq 0,05$.

3 Rezultati

V skladu s hipotezo so rezultati potrdili, da se z višanjem izobrazbe viša tudi kazalnik zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem, kar je prikazano v Tabeli 2. Učinek izobrazbe na povprečje kazalnika je statistično značilen ($F(3, 3255) = 46,99$; $p < 0,001$; $\omega = 0,20$). Post hoc testi so pokazali, da so povprečja vseh posameznih izobrazbenih skupin med seboj statistično značilno različna (vse primerjave so statistično značilne na nivoju $p < 0,001$).

Tabela 2: Prikaz povprečij in standardnih odklonov po posameznih izobrazbenih kategorijah

Izobrazba	Povprečje	Standardni odklon
Osnovna šola ali manj	6,92	2,59
Nižja ali srednja poklicna izobrazba	7,49	2,29
Srednja strokovna ali splošna	7,94	2,26
Višja, visoka ali več	8,40	2,39

Ker je z izobrazbo do neke mere povezan tudi SES, smo tudi tu pričakovali, da bo višji SES pomenil višji rezultat na kazalniku zdravstvene pismenosti, povezane s cepljenjem. Rezultati so potrdili hipotezo, saj je povezanost med kazalnikom in SES statistično značilna ($r = 0,20$; $p < 0,001$). V Tabeli 3 lahko vidimo povprečja po posameznih nivojih SES.

Tabela 3: Prikaz povprečij in standardnih odklonov po posameznih nivojih socialno-ekonomskega statusa

SES nivo	Povprečje	Standardni odklon
1	6,38	3,96
2	7,24	2,73
3	7,21	2,40
4	7,38	2,30
5	7,70	2,31
6	7,99	2,25
7	8,27	2,34
8	8,82	2,24
9	9,17	2,31
10	9,74	2,15

Tudi učinek starostnih kategorij na kazalnik je statistično značilen ($F(5, 3253) = 8,48$; $p < 0,001$; $\omega = 0,11$). Vendar nam rezultati post hoc testov pokažejo, da se od vseh ostalih kategorij statistično značilno razlikuje samo kategorija »70 in več let« (vse te razlike so statistično značilne na nivoju $p < 0,001$), ostale razlike med kategorijami pa niso statistično značilne. Torej smo našo hipotezo le delno potrdili. Povprečje kazalnika se s starostjo ne zmanjšuje statistično značilno, vendar pa imajo najstarejši anketiranci najnižje povprečje. Povprečja posameznih starostnih kategorij so prikazana v Tabeli 4.

Tabela 4: Prikaz povprečij in standardnih odklonov po posameznih starostnih kategorijah

Starost	Povprečje	Standardni odklon
29 let in manj	8,09	2,33
30-39 let	7,88	2,49
40-49 let	8,04	2,39
50-59 let	7,90	2,35
60-69 let	7,89	2,34
70 let in več	7,25	2,43

Rezultati so potrdili tudi izhodiščno hipotezo, da med moškimi ($M = 7,80$, $SD = 2,25$) in ženskami ($M = 7,89$, $SD = 2,55$) ni statistično značilnih razlik v kazalniku zdravstvene pismenosti, povezane s cepljenjem.

4 Razprava

Zdravstvena pismenost postaja vse bolj izpostavljen koncept, ki ima pomemben vpliv na zdravje prebivalcev. To je še posebej pomembno v času pandemije covid-19. Pandemijo spremlja tudi infodemija, za katero so značilne dezinformacije, napačne informacije in teorije zarote (Duplaga, 2020), kar lahko opazamo tudi v Sloveniji. Pomembno je namreč, da v eksplodirajočem trgu informacij v povezavi s covidom-19 posamezniki znajo kritično oceniti ogromne količine informacij, s katerimi so vsak dan soočeni (Abel & McQueen, 2020).

Po celotnem svetu intenzivno poteka cepljenje proti covidu-19, s čimer pričakujemo konec pandemije. Pri tem je pomembno, da bo delež precepljenosti dovolj velik, kar pa bo v nekaterih državah, ki se srečujejo z negativnim odnosom do cepljenja, težje doseči (Larson, et al., 2016). Zato je za načrtovanje nadaljnjih ukrepov, povezanih z višanjem deleža precepljenosti, pomembno poznavanje stopnje zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem.

Dejstvo je, da je zdravstvena pismenost povezana tudi z odnosom do cepljenja (Veldwijk, Heide, & Rademakers, 2015), pri čemer različni dejavniki različno vplivajo na stopnjo zdravstvene pismenosti prebivalcev, kar smo ugotovili tudi v slovenski raziskavi. Podobno, kot je ugotovila ena od nedavnih študij (Biasio & Bonaccorsi, 2020), smo tudi z našo raziskavo ugotovili, da med spoloma ni bistvenih razlik v zdravstveni pismenosti v povezavi s cepljenjem.

Številne študije so potrdile korelacije med ekonomskim statusom in izobrazbo ter zdravstveno pismenostjo (Cordasco, et al., 2012; Wolf, et al., 2010), med njimi tudi največja raziskava s tega področja v Evropi doslej. Raziskovalci so namreč ugotovili, da je bil delež nezadostne ali problematične zdravstvene pismenosti največji med nižje izobraženimi in prebivalci z nižjim SES (Sørensen, et al., 2015). Enako smo potrdili tudi v naši raziskavi, saj smo ugotovili, da je stopnja zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem nižja pri nižje izobraženih in prebivalcih z nižjim SES. Prav tako raziskave ugotavljajo, da je starost povezana s stopnjo zdravstvene pismenosti in da imajo starejši prebivalci nižjo zdravstveno pismenost (Betsch, et al., 2012; Patel, et al., 2011). Delno smo z našo raziskavo potrdili podobne ugotovitve, saj je zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem najnižja pri najstarejši skupini. Vseeno pa ne moremo trditi, da zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem linearno narašča s starostjo, kar so ugotovili tudi nekateri drugi raziskovalci (Chesser, et al., 2016).

Omejitve raziskave gre iskati v tem, da smo pri ugotavljanju zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem za vsako dimenzijo uporabili le po en indikator, kar bi lahko pomenilo,

da slabše pojasnjuje posamezno dimenzijo, zato bi bilo smiselno v prihodnje z več indikatorji meriti posamezne dimenzije. Vsekakor pa so potrebne še nadaljnje študije proučevanja zdravstvene pismenosti v Sloveniji na populaciji (tako splošne zdravstvene pismenosti kot specifične) in tudi na nivoju organizacij.

5 Financiranje

Nacionalna raziskava zdravstvene pismenosti v Sloveniji je del projekta *Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji – ZaPiS*, ki ga izvajata Nacionalni inštitut za javno zdravje in Ministrstvo za zdravje v okviru Operativnega programa za izvajanje evropske kohezijske politike v programskem obdobju 2014–2020. Projekt sofinancira Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada (80 %) in Republika Slovenija (20 %).

Literatura

- Abel, T. & McQueen, D., 2020. Letter to the Editor Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*; pp. 1–2.
- Betsch, C., Brewer, N.T., Brocard, P., Davies, P., Gaissmaier, W., Haase, N. & Stryk, M., 2012. Opportunities and challenges of Web 2.0 for vaccination decisions. *Vaccine*, 30(25); pp. 3727–3733.
- Biasio, L.R., & Bonaccorsi, G., 2020. Assessing COVID-19 vaccine literacy: a preliminary online survey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, (October).
- Castro-Sánchez, E., Chang, P.W.S., Vila-candel, R., Escobedo, A.A., & Holmes, A.H., 2016. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? *International Journal Of Infectious Diseases*, 43; pp. 103–10.
- Chesser, A.K., Woods, N.K., Smothers, K. & Rogers, N., 2016. Health literacy and older adults: a systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2; pp. 1–13.
- Chong, Y.Y., Cheng, H.Y., & Chan, H.Y.L., 2020. COVID-19 pandemic, infodemic and the role of eHealth literacy International Journal of Nursing Studies COVID-19 pandemic, infodemic and the role of eHealth literacy. *International Journal of Nursing Studies*, 108.
- Cordasco, K.M., Homeier, D.C., Francob, I., Wang, P.C. & Sarkisiana, C.A., 2012. Health literacy screening of geriatric monolingual Spanish-speaking patients using single-item literacy screening questions and education. *Health Education Journal*, 71(5); pp. 597–605.
- Duplaga, M., 2020. The Determinants of Conspiracy Beliefs Related to the COVID-19 Pandemic in a Nationally Representative Sample of Internet Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7818).
- Egger, N., Mattern, U., Egger, N., Tempes, J., Tischer, C., Lander, J. & Afelbacher, C., 2020. Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations : rapid scoping review patient education and counseling health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations : Rapid scoping review. *Patient Education and Counseling*, (October).
- Larson, H.J., de Figueiredo, A., Xiaohong, Z., Schulz, W.S., Verger, P., Johnston, I.G., Jones, N.S., 2016. The State of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine*, 12; pp. 295–301.
- Lausen, L.H., Smith, S.K., Cai, A., Meiser, B., Yanes, T., Raghib Ahmad & Rowlands, G., 2018. How is health literacy addressed in primary care? Strategies that general practitioners use to support patients. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(4); pp. 278–87.
- Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Zhang, F., Sharma, M., Lai, W., Zhao, Y., 2018. Assessment tools for health literacy among the general population: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8); pp. 1711.
- Ownby, R.L., Acevedo, A., Waldrop-Valverde, D., Jacobs, R.J. & Caballero, J., 2014. Abilities, skills and knowledge in measures of health literacy. *Patient Education and Counseling*, 95(2); pp. 211–217.

- Patel, P.J., Joel, S., Rovenka, G., Pediredy, S., Saad, S., Rachmale, R., Cardozo, L., 2011. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients. *Patient Education and Counseling*, 83(3); pp. 505–507.
- Rowell, A., Muller, I., Murray, E., Edin, F., Little, P., Byrne, C.D., Yardley, L., 2015. Views of people with high and low levels of health literacy about a digital intervention to promote physical activity for diabetes: a qualitative study in five countries. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10); p. e230.
- Sørensen, K., 2013. *Health literacy: the neglected European public health disparity*. Maastricht University.
- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. & Brand, H., 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6); pp. 1053–8.
- Stein, L., Bergdahl, M., Pettersen, K.S., & Bergdahl, J., 2018. Effects of the conceptual model of health literacy as a risk: a randomised controlled trial in a clinical dental context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8); p. 1630.
- Veldwijk, J., Heide, I. Van Der, & Rademakers, J., 2015. Preferences for vaccination: does health literacy make a difference? *Medical Decision Making*, 35(8); pp. 948–958.
- Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J., & Baker, D.W., 2010. Social science & medicine in search of 'low health literacy': threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Social Science and Medicine*; pp. 1–7.

Potrebe po izobraževanju na področju fitoterapije

Educational needs in the field of phytotherapy

Sabina Krsnik²¹

Izvleček

Teoretična izhodišča: V Sloveniji je področje zdravilstva na splošno neurejeno in mnogi izvajajo svoje storitve nekontrolirano, brez dokazil o znanju in metodi, ki jo izvajajo in/ali prodajajo.

Metoda: V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda, kot merski instrumentarij smo uporabili anketni vprašalnik. V vzorec so bile vključene osebe, ki se ukvarjajo z zeliščarstvom ali poznajo področje fitoterapije in so sodelovali v usposabljanju v okviru projekta Fitokmetije (N = 23). Izračunali smo srednje vrednosti in izmerjen standardni odklon. Za preverjanje hipotez smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient.

Rezultati: Z naraščanjem pomembnosti fitoterapije v Sloveniji se znižuje zadovoljstvo s trenutnim izobraževalnim sistemom na področju zdravilstva ($p < 0,05$), sočasno naraščajo potrebe po znanju s področja medicine, uporabnosti zdravilnih rastlin in priprave rastlinskih pripravkov ($p < 0,01$). Povečujejo se tudi možnosti zaposlitve v zdravstvu in v podjetjih ($p < 0,05$), najverjetnejša pa je možnost samozaposlitve ($p > 0,01$).

Razprava: Za uspešen razvoj fitoterapije je treba vzpostaviti izobraževalne programe, ki bodo omogočali razvoj znanj in kompetenc za svetovanje o uporabi rastlin kot tudi za sodelovanje z drugimi deležniki v zdravstvu, kar bi omogočalo vključitev fitoterapije v konvencionalni model zdravstvenega varstva. Po ocenah ZIMS naj bi v Sloveniji delovalo okoli 7.000 različnih zdravilcev, kar še dodatno utemeljuje potrebo po sistematičnem izobraževanju fitoterapevtov, saj le strokovno in znanstveno utemeljena uporaba zdravilnih rastlin mogoče prepričati skeptike, da uporaba zdravilnih rastlin v medicini ni samo slab nadomestek za konvencionalno medicino, ampak dragocena in učinkovita možnost zdravljenja. Za nadaljnjo raziskavo se predlaga ponovitev raziskave z večjim in bolj reprezentativnim vzorcem.

Ključne besede: izobraževanje, zdravilstvo, fitoterapija, komplementarna medicina, CAM

Abstract

Theoretical background: In Slovenia, the Complementary and alternative medicine (CAM) sector is generally unregulated and many provide their services in an uncontrolled way without proof of knowledge and the method they perform and/or sell.

Method: A quantitative method was used in the research and a questionnaire was used as a measurement tool. The sample included people who work in herbal medicine or know the field of phytotherapy and have participated in training in the project Phytofarm (N = 23). Means and standard deviations were calculated. Pearson's correlation coefficient was used to test the hypotheses.

Results: With the growing importance of phytotherapy in Slovenia, satisfaction with the current education system in the field of medicine decreases ($p < 0.05$) while the need for knowledge in the field of medicine, usability of medicinal plants, and preparation of herbal preparations increases ($p < 0.01$). Opportunities for employment in healthcare and business also increase ($p < 0.05$), even though the possibility of self-employment is most likely ($p > 0.01$).

Discussion: For the successful development of phytotherapy, it is necessary to establish educational programs that will enable the development of knowledge and skills for consulting on the use of plants, as well as for collaboration with other actors in healthcare, which would allow the incorporation of phytotherapy in the conventional healthcare model. According to ZIMS estimates, about 7,000 different healers are working in Slovenia, which further justifies the need for systematic training of phytotherapists because the only professional and scientific application of medicinal plants can convince skeptics that the use of medicinal plants in medicine is not just a poor substitute for conventional medicine but a valuable and effective treatment option. For further research, it is suggested to repeat the study with a larger and more representative sample.

Keywords: education, medicine, phytotherapy, complementary medicine, CAM

²¹ Sabina Krsnik, mag. ekon. in posl. ved., Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, sabina.krsnik@uni-nm.si

1 Teoretična izhodišča

Zdravljenje z zelišči oz. fitoterapija sodi med alternativne metode zdravljenja, ki jo posamezniki vse pogostejše uporabljajo vzporedno z uradno priznanimi metodami (Klemenc-Ketiš & Verovnik, 2004). Dandanes ima pomembno mesto in je vključena v zdravljenje tudi z zakoni in predpisi, ki veljajo na nivoju države ter EU. Sodobna medicina kljub porastu uporabe komplementarnih in alternativnih metod (CAM) v veliki meri še vedno zavrača zdravilne rastline ali pa močno podcenjuje njihovo učinkovitost, kar se kaže v omejeni uporabi v smernicah za terapijo (Fürst in Zündorf, 2015; Chevallier, 2016). Glavni razlog za zanemarjanje je dejstvo, da jih učni načrti univerzitetnih zdravstvenih šol običajno ne zajemajo ali pa jih zgolj omenijo (Kraft, 2012), kar dokazujejo nizki odstotki zdravstvenih delavcev, ki so se soočili s fitoterapijo že med študijem (Antonio, et al., 2014; Lopes, et al., 2018; Bezerra, et al., 2021).

Po svetu obstaja zelo raznolika ureditev, ki določa, kdo lahko opravlja CAM in katere kvalifikacije so potrebne. Izvajalci so lahko praktikanti tradicionalne medicine, komplementarne medicine, običajni zdravniki ali drugi zdravstveni delavci. V mnogih državah v razvoju so strokovnjaki za tradicionalno medicino glavni ali celo edini izvajalci zdravstvene oskrbe v svoji skupnosti. V razvitih državah pa lahko izvajalce CAM razdelimo v več kategorij glede na njihovo usposabljanje, izobraževanje in status registracije (WHO, 2013).

Izobraževanje izvajalcev CAM se med državami močno razlikuje. Medtem ko v Indiji in na Kitajskem že desetletja obstajajo univerzitetni programi, so se na zahodu pojavili šele v zadnjih dvajsetih letih. Raziskava WHO (2019) kaže, da je bilo formalno izobraževanje s področja CAM v letu 2012 možno v 63 državah. Od tega jih je 41 zagotavljalo na univerzitetni stopnji, 36 pa je zagotavljalo formalno priznane programe usposabljanja s strani državnih organov. Na ravni univerzitetne izobrazbe, je 27 držav nudilo dodiplomski študij in 24 podiplomski študijski program. Doktorat je bilo mogoče pridobiti v 15 državah in klinični doktorat v 9 državah. Na nacionalni ravni so države poročale o obstoju formalno sprejetih programov usposabljanja, kot so certifikati, izobraževalni programi s področja ohranjanja zelišč, programi zeliščarstva ipd. Število držav, ki je vključilo izobraževanje s tega področja v univerzitetne študije, se je po podatkih WHO do leta 2018 povečala še za dodatnih 25 držav (WHO, 2019). V Avstraliji, ZDA in VB obstajata diplomski iz zeliščarstva ali naturopatije, v Nemčiji pa morajo študenti medicine študirati fitoterapijo kot del svojega zdravstvenega usposabljanja od leta 2003 (Chevallier, 2016). V Evropi trenutno še ni celotnega pravnega okvirja za usposabljanje fitoterapevtov (CAM, 2020). Usposabljanje in izobraževanje za izvajalce fitoterapije večinoma potekajo prek neprofitnih združenj in zasebnih šol ali tečajev, lahko pa tudi na nekaterih evropskih univerzah kot podiplomski tečaji.

Pregled znanstvene literature je pokazal, da v Sloveniji ni študije, ki bi obravnavala izobraževanje s področja CAM oziroma fitoterapije. Študija skuša zapolniti raziskovalno vrzel in ugotoviti obstoječe stanje na področju zdravilstva v Sloveniji in potrebe po sistematični ureditvi izobraževanja.

2 Metode

2.1 Raziskovalna metoda

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivno-kvantitativna metoda, s katero smo ugotavljali pomembnost fitoterapije in potrebe po izobraževanju na tem področju. Zastavili smo naslednje hipoteze:

- H_1 : Z naraščanjem pomembnosti fitoterapije naraščajo tudi potrebe po znanju.
- H_2 : Z naraščanjem pomembnosti fitoterapije se znižuje zadovoljstvo s trenutno urejenim izobraževanjem.
- H_3 : Z naraščanjem pomembnosti fitoterapije naraščajo možnosti zaposlitve.

2.2 Merski instrumentarij

Uporabljen merski instrumentarij v raziskavi je anketni vprašalnik. Z njim smo zbrali podatke, ki jih ni bilo mogoče najti v obstoječih virih. Anketni vprašalnik je bil sestavljen na podlagi preučene strokovne literature, z namenom preložitve k dokumentaciji za akreditacijo študijskega programa Fitoterapija na UNM FZV. Anketni vprašalnik je bil posredovan udeležencem izobraževanega programa z naslovom Zeliščarstvo in fitoterapija na kmetijah, preko elektronske pošte in izpolnjen preko spletne strani 1ka.

2.3 Vzorec

Vzorec je bil neslučajnostni oziroma priročni, ker je zajemal skupino ljudi, ki so bili v času izvajanja raziskave najbolj dostopni. Vanj so bile vključene osebe, ki se ukvarjajo z zeliščarstvom ali pa jim je področje fitoterapije poznano ter so sodelovali v usposabljanju v okviru projekta Razvoj in uvajanje usposabljanja o zdravilnih rastlinah na učnih kmetijah – Fitokmetije, katerega namen je pridobivanje in prenos znanj pilotnih kmetij za razvoj nove storitve didaktične kmetije za zeliščarstvo s poudarkom na ohranjanju okolja in uporabi zelišč v prehrani, s prepletom znanj s področja fitoterapije, ki nadgrajuje tradicionalni zdravilski pristop, ter oblikovanje možnosti za razvoj novih dopolnilnih dejavnosti. Anketni vprašalnik je bil posredovan 34 osebam, ustrezno je odgovorilo 23 oseb, od tega 7 (30,4 %) moškega spola in 16 (69,6%) ženskega spola. Samo s fitoterapijo se ukvarja 38,5 % anketiranih, 34,5 % se s fitoterapijo ukvarja poleg redne zaposlitve, 17% deluje ljubiteljsko, 9 % pa se s fitoterapijo še ne ukvarja, vendar si želijo v prihodnosti.

2.4 Obdelava podatkov

Pridobljeni podatki so bili statistično obdelani v računalniškem programu SPSS. Rezultati anketnih vprašalnikov so prikazani v tabelah z absolutnimi frekvencami (f) in relativnimi frekvencami ($f\%$). Izračunane so bile srednje vrednosti (M) in izmerjen standardni odklon (σ). Za preverjanje hipotez je bil uporabljen Pearsonov korelacijski koeficient. Sklepali smo na osnovi vrednosti koeficienta korelacije v vzorcu. Ničelna domneva pravi, da povezave ni, alternativna domneva pa je negacija tega.

3 Rezultati

Tabela 1 prikazuje frekvenčno tabelo trditev, ki so jih anketirani ocenjevali na podlagi 5-stopenjske Liketove lestvice. Rezultati kažejo, da je fitoterapija najpomembnejši del tradicionalnega zdravilstva v Sloveniji (4,2), večina anketiranih (96%) pa se strinja, da se bo uporaba zdravilnih rastlin v prihodnosti še povečala.

Tabela 1: Prikaz rezultatov z absolutnimi in relativnimi frekvencami

Trditve	Odgovori					M	σ
	1 f (f %)	2 f (f %)	3 f (f %)	4 f (f %)	5 f (f %)		
Fitoterapija je najpomembnejši del tradicionalnega zdravilstva v Sloveniji.	0 0 %	0 0 %	3 13 %	13 57 %	7 30 %	4,2	,65
Uporaba zdravilnih rastlin se bo v družbi v prihodnosti še povečala.	0 0 %	0 0 %	1 4 %	12 52 %	10 43 %	4,4	,58
Izobraževanje na področju zdravilstva je trenutno v Sloveniji ustrezno urejeno.	6 26 %	13 57 %	3 13 %	1 4 %	0 0 %	2,0	,77
Za izobraževanje fitoterapevtov bi bilo potrebno sistematično enoletno izobraževanje.	0 0 %	4 17 %	2 9 %	11 48 %	6 26 %	3,8	1,03
Za izobraževanje fitoterapevtov bi bil potreben triletni visokošolski študij.	0 0 %	1 4 %	5 22 %	13 57 %	4 17 %	3,9	,76

Rezultati so pokazali, da z naraščanjem pomembnosti fitoterapije v Sloveniji naraščajo tudi potrebe po znanju, tako medicine (0,684), znanja o uporabnosti zdravilnih rastlin (0,526) in znanja s področja priprave zdravilnih pripravkov (Tabela 2). Korelacijski koeficienti so bili v vseh primerih srednje močni, pozitivni in statistično značilni ($p < 0,01$), na podlagi česar potrdimo hipotezo 1.

Tabela 2: Potrebe po znanju

		Znanje medicine	Znanje o uporabnosti rastlin	Znanje o rastlinskih pripravkih
Pomembnost fitoterapije	Pear. koef.	,684	,526	,526
	Sig (p)	,000	,010	,010

Tabela 3 prikazuje zadovoljstvo s sistemom izobraževanja na področju fitoterapije. Analiza podatkov je potrdila hipotezo 2, da z naraščanjem pomembnosti fitoterapije v Sloveniji, zadovoljstvo s trenutnim sistemom izobraževanja na tem področju pada (-0,684), kar se je izkazalo za statistično značilno ($p < 0,001$). Kot najbolj ustrezne oblike izobraževanj so anketirani ocenili triletni študijski program (3,9) in sistematično enoletno izobraževanje za fitoterapevte (3,8).

Tabela 3: Zadovoljstvo s sistemom izobraževanja na področju fitoterapije

		Zadovoljstvo s sistemom izobraževanja
Pomembnost fitoterapije	Pear. koef.	-,684
	Sig (p)	,000

Tabela 4 prikazuje rezultate izračuna Pearsonovega koeficienta glede možnosti zaposlitve fitoterapevtov. Izračuni potrjujejo hipotezo 3, da se s pomembnostjo fitoterapije v slovenskem prostoru povečujejo tudi priložnosti za zaposlitev v različnih kategorijah. Med vsemi spremenljivkami obstaja srednje močna, pozitivna povezanost. Kot najbolj verjetna možnost zaposlitve za osebo, ki se ukvarja s fitoterapijo, se je izkazala samozaposlitev ($p < 0,01$), kateri sledi možnost zaposlitve v zdravstvu ($p < 0,05$) in nenazadnje v podjetjih ($p < 0,05$).

Tabela 4: Možnost zaposlitve

		Zaposlitev v zdravstvu	Zaposlitev v podjetjih	Samozaposlitev
Pomembnost fitoterapije	Pear. koef.	,478	,461	,575
	Sig (p)	,021	,027	,004

4 Razprava

Fitoterapija v svetovnem, evropskem in slovenskem prostoru ponovno pridobiva na veljavi kot komplementaren pristop konvencionalni medicini. Slovenska študija (Smogavec & Softič, 2009) je pokazala, da ljudje ne sledijo vedno le metodam uradne medicine, ampak se zatekajo tudi v druge oblike zdravljenja, da poleg (ali namesto) uradne medicine koristijo tudi CAM, predvsem v obliki samozdravljenja. Različnih metod samozdravljenja se namreč poslužuje kar 52,1 % anketiranih. Enako razkrivajo tudi rezultati študije Kemppainen, et al. (2016), ki so ugotavljali pogostost uporabe vsaj ene od CAM metod med prebivalci držav EU. Uporaba le-teh je najbolj razširjena v Nemčiji (39,5 %, Švici (39,4 %), Avstriji (35,5 %) in na Finskem (35,3 %). V Sloveniji naj bi vsaj eno od CAM metod uporabilo 22,7 % prebivalcev. Naša raziskava je pokazala, da je fitoterapija eden izmed najpomembnejših delov tradicionalnega zdravilstva v Sloveniji, kar podpira rezultate že izvedenih študij v Sloveniji (Smogavec & Softič, 2009; Borko & Turk, 2016). Vendar pa je odnos do fitoterapije še vedno podcenjevalen, čeprav številne znanstvene discipline kemijsko, biodinamično in farmakološko dokazujejo upravičenost njihove uporabe (Dohranović, et al., 2012).

Raznolik status CAM v EU in v Sloveniji, kjer je fitoterapevtska dejavnost normativno opredeljena z Zakonom o zdravilstvu (ZZdrav), daje vtis, da je področje zdravilstva na splošno neurejeno. Poklic fitoterapevt v Sloveniji namreč (še) ni umeščen v Seznam poklicev v zdravstveni dejavnost, kajti glede na ZZdrav lahko fitoterapevt deluje kot zdravilec. Zdravilci so po zakonu polnoletne osebe, ki imajo pridobljeno najmanj srednjo izobrazbo zdravstvene smeri ali pridobljeno najmanj srednjo strokovno izobrazbo in opravljen preizkus iz zdravstvenih vsebin, ki jih predpiše minister, in veljavno licenco, pridobljeno skladno s tem zakonom. V kolikor oseba nima ustrezne izobrazbe, mora preizkus iz zdravstvenih vsebin opraviti na Ministrstvu za zdravje. Kljub temu, mnogi svoje zdravilske storitve izvajajo nekontrolirano in po ocenah ZIM (Borko & Turk, 2016) naj bi v Sloveniji nenadzorovano, pogosto strokovno nepreverjeno delovalo okoli 7.000 zdravilcev, od katerih imajo mnogi svojo zdravilsko dejavnost registrirano na Gospodarski zbornici brez dokazil o znanju in metodi, ki jo izvajajo ali prodajajo. Bistvenega pomena je zavedanje, da ima znanje in usposobljenost zdravilca neposreden vpliv na varnost posameznika.

Na podlagi strokovnih polemik med nosilci politik, predstavniki združenj in strokovnjaki, lahko sklepamo o aktualnosti potrebe po sistemskem pristopu k izobraževanju primerno strokovno usposobljenega kadra za izvajanje fitoterapevtske metode. Slednje smo dokazali tudi z izvedeno raziskavo, ki je pokazala, da z naraščanjem uveljavljenosti fitoterapije zadovoljstvo s trenutnim sistemom izobraževanja upada, kar kaže potrebo po koreniti spremembi izobraževalnega sistema in področja zdravilstva. Slovenija je država z bogato zgodovino uporabe zdravilnih rastlin in znanja s področja fitoterapije, vendar pa so zdravilne rastline zaradi nezadostnega nadzora uporabljane tudi s strani manj usposobljenih zeliščarjev. Naraščajoči trend do t.i. »zelene terapije« na svetu, se pojavljajo komercialni interesi in konkurenca med različnimi proizvajalci rastlinskih pripravkov (Milev & Georgieva, 2012). Njihov cilj je čim večji dobiček, ne glede na učinkovitost in varnost produktov ali storitev.

Strokovnjaki s področja CAM se zaradi naštetih problematik trudijo vzpostaviti medsebojno sodelovanje med izobraževalnimi in zdravstvenimi organi, predvsem za uvedbo državno priznanih tečajev usposabljanja in akreditacije novih študijskih programov (CAM, 2020). Rezultati izvedene raziskave kažejo, da z naraščanjem pomembnosti fitoterapije v slovenskem prostoru naraščajo tudi potrebe po znanju na tem področju, predvsem s področja medicine, znanja o zdravilnih rastlinah in pripravkih. Potrebo po izboljšanju znanja na področju fitoterapije smo prepoznali tudi na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede, kjer smo med prvimi v Evropski Uniji akreditirali visokošolski strokovni študijski

program I. stopnje Fitoterapija, ki podeljuje strokovni naslov diplomirani fitoterapevt/ka, s ciljem izobraziti in usposobiti študente za kakovostno, varno, odgovorno in etično izvajanje zdravilske metode fitoterapije. Z naraščanjem posluževanja fitoterapije, se povečujejo tudi možnosti zaposlitve v zdravstvu in v podjetjih, čeprav je največja verjetnost možnost samozaposlitve. Poleg dodiplomskega študija, so rezultati izkazali potrebo po krajšem programu, ki bi namenjen vsem, ki se že ukvarjajo z zeliščarstvom in bi želeli izboljšati svoje znanje in storitev, ki jo ponujajo. V ta namen se je oblikoval tudi akreditiran enoletni program za izpopolnjevanje Osnove fitoterapije.

Heinreich, et al. (2012) nadalje poudarjajo, da se morajo tudi zdravstveni delavci zavedati prisotnosti zdravilnih rastlin in odločitev, ki jih pacienti sprejemajo brez njihove vednosti. Kersnik (2006) ugotavlja, da marsikateri uporabnik CAM tega ne pove svojemu zdravniku. Namreč le 28,9% bolnikov se pred uporabo CAM posvetuje s svojim zdravnikom in le 38,2% bolnikov naknadno zdravniku pove o pretekli uporabi ene izmed CAM metod. To število pa je danes glede na splošno porast CAM po vsej verjetnosti še precej višje. Vendar rezultati tujih študij nakazujejo, da zdravniki, ostali zdravstveni delavci in tudi farmacevti niso pripravljeni svetovati oziroma informirati pacientov o fitoterapiji, ker svoje znanje s tega področja ocenjujejo kot nezadostno (Joos, et al., 2012). S tem se strinja tudi Kopp (2015), ki poudarja pomembnost, da dobijo ustrezne in znanstveno zanesljive informacije, da paciente poučijo o kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravilnih rastlin. Več znanja bi jim koristilo ob racionalnem svetovanju o smotrnosti uporabe določenih metod kot dopolnilnega zdravljenja, ohranilo medsebojno zaupanje med zdravnikom in pacientom ter posledično posameznikom zagotovilo večjo varnost pri zdravljenju, saj bi se preprečilo morebitne sekundarne učinke ali interakcije z drugimi zdravili (Bezerra, et al., 2021). Glavni razlog, da zdravniki zanemarijajo fitoterapijo in njene učinke je dejstvo, da jih učni načrti univerzitetnih zdravstvenih šol običajno ne zajemajo ali pa jih omenijo le pristransko (Kraft, 2012), kar odraža negativen odnos do tradicionalnega znanja o zdravilnih rastlinah in njegove uporabe (Rosa, et al., 2011). Posledično se veliko zdravnikov ne zaveda pomena fitoterapije (Thiago & Tesser, 2011). Negotovost, stopnja napačno podanih informacij in pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev so dejavniki, ki dodatno nakazujejo potrebo po ustreznem izobraževanju (Oliveira, et al., 2017). Potrebne so spodbude za oblikovanje tečajev, usposabljanj in nenehnih izobraževanj zdravstvenih delavcev ter zlasti za vključitev predmetov v učne načrte univerz, ki usposabljaajo bodoče profesionalce. Menimo, da bi se študentje morali seznaniti z osnovnimi pojmi in filozofijo fitoterapije in pridobiti splošno znanje o oblikah terapije. Tako kot v konvencionalni medicini, bi morali biti študentje izpostavljeni tudi praksi, ki temelji na dokazih in razpravljati o znanstvenih dognanjih s tega področja. Stalno izobraževanje in izpopolnjevanje o fitoterapiji bi lahko zagotovilo demokratizacijo znanja, učenja, usmerjanja in ustvarjalnega soočanja z zdravstvenimi težavami, ki so prisotne v vsakdanjih zdravstvenih storitvah, z namenom izboljšanja kakovostne oskrbe. Dodatno bi spodbudilo h gradnji podpornih, etičnih in kritičnih praks, ki ugotavljajo pomanjkanje programov za poklicni razvoj, ki bodisi izpuščajo fitoterapijo bodisi jo štejejo za izbirno disciplino. Takšen odnos vodi do tega, da mnogi jemljejo fitoterapijo kot manj pomembno, čeprav bi se moralo dogajati ravno nasprotno. Tečaji in usposabljanja na akademski ali strokovni ravni so torej strategije, ki so potrebne za konsolidacijo fitoterapije v primarnem zdravstvu (Antonio, et al., 2013). To bo zagotovo pripomoglo pri izgradnji emancipacije znanja, ki bo uravnotežila in odehtala močan trenutni trend poudarjanja regulativnega vidika znanstvenega znanja in praks o fitoterapiji v primarnem zdravstvenem sistemu.

Medtem, ko se organizacijska struktura in mehanizmi financiranja zdravstvenih sistemov v Evropi razlikuje, splošna odvisnost od konvencionalnega modela zdravstvenega varstva z vsemi povezanimi stroški, neučinkovitostjo, neenakostjo dostopa in nezadovoljstvom

pacientov zahteva korenito nov pristop. K temu lahko pripomore CAM, predvsem pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe na podlagi podprte samoodgovornosti in zdravstvene pismenosti, ki lahko veliko stori za vzdrževanje zdravja in preprečevanju bolezni. Obstaja vedno več dokazov, ki kažejo, da bi lahko uvedba CAM v primarno zdravstveno oskrbo zmanjšala obolevnost in umrljivost ob hkratnem zmanjšanju stroškov zdravstvenega varstva (Herman, et al., 2012; CAM, 2020).

Prišel je torej čas, da se zdravstvene delavce, ki delujejo v primarnem zdravstvu izobrazijo o osnovah zdravilnih rastlin. Potrebno je zagotoviti, da so informacije, ki se podajajo pacientom konsistentne in v skladu z dokazi. Ta proces bi morale spodbuditi univerze v sodelovanju z zdravstvenimi institucijami, da bi se zagotovila neodvisnost s farmacevtsko industrijo. Dokazali smo, da bi se moralo področje fitoterapije in zdravilnih rastlin vključiti v različne programe dodiplomskih študijev na področju zdravstvenega varstva. Vendar bi bilo slednje najučinkovitejše, če bi bila fitoterapija del zdravstvenega sistema. Rezultati izvedene študije nesporno dokazujejo potrebo po sistematičnem izobraževanju fitoterapevtov, saj bo le s strokovno in znanstveno utemeljeno uporabo zdravilnih rastlin mogoče prepričati skeptike, da uporaba zdravilnih rastlin v medicini ni samo slab nadomestek za konvencionalno medicino, ampak dragocena in učinkovita možnost zdravljenja.

Kot glavno omejitev študije izpostavljamo majhen vzorec. Kljub temu ugotavljamo, da lahko spoznanja prispevajo k boljšemu razumevanju problematike odločevalcem in institucijam, ki pripomorejo k spremembam v izobraževanju in vključitvi fitoterapije v primarni zdravstveni sistem. Za nadaljnjo raziskavo predlagamo ponovitev raziskave z večjim in bolj reprezentativnim vzorcem.

Literatura

- Antonio, G.D., Tesser, C.D. & Moretti-Pires, R.O., 2013. Contributions of medicinal plants to care and health promotion in primary healthcare. *Interface (Botucatu)*, 17(46), pp. 615-633.
- Bezerra, A.S.C.E., Franco, S.P.B., Mousinho, K.C., Fonseca, S.A., Matos-Rocha, T.J., Pavão, J.M.S.J. & Santos, A.F., 2021. Situational diagnosis of professionals of family health units on phytotherapy. *Brazilian Journal of Biology*, 81(3), pp. 551-556.
- Borko, E. & Turk, Z., 2016. Zdravstvo in zdravilstvo. *Revija ISIS: Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 7, pp. 15-18.
- CAM, 2020. *The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable healthcare in Europe*. Brussels: EUROCAM.
- Chevallier, A., 2016. *Encyclopedia of herbal medicine*. New York: DK Publishing.
- Dohranović, S., Bosnić, T. & Osmanović, S., 2012. Značaj i uloga alternativne medicine u liječenju. *Hrana u zdravlju i bolesti, znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku*, 1(2), pp. 39-47.
- Fürst, R. & Zündorf, I., 2015. Evidence-Based Phytotherapy in Europe: Where do we stand? *Planta Medica*, 81(12-13), pp. 962-967.
- Heinrich, M., Barnes, J., Prieto-Garcia, J., Gibbons, S. & Williamson, E., 2012. *Fundamentals of pharmacognosy and phytotherapy*. London: Elsevier.
- Herman, P.M., Poindexter, B.L., Witt, C.M. & Eisenberg, D.M., 2012. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*, 2(5), 2:e001046.
- Joos, S., Glassen, K. & Musselmann, B., 2012. Herbal medicine in primary healthcare in Germany: the patient's perspective. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012:294638.
- Kemppainen, M.L., Kemppainen T.T., Reippainen, J.A., Salemmenniemi, S.T. & Vuolanto, P.H., 2018. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), pp. 448-455.
- Kersnik, J., 2006. Družinska medicina in uporabniku komplementarne in alternativne medicine. *Zdravstveno varstvo*, 45(4), pp. 204-206.
- Klemenc-Ketiš, Z. & Verovnik, F., 2004. Uporaba zdravilnih rastlin med prebivalci Velenja. *Zdravstveni vestnik*, 73, pp. 59-62.

- Kopp, B., 2015. High acceptance of herbal medicinal products: What does the future hold? *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 165, pp. 215-216.
- Kraft, K., 2012. Lehre der Phytotherapie im Rahmen des Medizinstudiums in Deutschland. *Phytother*, 33, pp. 57-63.
- Lopes, C.M.C., Lazzarini, J.R., Júnior, J.M.S. & Baracat, E.C., 2018. Phytotherapy: yesterday, today and forever? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(9), pp.765-768.
- Milev, E. & Georgieva, M., 2012. The training of medical students in the field of phytotherapy. *Scripta Scientifica Medica*, 44(1), pp. 47-50.
- Oliveira, A.F.P., Costa, I.C.P., Andrade, C.G., Santos, K.F.O., Anízio, B.K.F. & Brito, F.M., 2017. Phytotherapy in primary care: study with nurse professionals. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), pp. 480-487.
- Rosa, C., Câmara, S.G. & Béria, J.U., 2011. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Cienc Saude Coletiva*, 16(1), pp. 311-318.
- Smogavec, M. & Softič, N., 2009. *Razširjenost samozdravljenja v Slovenski populaciji*. Maribor: Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru.
- Thiago, S.C. & Tesser, C.D., 2011. Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), pp. 249-257.
- Zakon o zdravilstvu, 2007. Uradni list Republike Slovenije, št. 94/07 in 87/11. [online] Available at: <https://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-3722> [Accessed 10 March 2021].
- World Health Organization (WHO), 2013. *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), 2019. *Global report on traditional and complementary medicine*. Geneva: World Health Organization.

Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi: pregled literature

Leading people in health care: literature overview

dr. Marjeta Logar Čuček²²

Izvleček

Teoretična izhodišča: Vodenje je pomembno za uspeh in doseganje ciljev v zdravstveni negi. Je odraz organizacijske kulture, ki vpliva na vse zaposlene in predstavlja ključno vez med zdravstveno nego in pacienti. Namen raziskave je bil ugotoviti vsebine teoretičnih znanj in praktičnih veščin vodenja.

Metoda: Izveden je bil pregled literature v Obzorniku zdravstvene nege. Ta je zajemal čas od 2014 do 2020 in je bil izveden v februarju 2021. Iskanje je potekalo s kombinacijo besed: vizija, proces, sprememba, prihodnost in besednih zvez: stili vodenja, usposabljanje vodij, učeča se organizacija. Izmed 60 zadetkov je bilo v kvalitativno vsebinsko analizo vključenih 9 člankov.

Rezultati: Viri so razporejeni glede na identificirane kode v kategorijo Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi, ki se deli na štiri podkategorije: kompetence vodij zdravstvene nege; izobraževanje za razvoj voditeljskih sposobnosti; odgovornost za vzpostavitev razvojnoraziskovalnih timov; razvijanje sposobnosti zaposlenih.

Razprava in zaključek: Vodje v zdravstveni negi morajo delovati na osnovi znanj in veščin iz vodenja in upravljanja, podpirati razvoj in spremembe, ki zagotavljajo učinkovito timsko delo, usmerjati in motivirati zaposlene s ciljem celostne obravnave pacienta. Izvajati in spodbujati mora zviševanje izobrazbe zaposlenih, njihovo vključevanje v klinično, aplikativno in temeljno raziskovanje ter uvajanje najboljših praks v delo. Delovati mora odgovorno in etično ter stremeti k vpetosti poklica v družbeni prostor.

Ključne besede: vizija, proces, spremembe, prihodnost

Abstract

Theoretical Background: Effective leadership is crucial for overall success and achieving goals in the field of healthcare. It is closely connected with the organizational culture which influences all employees and represents a key link between health care and patients. The objective of the research was to establish the quality of both theoretical knowledge and practical skills connected with effective leadership.

Method: A literature overview in »Obzornik zdravstvene nege« was carried out. The time frame was between 2014 and 2020; the work was conducted in February 2021. The search was based on the following words and their combinations: vision, process, changes, future, and collocations: leadership styles, leader training, learning organization. From the total of 60 hits, 9 have been included in the qualitative content analysis.

Results: Based on identified codes, the sources have been placed into the category Leading employees in health care. The category is further subdivided into four subcategories: the competencies of healthcare leaders, training the development of leadership skills, responsibility for establishing developmental and research teams, and developing employee competencies.

Discussion and conclusion: It is of vital importance that leaders in healthcare act following leadership and managerial knowledge and skills. They need to encourage development and changes, which in turn ensures effective teamwork, as well as guide and motivate employees with the view to providing holistic patient care. A good leader must be able to encourage employees to obtain a higher level of education, include them in clinical, applicative, and fundamental research, as well as implement best practices into work. They must act with a high level of responsibility and ethics and strive to raise the profile of the profession in society as a whole.

Keywords: vision, process, changes, future

²² dr. Marjeta Logar Čuček, pred., UKCL, Kirurška klinika, KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo, marjetalogar@gmail.com, marjeta.logar@kclj.si

1 Teoretična izhodišča

Vodenje je umetnost in ne slepo sledenje pravilom (Gnezda, 2016). Prav zato dobra organizacija vodenja zdravstvene nege ne vsebuje samo ustreznega ravnanja, ampak tudi pravo odločanje in spremembe v prid pacientov (Sobočan, 2017). Ne glede na dožemanje zdravja ljudje in javnost v primeru bolezni pričakujejo kakovostno zdravljenje, pravočasno in vsem enako dostopno (Prevolnik Rupel, et al., 2014).

Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi zahteva vključevanje vseh zaposlenih, raznoliki so tudi porabniki teh storitev. S pravilnim prepoznavanjem obstoječih in prihodnjih potreb porabnikov, z razumevanjem in življenjem v paciente, hitreje pridemo do odličnih rezultatov pri oskrbi in negi pacientov. Ta ne predstavlja samo klinične oskrbe pacientov, ampak je odraz dobre organizacijske kulture, ki vpliva na vse zaposlene in predstavlja ključno vez med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacienti.

Organizacijska kultura v zdravstveni negi se oblikuje skozi komuniciranje, reševanje konfliktov, timsko delo, medsebojno povezovanje (Skinder Savić & Skela-Savić, 2014). Je odraz ustvarjanja v daljših obdobjih preko globalnih interakcij v sistemu z njegovim okoljem (Planinšek, 2011), je spremenljiva in dinamična (Kavčič, 2011). Vpliva na opredelitev in uresničevanje strategije organizacije (Skinder Savić, 2013).

Hitro se spreminjajoče družbene razmere s spodbudami za uveljavljanje standardov kakovosti in varnosti pacientov postavljajo izvajalce zdravstvene nege pred zahtevo po spreminjanju organizacijske kulture (Blatnik, 2013). Spremembe so odvisne od sposobnosti, znanja, učenja in veščin vodij, skupne zgodovine, razpoložljivega časa, podpornega in zaupanja vrednega družbenega okolja (Planinšek, 2011; Blatnik, 2013). Blatnikova (2013) v svoji raziskavi navaja, da so ključnega pomena za uvajanje sprememb vrednote, kot sta kakovost in varnost pacientov. Strokovni razvoj in raziskovanje mora teči v smeri vzpostavljanja avtonomije in zmanjševanja hierarhije v zdravstvenih timih. Krepi je treba zavedanje, kaj spremembe so, za kaj so potrebne in kakšna je njihova vloga (Kramar Zupan, 2020). Same spremembe so povezane z vsebino sprememb in s procesom spreminjanja, kar pomeni načrtovanje, predstavljanje, izvedbo in vzdrževanje sprememb (Martinčič & Bilosavo, 2017).

Uvajanje sprememb v zdravstvenih organizacijah zahteva tudi sposobnega vodjo. Kraja (2021) navaja, da so ključne kompetence vodij natančnost, doslednost, komunikativnost, zmožnost slišati zaposlene in upoštevanje njihovih mnenj, zmožnost organizacije časa, zastavljanja vizije in strategije. Vodjem je v pomoč širok nabor orodij, ki so v zadnjih desetletjih nastala iz potrebe, kako svoje delo opraviti bolje, drugače in učinkoviteje. Vsak vodja izbere pristope in tehnike, ki so povezane z njegovimi izkušnjami, zaznavami in okoljem. Stremi in ukrepa, da bi skupaj z zaposlenimi dosegli skupni cilj in zagotovili smernice za reševanje težav ter olajšali izvajanje uporabnih postopkov za zagotavljanje zdravstvene nege (Martinčič & Bilosavo, 2017; Logar Čuček, 2020).

V praksi obstajajo različni načini in stili vodenja. Med novejše prištevamo transakcijsko in transformacijsko vodenje (Kramar, 2016). Prvo je klasično vodenje z nadzorom zaposlenih, vodja je nadrejen in deluje v skladu s pravili (Janžekovič, 2012). Transformacijski vodja deluje na podlagi vrednot in vizije, vzajemnega vpliva vodje in sledilcev, motivacije zaposlenih z ustvarjanjem timskega duha, intelektualne spodbude h kreativnosti in inovativnosti ter upoštevanja posameznika. Temelji na dolgoročni povezavi med zaposlenimi in organizacijo (Martinčič & Bilosavo, 2017). Ustreza sodobnemu času in je povezano z učinkovitostjo in pozitivnimi rezultati (Brezovšek & Kukovič, 2014; Jelovac & Makše, 2012).

Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi vpliva na razmišljanje, odnose, zadovoljstvo sodelavcev in pogojuje rezultate dela. Veščine vodenja je potrebno permanentno nadgrajevati in vzdrževati transparentno komunikacijo (Craig & McKeown, 2015).

Namen raziskave je bil pregledati objavljene vsebine izvirnih znanstvenih prispevkov in preglednih znanstvenih člankov o vodenju v zdravstveni negi. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kateri stil vodenja vpliva, spodbuja in usmerja sodelavce k želenim ciljem in prepoznati izboljševanje razvoja voditeljskih veščin in znanja. Postavili smo si raziskovalno vprašanje: Kako vodenje vpliva na razvoj in rast zaposlenih v zdravstveni negi?

2 Metode

Uporabljen je bil pregled literature.

2.1 Metode pregleda

Za iskanje slovenske literature o vodenju v zdravstveni negi smo se odločili za bazo podatkov v Obzorniku zdravstvene nege, saj smo želeli poiskati znanstvena in strokovna dela, objavljena v znanstveni reviji. Za ključne iskalne zveze smo uporabili: vizija, proces, spremembe, prihodnost in besedne zveze: stili vodenja, usposabljanje vodij, učeča se organizacija. Iskanje literature smo izvedli v februarju 2021. Omejili smo se na objave od 2014 do vključno 2020, v slovenskem in angleškem jeziku, celotno besedilo člankov, prosto dostopno.

2.2 Rezultati pregleda

Pregled podatkovnih baz je izkazal 60 virov. V nadaljevanju je bilo izključenih 28 vsebin in izbranih 32 besedil. Končni nabor virov vključuje 9 besedil.

2.3 Opis obdelave podatkov

Osredotočili smo se na znanstvene prispevke, ki so vsebovala vsaj eno izmed ključnih iskalnih besednih zvez. Besedila smo analizirali s pomočjo »principa kvalitativne vsebinske analize«. Osrednji postopek analiza besedil predstavlja odprto kodiranje (Vogrinec, 2008).

3 Rezultati

Tabela 1 prikazuje vire, zajete v pregled literature (letnica izida, avtor/avtorica, tipologija in cilji raziskave, vzorec in ključne ugotovitve).

S kvalitativno analizo vsebin dobljenih virov smo identificirali štiri kategorije s pripadajočimi kodami (Tabela 2): kompetence vodij zdravstvene nege; izobraževanje za razvoj voditeljskih sposobnosti; odgovornost za vzpostavitev razvojno-raziskovalnih timov; razvijanje sposobnosti zaposlenih. Po ponovnem preverjanju vsebin, kod in kategorij smo prepoznane kategorije spremenili v podkategorije in jih umestili pod enotno kategorijo Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi, ki najbolj opisuje namen pregleda literature.

Tabela 1: Prikaz ključnih ugotovitev raziskav, vključenih v kvalitativno vsebinsko analizo

Avtor/ avtorica	Tipologija raziskave	Cilji raziskave	Vzorec	Ključne ugotovitve
Trobec, et al., 2014	Sistematični pregled literature	Opredeliti kompetence zdravstvene nege in dejavnikov vpliva na razvoj kompetenc.	n = 37	Teoretična podlaga in časovne izkušnje so, ob dobrem vodenju, podlaga za pridobivanje spretnosti kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi. Refleksija, samoocenjevanje in medsebojni odnosi so temelj vrednotenja lastne klinične prakse zdravstvene nege.
Štih & Ferjan, 2014	Deskriptivna kvantitativna raziskava	Ugotoviti vpliv komunikacije v delovnem okolju na medsebojne odnose in zdravje zaposlenih v zdravstvenem zavodu.	n = 142	Ugotovljena je bila potreba po permanentnem izobraževanju s področja komunikacije vseh zaposlenih na vodilnih delovnih mestih, saj je komuniciranje z zaposlenimi ključno pri njihovem delu. Vpliva na pogoje dela in zdravje ter zadovoljstvo zaposlenih.
Skinder Savič & Skela Savič, 2014	Opisna kvantitativna raziskava	Raziskati tipe organizacijske kulture. Prikazati povezavo organizacijske kulture z indikatorji zadovoljstva zaposlenih.	n = 310	V zdravstvenih organizacijah je v visokem deležu prisotna organizacijska kultura hierarhija, z nadzorom opravljenega dela zaposlenih, v manjši meri pa kultura, ki uvaja spremembe, sodelovalno vodenje, avtonomijo in zadovoljstvo zaposlenih.
Dobnik & Skela Savič, 2015	Kvantitativna opisna raziskava	Analizirati ključne trditve na področju kulture varnosti, na osnovi povezanosti načrtovati priporočila za spremembe.	n = 256	Koncept organizacijske kulture je tesno povezan z vodenjem v smislu večje prisotnosti kulture skupine in razvoja, ki je v povezavi z izpolnjevanjem kriterijev za doseganje varnosti in kakovosti; spodbuja razvoj, timsko delo in inovativnost, usmerja navzven.
Kvas & Seljak, 2016	Analiza obsega podatkov	Oceniti uspešnost in učinkovitost vodilnih medicinskih sester na vseh ravneh vodenja, ugotoviti slabše ocenjena področja in predlagati izboljšave.	n = 1547	Najslabše sta ocenjeni področji generičnih in medpoklicnih kompetenc. Uspešnost vodenja je možno izboljšati z učenjem, pridobivanjem izkušenj z vodenjem, s prepoznavanjem šibkih točk, izmenjavo mnenj in idej na študijskih krožkih, v različnih programih izobraževanja s področja pridobivanja voditeljskih kompetenc.
Peterka Novak, 2016	Kvantitativna opisna raziskava	Izboljšati strokovne vsebine in organizacijo izobraževanj.	n = 242	Zdravstvena nega zahteva vedno več raznovrstnega in interdisciplinarnega znanja. Pri sprejemanju novosti imajo odločilen vpliv vodje, ki oblikujejo možnosti za širjenje in uvajanje novih znanj za opravljanje dela in doseganje ciljev v zdravstveni negi. Z vključevanjem v načrtovanje in izvedbo strokovnih predavanj prispevajo h gradnji strokovnih zmogljivosti delovnega okolja.

Avtor/ avtorica	Tipologija raziskave	Cilji raziskave	Vzorec	Ključne ugotovitve
Skela Savič, 2017	Kvalitativna raziskava: tehnika skupinskih intervjujev	Prepoznati dejavnike, pomembne za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege in vpliva na njen razvoj.	n = 48	Ključno za razvoj zdravstvene nege kot profesije in znanstvene discipline je opredelitev delovnih mest za štiri ravni kompetenc v zdravstveni negi (ob upoštevanju mednarodno primerljivih pogojev za izvajanje posameznih ravní). Za to je odgovoren menedžment zdravstvene nege. Profesija se iz stroke razvije s prenašanjem lastnega znanja v neposredno strokovno delo, strokovnjaki pa skupaj z raziskovalci rešujejo raziskovalne probleme. Vodje morajo biti usposobljeni in odgovorni za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege. Razvojno delo in raziskovanje je orodje za uresničevanje na dokazih podprtega dela.
Kranjc & Kadivec, 2019	Kvantitativna neeksperimentalna raziskava	Prepoznati stališča, dejavnike, ovire, vpliv delovnega mesta in starosti do raziskovanja v zdravstveni negi.	n = 110	V kliničnem okolju morajo delovati diplomirane medicinske sestre z znanjem implementacije dokazov v prakso. Graditi je treba odnos do raziskovanja, ki se povečuje s stopnjo izobrazbe, znanjem tujih jezikov, podpornega okolja v času študija, pozneje sodelavcev in vodstva, ki pa ne izpolnjujejo vedno pričakovanih potencialnih raziskovalcev področij zdravstvene nege. Z usmerjenim izobraževanjem v raziskovanje – v kliničnih okoljih in pedagoškem procesu – se lahko izboljša praksa zdravstvene nege, ki bo, podprta z dokazi, vodila k priznanju zdravstvene nege kot znanstvene discipline.
Kamenšek, et al., 2020	Sistematičen pregled literature	Prepoznati prednosti medpoklicnega izobraževanja za medpoklicno sodelovanje v zdravstvu.	n = 9	Medpoklicno izobraževanje pomembno vpliva na sodelovanje zaposlenih v praksi, izboljšuje razumevanje vlog in podpira timsko delo. Z boljšo komunikacijo, pretokom informacij in manj kliničnimi napakami vpliva na kakovostno obravnavo pacientov in pozitivne zdravstvene izide.

Tabela 2: Prikaz kod po kategorijah

Kategorija	Podkategorije (n = 4)	Kode (n = 42)	Avtorji
Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi	Kompetence vodij zdravstvene nege	Splošne kompetence. Etične kompetence. Medprofesionalni odnosi. Proaktivno delovanje. Organizacijska kultura hierarhija. Pozitiven odnos do znanja. Komunikacijske spretnosti. Notranja motivacija. Zdravo delovno okolje. Organizacijska zavzetost. Vizija in vrednote. Ustrezno informiranje zaposlenih. Učinkovito odločanje. Uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi. Spodbujanje in spremljanje razvoja kompetenc.	Skinder Savič & Skela Savič, 2014 Štih & Ferjan, 2014 Trobec, et al., 2014 Dobnik & Skela Savič, 2015 Kvas & Seljak, 2016
	Izobraževanje za razvoj voditeljskih sposobnosti	Usposabljanje, poglobljeno učenje. Načrtovanje za delovanje v organizaciji. Pridobivanje znanj iz vodenja in veščin upravljanja. Etična odgovornost do razvoja profesije, profesionalizacije poklica. Kreativnost. Graditev samozaupanja. Spreminjanje in raziskovanje uporabe lastne kompetentnosti (vodja). Učenje v učeči se organizaciji. Vrednotenje lastnega dela.	Kvas & Seljak, 2016 Peterka Novak, 2016 Skela Savič, 2017
	Odgovornost za vzpostavitev razvojno-raziskovalnih timov	Priprava in izvedba strategije razvoja. Spodbujanje kliničnega, aplikativnega in temeljnega raziskovanja. Podpora razvoju delovanja na dokazih podprte prakse. Prenos dobrih rezultatov v prakso. Uvajanje sprememb. Strokovni razvoj zaposlenih. Profesionalizacija zdravstvene nege.	Dobnik & Skela Savič, 2015 Peterka Novak, 2016 Skela Savič, 2017 Kranjc & Kadivec, 2019
	Razvijanje sposobnosti zaposlenih	Motiviranje, usposabljanje in napredovanje zaposlenih. Osredotočenost na posameznika, njegov osebni razvoj. Vpetost posameznikov v kompleksen proces. Učenje v kliničnem okolju. Vzpodbujanje uporabe informacijske podpore. Spodbujanje k avtonomnemu delovanju pri zagotavljanju zdravstvene nege. Usposabljanje zaposlenih v stroki, osebni rasti, v odnosu do pacienta. Spreminjanje kulture v organizaciji - usmerjanje v odprtost. Medpoklicno izobraževanje.	Trobec, et al., 2014. Peterka Novak, 2016 Kamenšek, et al., 2020

4 Razprava in zaključek

Iz ugotovitev pregleda literature je razvidno, da so se raziskovalci usmerili v ugotavljanje stanja, spremljanja razvoja veščin vodenja in dejanske prisotnosti ali potrebe ustreznega vodenja pri zagotavljanju učinkovite zdravstvene nege. Pogled na razvoj zdravstvene nege iz prihodnosti v sedanost narekuje ukrepe in prepoznavanje novih strateških prijemov. Skele Savič (2014) navaja, da prevzemanje odgovornosti za nove vloge v zdravstveni obravnavi vodi preko izobraževanja, raziskovanja, profesionalizacije in vodenja. S to raziskavo smo želeli ugotoviti, kateri so tisti dejavniki, ki spodbujajo razvoj vodstvenih spretnosti skozi izkušnje in izobraževanje ter nalagajo odgovornost vodjem, da z različnimi pristopi spodbujajo in spremljajo razvoj posameznikov v zdravstveni negi.

Pridobivanje kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi je tesno povezano z vodenjem. Ti na začetku svoje poklicne poti potrebujejo veliko podpore za uspešno implementacijo znanja v realni klinični situaciji (Trobec, et al., 2014). V pregledu vsebin člankov posebej izpostavljamo ugotovitve raziskovalcev Kvasove in Seljaka (2016), da so samo učinkoviti vodje sposobni voditi zaposlene k skupnemu cilju, izboljšati kakovost in varnost v zdravstvu. Tudi drugi avtorji (Hassan, et al., 2013; Rosenfeld, et al., 2012) potrjujejo, da je uspešnost vodenja večdimenzionalna, odvisna od različnih dejavnikov, ki so neposredno povezani z določenim vodjem (izobrazba, izkušnje, samoocenjevanje znanja, zadovoljstvo z delom, komunikacija in medsebojni odnosi, organizacijska zavzetost in zavzetost za poklic) in drugih dejavnikov, odvisnih od ravni vodenja, organizacije, števila podrejenih. Raziskava, izvedena v slovenskem prostoru (Kvas & Seljak, 2016), je pokazala, da so pri vodjih potrebne izboljšave na področju generičnih in medpoklicnih kompetenc. Usklajevanje s slednjimi in s stroko narekuje urejenost sistema na dveh področjih; eno je vodenje tima, drugo poudarja lastne raziskave in razvoj, s pomočjo katerih se lahko pacientom ponudi nove vsebine, spoznanja in metode dela (Poplas Susič, 2017). Pot do izboljšav na področju temeljnih izboljšav poteka permanentno skozi vodenje ljudi, ki stalno krepijo svoje sposobnosti in upoštevajo strateške usmeritve organizacije (Železnik, et al., 2008).

Štih in Ferjan (2014) v svoji raziskavi, ki smo jo vključili v pregled, ugotavljata, da komunikacija pomembno vpliva na zdravje zaposlenih; večino ustreznega sporazumevanja morajo obvladovati predvsem vodje, zaposleni pa naj bodo seznanjeni s prakso, ki se izvaja v organizaciji za boljše počutje in ohranjanje zdravja. Slednje potrjujejo tudi drugi raziskovalci (Lorber, et al., 2015; Lorber, 2018), saj to vodi k uspešnosti in doseganju ciljev organizacije, pomembno je zmanjševanje fluktuacije zaposlenih in absentizma. Vizijo sprejemanja koncepta zdravosti in skrb za zdravo delovno okolje, kulture, usmerjene na človeka, izpostavlja jo tudi avtorji McCormack (2018), Lynch, et al. (2018).

Ravnanje vodij je tesno povezano z organizacijsko kulturo, ki prevladuje v posamezni organizaciji. V slovenskem prostoru je premalo poudarjen in izvajan tip kulture, ki pozitivno vpliva na sodelovanje med zaposlenimi in vodenjem ter soodločanjem in uvajanjem sprememb (Skinder Savič & Skela Savič, 2014). Kako pomembna je možnost aktivnega sodelovanja zaposlenih pri sprejemanju odločitev v prid izida zdravljenja, navaja tudi Sermeus (2015) v raziskavi o vplivu zdravstvene nege na kakovost zdravstvene obravnave.

Iz rezultatov raziskave Skele Savič in Pagona (2007) je razvidno, da prisotnost kulture skupine ključno vpliva zna razvoj, timsko delo in inovativnost, posledično na varnost in kakovost oskrbe pacientov (Dobnik & Skela Savič, 2015). Za spreminjanje kulture v organizaciji, njene usmerjenosti v odprtost, so odgovorni vodje, kar potrjujejo tudi izsledki drugih raziskovalcev (Feng, et al., 2011).

Če so izkazane veščine, sposobnosti, komunikacija, sodelovanje eni izmed pogojev za uspešno vodenje, mora kompetenten vodja v zdravstveni negi namenjati pozornost

strokovni zmogljivosti zaposlenih, poklicnemu razvoju s pomočjo izobraževanja, sledenja sprememb, prenosa znanj in naučenega v prakso (Peterka Novak, 2016). Ažmanova (2016) navaja, da je prav izobraževanje tisto, ki doživlja neprestane spremembe, tako med študijem in delom, in se prilagaja vedno večjim zahtevam za uspešno in učinkovito delo s pacientom. Z izobraževanjem se spreminjajo tudi kompetence medicinskih sester in vodij. Če se je razvoj izobraževanja do zdaj že razvijal v smeri vseživljenjskega učenja, mora biti v prihodnosti podkrepjen z raziskovanjem in prenašanjem izsledkov v prakso ter s tem iti na pot profesionalizacije zdravstvene nege (Skela Savič, 2017). Kako je izobraževanje povezano z odnosom do raziskovanja, potrjuje tudi raziskava o odnosu zaposlenih do raziskovanja na primarni in terciarni ravni (Kranjc & Kadivec, 2019). Na pomen podpore s strani vodij opozarjajo tudi raziskovalci (Bole & Skela Savič, 2017), ki ponekod ni izražena do te mere, da bi zaposleni pristopili do raziskovanja z več motivacije in samozavesti. V kategorijo izobraževanja vključujemo še medpoklicno izobraževanje, ki po izsledkih raziskovalcev Kamenška, Kavčiča in Domajnke (2020) nima še izrazitega vpliva na medpoklicno sodelovanje v zdravstveni negi; kjer je bil izražen pozitiven odnos do tega, se je opazil napredek v boljšem timskem delu, pretoku informacij, kakovostni obravnavi pacientov. Na tem področju se vpliv vodje prezentira kot spodbuda k spremembam in izboljšavam dela sodelavcev.

Raziskava ima omejitve. V slovenskem prostoru je znanstvenih objav s tega področja malo. Vsebine vodenja so vključene v kontekst drugih tem, zato je treba za primerjalno analizo narediti tudi pregled druge strokovne literature. Pri nadaljnjem raziskovanju področja vodenja zaposlenih v zdravstveni negi je potrebno raziskati znanje in usposobljenost zaposlenih na vseh nivojih zdravstvenega varstva.

S predstavitvijo izbora podatkov o vlogi vodje v zdravstveni negi smo potrdili spoznanje, da izboljševanje izidov zdravstvene obravnave na ravni posameznikov, družin in skupnosti vodi preko doprinosa vodij in načina vodenja v zdravstveni organizaciji. Usposobljeni vodje v zdravstveni negi morajo biti organizacijsko zavzeti, skrbeti za zdravo delovno okolje, negovati medsebojne odnose na delovnem mestu, sodelovati pri izmenjavi mnenj, ustvariti zaupanje in izboljševati kakovost in varnost pacientov. Voditeljske veščine je možno izboljšati s poglobljenim in dolgotrajnim učenjem, ki je učinkovitejše v učeči se organizaciji. Prihodnost je v medpoklicnem izobraževanju in posledično uspešnejšem medpoklicnem sodelovanju, aktivnem vključevanju uporabnikov v zdravstveno obravnavo, izobraževanju, uporabi informacijske tehnologije in združevanju, potrjevanju zdravstvene nege kot znanstvene discipline in prenašanju z dokazi podprtih praks v klinično okolje.

Literatura

- Ažman, M., 2019. Dokument Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev dejavnosti zdravstvene nege: nastanek, odzivi in izzivi. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4); pp. 264–268.
- Blatnik, D., 2013. Vloga menedžmenta zdravstvene nege na področju akreditacij bolnišnic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3); pp. 220–223.
- Bole, U. & Skela-Savič, B., 2017. Odnos, znanje in ovire medicinskih sester pri implementaciji na dokazih podprte prakse. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. mednarodna znanstvena konferenca: kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja. Bled, 8. in 9. junij 2017*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 357–363.
- Brezovšek, M. & Kukovič, S., 2014. Uvod: Evolucija javnega vodenja. In: H. Kranjc, ed. *Javno vodenje: Socialni izzivi*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za družbene vede, p. 7.
- Craig, M. & McKeeown, D., 2015. How to build effective teams in healthcare. *Nursing Times*, 111(4); pp. 16–18.
- Dobnik, M. & Skela Savič, B., 2015. Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (2); pp. 136–143.

- Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y.J., Zeng, J.H. & Song, J.P., 2011. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58(2); pp. 249–254.
- Gnezda, S., 2016. Danes odločen vodja, jutri sodelavcem kamerad. *Manager*, 36; pp. 11–13.
- Hassan, S., Mahsud, R., Yukl, G. & Prussia, G.E., 2013. Ethical and empowering leadership and leader effectiveness. *Journal of Managerial Psychology*, 28(2); pp. 133–146. Available at: <http://dx.doi.org/10.1108/02683941311300252>
- Janžekovič, K., 2012. *Vpliv stilov vodenja na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi: magistrska naloga*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 5–7.
- Jelovac, D. & Maške, M., 2012. An empirical study of transformational leadership in Slovenian Entrepreneurship. *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences*, 5(3); pp. 65–82.
- Kamenšek, Š., Kavčič, M. & Domajnko, 2020. Vpliv medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo poklicno sodelovanje: sistematičen pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2); pp. 153 – 163.
- Kavčič, B., 2011. *Organizacijska kultura*. Celje: Fakulteta za poslovne in komercialne vede.
- Kraja, A., 2021. Vse se začne pri vodji. *Obrtnik podjetnik*, 1(2); pp. 54–55.
- Kramar, B., 2016. *Stili vodenja in zadovoljstvo zaposlenih: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, pp. 6–55.
- Kramar Zupan, M., 2020. Dejavniki uspešnega menedžmenta sprememb v zdravstveni organizaciji. *Revija za poslovne in ekonomske vede*, 7(1); pp. 3–23.
- Kranjc, F. & Kadivec, S., 2019. Odnos diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4); pp. 300–308.
- Kvas, A. & Seljak, J., 2016. Ocenjevanje učinkovitosti vodij v zdravstveni negi na osnovi kompetenc. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 50(1); pp. 10-19.
- Logar Čuček, M., 2020. Odgovornost vodenja in vpliv na kakovost zdravstvene nege in oskrbe pacientov: pregled diplomskih del v zdravstveni negi. In: K. Pesjak & S. Mlakar, eds. *Odgovornosti zdravstvene politike in zdravstvenega managementa za zadržanje in razvoj kadrov v zdravstveni negi in drugih zdravstvenih strokah - 2020, mednarodno leto medicinskih sester in babic, 13. mednarodna znanstvena konferenca: zbornik predavanj. Jesenice, 24. september 2020*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 146 – 152. [pdf] Available at: <https://www.fzab.si/index.php?mactNews,cntnt01,detail,0&cntnt01> [Accessed 16 March 2021].
- Lorber, M., 2018. Zdravo delovno okolje: skrb za počutje in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3); pp. 148–152.
- Lorber, M., Treven, S. & Mumel, D., 2015. Pomen spremljanja zadovoljstva na delovnem mestu v skrbi za dobro počutje zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(3); pp. 182–189.
- Lynch, B., McCance, T., McCormack, B. & Brown, D., 2018. The development of the Person-Centred Situational Leadership Framework: revealing the being of person-centredness in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27; pp. 427–440.
- Martinčič, R. & Biloslavo, R., 2017. *Vodenje sprememb v zdravstvenih organizacijah: primer slovenskih bolnišnic*. [pdf] Koper: Založba Univerze na Primorskem. Available at: <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-7023-47-3> [Accessed 16 March 2021].
- McCormack, B., 2018. The need to prioritize the person in nursing and healthcare: considering »Healthfulness«. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4); pp. 220–224.
- Peterka Novak, J., 2016. Gradnja strokovnih zmogljivosti v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1); pp. 65–75.
- Planinšek, P., 2011. *Uspešno vodenje v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, p. 45.
- Poplas Susič, T., 2017. Referenčne ambulate družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem sistemu. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2); pp. 112–115.
- Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. & Turk, E., 2014. *Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 92–100.
- Rosenfeld, P., Pyc, L.S., Rosati, R.J. & Marren, J.M., 2012. Developing a competency tool for home health care nurse managers. *Home Health Care Management and Practice*, 24(1); pp. 5 – 12. Available at: <http://dx.doi.org/10.1177/1084822311416499>

- Sermeus, W., 2015. Vpliv zdravstvene nege na kakovost zdravstvene obravnave: priporočila za ravnanje na osnovi raziskave RN4CAST. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4); pp. 260–269.
- Skela Savič, B. & Pagon, M., 2007. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija*, 4(40); pp. 63–74.
- Skela Savič, B., 2017. Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4); pp. 274–297.
- Skinder Savič, K. & Skela-Savič, B., 2014. Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2); pp. 95–103. DOI: <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.20>
- Skinder Savič, K., 2013. *Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih na delovnem mestu: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- Skela Savič, B., 2014. Odgovornost za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1); pp. 5–11.
- Sobočan, J.B., 2017. Lažna impotenca v zdravstvu; Zdravnica sem in protestiram. *Objektiv*, 16. 2. 2017.
- Štih, A. & Ferjan, M., 2014. Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1); pp. 30–39.
- Trobec, I., Čuk, V. & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4); pp. 310–322.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarevič, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., Kersnič, P., Kos Grabnar, E., Leskovic, L., Njenic, G., Popovič, S. & Verbič, M., eds. 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <https://zdravstvena.info/kompetence-medicinske-sestre-v-praksi.html> [Accessed 20 March 2021].

Nurse Managers interventions to prevent and reduce missed nursing care in Nursing Home: a multicentre qualitative study

Jessica Longhini²³
 dr. Maria Schubert²⁴
 Susanne de Wolf-Linder²⁵
 dr. Evridiki Papastavrou²⁶
 dr. Georgios Efstathiou²⁷
 dr. Panayiota Andreou²⁸
 dr. Renate Stemmer²⁹
 Christina Ströhm³⁰
 dr. Alvisa Palese³¹

On behalf of the NM4SAFETY project

Abstract

Background: Missed or rationed nursing care is widely recognized as a challenge to both safety and quality of care. Prevalence, reasons, and strategies in preventing missed nursing care have been investigated to a greater extent in acute hospitals rather than long-term care settings. Studies conducted in residential aged care facilities reported a range in percentage of missed care from 22% to 72%, mostly with regards to resident's assistance with toileting, mobilization, support, care planning, and communication with relatives. Staff and other resources emerged as main associated factors in addition to characteristics of work environment, staff members, and residents. Nurse Managers and Directors play a crucial role in facilitating the adoption of strategies to prevent missed nursing care. However, there is a dearth of evidence on effective strategies and interventions realized by nurse leaders concerning residential settings.

Objective: This study aimed to explore effective strategies adopted by Nurse Managers and Nurse Directors in their daily practice to prevent and reduce missed nursing care in nursing homes.

Methods: A positive deviance approach was used to conduct a qualitative descriptive study in 2020 to identify strategies used by nurse leaders to tackle missed nursing care in line with their experience. Nine Nurse Managers and Directors were purposefully selected to work in Nursing Home, in Italy, Germany, and Switzerland. Focus groups and individual interviews were performed to collect narrations by recording and two researchers performed a content analysis using an inductive approach.

Results: Seven themes with regards strategies have been identified to prevent and reduce missed nursing care, mainly as preventive measures at the process level: sustaining-, empowering- and educating nurses, improving the process of care, promoting communication and collaboration, ensuring adequate professional staff, adopting systems to manage near-miss incidents and adverse events, rethinking the role of Nurse Managers, and shaping the structural and cultural environment.

Discussion and conclusion: Several strategies used by Nurse Managers and Directors in daily practice to prevent and reduce missed nursing care have been identified. Strategies focused on ensuring quality and safety by adopting a multi-component approach to improve different aspects that might increase the

²³ Jessica Longhini, MNS, RN Research Assistant, School of Nursing, Department of Medical Sciences, University of Udine, Italy, jessica.longhini@uniud.it

²⁴ dr. Maria Schubert, MScN, RN Professor, School of Health Professions, Zurich University of Applied Science, Switzerland

²⁵ Susanne de Wolf-Linder, MSc Palliative Care, RN, Research Associate, School of Health Professions, Zurich University of Applied Science, Switzerland

²⁶ dr. Evridiki Papastavrou, RN, Associate Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Cyprus

²⁷ dr. Georgios Efstathiou, RN, Nursing Officer, Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Nursing Services, Ministry of Health, Cyprus

²⁸ dr. Panayiota Andreou, MSc, CPsych Assistant Professor, University of Nicosia Medical School, Cyprus

²⁹ dr. Renate Stemmer, RN, Professor, Catholic University of Applied Sciences, Germany

³⁰ Christina Ströhm, Mag. Theol., Research Assistant, Catholic University of Applied Sciences, Germany

³¹ dr. Alvisa Palese, MNS, RN Associate Professor, School of Nursing, Department of Medical Sciences, University of Udine, Italy

occurrence of missed nursing care. Limits of this study concerning the low number of participants from each country limiting generalization of results given the sparse representation of contexts. However, the multicentric and multi-country nature of study design helped in finding common strategies, despite different political aspects and diversity of nursing practice across countries.

Keywords: *nursing home, residential care, long-term care, missed nursing care, rationing, a task left undone, nurse manager*

Funding statements



With the support of the Erasmus+ programme of the European Union - NM4SAFETY - KA203 - Strategic Partnerships for higher education

1 Introduction

Missed nursing care and implicit rationing are the most used definitions in literature to refer to omitted, unfinished, postpone or failed in carrying out nursing care (Ludlow, et al., 2019). The attention on this topic has been growing in the last 10 years, arising from the wide recognition as affecting safety and quality of care (Recio-Saucedo, et al., 2018). However, prevalence and reasons of, and strategies for preventing missed nursing care have been investigated not homogeneously among different settings, with a prevalence of studies conducted in hospitals, limiting the generalizability of findings to long-term care settings (Ludlow, et al., 2019).

Despite the little attention to residential care facilities, studies conducted in these settings reported a range in percentage of missed care from 22% (Basso, et al., 2018) to 72% (White, et al., 2019), variable across countries. A recent review (Ludlow, et al., 2019) reported toileting and communication with resident and family as the most missed care, although other evidence showed a high prevalence of missed mobilization, surveillance, support, care planning, documentation filling in, and answering to residents requests (Norman & Sjetne, 2019; Ausserhofer, et al., 2021).

Outcomes of missed nursing care have been little investigated in nursing home setting, demonstrating just an association with rates of urinary tract infections (Nelson & Flynn, 2015). Across other care settings, associations have been demonstrated with job dissatisfaction and intention to leave at nurses level, poorer quality of care and patient safety, medication errors, falls, pressure ulcers and patient dissatisfaction (Recio-Saucedo, et al., 2018; Cho, et al., 2020).

Concerning the causes of missed care or implicit rationing, the inadequacy of staff resources (Cho, et al., 2020) have been reported as one of the most frequent causes. However, other studies demonstrated that a good work environment and climate, as well as leadership style and teamwork, might reduce the negative effect of nursing shortage (Zúñiga, et al., 2014; Smith, et al., 2018; Zhao, et al., 2020), preventing missed care. Moreover, other threats have been identified in nurses' burnout and dissatisfaction level (White, et al., 2019).

Several useful strategies have emerged over the last years, encompassing structural and processes interventions aimed for example to increase the number of nurses, improve quality of teamwork, adopting reminders and strategies to improve the medication administration process (Schubert, et al., 2021).

However, there is a dearth of evidence on effective strategies and interventions realized by nurse leaders, despite the crucial role covered by them in facilitating the adoption of strategies to prevent missed nursing care (McCauley, et al., 2020). To fill this gap, a transnational project has been developed, called "Strengthening knowledge and competencies

of Nurse Managers for a safe care environment (NM4SAFETY)". In the first phase of the project, a qualitative study has been conducted involving nurse managers and directors in hospitals and nursing homes in order to identify strategies daily used by them to prevent and reduce missed nursing care. A dedicated study has investigated strategies in the hospital setting (Longhini, et al., 2020), thus, this study aimed to explore effective strategies adopted daily by Nurse Managers and Nurse Directors in nursing homes.

2 Methods

The positive deviance approach (Bradley, et al., 2009) was adopted to conduct a transnational qualitative descriptive study (Kim, et al., 2017) in 2019-2020 across Cyprus, German, Italy, and Switzerland. Quotes referred to nurse managers and directors who were working in nursing homes have been selected by transcribed narrations of focus groups, that were already translated from local language in English by each country in the previous study (Longhini, et al., 2020). All data retrieved have been analysed at the transnational level performing a thematic analysis (Braun & Clarke, 2006) to label strategies that emerged, which were pooled in themes. Further details of the methods used are described in previous study conducted for the hospital setting (Longhini, et al., 2020).

Ethical approval was obtained by the Internal Review Board of the Coordinator Unit of the study (n. XXX- blinded) and from each National Ethics Committee when necessary (n. XXX- blinded) and written consent was collected.

3 Results

3.1 Participants

Nine Nurse Managers were interviewed, who had a median age of 51 years and eight were female. Participants had a median experience as a clinical nurse of 15 years, while of 10 years as manager, and have been working in their current positions for two years. Four reported their position as director, while the others as managers, and five participants were working in a Public Facility.

3.2 Strategies applied towards MNC

From participants' narrations, 39 strategies emerged, as preventing and reducing missed nursing care, that have been grouped in to seven themes (Table 1). Half of the strategies (20, 51.3%) have been identified as having a preventive aim, while 12 strategies both a preventive and reactive intent. More than half (22, 56.4%) of described strategies were adopted in order to act at the process level, while the remaining at the structural level. Thirty strategies (76.9%) have been described as necessary at institutional level, suggesting the relevance of organizational culture in preventing missed care.

Table 1: Themes and strategies to prevent missed nursing care

Themes	Strategies	Aim	Level	Dimension
Sustain empowerment and education of nurses	Maintaining active listening of nurse voice	P	W/INST	P
	Empowering nurses	P	INST	P
	Sustaining codetermination, autonomy, and responsibility of nurses	P/R	INST	P
	Enabling education and professional development	P/R	INST	P
	Promoting continuing education for all professionals about miss care	P/R	INST	S
Improving process of care	Naming the problems	P	W/INST	P
	Managing the nursing process according to quality indicators	P/R	INST	P
	Supervising the nursing process quality with nursing experts	P/R	INST	P
	Creating quality assurance structures	P	W/INST	S
	Having possibility to check what is done	P	W	S
	Focusing on needs of residents and members of staff	P/R	W	P
	Prioritising care by declaring them clearly	R	W	P
	Making decisions according to priorities	R	INST	P
	Setting priorities based on professional qualification and characteristics of patients	P	W	P
Promoting communication and collaboration	Dealing with difficult employees	P/R	INST	P
	Securing Nurse Manager meetings	P/R	INST	P
	Realizing good public relations	P/R	CO	P
	Increasing political influence	P	CO	S/P
	Using multidisciplinary electronic records	P	W	S
	Having multidisciplinary briefings	P/R	W	P
	Building networks	P	INST/CO	S
	Encouraging staff to reflect and communicate	P/R	W	P
Ensuring adequate professional staff	Selecting leasing staff under quality assurance aspects	P	INST	S
	Increasing flexibility in the recruitment of staff,	P/R	INST	P
	Involving other human resources in understaffing situations	R	INST	S
Adopting systems to manage near miss incidents and adverse events	Improving role of professional links	P	INST	P
	Monitoring missed care in understaffing wards	R	INST	S
	Ensuring nursing audit for missed care	R	W/INST	S
	Adopting a Critical Incident Reporting System (CIRS)	P	INST/CO	P
	Using reporting system for missed care	R	INST	S
Rethinking the role of nurse manager	Allocating management tasks and control of care quality at management level to different persons	P	INST	S
	Introducing charismatic leaders	P	W	S
	Conceptualising lean-management	P	INST	P
	Promoting the team manager's commitment to be a role-modelling	P	W	P
	Developing leadership competencies to realize flat hierarchies	P	INST	S
	Ensuring the safety of residents as a management task	P	INST	P
Shaping structural and cultural environment	Improving open space in the structure	P	INST	S
	Structuring an extended open access to engage of relatives	P	W/INST	S
	Implementing a guiding principle-culture according to mission statements	P	INST	S

Legend. Aim: R= reactive measure, P= preventive measure; Level: CO=cross-organizational, W=ward, IS=Institutional; Dimension: P=process, S=structure

Sustaining empowerment and education of nurses

Interviewed nurse managers have reported several strategies focussed on sustaining the empowerment and education of nurses in order to prevent missed nursing care, all with a preventive aim and three also with a reactive intent. Reported strategies have been used mainly at institutional and process levels and included actions to sustain the empowerment, codetermination, autonomy and reasonability of nurses. Moreover, nurse managers described strategies to facilitate continuing education, specially about missed care, as well as professional development. Maintaining the active listening of nurses' voice has been also indicated as powerful strategies to enhance satisfaction among nurses.

Improving the process of care

Missed nursing care has been reported as an outcome of failing in ensuring the quality of care processes and in setting priorities. Regarding the first, nurse managers reported the relevance to act on both process and structure dimensions. Nursing care processes have been managed according to quality indicators and supervised by nursing experts that have been identified as member of the leading team rather than the ward team. At structural level, fundamentals strategies included creating quality assurance structures as well as systems allowing to check what has been done. Concerning setting priorities, managers underlined the importance to name the problems, the needs and the priorities and to decided according to them.

Promoting communication and collaboration

In order to prevent and reduce missed nursing care, managers applied strategies to improve collaboration and communication at different levels. Among the ward team, briefings and electronic records have been used as tools to enhance multidisciplinary collaborations and staff was stimulated to communicate. At the higher level, meetings among nurse managers of different wards have been ensured and, at external levels, managers and directors were committed to realize relationship with the public and stakeholders.

Ensuring adequate professional staff

Understaffing and not adequate skill-mix have been reported as trigger factors of missed nursing care and different strategies have been reported to manage the human resources. Adequately selecting employees according to competencies and knowledge of nursing standards, facilitating nurses' recruitment, and involving other professional roles to sustain nursing understaffing situations have been all reported as functional strategies.

Adopting systems to manage near-miss incidents and adverse events

In order to safely manage adverse events, including missed care, the adoption of systems to monitoring and recording missed care as well as ensuring nursing audit on the missed care issue have been all reported as reactive strategies at structure level. Regarding preventive strategies, improving the role of professional links and using a critical incident reporting system have been described as effective by nurse managers.

Rethinking the role of nurse manager

In order to ensure the adequate management of missed nursing care issue, managers reported strategies to shape the nurse manager role with strategies both at structure and process level. At structure levels, strategies concerned the introduction of charismatic leaders and flat hierarchies in which management tasks and control of quality are allocated to different people. At process levels, participants reported the relevance to incite managers in to lean-management, to be a role-modelling, and to consider patients safety among their management priorities.

Shaping structural and cultural environment

In this theme, nurse managers adopted strategies to prevent and reduce missed nursing care only at the structural level. Open space and open access have been suggested to increase patients monitoring and relative's involvement. Moreover, a guiding principle-culture is crucial to work in the same direction according to the mission statements of the institution.

4 Discussion

Despite the increase in literature of interest regarding missed nursing care, studies focussed on nursing homes and residential setting remain a minority, mainly conducted at the national level (Ludlow, et al., 2019). Differently, with this study, we attempted to gather the best strategies to prevent missed nursing care used by nurse managers in long-term care contexts across different countries, adopting the positive deviance approach (Baxter, et al., 2016) to reveal the tacit knowledge in place in daily practice (Mcadam, et al., 2007).

With regard to strategies to prevent missed nursing care that emerged from participants' work daily experience, our findings show seven main themes that include 39 strategies, oriented on structural levels and focused on nursing system, and process level concerning the entire institutions. Concerning the strategies related to the nursing system, most of them were implemented at institutions settings, reflecting the role as director performed by four out nine of participants and their extended vision regarding the importance of applied strategies in a uniform manner across wards in the institution, thus developing an organizational culture. Reported strategies were aimed at managing human resources (especially nurses and nurse managers), care processes, and the structural and cultural environment.

Strategies to improve nurses' empowerment, autonomy and professional development, ensuring continuing education, especially on missed care topic, in line with other evidence were also promoted (Longhini, et al., 2020; Schubert, et al., 2021). Nurses need to be involved and to feel recognized, considered and free to express their opinion in order to maintain a high level of empowerment, responsibilities and commitment (Fragkos, et al., 2020). The relevance of ensuring the wellness and emotional perceptions of nurses is linked to the importance of preventing burnout and unsatisfaction conditions, as they have been demonstrated to increase the likelihood of missed care (White, et al., 2019). However, despite the wide recognition of nurses burden as a cause of missed care (White, et al., 2019), a few reported strategies were devoted to sustain nurses empowerment, suggesting that the implementation of the strategies to promote nurses well-being might still have room for improvement in nursing home settings. Strategies to ensure adequate staff consisted of increasing the flexibility and quality of the recruitment, and the inclusion of other professional roles has been suggested to address understaffing situations. The importance of ensuring adequate resources has been recognized by previous studies as factor affecting both directly, as low nurse to patient ratio directly increased missed care (Ogletree, et al., 2020), and indirectly rationing and missed care. As sustained by Zuniga, et al. (2014) rationing of care is increased by a high level of workload as stressor factor.

Concerning the role of nurse managers, strategies were devoted to improving the personality of the manager as role model and charismatic leader, able to take the responsibility of patient safety. Our findings are supported by previous literature that reported nursing care rationing as affected by leadership style (Papastavrou, et al., 2014) and by the emotional intelligent style of leaders perceived by nurses (Blizzard & Woods, 2020). Moreover,

participants in our study reported strategies to develop flat hierarchies in order to allocate responsibilities to different persons at management level.

Regarding the processes level, in order to facilitate collaboration and communication, strategies consisting of ensuring the quality of information transmission through meetings, networks, and multidisciplinary tools, and in promoting fruitful external relations were reported. Better communication and collaboration have been demonstrated to be associated to lower missed care (Ludlow, et al., 2019), also given their consequences in facilitating teamwork, that is recognized related to less care rationing in nursing home (Zúñiga, et al., 2014). Tools that allow tracing what has been done and facilitating multidisciplinary work have been also reported as useful strategies.

Linked to this, our findings revealed that several strategies to monitor and trace near miss events and adverse events, including missed nursing care, have been adopted. Accordingly, a recent review reported electronic documentation as effective strategy to prevent missed care (Schubert, et al., 2021) and our previous study in hospital settings showed the wide use of systems to measure critical events (Longhini, et al., 2020). The effectiveness of these strategies are supported by a recent study (Ausserhofer, et al., 2021) that have documented as adequate number of computers in nursing home wards are associated with low rationing of nursing documentation activities.

Furthermore, care processes safety and quality have been ensured with strategies to supervise nursing care by expert nurses, to prioritize care and making decision accordingly to them, and to managing processes based on quality indicators established at ward and institutional level.

Participants also reported the relevance of the strategies that they have implemented to improve open spaces, in order to better monitor more complex residents, and to extend open access to involve relatives. These strategies might also improve communication with relatives, families, and caregivers, that has been reported among the most missed care (Ludlow, et al., 2019).

Overall, missed nursing care represents a complex phenomenon and to face it nursing managers and directors need to adopt complex and integrated interventions as: reviewing the management of nursing workforce, expanding the nursing capacity, improve the use of evidence-based tools and electronic nursing records; promoting a shared decision-making and the culture of missed nursing care prevention. The NM4SAFETY model could also be implemented to guide nursing home managers in their daily practice. Lastly despite the differences between the hospital and nursing home considering the multi-component characteristic of the NM4SAFETY model, it seems to be useful also for preventing nursing missed care in residential and long-term settings. Further studies are suggested in order to better explore its usability and appropriateness in this settings over the time. Further studies are also needed to deeply investigate missed nursing care phenomena in residential and long-term settings to detect accurate measure on prevalence and causes of missed nursing care as well as prevention strategies trialled in term of effectiveness.

Limitations of this study referred mainly to the small number of participants who were working in nursing home, thus limited the representation of each country experience in managing missed care issue. However, the multicentred design allowed to limit the influence of the national health systems, different nursing scope of practice, and to mix public and private nature of facilities, thus improving the generalizability of results.

References

- Ausserhofer, D., Favez, L., Simon, M. & Zúñiga, F., 2021. Electronic Health Record Use in Swiss Nursing Homes and Its Association With Implicit Rationing of Nursing Care Documentation: Multicenter Cross-sectional Survey Study. *JMIR medical informatics*, 9(3); pp. e22974.
- Basso, I., Bonaudo, M., Dimonte, V. & Campagna, S., 2018. The missed care in Nursing Homes: a pilot study. *Assistenza infermieristica e ricerca: AIR*, 37; pp. 136-143.
- Baxter, R., Taylor, N., Kellar, I. & Lawton, R., 2016. What methods are used to apply positive deviance within healthcare organisations? A systematic review. *BMJ quality & safety*, 3(25); pp. 190-201.
- Blizzard, L. & Woods, S.L., 2020. The Relationship Between the Implicit Rationing of Nursing Care and Emotionally Intelligent Leadership Style. *The Journal of nursing administration*, 50(12); pp. 623-628.
- Bradley, E.H., et al., 2009. Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implementation science*, 4.
- Cho, S.-H., et al., 2020. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International journal of nursing practice*, 2(26); p. e12803.
- Fragkos, K.C., Makrykosta, P. & Frangos, C.C., 2020. Structural empowerment is a strong predictor of organizational commitment in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 76(4); pp. 939-962.
- Kim, H., Sefcik, J.S. & Bradway, C., 2017. Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in nursing & health*, 2(40); pp. 23-42.
- Longhini, J., et al., 2020. Strategies to prevent missed nursing care: an international qualitative study based upon a positive deviant approach. *Journal of nursing management*, 10.
- Ludlow, K., et al., 2019. Unfinished Care in Residential Aged Care Facilities: An Integrative Review. *The Gerontologist*, XX; pp. 1-14.
- Mcadam, R., Mason, B. & McCrory, J., 2007. Exploring the dichotomies within the tacit knowledge literature: Towards a process of tacit knowing in organizations. *J. Knowledge Management*, 11; pp. 43-59.
- McCauley, L., Kirwan, M., Riklikiene, O. & Hinno, S., 2020. A scoping review: the role of the nurse manager as represented in the missed care literature. *Journal of nursing management*, 3.
- Nelson, S.T. & Flynn, L., 2015. Relationship between missed care and urinary tract infections innursing homes. *Geriatric Nursing*, 36; pp. 126-130.
- Norman, R.M. & Sjetne, I.S., 2019. Adaptation, modification, and psychometric assessment of a Norwegian version of the Basel extent of rationing of nursing care for nursing homes instrument (BERNCA-NH). *BMC health services research*, 19(12); pp. 969.
- Ogletree, A.M., et al., 2020. Omissions of Care in Nursing Home Settings: A Narrative Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21; pp. 604-614.
- Papastavrou, E., et al., 2014. Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clinical nursing research*, 23(6); pp. 314-335.
- Recio-Saucedo, A., et al., 2018. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 27(6); pp. 2248-2259.
- Schubert, M., et al., 2021. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *Journal of advanced nursing*, 2(77); pp. 550-564.
- Smith, J.G., Morin, K.H., Wallace, L.E. & Lake, E.T., 2018. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western journal of nursing research*, 6(40); pp. 779-798.
- White, E.M., Aiken, L.H. & McHugh, M.D., 2019. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 10(67); pp. 2065-2071.
- Zhao, Y., et al., 2020. The role of teamwork in the implicit rationing of nursing care: A systematic mixed-methods review. *Journal of nursing management*, 12.
- Zúñiga, F., et al., 2014. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes - A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52; pp. 1463-1474.

Dojemanje izgorelosti izvajalcev zdravstvene nege v času epidemije COVID-19

Perception of burnout of nursing providers during the COVID-19 pandemic

dr. Ljiljana Leskovic³²

dr. Karmen Erjavec³³

Izvleček

Teoretična izhodišča: Epidemija COVID-19 je znatno poslabšala že obstoječo obremenjenost v domovih za starejše med izvajalci zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Pregled znanstvene literature je pokazal, da v Sloveniji ni raziskave, ki bi obravnavala dojemanje izgorelosti in zadovoljstvo z delom zaposlenih v socialno-varstvenih zavodih. Raziskava je skušala zapolniti to vrzel in ugotoviti obstoječe stanje na področju izgorelosti izvajalcev zdravstvene nege v domovih za starejše ter opozoriti na pomanjkljivost organizacije dela in odnosa družbe do zaposlenih v teh ustanovah.

Metoda: V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metoda, in sicer polstrukturiran intervju. V vzorec so bile zajete osebe, ki so neposredno vključene v proces zdravstvene nege in oskrbe starejših v slovenskih socialno-zdravstvenih domovih (n = 18). Raziskava je bila izvedena spomladi, v mesecu aprilu 2020.

Rezultati: Rezultati kažejo, da se je stanje v domovih za starejše med epidemijo covid-19 bistveno poslabšalo za vse zdravstvene delavce. Intervjuvanci so poročali, da imajo ne glede na starost, spol in položaje simptome izgorelosti. V tem času so dodatno občutili čustveno izčrpanost in pomanjkanje osebnih dosežkov; poročali so o manjši medosebni razdalji in večji čustveni ali kognitivni vpletenosti v delo.

Razprava: Epidemija COVID-19 je znatno poslabšala obremenjenost zaposlenih v domovih za starejše v slovenskem prostoru, ki še traja. Pridobljeni rezultati so omogočili predstavitev poglobljenega vpogleda v stališča vprašanih o izgorelosti in zadovoljstvu na delovnem mestu ter razkritje informacij, ki jih kvantitativna raziskava ne bi mogla. Rezultati raziskave nakazujejo potrebo po reformi dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in drugih državah v regiji, da se prepreči izgorelost izvajalcev zdravstvene nege. Potrebne so sistemske spremembe. Domovi za starejše morajo kot socialnovarstvene ustanove opravljati svojo primarno funkcijo in ne smejo nadomestiti (paliativnih) bolnišnic. Potrebna je uvedba ustrezne normativne ureditve izvajalcev zdravstvene nege, da bi zmanjšali njihovo pomanjkanje.

Ključne besede: izgorelost, domovi za starejše, izvajalci zdravstvene nege in oskrbe

Abstract

Theoretical background: The COVID-19 epidemic has significantly exacerbated the already existing workload in nursing homes among caregivers in Slovenia. A review of the scientific literature revealed that there is no research in Slovenia dealing with perceptions of burnout and job satisfaction among employees in social care institutions. The study aimed to fill this gap and identify the current situation in the field of burnout of nursing care providers in nursing homes, as well as to highlight the lack of work organization and the company's attitude towards employees in these institutions.

Method: A qualitative method, namely a semi-structured interview, was used in the study. The sample included persons directly involved in the process of care and support of older people in Slovenian social health centers (n = 18). The interview was conducted in April 2020.

Results: The results show that the situation in nursing homes worsened significantly for all health professionals during the COVID-19 epidemic. Interviewees reported having burnout symptoms regardless of age, gender, and position. During this time, they also felt emotional exhaustion and the lack of personal accomplishment. Less interpersonal distance and greater emotional or cognitive involvement in work were reported.

Discussion: The COVID-19 epidemic has significantly worsened the workload of employees in nursing homes in Slovenia, which is still ongoing. The results obtained enabled the presentation of a deep insight into the respondents' views on burnout and job satisfaction, as well as the disclosure of information that quantitative research could not provide. The research findings point to the need to reform long-term care

³² dr. Ljiljana Leskovic, viš. pred., Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, ljiljana.leskovic@uni-nm.si

³³ dr. Karmen Erjavec, Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, karmen.erjavec@uni-nm.si

in Slovenija in drugih državah v regiji, da se prepreči izčrpanost med negovalci. Sistemske spremembe so potrebne. Domače za starejše morajo izpolnjevati svojo primarno funkcijo kot socialne ustanove in ne nadomestiti (paliativnih) bolnišnic. Ustrezna normativna regulacija negovalcev je potrebna, da se zmanjša njihova pomanjkanost.

Keywords: *burnout, nursing homes, nursing and care providers*

1 Teoretična izhodišča

Medicinske sestre in drugo negovalno osebje, ki delajo v domovih za starejše, poročajo o višjih stopnjah izgoreslosti kot zaposleni v drugih zdravstvenih organizacijah (McHugh, et al., 2011). Nekatere raziskave kažejo, da od 30 % do 50 %, ali celo več, izvajalcev zdravstvene nege v domovih za starejše v razvitih državah navaja simptome izgoreslosti na delovnem mestu (Drennan, et al., 2012; Adams & Walls, 2020; Choi, et al., 2020), kar predstavlja veliko grožnjo za varnost pacientov in zagotavljanje kakovosti zdravstvenega varstva (Wang, et al., 2020).

Epidemija COVID-19 je dodatno vplivala na povečan delež izgoreslosti izvajalcev zdravstvene nege v domovih za starejše (Fallon, et al., 2020), saj je bolezen COVID-19 nesorazmerno prizadela oskrbovance teh domov (Ali, et al., 2020). V Sloveniji so se, kot tudi v drugih državah srednje in vzhodne Evrope, domovi za starejše, ki so osnovani predvsem kot socialne ustanove, spremenili v bolnišnice za oskrbovance, obbolele s COVID-19 (Fallon, et al., 2020). Nekatere raziskave nakazujejo, da je epidemija COVID-19 okrepila težave izvajalcev zdravstvene nege v domovih za starejše, kot so velika delovna obremenitev, veliko število obolelih oskrbovancev in premalo časa za izvajanje delovnih nalog, kar vpliva na izgoreslost med zaposlenimi (Adams & Walls, 2020; Ali, et al., 2020; Choi, et al., 2020; Fallon, et al., 2020; Wang, et al., 2020). Zato je vredno proučiti sindrom izgoreslosti med krizami, kot je epidemija COVID-19.

Sindrom izgoreslosti je prvič definirala avtorica Maslach (1981) kot individualni odziv, povezan z delom in stresom v daljšem časovnem obdobju, ki lahko vpliva na zadovoljstvo z delom, produktivnost, kakovost izvedenih zdravstvenih storitev in počutje tako izvajalca zdravstvene nege kot pacienta oziroma oskrbovanca. Tri ključne dimenzije izgoreslosti so: (a) čustvena izčrpanost posameznika zaradi izgube čustvenih virov in čustvene energije; (b) depersonalizacija posameznika, npr. čustvena distanca do oskrbovanca, vključno z negativnim odnosom do oskrbovanca in pomanjkanjem sočutja; (c) znižanje osebne izpolnitve, ko posameznik doživlja negativne občutke glede lastnega dela in dojemanja lastne usposobljenosti (Awa, et al., 2009). Leta 2019 je Svetovna zdravstvena organizacija izgoreslost na delovnem mestu opredelila kot poklicno bolezen, ki temelji na treh dejavnikih: občutkih izčrpanosti, večji duševni distanci do dela, občutku negativizma ali cinizma, povezanega z delom in zmanjšani strokovni učinkovitosti (World Health Organization (WHO), 2020). Dejavniki, povezani z izgoreslostjo pri medicinskih sestrah, se nanašajo na delovno okolje, npr. organizacijska togost in hierarhija, preobremenitev in visoka odgovornost, pa tudi na demografske dejavnike, vključno z osebnostnimi značilnostmi, zadovoljstvom z delom ali umikom (Awa, et al., 2009).

Harrad in Sulla (2018) sta v pregledu znanstvene literature od leta 2000 do 2018 o dejavnikih, povezanih z izgoreslostjo pri starejših sodelavcih v domu za starejše ugotovila, da bi lahko dejavnike za pojav izgoreslosti (čustvena izčrpanost, depersonalizacija in znižana osebna izpolnitev) razdelili na organizacijske in osebnostne dejavnike. Dejavniki, povezani z izgoreslostjo, vključujejo doživetje stresa na delovnem mestu in poklicnih vidikov ter vrste mehanizmov za reševanje težav. Cooper, et al. (2018) so v raziskavi o dejavnikih izgoreslosti ugotovili, da na pojav izgoreslosti pri izvajalcih zdravstvene nege v domovih za

starejše najpogosteje vplivajo organizacijski dejavniki (delovno okolje, preobremenjenost in izmensko delo) in se kot taki odražajo pri vseh treh dimenzijah izgorelosti (emocionalna izčrpanost, depersonalizacija in znižana osebna izpolnitev). Rezultati obeh pregledov literature nakazujejo, da sociodemografske spremenljivke niso pomembno vplivale na razsežnost izgorelosti (Cooper, et al., 2016; Harrad & Sulla, 2018).

Metaanaliza izgorelosti na delovnem mestu kaže, da je zadovoljstvo z delom povezano z vsemi tremi dimenzijami izgorelosti (Alarcon, 2011). Zadovoljstvo z delom je prijetno ali pozitivno čustveno stanje, ki izhaja iz ocene delovnih izkušenj in je neposredno povezano z delovanjem organizacije (Dugguh & Ayaga, 2014). Številne raziskave so pokazale negativen odnos med zadovoljstvom z delom in sindromom izgorelosti medicinskih sester in zdravnikov v bolnišničnem okolju (Ogresta, et al., 2008; Tarcan, et al., 2017; Fontova-Almató, et al., 2020). Obstaja raziskovalna vrzel na področju proučevanja izgorelosti zaposlenih v domovih za starejše v srednjih in vzhodnoevropskih državah, kot je Slovenija, kjer je okrog 20 % prebivalcev starejših od 65 let (okoli 400.000 Slovencev) in je sistem dolgotrajne oskrbe slabo razvit. Zaradi pomanjkanja domov za starejše, ki zagotavljajo paliativno oskrbo, so domovi za starejše vse bolj prevzeli zdravstveno funkcijo in postali paliativne bolnišnice (Smolej Jež & Nagode, 2017). Zaposleni v slovenskih zasebnih in javnih domovih za starejše poročajo o velikih obremenitvah in premajhnem plačilu za delo, in sicer zaradi neustrezne normativne ureditve in prevladujočega zdravstvenega varstva oskrbovancev, ki so večinoma starejši pacienti (povprečna starost prebivalcev je 86 let) s številnimi kroničnimi boleznimi. To vodi v velike težave pri zaposlovanju osebja (Leskovic, et al., 2016). Cilj študije je ugotoviti, kakšen je odnos med sindromom izgorelosti in zadovoljstvom z delom izvajalcev zdravstvene nege domov za starejše v Sloveniji v času epidemije COVID-19.

2 Metode

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop.

2.1 Opis instrumenta

Podatke smo zbrali s pomočjo poglobljenih polstrukturiranih individualnih intervjujev, da bi pridobili jasna, točna in poglobljena mnenja, ki temeljijo na osebnih izkušnjah o poklicnih spremembah v času epidemije glede zadovoljstva in izgorelosti na delovnem mestu. Vsak intervju je vključeval naslednja tematska vprašanja: »Prosimo vas, da opišete svojo delovno izkušnjo in občutke med pandemijo COVID-19.«, »Kakšno je vaše zadovoljstvo z delom med pandemijo COVID-19?« in »Prosimo vas, da opišete spremembe, ki so nastale med epidemijo COVID-19 glede zadovoljstva in izgorelosti v delovnem okolju.«

2.2 Opis vzorca

Za pridobitev intervjuvancev smo uporabili metodo snežne kepe, pri čemer smo upoštevali intervjuvance, ki so delali v domovih za starejše več kot dve leti kot medicinske sestre (n = 6), zdravstveni tehniki (n = 6) in bolničarji (n = 6), in sicer v javnih (n = 12) in zasebnih (n = 6) domovih za starejše v različnih delih Slovenije. Intervjuvanci (n = 18) so bili različnega spola, starosti in položaja.

2.3 Opis poteka raziskave

Raziskava je potekala od 5. 4. 2020 do 30.4. 2020, v času prvega vala epidemije COVID-19. Pogovori so potekali po telefonu zaradi ukrepov zajeitve širjenja okužb in so trajali od 45 do 90 minut do doseganja konceptualne zasičenosti. Intervjuji so bili posneti po tem, ko so intervjuvanci dali soglasje. Vsak intervju smo prepisali in analizirali za namen predstavitve in interpretacije rezultatov.

2.4 Analiza podatkov

V analizi smo uporabili proces induktivnega analiziranja. V prvem koraku so bila prepisana besedila na splošno večkrat prebrana in podane so bile opisne pripombe o vsebini. Drugo branje je bilo izvedeno s šifriranjem podatkov, torej kodiranje. Potem smo identificirali vzorce med kodami, združili podobne kode v abstraktno temo. Teme smo pregledali tako, da smo se vrnili k besedilom in preverili, ali so teme predstavljale vsebino besedil in jih razlikovali po starosti, spolu in položaju. Ta korak je pokazal, da ni bilo ključnih razlik v smislu »značilnosti subjektov«. Sledilo je indeksiranje podatkov, poudarjanje in razvrščanje tipičnih navedb ter primerjanje primerov navedb. Preslikava in razlaga z analizo posameznih navedb in vzpostavitev odnosov med navedki in povezavami med podatki sta bili izvedeni na koncu. Imena in podrobnosti smo zamolčali, da bi zaščitili anonimnost intervjuvancev.

3 Rezultati

Rezultati analize poglobljenih intervjujev so pokazali relativno homogeno izkušnjo izgorelosti in zadovoljstva.

Prva skupna značilnost vseh izjav intervjuvancev je bila, da so vsi intervjuvanci jasno izrazili simptome izgorelosti ne glede na spol, starost in položaj, čeprav merila za sodelovanje v pogovoru niso vključevala simptomov in sindroma izgorelosti. Vsi intervjuvanci so jasno poročali o različnih simptomih, kot so: telesni simptomi (kronični utrujenost, ekstremna obremenjenost, nizek potencial energije in nespečnost), čustveni simptomi (frustracije, razdražljivost, bes in strah), kognitivni simptomi (mentalna utrujenost in težave pri sprejemanju odločitev) in vedenjski simptomi (negativizem, čustveni izlivi, cinizem in nesramnost).

Druga skupna značilnost je bila, da so intervjuvanci poročali, da so pred epidemijo COVID-19 kazali znake nižje stopnje izgorelosti in da so se razmere med epidemijo COVID-19 zelo poslabšale. To pa ne velja za nekatere simptome depersonalizacije, saj so intervjuvanci poročali o manjši medsebojni razdalji, pa tudi o večji čustveni ali kognitivni vključenosti v delo med epidemijo COVID-19 v primerjavi z obdobjem pred epidemijo. Tako je večina intervjuvancev bolj sodelovala s sodelavci in bila povezana z varovanci/pacienti.

Tretja značilnost je negativno razmerje med zadovoljstvom z delom in izgorelostjo: nezadovoljstvo z delom je povzročilo večjo izgorelost. Vsi intervjuvanci so dejali, da so manj zadovoljni z delom in to vpliva na večjo stopnjo izgorelosti. Tipična izjava so bile besede medicinske sestre 6:

»Ja, znatno se je zmanjšalo zadovoljstvo z delom, zelo opazno... kar se kaže z večjim burnoutom ... vsega je preveč in ne zmorem več!«

Četrta skupna značilnost je bila, da so intervjuvanci navedli bolj ali manj homogeno kombinacijo nekaterih elementov zadovoljstva z delom (odgovornost, telesno stanje, znanje in spretnosti, časovni razpored, vodenje, priznanje in plača). Različna stališča so imeli samo o sodelavcih.

Peta skupna značilnost je bila, da so bili elementi nezadovoljstva z delom utemeljeni tako z neposrednim delovnim okoljem kot v širšem smislu, z državo in njenimi institucijami ali politiko, ki so neposredno vplivali na njihove delovne pogoje in priznanje v družbi.

Če predstavimo podrobneje, so intervjuvanci poročali, da se je občutek izgorelosti med epidemijo COVID-19 znatno povečal zaradi večje odgovornosti, saj so bili odgovorni za lastno varnost, varnost sodelavcev in oskrbovance. Zaradi ukrepov omejevanja širjenja bolezni COVID-19 so bili prepovedani obiski domov za starejše, kar je pomenilo, da so zaposleni morali dodatno skrbeti za oskrbovance in bili tako dodatno pod pritiskom. Komunicirati so morali tudi s svojci, ki so zaradi prepovedi obiska želeli pridobiti bolj obširne, dodatne informacije o oskrbovancih. Trije intervjuvanci so dodali, da so veliko energije izgubili tudi z nadomeščanjem prisotnosti svojcev pri umiranju oskrbovancev: *»Redno se dogaja, da ljudi enostavno ne morem pustiti same ... pa čeprav nimam časa, posedim pri njih, ker čutim, da morajo oni čutiti, da niso sami na koncu ... ampak to dosti stane ... energetsko in časovno mislim ...«,* je dejala medicinska sestra 4.

V neposredni povezavi s povečano odgovornostjo so intervjuvanci poročali tudi o pomanjkanju znanja in spretnosti pri preprečevanju okužb, pa tudi o slabem vodenju direktorjev domov za starejše in državnih institucij in politikov, ki so nezakonito zahtevali, da domovi za starejše zdravijo paciente s COVID-19, čeprav niso bili za to registrirani in niso pravočasno sprejeli ustrezne in zadostne količine zaščitne opreme.

Prav tako so vsi intervjuvanci svojo »nenormalnost« upravičevali z dolgim delovnim urnikom brez odmorov, neravnovesjem med delom in prostim časom ter težavami s pomanjkanjem energije. Intervjuvanci so dodali, da pomena njihovega dela in življenja starejših ljudi država/politiki niso prepoznali. Izjava medicinske sestre 3 je bila tipična:

»Če sem iskrena: politiki so nas žrtvovali. Popolnoma bomo izgoreli, starejši pa bodo umrli zaradi COVID-19. Nič jim nismo vredni!«

Vsi so svojo izgorelost pripisali nizki plači, kriznim nadomestilom, ki so bila napačno dodeljena:

»Preprosto ni pošteno, da so vsi prejeli nadomestilo; tudi nekdo, ki ne dela ali nekdo, ki ne dela pod enakimi pogoji kot jaz! In to bi bilo smešno, če ne bi bolelo! In zelo boli! Tako sem jezna!« je dejala zdravstvena tehnica 2.

Interpretacije intervjuvancev so se razlikovale le v elementu zadovoljstva s sodelavci. Večina vprašanih je navedla, da so se delovni odnosi med zaposlenimi izboljšali v primerjavi z razmerami pred epidemijo COVID-19, ker so morali zaposleni več sodelovati in so imeli »skupnega zunanjega sovražnika«, to je COVID-19.

V nekaterih domovih za starejše se odnosi med krizo niso izboljšali. Trije intervjuvanci so dejali, da se je zadovoljstvo s sodelavci zelo poslabšalo, kar nakazujejo naslednje izjave:

»Skrajne razmere so poslabšale osebne pomanjkljivosti.« (medicinska sestra 4)

»K nam so prišli drugi, ki jih nismo poznali in se niso prilagodili.« (zdravstveni tehnik 3)

»Nekateri zaposleni so odšli na bolnišniško in nas zapustili.« (bolničarka 3).

4 Razprava

V študiji smo analizirali doživljanje izgorelosti in zadovoljstva z delom izvajalcev zdravstvene nege v domovih za starejše. Hkrati smo želeli izvedeti, kako je na razmerje med izgorelostjo pri delu in zadovoljstvom z delom vplivala epidemija COVID-19, ki je nesorazmerno vplivala na domove za starejše (Ali, et al., 2020).

Rezultati poglobljenih intervjujev kažejo, da so intervjuvanci doživljali nižjo stopnjo izgorelosti že pred epidemijo COVID-19 zaradi čezmernega dela, nenehne skrbi, visoke

odgovornosti in pritiska, nizke plače, pomanjkanja priznanj in nagrad (Leskovic, et al., 2016). Epidemija COVID-19 je že obstoječo stanje izgorelosti drastično poslabšala z nezadovoljstvom z delom, pri čemer so bili posebej izpostavljeni elementi, povezani z neposrednim delovnim okoljem (npr. časovni razpored, upravljanje in plača) in delom državnih institucij in politikov, kar je neposredno vplivalo na njihovo delo (vodenje, krizni dodatek in družbeno priznanje). Intervjuvanci so bili še posebej nezadovoljni z neustreznim zagotavljanjem zaščitne opreme, z zahtevo Ministrstva za zdravje RS, da se obolele oskrbovance zdravi v domovih za starejše in neprepoznavanjem pomena njihovega dela in življenja starejših s strani politikov.

Rezultati raziskave kažejo, da je treba korenito reformirati sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, da bi preprečili izgorelost zaposlenih. Potrebne so sistemske spremembe. Domovi za starejše kot ustanove za socialno varstvo morajo opravljati svojo primarno funkcijo in ne smejo biti nadomestek za bolnišnice. Potrebna je uvedba ustreznih normativov za izvajalce zdravstvene nege, da bi se zmanjšal kadrovski deficit. Poleg tega morajo domovi za starejše začeti razvijati proces vrednotenja psihosocialnih in zdravstvenih dejavnikov tveganja, ki prispevajo k izgorelosti in finančnim izgubam zaradi bolniške odsotnosti in tveganje za zmanjšano varnost oskrbovancev (Leskovic, et al., 2016). Po vezavi s kriznimi situacijami, kot je epidemija COVID-19, bi morali domovi pripraviti načrt kriznega upravljanja in zaposlenim zagotoviti usposabljanje za obvladovanje takšnih razmer.

Če povzamemo, intervjuvanci so poročali o manjšem zadovoljstvu z delom kot pred epidemijo COVID-19 in večji izgorelosti na delovnem mestu. Raziskava je pokazala tudi pomembno vlogo (ne)zadovoljstva z državnimi institucijami in politiki pri oceni zadovoljstva z delom.

Glavna omejitve raziskave je, da vpliv pandemije COVID-19 na raven zadovoljstva z delom in izgorelostjo ni bila neposredno izmerjena, temveč smo izgorelost in zadovoljstvo merili na osnovi stališč zaposlenih med pandemijo COVID-19.

5 Zaključek

Študija poskuša zapolniti vrzel v raziskavah o izgorelosti in zadovoljstvu z delom, v domovih za starejše, v času pandemije COVID-19, s kvalitativno raziskovalno metodo. V Sloveniji, vzhodnoevropski državi s slabo razvito dolgotrajno oskrbo, je pandemija COVID-19 bistveno poslabšala že obstoječe stanje na področju zadovoljstva z delom zaposlenih in pojavom izgorelosti v domovih za starejše. Anketiranci so med pandemijo COVID-19 še bolj intenzivno doživeli čustveno izčrpanost in pomanjkanje osebnega dosežka; vendar pa se njihovo dojemanje depersonalizacije ni izkazalo za statistično značilno.

V zvezi z zadovoljstvom so bili zdravstveni delavci v COVID-19 oddelkih v domovih za starejše v Sloveniji z delom in delovnimi pogoji manj zadovoljni. Ugotovili smo, da je stopnja večjega (ne)zadovoljstva z delom v času pandemije COVID-19 v domovih za starejše povezano tudi z odnosom državnih institucij in politikov, ki so neposredno vplivali na delovne pogoje in (ne)priznanje za opravljeno delo med epidemijo.

Na splošno ugotavljamo, da stopnja zadovoljstva z delom vpliva kot napovedovalec pojava sindroma izgorelosti.

Literatura

- Adams, J.G. & Walls, R.M., 2020. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323(15); pp. 1439-1440.
- Alarcon, G.M., 2011. A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2); pp. 549-562.
- Ali, S.A., Baloch, M., Ahmed, N., Ali, A.A. & Iqbal, A., 2020. The Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - An Emerging Global Health Threat. *Journal of Infection and Public Health*, 13(4); pp. 644-646.
- Awa, W.L., Plaumann, M. & Walter, U., 2009. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), pp. 184-190.
- Choi, K.R., Skrine Jeffers, K. & Logsdon, M.C., 2020. Nursing and the Novel Coronavirus: Risks and Responsibilities in a Global Outbreak. *Journal of Advanced Nursing*, 23; pp. 1-2.
- Cooper, A.L., Carleton, H.L., Chamberlain, S.T. & Cummings, G.G., 2016. Burnout in the nursing home health care aide: a systematic review. *Burnout Research*, 3(1); pp. 76-87.
- Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M.P., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I., & Hall, P., 2012. *Older People in Residential Care Settings: Results from a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts*. NCPOP: University College Dublin.
- Dugguh, S.I. & Ayaga, D., 2014. Job satisfaction theories: Traceability to employee performance in organizations. *IOSR Journal of Business and Management*, 16(5); pp. 11-18.
- Fallon, A., Dukelow, T., Kennelly, S.P. & O'Neill, D., 2020. COVID-19 in Nursing Homes. *QJM*, Apr 2020. DOI: <https://doi.org/doi: 10.1093/qjmed/hcaa136>
- Fontova-Almató, A., Suñer-Soler, R., Salleras-Duran, L., Bertran-Noguer, C., Congost-Devesa, L., Ferrer-Padrosa, M. & Juvinyà-Canal, D., 2020. Evolution of Job Satisfaction and Burnout Levels of Emergency Department Professionals during a Period of Economic Recession. *International Journal of Environmental Research and Public*, 17; pp. 921-933.
- Harrad, R. & Sulla, F., 2018. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomedica*, 89(7); pp. 60-69.
- Leskovic, L., Vuković, G., Leskovic, R. & Goriup, J., 2016. Some Aspects of Burnout in Nursing Homes. *Acta Technologica Dubnicae*, 6(2); pp. 47-62.
- Maslach, C. & Jackson, S.E., 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2; pp. 99-113.
- McHugh, M.D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., & Aiken, L.H. 2011. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2); pp. 202-210.
- Ogresta, J., Rusac, S. & Zorec, L., 2008. Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croatian Medical Journal*, 49(3); pp. 364-74.
- Smolej Jež, S. & Nagode, M.A., 2017. Dramatic divide between social home care and institutional care. *Good Quality Old Age*, 20(1); pp. 3-15.
- Tarcan, M., Hikmet, N., Schooley, B., Top, M. & Tarcan, G.Y., 2017. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Applied Nursing Research*, 34; pp. 40-47.
- Wang, H., Li, T., Barbarino, P., Gauthier, S., Brodaty, H., Molinuevo, H.L., Xie, H., Sun, Yu, E., Tang, Y., Weidner, W. & Yu, X., 2020. Dementia Care During COVID-19. *Lancet*, 395(10231); pp. 1190-1191.
- World Health Organization (WHO). Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ [Accessed 6 June 2020].

Pomen zdravstvene nege pri celostni obravnavi nosečnic - uporabnic drog

The importance of nursing care in treating pregnant drug users

dr. Vesna Mejak³⁴

dr. Brane Bregar³⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Odvisnost od prepovedanih drog predstavlja kompleksni zdravstveni in socialni problem, ki zahteva multidisciplinarno obravnavo. Med najbolj kritična obdobja v času nosečnosti uporabnice drog sodijo obporodno obdobje, zapleti v času poroda, poporodno obdobje ter razvoj neonatalnega abstinencijskega sindroma pri novorojenčku.

Metoda: Viri podatkov so poglobljeni polstrukturirani intervjuji z izvajalci zdravstvene nege ki pri svojem delu prihaja v stik z nosečnicami - uporabnicami drog. Empirična raziskava je poizvedovalno eksplorativna in kvalitativna ter induktivna. Izbrani osrednji raziskovalno-spoznavni induktivno usmerjen metodološki pristop je utemeljena teorija (grounded theory).

Rezultati: Pogosto je življenje nosečnic, ki imajo težave z uporabo drog, povezano tudi z drugimi dejavniki tveganja, ki so pri strokovnih službah velikokrat spregledana. Zdravstvena nega se lahko vključuje v obravnavo nosečnice in matere s svojim specifičnim znanjem in spretnostmi ter deluje kot član multidisciplinarnega tima skupaj z drugimi strokovnimi delavci. Velik vpliv na potek bolezni odvisnosti in drugih pridruženih težav v duševnem zdravju ima stigma. Od pristopa zdravstvenih delavcev je odvisno v kateri fazi poteka bo prepoznano zdravstveno stanje (faza odvisnosti, poporodna depresija) matere uporabnice drog in kakšna obravnavo bo zanjo potrebna.

Razprava: Pomembno je, da zdravstveni delavci nosečnice in matere ne gledajo samo skozi njeno diagnozo in se s tem izognejo stigmatiziranju in obsojanju. Pomemben je celovit, kompleksen pogled na življenjsko situacijo. V nadaljevanju je potrebno v procesu pomoči oblikovati povezave med različnimi službami znotraj zdravstva in socialnega varstva ter smernice in protokole, ki bi presegale ukvarjanje samo s posameznimi problemi znotraj družine.

Ključne besede: zdravstvena nega, duševno zdravje, uporaba drog, nosečnost, stigma

Abstract

Theoretical background: Drug addiction is a complex health and social problem that requires multidisciplinary treatment. The most critical period during the pregnancy of drug users includes complications during birth, the postpartum period, and the development of neonatal abstinence syndrome in the newborn.

Methods: Data sources are in-depth semi-structured interviews with nursing care providers, who come into contact with pregnant female drug users. Empirical research is query exploratory and qualitative and inductive. The chosen central research-cognitive inductively oriented methodological approach is grounded theory.

Results: Often the lives of pregnant women who have problems with drug use are also associated with other risk factors that are often overlooked by professional services. Nursing care can be involved in the treatment of pregnant women and mothers with specific knowledge and skills and act as a member of a multidisciplinary team together with professionals. Stigma has a major impact on the course of addiction of other associated mental health problems. The health condition (phase of addiction, postpartum depression) of the drug-abusive mother will depend on the approach of the healthcare professional and what treatment will be needed for her.

Discussion: Healthcare professionals must not only look at pregnant women through their diagnosis and thus avoid stigmatization and condemnation. A holistic complex view of life situations is important. Furthermore, in the process of assistance, it is necessary to form links between different services within health and social care, as well as guidelines and protocols that would go beyond dealing only with individual problems within the family.

Keywords: nursing care, mental health, drug use, pregnancy, stigma

³⁴ dr. Vesna Mejak, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, vesna.mejak@psih-klinika.si

³⁵ doc. dr. Brane Bregar, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, branko.bregar@psih-klinika.si

1 Teoretična izhodišča

Raziskave kažejo, da sta nosečnost in materinstvo pri uporabnicah drog povezana s kompleksnimi intersekcijskimi dejavniki tveganja na različnih ravneh – zdravstvena, družbena, socialna, strokovna ter medosebna in individualna raven posameznice in njene družine. Škoda, ki jo prinaša kompleksnost odvisnosti, in njene posledice vplivajo na vse vidike življenja matere, njenega otroka in družine (Mejak & Leskošek, 2020).

Vse psihoaktivne substance (v nadaljevanju PAS) imajo različne vplive na nosečnost in novorojenčka. Poleg zdravstvenih posledic (kot so prenizka porodna teža, prezgodnji porod in neonatalni abstinenčni sindrom) je potrebno upoštevati tudi druge dejavnike (socialno-ekonomski status, brezdomstvo, nasilje, travme itd.), ki vplivajo na izid nosečnosti (Jones, et al., 2011). Specifične posledice substanc so povezane tudi s cikli intoksikacije in abstinenčne krize. Nosečnice z odvisnostjo od opioidov se med nosečnostjo zdravijo z nadomestno vzdrževalno terapijo, najpogosteje z metadonom in buprenorfinom, in zaradi tega tudi otroci razvijejo pasivno odvisnost od teh agensov. Kljub neonatalnemu abstinenčnemu sindromu je med nosečnostjo nadomestna vzdrževalna terapija boljša izbira za uporabnice drog. V kombinaciji s psihoterapevtskim zdravljenjem zmanjšuje pojavnost komplikacij v nosečnosti, ob porodu in pri plodu ter omogoča, da nosečnica ne jemlje prepovedanih drog. Prav tako omogoča spremembo življenjskega sloga in boljši dostop do prenatalne in postnatalne oskrbe (Durand & Lejeune, 2012).

Po podatkih raziskave Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2018) je bilo v letu 2018 v Sloveniji 4.756 visoko tveganih uporabnikov opioidov, kar predstavlja 3,5 uporabnika na 1000 prebivalcev v starostni skupini 15–64 let. Ni pa podatkov o tem, koliko je med njimi žensk uporabnic drog. V Evropski uniji je po zadnjih podatkih približno 34,8 milijona žensk, starih od 15 do 64 let, ki so poročale, da so kadarkoli poskusile prepovedane droge, v primerjavi z 54,3 milijona moških (EMCDDA, 2016).

Novejše študije kažejo, da ženske v primerjavi z moškimi manjkrat poiščejo pomoč programov na področju prepovedanih drog, kar je povezano z nekaterimi ovirami, ena ključnih je prav stigma (Grella, 2015). V Sloveniji je bilo prvo poročilo o nosečnicah izdelano šele leta 2008, za potrebe Nacionalnega poročila o stanju na področju prepovedanih drog v RS. Analiza podatkov Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema Slovenije o številu porodnic uporabnic prepovedanih drog (NIJZ, 2013) je pokazala, da je bilo v obdobju 2006–2007 med 38.280 ženskami, ki so rodile v Sloveniji, 99 porodnic, ki so imele v zdravstveni kartoteki vpisano diagnozo odvisnosti od prepovedanih drog. Po zbranih podatkih iz Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CPZOPD) je bilo v letu 2009 v njihovo mrežo pomoči vključenih 166 mater (Mejak, 2019, pp.103). Perinatalni informacijski center Slovenije pa je v letu 2015 objavil, da je bilo med vsemi porodi v Sloveniji v letu 2014 zabeleženih 91 porodnic z zgodovino odvisnosti in 47 porodnic s težavami z odvisnostjo v času poroda. V letu 2014 je bilo v 17 od 19 CPZOPD zabeleženih 26 rojstev, v letu 2015 je bilo v vseh CPZOPD 15 rojstev, v letu 2016 pa 16 rojstev (CZOPD, 2017). Seveda ostaja vprašanje, koliko je nosečnic in mater, ki niso vključene v obravnavo in nimajo dostopa do pomoči, ker je ne želijo iskati zaradi različnih razlogov - občutka sramu, zanikanja in stigme, neizkušenosti strokovnega osebja, komorbidnosti in sociokulturnih omejitev.

Odnos osebja, ki izvaja zdravstveno nego do nosečnic uporabnic drog vpliva na kvaliteto zdravstvene nege, zato pa so potrebni ustrezno znanje in veščine, ki jih na področju zdravstvene nege primanjkuje (Smith, et al., 2016; Kadenšek ®ar, 2017). Tako v tujini kot tudi v slovenskem prostoru primanjkuje literature in raziskav, ki bi raziskovale odnos zdravstvene nege do nosečih uporabnic drog. Namen raziskave je bil usmerjen v

raziskovanje percepcije izvajalcev zdravstvene nege do uporabnic drog, v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, prepoznati intervencije in strategije pomoči, ki bi zmanjšale ali preprečile škodo v obravnavi, ter kako oblikovati oziroma izdelati protokol pomoči znotraj institucij in multidisciplinarnih timov, v kateri ima zdravstvena nega pomembno vlogo.

2 Metodologija

V raziskavi smo obravnavali posebno družbeno skupino, ki je težko dosegljiva, zato smo uporabili kvalitativno metodologijo, ki je pogosto edini vir informacij za zbiranje občutljivih in veljavnih podatkov o nedostopni populaciji (Brinkman & Kvale, 2018). Empirična raziskava je poizvedovalno eksplorativna, kvalitativna ter induktivna. Izbrani osrednji raziskovalno-spoznavni induktivno usmerjen metodološki pristop je utemeljena teorija (angl. *grounded theory*). To so ožje teorije, teorije kratkega in srednjega dosega, ki veljajo le za določeno okolje ali kontekst in so na ta kontekst neposredno vezane. Pojasnjujejo majhne dele stvarnosti, ki jih ni mogoče posploševati brez dodatnih specifičnih opredelitev (Corbin & Strauss, 2015).

Empirično gradivo je bilo zbrano z uporabo polstrukturiranega poglobljenega intervjuja na vzorcu 40 mater uporabnic drog in 22 strokovnih delavk in delavcev, med njimi so bili tudi strokovni delavci iz področja zdravstvene nege. Intervjuji so potekali od decembra 2013 do junija 2014. Oblikovanje vzorca je potekalo po metodi snežne kepe. Udeležba je bila prostovoljna. Celoten postopek vključitve udeležencev v raziskavo, zbiranja podatkov in njihove obdelave je potekal v skladu z etičnimi načeli družboslovnega raziskovanja. Raziskava je prejela odobritev Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, številka 58/12/13 z dne 14.2.2013.

Podatki so bili obdelani s kodiranjem in tematsko analizirani.

3 Rezultati

Ugotovitve so navedene s citati, za katere so uporabljene različne oznake za intervjuvane osebe. Izjave mater so označene s črko M in številko intervjuvanke, npr. M1, M2. Za izjave strokovnih delavcev pa kratica SD in številko intervjuvanke, npr. SD1, SD2.

3.1 Uporaba drog v nosečnosti kot zloraba ploda

Strokovne službe velikokrat predstavljajo uporabo drog v nosečnosti kot deviantno ravnanje in menijo, da je abstinenca edina ustrezna izbira za nosečnico, medtem ko zmanjševanje že nastale škode velja za manj zaželeno, kar smo ugotavljali tudi v naši raziskavi. Javnost postane pozorna na materino telo, s čimer se ji določi osebna odgovornost, zdravje otroka pa postane prioriteta, kjer je nadzor institucij upravičen (Radcliffe, 2011).

V pričujoči raziskavi so zdravstveni delavci zlorabo drog v nosečnost in materinstvu postavili ob bok zlorabe ploda in otroka, čeprav naj bi bili ustrezno poučeni o odvisnosti od prepovedanih drog.

Ker to zloraba drog res gre v kategorijo zlorabe otroka. Jaz razumem, da one bolj pozno prepoznajo, da so noseče, ker kljub temu, da nimajo menstruacije, tega ne vedo. Ampak tudi potem ko izvedo, še vedno jemljejo droge (SD14).

Ni prav, da ti dajo od začetka nalepko. Sploh jih ne zanima, da si ti želiš otroka, to se otroku ne dela. Take [ženske] sploh otrok ne bi smele rojevati (M20).

Benoit, et al. (2014) ugotavljajo, da zdravstveni delavci nimajo enotnega stališča ter da uporabo drog v nosečnosti opredeljujejo predvsem skozi družbeni, medijski ter osebni diskurz. Uporabo drog v nosečnosti pri strokovnih službah prepoznavajo kot izrazito moralistično in patološko, kar smo ugotavljali tudi v naši raziskavi.

Ker to res gre v kategorijo zlorabe otroka. Jaz razumem, da ona prepozna, da je noseča, bolj pozno, ker nima menstruacije, pa ne vedo, ampak tudi potem ko izvedo, še vedno jemljejo droge (SD 6).

V raziskavi je bila večina zdravstvenih delavcev prepričanih, da je za uporabnice drog boljša izbira splav. Obsojali so jih, ker nosečnosti niso prepoznale, kajti če bi jo, bi bilo odgovorno in družbeno sprejemljivo, da bi naredile splav in tako rešile otroka pred potencialnimi posledicami in družbo pred stroški. Njihovo odločitev, da otroka obdržijo so označevali kot egoistično dejanje.

Rekla mi je, da naj naredim splav. Kako pa boš skrbela za njega, saj ne boš sposobna. Takrat mi je bilo grozno to slišati (M1).

Jaz jih spodbujam k temu [da naredijo splav], ker so na velikih dozah droge,... (SD19).

Kot opozarjajo nekateri strokovnjaki ostajajo bolj negativno označene uporabnice z nižjim socialno-ekonomskim statusom in tiste z več težavami v družinskem krogu. Te so namreč bolj pod nadzorom institucij, obsojane in pri njih pogosteje pride do odvzema otrok (Stone, 2015). Tudi v naši raziskavi smo zajeli le matere z manj finančnimi sredstvi, ki so bile vključene v različne institucije, in lahko sklepamo, da matere uporabnice drog z boljšim ekonomskim statusom in z več sredstvi v sistemu pomoči in v javnosti niso vidne in prepoznane kot uporabnice. Njihov položaj je povsem drugačen, ker si storitve lahko kupijo in se izognejo institucionalni obravnavi.

Tudi intervjuvane matere so ponotranjile prepričanje, da kot uporabnice drog ne smejo biti matere, zato pogosto zanikajo znake nosečnosti. Dokler nosečnost ni prepoznana, se lahko izognejo ginekološkim pregledom in soočanju s tem, da so odvisne. Pri intervjuvankah je bila v pričujoči raziskavi pogosto prisotna ambivalenca do nosečnosti, ki je povezana tudi s tem, da si po eni strani želijo postati matere, po drugi pa jih je strah, ali bodo zmogle, strah jih je obsojanja in stigme, strah jih je tudi vstopa v institucije.

Noseč človek, ki je na drogi ne more nič čutiti. [...] Če bi šla še enkrat skoz to, mislim, da jaz na drogi otroka nikoli več nebi imela (M17).

Nosečnost pa je lahko tudi velika motivacija za spremembo, saj je v nosečnosti večina intervjuvank sploh tistih, ki so bile vključene v kakršnokoli obliko obravnave, spremenila način življenja. Predvsem so zmanjšale vnos prepovedanih drog in se izogibale drugim tveganim oblikam vedenja. Večina je prepovedano drogo zamenjala z nadomestno vzdrževalno terapijo ali pa je prepovedano drogo in druge nepredpisane substance bolj regulirala, se umikala iz odvisniške družbe ter skrbela zase.

3.2 Porodnišnica kot prostor stigmatizacije

Porodnišnica je javni prostor, kjer se pokaže, kako so uporabnice drog v nosečnosti skrbale za svoje telo in plod, in to je po mnenju javnosti pokazatelj, kako dobre matere bodo (Virokanass, et al., 2018). Je prostor kjer se soočajo z največ stigmatizacije in diskriminacije s strani strokovnih služb. Takrat se pojavi neonatalni abstinenčni sindrom oziroma postanejo posledice zlorabe drog med nosečnostjo vidne pri otroku. Drugi jih lahko že v porodnišnici označijo za »ne dovolj dobre matere«, pa čeprav se njihova materinska vloga še ni začela. Intervjuvanke so doživljale obsojanje, ker je otrok imel neonatalni abstinenčni sindrom, pa četudi je bila to posledica tega, da so med nosečnostjo uživale nadomestno vzdrževalno terapijo, ki so jo institucije predpisale in predstavljale kot manj škodljivo za otroka.

Stigme je kar precej, ena, ki je rodila, so ji babice, ko je rojevala, kar zraven govorile, a taki morajo roditi otroka, na tak način. Potem hepatitis je problem, pa z otrokom ni bilo nič narobe. 4,5 kg je imel. Ona [mama] je izpostavila, da je bilo ogromno tega, pa kar vpiče nje (SD18).

Pri tem imajo pomembno mesto prav predsodki in stereotipi, ki veljajo za matere uporabnice drog in postanejo splošni in veljavni za vsako nosečnico in mater, ki spada v to skupino.

Tam je bila ene sestra je rekla, da bom slaba mama, da kako sem si dovolila otroka na svet spraviti, me je že na začetku obsodila. Pa moji mami je rekla, da kaj sem naredila otroku.... (M 33).

Negativne izkušnje v odnosu strokovnega osebja so ženske doživljale predvsem pri sporočanju in soočenju, da se je pri novorojenčku začela abstinenčna kriza.

Vprašala sem, če je kaj narobe in je [sestra] rekla, ja kaj pa mislite, da je. Saj veste, kaj ste ji [hčerki] naredila. Prav klofuto ti da, da si sama kriva. Ja vem, da sem kriva (M3).

V porodnišnici so se soočale s stigmo tudi tiste matere, ki so bile okužene s hepatitisom C. Zaradi možnosti okužbe so bile večkrat izolirane v posebni sobi, kar jim daje dodaten občutek drugačnosti in ločenosti od drugih mater. Tako je porod tista točka, ko institucija neposredno izloči porodnice od drugih in jih postavi v drugorazredni položaj - (I) ker so drugačne, ker so uživalke, (II) ker so rodile otroka, (III) ker druge ogrožajo z nalezljivo boleznijo.

3.3 Strokovne službe na različnih bregovih

Kakšen bo izid za družino, mater in njenega otroka in ali bodo dobili dovolj ustrezne pomoči, je odvisno tudi od (ne)sodelovanja med različnimi institucijami in njihovimi člani. Med različnimi programi pomoči so razlike že v dojemanju potreb uporabnic, v ciljih, metodah dela in pristopih. Velikokrat je zdravstvena nega znotraj multidisciplinarnih timov za pomoč nosečnici uporabnici drog spregledana. Pogosto ne razpolagajo s pomembnimi informacijami, ki bi bistveno prispevale k boljšemu odnosu z nosečnico, ter poznavanju njene problematike, tako na področju uporabe drog, kot tudi o drugih vidikih njenega življenja (socialno okolje, druge težave v duševnem zdravju, vrste substanc itd.). Sestra iz porodnišnice je izjavila:

Velikokrat me sestre nimamo informacij o tem, kaj se z materjo dogaja, kdo je njen partner, na kaj moramo točno paziti. Velikokrat nam zdravniki ne povedo vsega in se potem znašamo na to, kar izvemo od samih pacientk oziroma vemo, da nam

nekatero želijo velikokrat stvari prikriti, ker vemo, da so te ženske precej manipulativne (SD4).

V raziskavi smo ugotavljali, da prav slabši pretok informacij in hierarhija ter nezaupanje med strokovnim osebjem vplivajo na slabše delovanje sistema v okviru pomoči nosečnici uporabnici drog. Na drugi strani se v ustanovah med zdravstvenimi delavci, v katerih so vključene matere, zaradi etičnih kodeksov o varovanju osebnih podatkov pojavi dilema, kdaj prelomiti kodeks in pristojnemu organu posredovati pridobljene informacije.

Če pa gre prav v psihiatrično oskrbo kakšna mamica, nič ne zveš. Ne dobiš mnenja, se sprenevedajo (SD8).

Znotraj institucij so bili prisotni tudi različni pogledi, kdaj dati prednost materi in kdaj dati prednost otroku, premalokrat pa se postavlja vprašanje, kako pomagati družini, da bi ostala skupaj. Zdravstveni delavci so imeli tudi različna stališča glede zdravljenja in abstinence. Spraševali pa so se tudi, kdo lahko ustrezno poskrbi za otroka, ali tista mati, ki je na nadomestni vzdrževalni terapiji, ali samo tista, ki je vzpostavila popolno abstinenco.

Glej zame je MTD in zame je rizično okolje, rizična situacija in substitucija je substitucija. To je tako, kot bi alkoholiku, ki gre iz zdravljenja alkoholizma, predpisal lahko laško pivo (SD12).

4 Razprava

Raziskava je pokazala, da je stigma glavni dejavnik tveganja in ovira pri iskanju pomoči matere uporabnice drog v času nosečnosti in po porodnem obdobju in ima več posledic za nosečnico in novorojenčka kot sama droga. Prav zaradi tega uporabnice odvisnost prikrivajo, ker želijo ostati nevidne v sistemu pomoči, saj vidnost in prepoznavnost lahko potencialno pomeni, da jim bo otrok odvzet ali da bodo spoznane za ne dovolj dobre matere. Pri tem razvijejo različne strategije prikrivanja, saj želijo, da bi njihova problematika ostala skrita pred zdravstvenim osebjem. Prav stigma pripomore k temu, da uporabnice drog, ki bi pomoč potrebovale, le-te ne iščejo zaradi posledic, ki bi jo lahko imeli stigmatizacija in diskriminacija, saj imajo nosečnice, ki so jih institucije prepoznale kot uporabnice drog, več izkušenj z obsojanjem in patologizacijo (Stone, 2015).

Pri strokovnih delavcih problem predstavljalo različni pogledi na uporabo drog in različne prioritete. Vsak deluje po svojih metodah dela in načelih, saj primanjkuje specifično znanje o ženskah, nosečnosti in materinstvu pri uporabnicah drog. Prav izobraževanje bi pripomoglo tudi k zmanjšanju diskriminatornih praks znotraj sistema pomoči. Problematiko bi bilo treba sistemsko in celostno reševati na vseh ravneh družbenega delovanja (McKeever, et al., 2014; Smith, et al., 2016). Vsi ključni člani multidisciplinarnega tima, v katerega spada tudi zdravstveni nega, bi morali enakovredno sodelovati ter soodgovorno prispevati k boljšim praksam obravnave in delovati kot enakovredni član znotraj tima. Vse do danes, kljub večjemu številu mater uporabnic drog ostaja to področje še vedno izrazito diskriminatorno obravnavano. Potrebno bi bilo oblikovati protokole in smernice za izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki bi upoštevali individualnost in kompleksnost matere uporabnice drog in njene družine.

Literatura

- Benoit, C., Magnus, S., Phillips, R., Marcellus, L. & Charbonneau, S., 2015. »Complicating the dominant morality discourse: mothers and fathers constructions of substance use during pregnancy and early parenthood.« *International Journal Equity Health*, 14(72); pp. 72-83.
- Brinkman, S. & Kvale, S., 2018. *Doing interviews*. New York: Sage Publication.
- Cambell, D. N. & Ettore, E., 2011. *Gendering addiction. The politics of drug treatment in a neurochemical world*. New York: Palgrave Macmillian.
- Corbin, J. & Strauss, A., 2015. *Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage publication.
- European monitoring center for drug and drug addiction, 2016. *European drug report 2016. Trends and developments*. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016_en [Accessed December 22 2020].
- Grella, C.E., 2015. Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders. In: A.L. Oneil & J. Lucas, ed. *DAWN drugs and alcohol women network. Promoting an gender responsive approach to additon*. Turin: UNICRI, pp.145-256.
- Kadenšek, K. & Bregar, B., 2017. Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog. *Obzornik zdravstven nege*, 51(2); pp. 124-134.
- McKeever, A., Brayton, S. & Sherin, S., 2014. the role of nurses in comprehensive care managment of pregnant women of drug addiction. *Nursing and women Health*, 18(4); pp. 284-293.
- Mejak, V. & Leskošek, V., 2020. The right to have a child: An institutional responseto the motherhoodof drug users in Slovenia. In: M. Kuronen & U. Salovaara, ed. *Women, vulnerabilities and welfare services system*. London: Routledge, pp.123-146.
- Mejak, V., 2019. *Dejavniki tveganja pri materah, odvisnih od prepovedanih drog: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2013. *Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_stanju_drog_2013.pdf] [Accessed January 12 2021].
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2019. *Podatki o perinatalnem informacijskem sistemu*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/podatki/perinatalni-informacijski-sistem> [Accessed January 14 2021].
- Radcliffe, P., 2011. Motherhood, pregnancy, and negotiation of identity: The moral career of drug treatment. *Social science medicine*, 7(2); pp. 984-991.
- Shaw, M.S., Smith, C.L., Heberman, L. & Howell, D., 2016. Nurses perception of caring of childbearing women who misuse opioids. *The american journal of maternal child nursing*, 41(1); pp. 37-42.
- Stone, R., 2015. »Pregnant women and substance use: fear, stigma and barriers to care.« *Health and Justice*, 3(2); pp. 1-15.
- Virokannas, E., Liuski, S. & Kuronnen, M., 2018. »The contested concept of vulnerability – a literature review.« *European Journal of Social Work*, 2(3); pp. 13-37.

Vpliv pomanjkanja vitamina D3 na tveganje za okužbo s SARS-CoV-2 in potek bolezni COVID-19: krovni sistematični pregled literature

The effect of vitamin D3 deficiency on the risk of SARS-CoV-2 infection and the course of COVID-19 disease: an umbrella systematic review of the literature

Matic Mihevc³⁶
dr. Marija Petek Šter³⁷

Izvleček

Teoretična izhodišča: Vitamin D3 (holekalciferol) je maščobotopen vitamin, ki se naravno tvori v koži in je predstopnja hormonsko aktivne oblike vitamina D (kalcitriol). Poleg pomembne vloge v uravnavanju homeostaze kalcija in fosforja, so njegovo pomanjkanje povezali s povečanim tveganjem za respiratorne okužbe. To so obrazložili z njegovim protimikrobnim, imunomodulatornim in antioksidativnim učinkom. Učinek pomanjkanja vitamina D3 v skupini pacientov okuženih s SARS-CoV-2 je slabše razjasnjen. Namen krovnega pregleda literature je pridobiti nove znanstvene dokaze za oceno vpliva pomanjkanja vitamina D3 na tveganje za okužbo s SARS-CoV-2, hud potek ali smrt zaradi bolezni COVID-19.

Metoda: Januarja 2021 smo opravili krovni pregled literature v bazi PubMed. V krovni pregled smo vključili sistematične preglede literature in metaanalize, ki so ocenjevale vpliv pomanjkanja vitamina D3 na zgoraj opisane izide.

Rezultati: S pomočjo iskalnega algoritma smo identificirali 13 sistematičnih pregledov, v pregled smo vključili 4. Ugotavljali smo, da so imeli pacienti serumsko vrednostjo 25-OH vitamina D <20 ng/mL (50 nmol/L) pomembno višje obete za hud potek bolezni, hospitalizacijo in smrt kot pacienti z normalnimi koncentracijami. Pomanjkanje vitamina D3 ni bilo pomembno povezano s povečanim tveganjem za okužbo s SARS-CoV-2.

Razprava: Pomanjkanje vitamina D3 je pomembno povezano s težjim potekom bolezni COVID-19, višjimi obeti za hospitalizacijo in umrljivost zaradi COVID-19. Učinek preventivnega nadomeščanja vitamina D3 za preprečevanje okužbe s SARS-CoV-2 je ob trenutni ravni dokazov najverjetneje nepomembno. Potrebno so nadalje randomizirane klinične študije, ki bodo opredelile vzročno povezanost med pomanjkanjem vitamina D3 in izidi bolezni COVID-19.

Ključne besede: vitamin D, COVID-19, SARS-CoV-2, hospitalizacija, ARDS; umrljivost

Abstract

Theoretical background: Vitamin D3 (cholecalciferol) is a fat-soluble vitamin that is naturally formed in the skin and is a precursor to the hormonally active form of vitamin D (calcitriol). In addition to its important role in regulating calcium and phosphorus homeostasis, its deficiency has been associated with an increased risk of respiratory infections. This was explained by its antimicrobial, immunomodulatory, and antioxidant effects. The effect of vitamin D3 deficiency in the group of patients infected with SARS-CoV-2 is less well understood. The purpose of the umbrella review of the literature is to obtain new scientific evidence to assess the impact of vitamin D3 deficiency on the risk of SARS-CoV-2 infection, severe course, or death from COVID-19 disease.

Methods: In January 2021, we conducted an umbrella review of the literature in the PubMed database. The umbrella review included systematic literature reviews and meta-analyses that assessed the impact of vitamin D3 deficiency on the outcomes described above.

Results: Using a search algorithm, we identified 13 systematic examinations including 4. We found that patients with a serum 25-OH vitamin D value <20 ng/mL (50 nmol/L) had significantly higher prospects for severe disease, hospitalization and death as patients with normal concentrations. Vitamin D3 deficiency was not significantly associated with an increased risk of SARS-CoV-2 infection.

³⁶ Matic Mihevc, dr. med., prim., Zdravstveni dom Trebnje, matic.mihevc@gmail.com

³⁷ prof. dr. Marija Petek Šter, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

Discussion: Vitamin D3 deficiency is significantly associated with a more severe course of COVID-19 disease, higher prospects for hospitalization, and mortality from COVID-19. The effect of preventive vitamin D3 replacement to prevent SARS-CoV-2 infection is likely to be insignificant at the current level of evidence. Further randomized clinical studies are needed to identify a causal relationship between vitamin D3 deficiency and COVID-19 disease outcome.

Keywords: vitamin D, COVID-19, SARS-CoV-2, hospitalization, ARDS, mortality

1 Teoretična izhodišča

Epidemija bolezni COVID-19 (angl. coronavirus disease 2019) je pomembno vplivala na življenje posameznikov in vsakdanjo obravnavo pacientov. COVID-19 je zelo kužna bolezen, ena oseba pa lahko okuži 2-3 zdrave osebe (Tomažič, n.d.). Najpogostejši klinični znaki so vročina, kašelj, utrujenost, dispneja, bolečine v mišicah, izguba voha in okusa. Pri 80% zbolelih je kliničen potek blag-zmeren, 15% hud in pri 5% kritičen (Tabela 1). Tudi pri pacientih z blago obliko, lahko bolezen v 15-20% napreduje v hujšo obliko, od 15-20% hudo bolnih pa lahko postane kritično bolnih (Tomažič, n.d.; Khamis, et al., 2020; Shi, et al., 2020). Dejavniki tveganja za hujši potek so zlasti višja starost in prisotnost kroničnih bolezni. Od teh so pomembne zlasti predhodne srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen in kronične bolezni dihal (Tomažič, n.d.; Izgovich, et al., 2020).

Tabela 1: Merila za blag, zmeren, hud in kritičen potek bolezni COVID-19 (Shy, et al., 2020)

BLAGA BOLEZEN	Osebe z blagimi simptomi (brez dispneje) in brez nenormalne slikovne preiskave pljuč.
ZMERNNA BOLEZEN	Osebe, ki imajo glede na klinično oceno ali slikovne preiskave okužbo spodnjih dihal in SpO ₂ v krvi $\geq 94\%$.
HUDA BOLEZEN	Osebe s frekvenco dihanja $>30/\text{minuto}$, SpO ₂ $<94\%$ (ali če pri bolnikih s kronično hipoksemijo pride do znižanja za $>3\%$ od izhodiščne vrednosti), razmerje PaO ₂ /FiO ₂ <300 mmHg, SOFA ≥ 2 ali prisotnost pljučnih infiltratov v obsegu $>50\%$ pljučnega parenhima.
KRITIČNO BOLNI	Osebe z dihalno odpovedjo, septičnim šokom in/ali večorgansko odpovedjo.

Legenda: COVID-19, angl. coronavirus disease 2019; SpO₂, nasičenost kisika; SOFA, angl. sequential organ failure assessment; PaO₂, parcialni tlak kisika; FiO₂, delež vdihnjene zraka

Pred epidemijo COVID-19 so pomanjkanje vitamina D3 povezovali s povečanim tveganjem za virusne okužbe dihal, kar so obrazložili z njegovim antimikrobnim, imunomodulatornim in antioksidativnim učinkom (Jovich, et al., 2020). Vpliv pomanjkanja vitamina D3 na tveganje za okužbo s SARS-CoV-2 (angl. severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), potek bolezni COVID-19 in vpliv na povečano umrljivost bolnikov s COVID-19 je slabše raziskan.

Namen krovnega pregleda literature je pridobiti nove znanstvene dokaze za oceno vpliva pomanjkanja vitamina D3 na zgoraj opisane izide.

Cilj je pregledati razpoložljivo znanstveno literaturo, izvesti izbirni proces in napraviti kvalitativno analizo.

2 Metode

Krovni sistematični pregled smo opravili v bazi PubMed v obdobju od leta 2019 do 17. 1. 2021 (U.S. National Institute of Health, n.d.). Za iskanje so uporabili naslednji iskalni algoritem: ((COVID-19) OR (pandemic) OR (SARS-CoV-2)) AND ((vitamin D) OR (25(OH) D) OR (25-hydroxyvitamin D) OR (hydroxycholecalciferol) OR (hypovitaminosis D)). Pri iskanju smo se omejili na vse sistematične preglede literature v angleškem jeziku. V analizo smo vključili sistematične pregledne članke na podlagi kriterijev, ki smo jih oblikovali s pomočjo PICOTS strategije (Tabela 2) (Riva, et al., 2012).

Za vsak vključen sistematični pregled literature smo opredelili naslednje podatke: prvi avtor, število opazovanih enot, opazovani pojav/izid, glavni zaključki. V skladu s PRISMA priporočili za prikaz podatkov smo podatke prikazali deskriptivno in v obliki tabel (Moher, et al., 2015).

Tabela 2: PICOTS vključitveni in izključitveni kriteriji

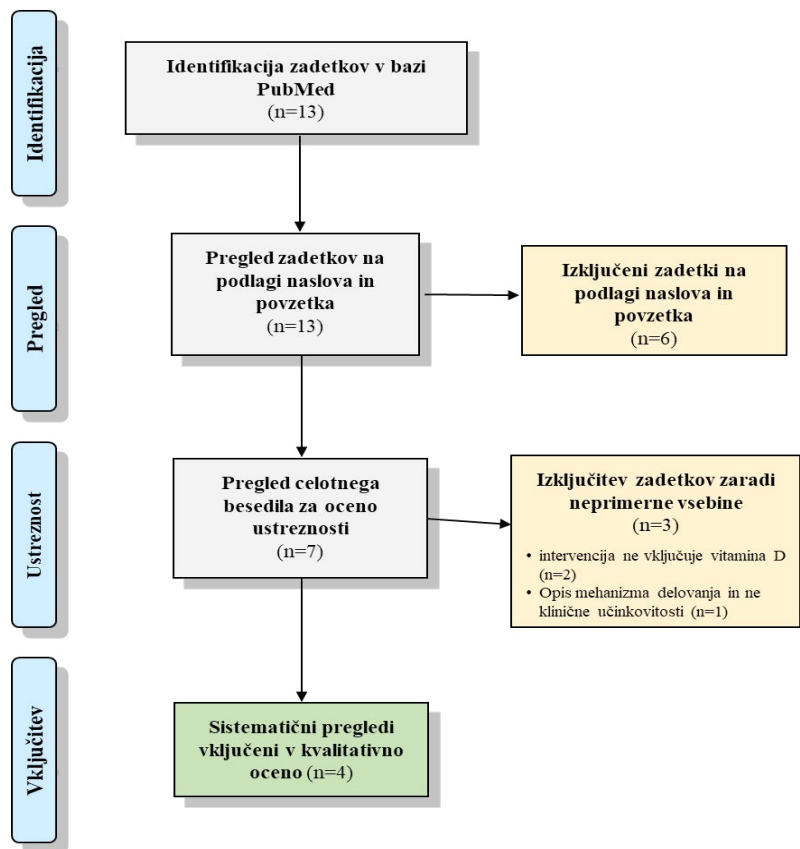
PICOTS kriteriji	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Populacija	▪ Proučevana enota so bili pacienti z boleznijo COVID-19.	▪ Proučevana enota so bili pacienti z drugimi virusnimi boleznimi.
Intervencija	▪ Brez (retrospektivna zasnova) ali vitamin D3 (prospektivna zasnova)	▪ /
Kontrolna skupina	▪ Kontrolna skupina je prejela standardno oskrbo (retrospektivna zasnova) ali placebo (prospektivna zasnova).	▪ Kontrolna skupina ni prejela standardne oskrbe.
Opazovani pojav/izid	▪ Opazovani pojavi/izidi so bili tveganje za okužbo s SARS-CoV-2, število hospitalizacij, število sprejemov v enoto intenzivne terapije in umrljivost zaradi COVID-19.	▪ Opazovani pojavi/izidi so bili drugi od opredeljenih.
Trajanje	▪ Vsaj za čas trajanja bolezni	▪ Manj kot čas trajanja bolezni
Raziskovalna zasnova/okolje	▪ Sistematični pregled/metaanaliza retrospektivnih ali kohortnih kliničnih raziskav	▪ Poročilo o primeru, klinična študija

Legenda: COVID-19, angl. coronavirus disease 2019; SARS-CoV-2, angl. severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

3 Rezultati

3.1 Potek izbire sistematičnih pregledov v krovni pregled

Na podlagi iskalne strategije in opredeljenih PICOTS meril smo v krovni pregled vključili 4 sistematične preglede literature (Perieria, et al., 2020; Liu, et al., 2021; Munski, et al., 2021; Yisak, et al., 2021). Na Sliki 1 je predstavljen potek izbire sistematičnih pregledov v krovni pregled po PRISMA protokolu.



Slika 1: Potek izbire zadetkov v sistematični pregled

3.2 Vpliv pomanjkanja vitamina D3 na opazovane izide

Tabela 3: Kvalitativna analiza sistematičnih pregledov vključenih v krovni pregled

Prvi avtor (leto)	Število opazovanih enot	Opazovani pojav/izid	Rezultati/zaključki
Liu, et al., 2021	10	Povezava med serumsko koncentracijo 25-OH vitamina D in tveganjem za okužbo s SARS-CoV-2	Pomanjkanje vitamina D3* je bilo nepomembno povezano s povečanim tveganjem za okužbo s SARS-CoV-2 (OR 1.43, 95% CI 1.00-2.05). Pacienti z okužbo s SARS-CoV-2 so imeli nižje zaloge vitamina D3 kot tisti brez okužbe (SMD -0.37 nmol/L, 95% CI -0.52 do -0.21).
Munshi, et al., 2021	8	Povezava med koncentracijo 25-OH vitamina D in stopnjo ter prognozo bolezn COVID-19	Pacienti s slabo prognozo (sprejem v enoto intenzivne terapije) so imeli pomembno nižje vrednosti vitamina D3 kot pacienti z dobro prognozo (SMD -5.12 nmol/L, 95% CI -9.14 do -1.10, p = 0.012).

Prvi avtor (leto)	Število opazovanih enot	Opazovani pojav/izid	Rezultati/zaključki
Pereira, et al., 2020	27	Prevalenca pomanjkanja vitamina D pri pacientih s hudo obliko COVID-19	Pomanjkanje vitamina D3* ni bilo povezano s povečanim tveganjem za okužbo s SARS-CoV-2 (OR 1.35, 95% CI 0.80-1.88). Pacienti s pomanjkanjem vitamina D3* so imeli pomembno višje obete za hud potek bolezni kot bolniki brez pomanjkanja vitamina D3* (OR 1.64, 95% CI 1.30-2.09). Pomanjkanje vitamina D3* je bilo povezano s povečanim tveganjem za hospitalizacijo (OR 1.81, 95% CI 1.41-2.21). Pomanjkanje vitamina D3* je bilo povezano s povečano umrljivostjo zaradi bolezni COVID-19 (OR 1.82, 95% CI 1.06-2.58).
Yisak, et al., 2021	9	Povezava med serumsko koncentracijo 25-OH vitamina D in možnostjo za okužbo oz. prognozo okužbe s SARS-CoV-2	78% (7/9) opazovanih enot je opisovalo povezavo med serumsko koncentracijo vitamina D3 in povečanim tveganjem za okužbo, stopnjo bolezni in tveganjem za sprejem v enoto intenzivne terapije. 22% (2/9) opazovanih enot ni opisovalo povezave med serumsko koncentracijo vitamina D3 in povečanim tveganjem za okužbo ali stopnjo bolezni.

*Legenda: COVID-19, angl. coronavirus disease 2019; SARS-CoV-2, angl. severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; OR, razmerje obojetov; 95% CI, 95% interval zaupanja; SMD, angl. standardised mean difference. *Pomanjkanje vitamina D3 je definirano kot serumski vrednost 25-OH-vitamin D <20 ng/mL (50 nmol/L)*

4 Razprava

Pomanjkanje vitamina D3 je pomembno povezano s težjim potekom bolezni COVID-19, višjimi obeti za hospitalizacijo in smrt zaradi COVID-19. Učinek preventivnega nadomeščanja vitamina D3 za preprečevanje okužbe s SARS-CoV-2 je ob trenutni ravni dokazov najverjetneje nepomemben.

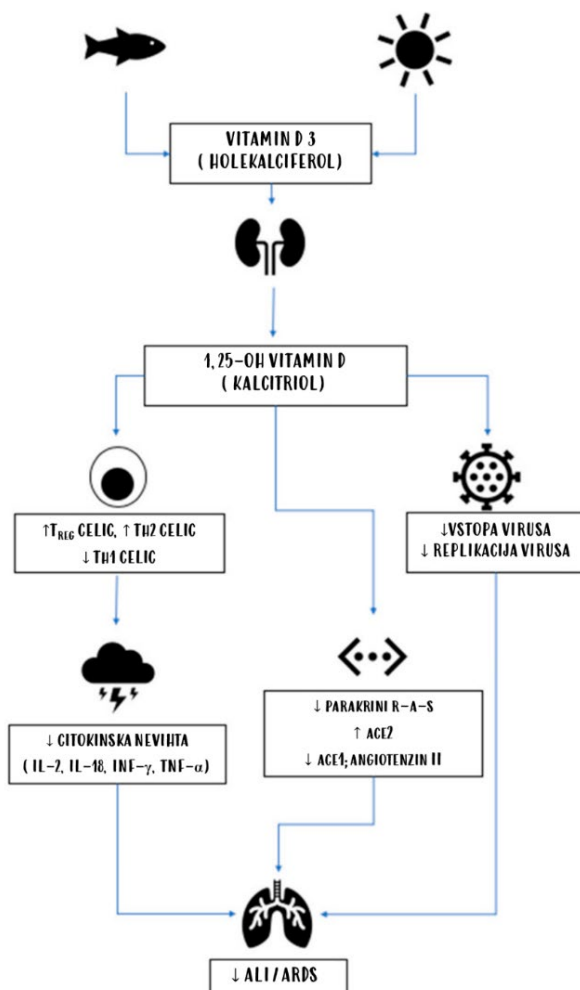
Preventivno uživanje vitamina D3 za preprečevanje drugih akutnih respiratornih okužb je verjetno povezano z majhnim kliničnim učinkom. Učinek je večji v skupini pacientov z astmo, nizkimi serumskimi koncentracijami 25-OH vitamina D (<25 nmol/L) in v starostni skupini 1-16 let. V času prebolevanja bolezni COVID-19 se priporoča odmerki 2000 IE/dan, kot preventivni odmerek pred ostalimi respiratornimi okužbami pa 400-1000 IE/dan peroralno.

Predhodni sistematični pregledi so ugotovili pomembno povezavo med pomanjkanjem vitamina D3 in vplivom na potek bolezni COVID-19 (Tabela 3). Pereira s sodelavci (2020) je v svoji metaanalizi ugotovil, da so imeli bolniki s serumsko vrednostjo 25-OH vitamina D <20 ng/mL (50 nmol/L) za 64% višje obete za hud potek bolezni kot bolniki z normalnimi serumskimi vrednostmi. Pomanjkanje vitamina D3 je bilo povezano tudi z 81% višjimi obeti za hospitalizacijo in 82% višjimi obeti za umrljivost zaradi COVID-19 (Pereira, et al., 2020). Podobno je poročal Munshi s sodelavci (2021), ki je ugotovil, da so imeli bolniki sprejeti v enoto intenzivne terapije pomembno nižje serumske koncentracije vitamina D3 kot bolniki z blažjim potekom. Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Yisak s sodelavci (2021).

Učinki preventivnega nadomeščanja vitamina D3 pri preprečevanju okužbe s SARS-CoV-2 so vprašljivi. Pereira s sodelavci (2020) je v svoji metaanalizi ugotovil, da pomanjkanje vitamina D3, ob sicer 35% višjih obetih, ni bilo statistično značilno povezano s povečanim tveganjem za okužbo s SARS-CoV-2. Nepomembno povezanost je dokazal tudi Liu s sodelavci (2020), ki je sicer ugotavljal za 43% višje obete. Do nasprotnih ugotovitev je prišel

Yisak s sodelavci (2021), ki je v kvalitativni analizi navajal tudi povezanost nizkih koncentracij vitamina D3 s povečanim tveganjem za okužbo s SARS-CoV-2.

V sistematičnih pregledih je natančneje predstavljen tudi mehanizem delovanja vitamina D3 pri preprečevanju okužbe s SARS-CoV-2 oz. hudega poteka bolezni COVID-19. Vitamin D3 ima antimikrobni, imunomodulatorni in antioksidativni učinek. Vitamin D3 krepi naravne bariere (tesne stike med celicami) v dihalnem epiteliju ter krepi prirojeno imunost s povečanim izločanjem defenzinov, ki imajo vlogo pri obrambi proti virusom z ovojnico ali brez nje. Dodatno preko stimulacije Th2 celic in zavrtjem Th1 celic vodi v zmanjšano izločanje stimulativnih vnetnih citokinov (TNF- α , IFN- γ) in tako deluje imunomodulatorno. Antioksidativni učinek je povezan s povečanim izražanjem glutathion reduktaze, kar vodi v znižanje prostih krožečih radikalov. Preko vpliva na renin-angiotenzinski sistem v pljučih vpliva tudi na otežen vstop virusa v celice in zmanjšano replikacijo virusa (Jovic, et al., 2020). Mehanizem delovanja je predstavljen na Sliki 2.



Slika 2: Mehanizem delovanja vitamina D3 pri preprečevanju hude oblike bolezni COVID-19 (Jovic, et al., 2021)

Legenda: IL - interlevkin; INF - interferon; TNF - tumor nekrotizirajoči faktor; RAS - renin-angiotenzin sistem; ALI - akutna poškodba pljuč; ARDS - akutni respiratorni distressni sindrom

Derivati vitamina D vplivajo na imunski odgovor ob infektu z vplivanjem na T_{REG} in $Th2$ celice. S tem se zniža izločanje stimulativnih vnetnih citokinov, ki sodelujejo v citokinski nevihti - ključnem mehanizmu razvoja ARDS. Drugi mehanizmi vključujejo vpliv na renin-angiotenzinski sistem in na vstop virusa v celico oz. njegovo replikacijo.

Priporočila Pfeiferjeve s sodelavci (n.d.) (Tabela 4) priporočajo uživanje vitamina D3 v času prebolevanja okužbe s SARS-CoV-2 kot tudi v obdobju respiratornih okužb (oktober-april). Glede na ugotovitve krovnega pregleda literature ima preventivno jemanje vitamina D3 zgolj za preprečevanje okužbe s SARS-CoV-2 vprašljiv klinični učinek (Liu, et al., 2021; Pereira, et al., 2020). Učinek na preprečevanje drugih respiratornih okužb je mogoč v izbranih skupinah prebivalstva in odvisen od načina odmerjanja. Jolliffe s sodelavci (2020) je v zadnji metaanalizi v skupini 47.262 pacientov ugotavljal za 9% nižje obete za akutne respiratorne okužbe pri osebah, ki so prejemale vitamin D3 v primerjavi s placebom. Kot zaščitni se je izkazal zgolj odmerek vitamina D3 400-1000 IE/dan v času trajanja manj kot 12 mesecev. Višji ali tedenski odmerki niso bili povezani z varovalnim učinkom. Varovalni odmerek je bil izražen zgolj v starostni skupini 1-15.9 let (OR 0.71, 95% CI 0.57-0.90) (Jolliffe, et al., 2020). Podobno je metaanaliza Martineauja s sodelavci (2019) ugotavljala za 12% nižje obete za akutne respiratorne okužbe pri pacientih, ki so prejemali vitamin D3 v primerjavi s placebom. Učinek je bil izražen tako ob dnevnem kot tedenskem odmerjanju in je bil izrazitejši pri pacientih z nižjimi serumskimi koncentracijami 25-OH vitamina D (Martineau, et al., 2019). V skupini pacientov z astmo se je uživanje vitamina D3 izkazalo kot negativni napovedni dejavnik akutnih poslabšanj ne glede na serumsko vrednost 25-OH vitamina D (OR 0.74, 95% CI 0.56-0.97) (Jolliffe, et al., 2017). Nasprotno je bil v skupini pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo varovalni učinek izražen zgolj v skupini z zelo nizkimi vrednostmi 25-OH vitamina D (<25 nmol/L) (OR 0.55, 95% CI 0.36-0.84) (Jolliffe, et al., 2019).

Tabela 4: Priporočila Pfeiferjeve s sodelavci za nadomeščanje vitamina D3 v obdobju respiratornih okužb (13)

COVID/ PREVENTIVA	STOPNJA BOLEZNI/ DEMOGRAFSKA SKUPINA	ODMEREK
COVID-19	Asimptomatski, blaga klinična slika	14.000 IE/dan 4 dni zapored (če prej niso jemali vitamina D oz. so ga jemali premalo), nato 2000 IE/dan ali 14.000 IE/eden
	Hospitalizirani/pacienti v enoti intenzivne terapije	Določitev serumske vrednosti 25-OH vitamina D; če vrednost <75 nmol/L nadaljevati po zgornji shemi
PREVENTIVNO ODMERJANJE	Zdravi	800-2000 IE/dan (oktober-april)
	Kronični pacienti, starejši >70 let, zdravstveni delavci	1000-2000 IE/dan ali 10.000-14.000 IE/eden (vse leto)
	Svojci obolelih v istem gospodinjstvu	1000-2000 IE/dan ali 10.000-14.000 IE/eden (vsaj 1 mesec ali oktober-april)
	Tvegani stiki s COVID-19 pozitivnimi	1000-2000 IE/dan ali 10.000-14.000 IE/eden (vsaj 1 mesec ali oktober-april)
	Nosečnice	1500-2000 IE/dan (vso nosečnost)
	Otroci	400-1000 IE/dan (0-1 leto starosti) 600-1000 IE/dan (1-18 let starosti)

Legenda: COVID-19, - Coronavirus Disease 2019; IE - mednarodne enote

5 Omejitve raziskave in uporabnost v praksi

Narejen je bil krovni sistematični pregled literature, ki je vključeval raziskave, objavljane v obdobju zadnjih treh let, ki so bile objavljene v angleškem jeziku v bazi PubMed. S tem dopuščamo možnost, da nismo vključili vseh pomembnih kliničnih raziskave, ki bi pomagale pojasniti povezavo med pomanjkanje vitamina D in potekom bolezni COVID 19.

Potrebne so nadaljnje randomizirane klinične raziskave za oceno vzročnosti povezave med pomanjkanjem vitamina D in potekom bolezni COVID-19.

V času prebolevanja bolezni COVID-19 se priporoča odmerek 2000 IE/dan, kot preventivni odmerik pred ostalimi respiratornimi okužbami pa 400-1000 IE/dan peroralno.

Literatura

- Izcovich, A., Ragusa, M.A., Tortosa, F., Lavena Marzio, M.A., Agnoletti, C. & Bengolea, A., 2020. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review. *PLoS One*, 15(11); pp. e0241955.
- Jolliffe, D.A., Greenberg, L., Hooper, R.L., Griffith, C.J., Camargo, C.A., Jr. & Kerley, C.P., 2017. Vitamin D supplementation to prevent asthma exacerbations: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Lancet Respiratory Medicine*, 5(11); pp. 881-890.
- Jolliffe, D.A., Greenberg, L., Hooper, R.L., Mathysen, C., Rafiq, R., & de Jongh, R.T., 2019. Vitamin D to prevent exacerbations of COPD: systematic review and meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. *Thorax*, 74(4); pp. 337-345.
- Jolliffe, D.A., Camargo, C.A., Sluyter, J.D., Aglipay, M., Aloia, J.F. & Ganmaa, D., 2020. *Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory infections. Systematic review and meta-analysis of aggregate data from randomised controlled trials*. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.14.20152728v1>. [Accessed 14 March 2021].
- Jovic, T.H., Ali, S.R., Ibrahim, N., Jessop, Z.M., Tarassoli, S.P., Dobbs, T.D., Holford, P., Thornton, C.A. & Whitaker, I.S., 2020. Could Vitamins Help in the Fight Against COVID-19? *Nutrients*, 12(9); pp. 2550.
- Khamis, A.H., Jaber, M., Azar, A., AlQahtani, F., Bishawi, K. & Shanably, A., 2020. Clinical and laboratory findings of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Formos Medical Association*. DOI: 10.1016/j.jfma.2020.12.003.
- Liu, N., Sun, J., Wang, X., Zhang, T., Zhao, M. & Li, H., 2021. Low vitamin D status is associated with coronavirus disease 2019 outcomes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Disease*, 104; pp. 58-64.
- Martineau, A.R., Jolliffe, D.A., Greenberg, L., Aloia, J.F., Bergman, P. & Dubnov-Raz, G., 2019. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory infections: individual participant data meta-analysis. *Health Technology Assess*, 23(2); pp.1-44.
- Munshi, R., Hussein, M.H., Toraih, E.A., Elshazli, R.M., Jardak, C., Youssef, M.R., Omar, M., Attia, A.S., Fawzy, M.S., Killackey, M., Kandil, E. & Duchesne, J., 2021. Vitamin D insufficiency as a potential culprit in critical COVID-19 patients. *Journal of Medical Virology*, 93(2); pp. 733-740.
- Pereira, M., Dantas Damascena, A., Galvão Azevedo, L.M., de Almeida Oliveira, T. & da Mota Santana, J., 2020. Vitamin D deficiency aggravates COVID-19: systematic review and meta-analysis. *Critical Review of Food Science & Nutrition*; pp.1-9.
- Pfeifer, M., Siuka, D., Praust, I. & Ihan, A., n.d. Priporočila za nadomeščanje holekalciferola (vitamina D3) v obdobjih respiratornih okužb in za nadomeščanje holekalciferola pri posameznikih s COVID-19. Available at: https://endodiab.si/wpcontent/uploads/2020/11/30.Okt-2020_PRIPOROCILA-VITAMIN-D-in-COVID-19.pdf. [Accessed 18 January 2021].
- Riva, J.J., Malik, K.M.P., Burnie, S.J., Endicott, A.R., & Busse, J.W., 2012. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *Journal of Canadian Chiropractic Association*, 56(3); pp. 167-171.
- Shi, Y., Wang, G., Cai, X.P., Deng, J.W., Zheng, L., Zhu, H.H., Zheng, M., Bo Yang, B. & Zhi, C., 2020. An overview of COVID-19. *Journal of Zhejiang University SCIENCE B*, 21(5); pp. 343-360.

- Tomažič, J., n.d. *Covid-19: kaj je dobro, da ve vsak zdravnik*. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/covid-19_tomazic_j.finito.pdf. [Accessed 20. Januar 2021].
- U.S. National Institutes of Health, National Library of Medicine, n.d. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. [Accessed 18 November 2020].
- Yisak, H., Ewunetei, A., Kefale, B., Mamuye, M., Teshome, F., Ambaw, B. & Yitbarek, Y., 2021. Effects of Vitamin D on COVID-19 Infection and Prognosis: A Systematic Review. *Risk Manag Healthc Policy*, 14; pp. 31-38.

Motivacijski intervju pri obravnavi uživalcev psihoaktivnih substanc

Motivational interviewing in the treatment of psychoactive substance users

Tim Greblo³⁸

dr. Branko Bregar³⁹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Motivacijski intervju je eden izmed najbolj učinkovitih psihoterapevtskih pristopov za zdravstveno obravnavo odvisnosti. Namen pregleda literature je raziskati uporabnost motivacijskega intervjuja za zaposlene v zdravstveni negi pri zdravstveni obravnavi odvisnosti.

Metode: Izveden je bil sistematični pregled literature. Uporabljene podatkovne baze: PubMed, Google učejak, CINAHL, Wiley Online in Springer Link. Omejitveni kriteriji: celotna dostopna vsebina znanstvenih besedil, strokovna literatura v angleškem jeziku, časovno obdobje od leta 2014 do 2019.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 19 virov, ki smo jih z omejitvami in analizo izbrali iz skupno 63301 zadetkov. Identificirali smo 91 kod, ki smo jih glede na vsebino oblikovali v 2 vsebinske kategorije. Prva so pozitivni in negativni učinki uporabe MI – učinkovita uporaba MI pri uporabnikih PAS. Zaradi kompleksnosti kod smo jo razdelili na dve podkategoriji: pozitivni in učinki za uporabnike PAS in splošni pozitivni učinki. Druga kategorija je usposabljanje za MI s pozitivnimi in negativnimi izidi – pozitivne in negativne komponente usposabljanja za MI.

Razprava: Sistematični pregled literature je pokazal, da je motivacijski intervju učinkovit pri zdravstveni obravnavi odvisnosti in zmanjševanju pogostosti neželenega vedenja uporabnikov psihoaktivnih substanc. Najpogostejše pozitivne spremembe vedenja so: večja varnost uživanja psihoaktivnih substanc, zmanjšanje odmerka psihoaktivne substance, manjša frekvenca uporabe in popolna abstinenca.

Ključne besede: psihoterapevtski pristop, odvisnost, usposabljanje, medicinske sestre

Abstract

Theoretical background: Motivational interviewing is one of the most effective psychotherapeutic approaches for addiction treatment. This systematic review aims to explore the applicability of motivational interviews for nursing employees who work in addiction treatment and to show the importance of empathy and the professional attitude of nursing staff towards the user.

Methods: Systematic literature review was conducted using the following databases: PubMed, Google Scholar, CINAHL, Wiley Online, and Springer Link. The inclusion criteria were: full content of scientific texts, professional literature in English, and search from 2014 to 2019.

Results: In the final analysis, we included 19 sources that were selected with meeting the inclusion criteria and the analysis from a total of 63,301 hits. We identified 91 codes that were formatted according to content in 2 categories. The first category is the positive and negative effects of using motivational interviews (divided into two subcategories positive effects for psychoactive substance users and general positive effects). The second category is motivational interview training – positive and negative components of motivational interview training.

Discussion: This systematic review has shown that motivational interviewing is effective in addiction treatment and in reducing the frequency of unwanted behavior of psychoactive substance users. The most common positive behavioral changes are increased safety of psychoactive substance use, reduced dose of psychoactive substance use, lower frequency of use, and complete abstinence.

Keywords: psychotherapeutic approach, addiction, nurse

³⁸ Tim Greblo, dipl. zn., Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, tim.greblo@gmail.com

³⁹ doc. dr. Branko Bregar, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, brane.bregar@gmail.com

1 Teoretična izhodišča

Cadet in sodelavci (2014) opredeljujejo odvisnost kot možgansko motnjo, katera vpliva na tiste živčne poti v možganih, ki zajemajo ter nadzirajo človeški občutek za nagrado, motivacijo in spomin. Podatki United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) iz leta 2013 kažejo, da je skoraj 250 milijonov ljudi na svetu, starih med 15 in 64 let, vsaj enkrat v tekočem letu uporabilo psihoaktivno substanco (PAS) (UNODC, 2015). To pomeni globalno prevalenco 5,2 %. Med seboj ločimo dve vrsti odvisnosti, ki ju opredeljujemo kot vedenjske ali nekemične odvisnosti in kemične odvisnosti, v katero spada odvisnost od PAS (Alavi, et al., 2012). Glavna značilnost vedenjske odvisnosti je, da se oseba ne more upreti impulzu ali skušnjavi storitve dejanja, ki ni povezano z uživanjem kemične snovi, ampak z ostalimi oblikami vedenja, katere vodijo do razvoja podobnih znakov in problemov kot pri uživanju snovi (Griffiths, 2015). Kemična odvisnost se nanaša na uživanje kemične snovi (na primer droge) in je opredeljena kot neobvladljiva obsedenost s PAS kljub dejstvu, da povzroča resne in včasih nepopravljive posledice (Detar, 2011).

Pri zdravstveni obravnavi odvisnosti od PAS je uporaba različnih psihoterapevtskih pristopov pogosta. Poznamo več psihoterapevtskih pristopov oziroma šol, ki so danes uveljavljene v psihoterapevtskem delu in se uporabljajo pri obravnavi odvisnosti. Nekatere izmed teh so: kognitivna vedenjska terapija (KVT), terapevtske skupnosti (TS) ali milieu terapija (MT) in motivacijski intervju (MI) (Weisz, et al., 2013). MI se povsod v svetu uporablja, s strani zaposlenih v zdravstveni negi, kot eden izmed najbolj uspešnih psihoterapevtskih pristopov (Martins & McNeil, 2009; Miller & Rollnick, 2012). MI je na dokazih podprta metoda interaktivno komunikativnega svetovanja, s katero poskušamo motivirati paciente, da spremenijo način vedenja in življenjski slog. Gre za pristop, ki je usmerjen k pacientu za spodbujanje spremembe vedenja s pomočjo raziskovanja in reševanja ambivalentnosti (Hall, et al., 2012; Miller & Rollnick, 2012; Nesbitt, et al., 2014; Östlund, et al., 2015; Lindson-Hawley, et al., 2015; Stoffers & Hatler, 2017). MI se uspešno uporablja pri obravnavi različnih škodljivih vedenj: odvisnost od alkohola in drog, povečani telesni teži, pomoči pri zdravljenju astme in diabetesa kot tudi pri opustitvi kajenja (Lindson-Hawley, et al., 2015). Zaposleni v zdravstveni negi pri delu z uporabniki PAS lahko s pridobitvijo kompetence v psihološki intervenciji, kot je MI, bistveno izboljšajo rezultate zdravstvene obravnave pri delu s pacienti. Prednost uporabe MI za zaposlene v zdravstveni negi je v praktični in časovni učinkovitosti izvajanja intervjuja. Zaposleni v zdravstveni negi zastavljajo le skrbno izbrana vprašanja, aktivno poslušajo paciente in jih vključijo v pogovor, kateri se osredotoča na pacientovo trenutno stanje in kje želijo biti v prihodnosti. Te tehnike lahko zaposleni v zdravstveni negi izvajajo v 5 do 10 minutnih intervalih skozi dan in jih uspešno uporabljajo med samim procesom zdravstvene nege (Droppa & Lee, 2014). Pri MI gre v prvi vrsti za pogovor glede spremembe in temelji na načelih, ki poudarjajo sodelovanje, v katerem je uporabnikom zagotovljena avtonomija in se spodbuja njihova sposobnost spremembe (Martins & McNeil, 2009; Hall, et al., 2012).

2 Empirični del

Namen sistematičnega pregleda literature je bil raziskati uporabnost MI za zaposlene v zdravstveni negi pri zdravstveni obravnavi.

Cilji so bili:

- Ugotoviti učinkovitost uporabe motivacijskega intervjuja pri delu z uporabniki PAS.
- Določiti priporočila za usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi za uporabo MI v slovenskem prostoru.

Raziskovalna vprašanja:

- Kašna je učinkovitost uporabe motivacijskega intervjuja pri delu z uporabniki PAS?
- Kakšna so priporočila za usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi za uporabo MI v slovenskem prostoru?

2.1 Metoda pregleda

Pri iskanju tuje strokovne literature smo uporabili podatkovne baze PubMed, Google Učenjak, CINAHL, Wiley Online in SpringerLink. Pri iskanju smo uporabili ključne besede v angleškem jeziku, in sicer motivational interviewing, nursing, effectiveness, efficacy, substance abuse, addiction, training, education in program. Za povezovanje ključnih besed smo uporabili oklepaje za vsebinsko povezavo in Boolova operatorja »AND« in »OR«. Pri iskanju podatkov po bazah smo uporabljali omejitvene kriterije: celotna dostopna vsebina znanstvenih besedil, strokovna literatura v angleškem jeziku, časovno obdobje pa smo zaradi aktualnosti raziskovanja omejili od leta 2014 do 2019.

2.2 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Analizo dobljenih virov smo izvedli po principu, ki velja za kvalitativno vsebinsko analizo dobljenih virov. Najprej smo vire natančno prvič prebrali in si izoblikovali določene miselne zaključke. Sledilo je drugo branje, kjer smo že označevali vsebino virov, ki je bila povezana z našo temo raziskovanja. Temu je sledil proces odprtega kodiranja. Med analizo izbranih strokovnih virov smo iskali vsebino, ki se je ujemala z našimi cilji. Ključni izbrani vsebini so bile v procesu kodiranja dodane kode podobnega pomena. Vsebinsko podobne kode smo v nadaljevanju kategorizirali (Vogrinc, 2008).

2.3 Rezultati

S pregledom podatkovnih baz in upoštevanjem omejitev, opisanih v strategiji pregleda literature, smo dobili 63301 zadetkov. Zaradi ne-relevantne vsebine naslovov pri podatkovnih bazah z veliko zadetkov smo jih 61460 izključili. Tako smo skupaj dobili 1841 naslovov, ki smo jih pregledali. Po vsebini naslovov smo si izbrali skupno 132 zadetkov za pregled povzetkov, ostalih 1709 smo izključili. Po branju povzetkov smo izključili 89 zadetkov in dobili 43 zadetkov za pregled v polnem besedilu. Po natančni analizi smo 24 zadetkov izključili in 19 zadetkov vključili v končno analizo.

V procesu kodiranja smo identificirali 91 kod, ki smo jih glede na vsebinsko povezanost združili v 2 vsebinske kategorije:

- pozitivni in negativni učinki uporabe MI – učinkovita uporaba MI pri uporabnikih PAS. Zaradi kompleksnosti kod smo jo razdelili na dve podkategoriji: pozitivni in učinki za uporabnike PAS in splošni pozitivni učinki
- usposabljanje za MI s pozitivnimi in negativnimi izidi – pozitivne in negativne komponente usposabljanja za MI

3 Razprava

Na splošno lahko zaključimo, da je MI učinkovita terapevtska tehnika, ki jo zaposleni v zdravstveni negi lahko uporabljajo pri zdravstveni obravnavi odvisnosti in mnogih drugih stanj, kjer so potrebne vedenjske spremembe. Končni izidi zdravstvene obravnave z MI (v

nadaljevanju se izraz »obravnavo z MI« nanaša na individualno ali skupinsko svetovalno delo, kjer strokovnjaki uporabljajo MI) kljub široki uporabnosti niso vedno enaki. Iz raziskav smo prepoznali tako pozitivne kot negativne učinke uporabe MI. Razlikujejo se glede na uspešnost doseganja spremembe neželenega vedenja uporabnika PAS in so pomemben pokazatelj učinkovitosti zaposlenim v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da končni izidi uporabe MI niso odvisni le od vedenja, ki ga skušamo spremeniti, temveč tudi od usposobljenosti izvajalca. Prepoznali smo pozitivne in negativne komponente usposabljanja za MI, katere pomembno vplivajo na izide izvajanja v praksi. Splošne zaključke bomo podrobneje dokazali z analiziranjem kategorij.

Raziskave (VanBuskirk & Wetherell, 2014; Bertrand, et al., 2015; Brown, et al., 2015; Navidian, et al., 2016; Aharonovich, et al., 2017; Tucker, et al., 2017; Frost, et al., 2018; Rasekh, et al., 2018) kažejo na neposredne pozitivne spremembe vedenja uporabnikov PAS, kjer so zaposleni v zdravstveni negi uporabljali večšine MI. Najpogostejše pozitivne spremembe vedenja so: večja varnost uživanja PAS, manj tvegano vedenje, zmanjšanje odmerka PAS, manjša frekvenca uporabe PAS in popolna abstinenca. MI poveča zavedanje uporabnikov glede tveganega vedenja, ki se kaže predvsem v varnem intravenoznem uživanju PAS (Bertrand, et al., 2014). Kljub temu, da je MI po originalnih avtorjih (Miller & Rollnick, 2012) namenjen predvsem individualnemu svetovanju, je njegova učinkovitost ugotovljena tudi pri skupinskem izvajanju (Tucker, et al., 2018).

Največ negativnih učinkov uporabe MI se nanaša na mladostnike. V približno 15 % primerov, kjer je po uporabi določene terapijske tehnike opažen pozitiven rezultat s spremembo vedenja, gre za placebo učinek (Bertrand, et al., 2015). MI se v praksi uporablja na vedno več strokovnih področjih, zaradi česar se zaposleni v zdravstveni negi pogosto srečujejo s prevelikim posploševanjem uporabe MI. V določenih primerih to vodi do neučinkovitih rezultatov zdravstvene obravnave (Brown, et al., 2015; Frost, et al., 2018).

Uspešnost izidov uporabe MI ni odvisna le od vrste problematičnega vedenja uporabnika PAS, ki ga skušamo popraviti, temveč tudi od usposobljenosti izvajalca. MI zaradi preprostosti usposabljanja in izvajanja v praksi lahko uvrstimo med osnovne kompetence izvajalca (Frost, et al., 2018). Pozitivne izide zdravstvene obravnave z MI je možno opaziti že po enem 15 do 20 minutnem MI, ki ga vodi izvajalec z minimalnim usposabljanjem v tehnikah MI (VanBuskirk & Wetherell, 2014).

Za uspešno oblikovanje usposabljanja je potrebno razumeti tudi ovire, ki jih raziskave (Schwalbe, et al., 2014; Fu, et al., 2015; Schoo, et al., 2015; Cook, et al., 2016; Frost, et al., 2018; Doumas, et al., 2019) ugotavljajo v učnem procesu pridobivanja veščin MI. Usposabljanja za MI niso nujno kvalitetna, saj ni postavljenih formalnih zahtev glede predhodne izobrazbe in kompetenc udeležencev za pristop k usposabljanju, zato se lahko izidi zdravljenja z MI med seboj precej razlikujejo (Frost, et al., 2018). Cook in sodelavci (2016) kljub široki uporabnosti MI ugotavljajo neenakomerno uporabo v klinični praksi. Vsaki skupini udeležencev usposabljanja za MI moramo glede na njihove strokovne potrebe in cilje prilagoditi učni program delavnic (Cook, et al., 2016).

3.1 Omejitve raziskave

V procesu raziskovanja smo se srečali z določenimi omejitvami. Na voljo je veliko literature o uporabnosti MI za zaposlene v zdravstveni negi pri delu z uživalci PAS, vendar je le ta velikokrat zastarana. Veliko kvalitetnih raziskav smo morali zaradi prešibke povezave z zaposlenimi v zdravstveni negi izključiti. Najnovejše raziskave v svetu kažejo na širjenje uporabe MI v zdravstvu, zato je ena izmed največjih omejitev pomanjkanje raziskav v slovenskem prostoru.

3.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V prihodnosti je potrebnih več longitudinalnih raziskav s področja usposabljanja študentov in zaposlenih v zdravstveni negi za MI. Na dokazih podprto znanje kaže na uporabnost MI pri različnih oblikah tveganega vedenja posameznikov. Po našem mnenju je zato nujno potrebno zagotoviti ustrezna znanja že na dodiplomskem študiju zdravstvene nege, predvsem pa spodbujati uporabo v vsakdanjem kliničnem okolju. V raziskavi smo združili najsoodobnejše dokaze s področja MI in predstavili tako pozitivne kot negativne učinke uporabe MI, kar pripomore k razumevanju uporabnosti za zaposlene v zdravstveni negi. Raziskali smo tudi področje usposabljanja za MI ter našli tako pozitivne kot negativne komponente. Na podlagi pregledane literature in zbranih najnovejših dokazov v nadaljevanju predstavljamo priporočila za usposabljanje in učenje zaposlenih v zdravstveni negi za uporabo MI.

4 Zaključek

MI je ena najučinkovitejših terapevtskih tehnik pri spreminjanju neželenega vedenja uporabnikov PAS, ki imajo do spremembe ambivalenten odnos. V zadnjih letih se MI zaradi preprostega in učinkovitega principa delovanja širi tudi na druga področja uporabe. Poznavanje temeljnih komunikacijskih načel MI lahko pomaga tudi tistim, ki ne delajo neposredno z uporabniki PAS. Pomembna je sposobnost zaposlenih v zdravstveni negi, da ustvarijo z uporabnikom terapevtski odnos, ki temelji na empatiji, kar daje uporabnikom občutek zaupanja in zelo pripomore k razvoju motivacije za spremembo. Kvalitetno usposabljanje izvajalcev za MI bistveno izboljšuje uporabo MI v praksi, s čimer dosežemo kvalitetnejšo zdravstveno oskrbo.

MI je terapevtska tehnika prihodnosti zaradi uporabnosti na različnih področjih. Primerja se lahko z ostalimi terapevtskimi tehnikami in v praksi bistveno pripomore k boljšim izidom zdravljenja. Naša raziskava lahko pripomore prihodnjim raziskavam v slovenskem prostoru pri usmerjanju in tvorjenju najsodobnejših dokazov ter novega znanja s tega področja. V prihodnosti je potrebno več pozornosti nameniti izobraževanju in usposabljanju za MI, ker je MI eden izmed novejših psihoterapevtskih pristopov, ki vstopa v slovenski prostor.

Literatura

- Aharonovich, E., Sarvet, A., Stohl, M., DesJarlais, D., Tross, S., Hurst, T., Urbina, A. & Deobrah, H., 2017. Reducing non-injection drug use in HIV primary care: A randomized trial of brief motivational interviewing, with and without HealthCall, a technology-based enhancement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74(1); pp. 71- 79.
- Alavi, S.S., Ferdosi, M., Jannatfard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H. & Setare, M., 2012. Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(4); pp. 290–294.
- Bertrand, K., Roy, É., Vaillancourt, É., Vandermeersch, J., Berbiche, D. & Boivin, J.F., 2015. Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs. *Addiction*, 110(5); pp. 832- 841.
- Brown, R.A., Abrantes, A.M., Minami, H., Prince, M.A., Bloom, E.L., Apodaca, T.R., Strong, D.R., Picotte, D.M., Monti, P.M., MacPherson, L., Matsko, S.V. & Hunt, J.I., 2015. Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59(1); pp. 20-29.
- Cadet, J.L., Bisagno, V. & Milroy, C.M., 2014. Neuropathology of substance use disorders. *Acta Neuropathologica*, 127(1); pp. 91–107.
- Cook, P.F., Mantouri, S., Aagaard, L., O'Connell, L., Corwin, M. & Gance-Cleaveland, B., 2016. Results From 10 Years of Interprofessional Training on Motivational Interviewing. *Evaluation & the Health Professions*, 40(2); pp. 159-179.

- Dropa, M. & Lee, H., 2014. Motivational interviewing: A journey to improve health. *Nursing*, 44(3); pp. 40-45.
- Doumas, D.M., Miller, R.M. & Esp, S., 2019. Continuing Education in Motivational Interviewing for Addiction Counselors: Reducing the Research-to-Practice Gap. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 40(1); pp. 36-51.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R.E., Dombrowski, S.U., Cheyne, H., Coles, E. & Pollock, A., 2018. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, 13(10); pp. 1-39.
- Fu, S.S., Roth, C., Battaglia, C.T., Nelson, D.B., Farmer, M.M., Do, T., Goldstein, M.G., Widome, R., Hagedorn, H. & Zillich, A.J., 2015. Training primary care clinicians in motivational interviewing: A comparison of two models. *Patient Education and Counseling*, 98(1); pp. 61-68.
- Griffiths, M., 2015. *A Brief Overview of Behavioral Addictions*. [online] Available at: <https://www.addiction.com/expert-blogs/brief-overview-behavioral-addictions/> [Accessed 26 August 2019].
- Griffiths, M., 2015. *A Brief Overview of Behavioral Addictions*. [online] Available at: <https://www.addiction.com/expert-blogs/brief-overview-behavioral-addictions/> [Accessed 26 August 2019].
- Hall, K., Gibbie, T. & Lubman, D.I., 2012. Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*, 41(9); pp. 660-667.
- Kastelic, A. & Kostnapfel, T., 2010. Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opiodov v Sloveniji. *Zdravstveni Vestnik*, 79(7-8); pp. 575-581.
- Lindson-Hawley, N., Thompson, T.P. & Begh, R., 2015. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(1); pp. 1-21.
- Martins, R.K. & McNeil, D.W., 2009. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29(4); pp. 283-93.
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 2012. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: The Guilford Press.
- Navidian, A., Kermansaravi, F., Tabas, E.E. & Saeedinezhad, F., 2016. Efficacy of group motivational interviewing in the degree of drug craving in the addicts under the methadone maintenance treatment (MMT) in South East of Iran. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2); pp. 144-149.
- Nesbitt, B.J., Murray, D.A. & Mensink, A.R., 2014. Teaching motivational interviewing to nurse practitioner students: A pilot study. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(3); pp. 131-135.
- Rasekh, B., Saw, Y.M., Azimi, S., Kariya, T., Yamamoto, E. & Hamajima, N., 2018. Associations of treatment completion against drug addiction with motivational interviewing and related factors in Afghanistan. *Nagoya Journal of Medical Science*, 80(3); pp. 329-340.
- Schoo, A.M., Lawn, S., Rudnik, E. & Litt, J.C., 2015. Teaching health science students foundation motivational interviewing skills: use of motivational interviewing treatment integrity and self-reflection to approach transformative learning. *BMS Medical Education*, 15(1); pp. 1-10.
- Schwalbe, C.S., Oh, H.Y. & Zweben, A., 2014. Sustaining motivational interview: a meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109(8); pp. 1287-1294.
- Stoffers, P.J. & Hatler, C., 2017. Increasing nurse confidence in patient teaching using motivational interviewing. *Journal for Nurses in Professional Development*, 33(4); pp. 189-195.
- Tucker, J.S., D'Amico, E.J., Ewing, B.A., Miles, J.N. & Pedersen, E.R., 2017. A group-based motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76(1); pp. 20-27.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2015. *World Drug Report*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Östlund, A.S., Wadensten, B., Kristofferzon, M.L. & Häggström, E., 2015. Motivational interviewing Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse education in Practice*, 15(2); pp. 111-118.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- VanBuskirk, K.A. & Wetherell, J.L., 2014. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4); pp. 768-780.
- Weisz, J.R., Ugueto, A.M., Cheron, D.M. & Herren, J., 2013. Evidence-based youth psychotherapy in the mental health ecosystem. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), pp. 274-286.
- Zelko, E., 2014. *Odvisnost od prepovedanih drog*. [pdf] Združenje zdravnikov družinske medicine. Available at: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/1301-22.pdf> [Accessed 26 August 2019].

Povezanost epidemije COVID-19 s pojavnostjo depresije in anksioznosti med zdravstvenimi delavci na primarni ravni: pilotna raziskava

The association between COVID-19 epidemic and depression and anxiety occurrence among primary healthcare workers: a pilot study

Matic Mihevc⁴⁰
dr. Marija Petek Šter⁴¹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Epidemija bolezni COVID-19 je pomembno vplivala na psihofizično stanje zdravstvenih delavcev, kar se lahko odraža kot pojav motenj razpoloženja in vpliva na slabšo oskrbo bolnikov. Za zmanjšanje njihovega vpliva na vsakdanje delo je potrebna ocena stanja, razumevanje dejavnikov tveganja in tvorba intervencij.

Metoda: V decembru 2020 je bila opravljena pilotna raziskava med zdravstvenimi delavci v Zdravstvenem domu Trebnje (n = 49) in Domu starejših občanov Trebnje (n = 33). S pomočjo strukturirane ankete smo pridobili socio-demografske podatke, ocenili prisotnost depresije in anksioznosti, ocenili mero izpostavljenosti dvaindvajsetim COVID-19 stresorjem in ocenili uporabljene strategije spoprijemanja s stresom. Depresijo smo opredelili kot vrednost ≥ 10 točk na vprašalniku o bolnikovem zdravju-9, anksioznost kot vrednost ≥ 10 točk na vprašalniku o generalizirani anksiozni motnji-7. Uporabljene strategije spoprijemanja s stresom smo ocenili s pomočjo orodja Brief COPE. Za statistično analizo smo uporabili Mann-Whitneyev U test, hi-kvadrat test in model logistične regresije.

Rezultati: Ocenjena prevalenca depresije med zdravstvenimi delavci je znašala 25,6 %, anksioznosti 17,1 %. Med zaposlenimi v domu starejših občanov smo ugotavljali pomembno višjo prevalenco depresije ($\chi^2 = 11,416$, $p = 0,001$) in anksioznosti ($\chi^2 = 6,827$, $p = 0,009$) kot med zaposlenimi v zdravstvenem domu. Napovedni dejavniki depresije so bili: stigma zaradi dela na območju z visokim tveganjem za okužbo (OR 3,05, 95 % IZ 1,24-7,52, $p = 0,015$), omejen dostop do življenjskih potrebščin (OR 2,90, 95 % IZ 1,34-6,27, $p = 0,007$), zmožnost sprejetja situacije (OR 0,22, 95% IZ 0,09-0,53, $p = 0,001$) in delovna doba 1-10 let (OR 17,55, 95 % IZ 1,84-167,50, $p = 0,013$). Napovedna dejavnika anksioznosti sta bila omejen dostop do življenjskih potrebščin (OR 3,24, 95 % IZ 1,67-6,28, $p = 0,001$) in zanikanje obstoja epidemije (OR 7,19, 95 % IZ 1,05-49,17, $p = 0,044$).

Razprava: V času raziskave so bili delavci v domu starejših občanov soočeni z visoko stopnjo obremenitve zaradi izbruha okužb med stanovalci ob sočasnem izpadu delovne sile zaradi okužb zaposlenih, kar predstavlja vzrok za opazovane razlike. Potrebna je skrb za sprotno izobraževanje zaposlenih o COVID-19, poenotenje dela, izvajanje razbremenilnih pogovorov ter ob kadrovskih zmožnostih prerazporeditev kadra na kritična žarišča.

Ključne besede: COVID-19, motnje razpoloženja, domovi starejših občanov, stigma, zanikanje

Abstract

Introduction: COVID-19 epidemic has had a profound negative impact on the mental health of healthcare workers, resulting in mood disorders and decreased quality of patient care. Early identification of risk factors and rapid interventions are needed to reduce the burden on mental health.

Methods: A structured cross-sectional survey was conducted in December 2020 among 49 primary health center workers and 33 nursing home workers. A structured survey was used to determine sociodemographic factors, presence of depression and anxiety, degree of exposure to twenty-two COVID-19 stressors, and stress coping strategies used. Depression was defined as ≥ 10 points on the Patient Health Questionnaire-9, anxiety as ≥ 10 points on the General Anxiety Disorder-7 questionnaire. Stress coping strategies were

⁴⁰ Matic Mihevc, dr. med., Zdravstveni dom Trebnje, matic.mihevc@gmail.com

⁴¹ prim. prof. dr. Marija Petek Šter, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

assessed using the Brief Coping Orientation to Problems Experienced instrument. The Mann-Whitney U test, chi-squared test, and logistic regression were used for statistical analysis.

Results: The prevalence of depression was 25.6 % and 17.1% of anxiety. A significantly higher prevalence of depression ($\chi^2=11.416$, $p=0.001$) and anxiety ($\chi^2=6.827$, $p=0.009$) was observed in a nursing home compared to primary healthcare center workers. Independent predictors of depression were stigma related to working in a high-risk area (OR 3.05, 95% CI 1.24-7.52, $p=0.015$), difficulty in assessing daily life resources (OR 2.90, 95% CI 1.34-6.27, $p=0.007$), ability to accept the situation (OR 0.22, 95% CI 0.09-0.53, $p=0.001$), and years of service 1-10 years (OR 17.55, 95% CI 1.84-167.50, $p=0.013$). Independent predictors of anxiety were difficulty in assessing daily life resources (OR 3.24, 95% CI 1.67-6.28, $p=0.001$) and the denial of the existence of epidemics (OR 7.19, 95% CI 1.05-49.17, $p=0.044$).

Discussion: Healthcare workers in the nursing home were exposed to a high workload during the survey period due to numerous infectious outbreaks among residents accompanied by staff loss due to infections among employees, which explains the observed differences. To reduce the epidemic burden, regular education of healthcare workers about COVID-19, standardization of work, implementation of talk therapy, and staff relocation to critical sites are recommended.

Keywords: COVID-19, mood disorders, nursing homes, social stigma, denial

1 Teoretična izhodišča

Izbruhi virusnih bolezni vse od leta 2000 povzročajo velike krize v javnem zdravju prebivalstva (SARS, H1N1, H7N9, MERS, EBOLA) (Salari, et al., 2020). V zadnjem letu je v ospredju epidemija bolezni COVID-19 (angl. coronavirus disease 2019), ki je močno posegla v življenje prebivalstva in organizacijo zdravstva v Sloveniji in po svetu. Pri zamejitvi epidemije ima ključno vlogo zdravstveno osebje, ki poleg povečanega tveganja za okužbo, občuti tudi psihološki distress kot posledico naporov vloženih v zamejitev epidemije (Sirois & Owens, 2020).

Psihološki distress opredeljujemo kot stanje čustvene prikrajšanosti, ki izhaja iz izpostavljenosti stresnemu dogodku in predstavlja grožnjo posameznikovemu fizičnemu in kognitivnemu stanju. Nezmožnost uspešnega spoprijemanja s stresorjem predstavlja psihološki distress, ki se lahko izrazi kot depresija, anksioznost, akutna stresna reakcija, posttravmatska stresna reakcija, izgorelost, somatizacijska motnja ali v drugi obliki (Sirois & Owens, 2020).

V razmerah pred epidemijo COVID-19 je bil psihološki distress na delovnem mestu med zdravstvenim osebjem povezan s kratkoročnimi in dolgoročnimi posledicami. Ugotavljali so povezanost s slabšo oskrbo bolnikov, oteženo komunikacijo s sodelavci, iskanjem drugega delovnega mesta, zlorabo substanc in samomorilnostjo (Sirois & Owens, 2020).

Druga teorija trdi, da je za optimalno funkcioniranje v stresnih situacijah potrebno ravnanje v notranji homeostazi. V času epidemije COVID-19 je ravnanje porušeno. Države po svetu so za zamejitev širjenja COVID-19 uvedle različne represivne ukrepe, ki posegajo v temeljno hierarhijo človekovih potreb (Maslow, 1943). Pojavili so se številni t.i. COVID-19 stresorji, ki pomembno vplivajo k stanju distressa oz. rušenju notranje homeostaze (Islam, et al., 2020; Park, et al., 2020; Rudenstine, et al., 2020). Fokus ljudi se je preusmeril v doseganje osnovnih fizioloških potreb, medtem ko je doseganje psiholoških potreb postalo drugega pomena, kar se lahko odraža v povečani razširjenosti motenj razpoloženja (Maslow, 1943; Arora, et al., 2020; Bhattacharjee & Acharya, 2020; Matias, et al., 2020; Park, et al., 2020).

V času epidemije COVID-19 beležimo porast motenj razpoloženja tako v splošni populaciji kot tudi v skupini zdravstvenih delavcev. Pred epidemijo COVID-19 je Svetovna zdravstvena organizacija (2017) poročala o 3,3 % prevalenci anksioznosti in 4,6 % prevalenci depresije na svetovni ravni. Metaanalize (Arora, et al., 2020; Batra, et al., 2020;

Krishnamoorthy, et al., 2020) v času epidemije COVID-19 so poročale o skoraj 10-kratnem porastu njune razširjenosti. Arora s sodelavci (2020) je poročala o 28 % prevalenci anksioznosti in 22 % prevalenci depresije v splošni populaciji. Medtem so metaanalize v skupini zdravstvenih delavcev poročale o podobnih prevalencah kot v splošni populaciji (Batra, et al., 2020; Krishnamoorthy, et al., 2020).

Zdravstveni delavci igrajo ključno vlogo pri obvladovanju epidemije in zdravljenju bolnikov, zato je pomembno, da razumemo dejavnike tveganja, ki pripomorejo k razvoju motenj razpoloženja in tvorimo intervencije za njihovo odpravo.

Namen pilotne raziskave je oceniti prevalenco in prepoznati dejavnike tveganja povezane z depresijo in anksioznostjo v skupini zdravstvenih delavcev ter primerjati populacijo zdravstvenih delavcev v zdravstvenem domu (ZD) in domu starejših občanov (DSO) v obdobju vrhunca drugega vala epidemije COVID-19.

2 Metode

Pilotna raziskava je bila opravljena v mesecu decembru 2020 v ZD Trebnje in DSO Trebnje. V raziskavo so bili vključeni zdravstveni delavci v obeh ustanovah. Podatke smo zbirali s pomočjo anonimne strukturirane ankete, ki je bila na voljo vsem zaposlenim. Raziskava je prejela odobritev Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (0120-510/2020/3).

2.1 Hipoteze

Pred pričetkom raziskave smo postavili 3 raziskovalne hipoteze (H).

- H1: Pojavnost depresije med zdravstvenimi delavci je višja med zaposlenimi v DSO kot med zaposlenimi v ZD.
- H2: Pojavnost anksioznosti med zdravstvenimi delavci je višja med zaposlenimi v DSO kot med zaposlenimi v ZD.
- H3: Poleg ustaljenih napovednikov depresije/anksioznosti v populaciji (ženski spol, nižja stopnja izobrazbe) so z motnjami razpoloženja v času epidemije COVID-19 povezani tudi COVID-19 stresorji in tehnike spoprijemanja s stresom.

2.2 Opis merskega instrumenta

Podatke smo pridobili s pomočjo anonimne strukturirane ankete, kjer smo spremljali socio-demografske podatke, ocenili prisotnost depresije in anksioznosti, ocenili mero izpostavljenosti dvaindvajsetim COVID-19 stresorjem in ocenili strategije spoprijemanja s stresom. Depresijo smo opredelili kot vrednost ≥ 10 točk na vprašalniku o bolnikovem zdravju-9 (angl. The Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), anksioznost kot vrednost ≥ 10 točk na vprašalniku o generalizirani anksiozni motnji-7 (angl. General Anxiety Disorder-7, GAD-7). Uporabljene strategije spoprijemanja s stresom smo ocenili s pomočjo orodja Brief COPE (angl. Coping Orientation to Problems Experienced).

Vprašalnik PHQ-9 je podlestvica, ki obsega devet simptomov depresije, kjer posameznik ocenjuje na 4-stopenjski lestvici od 0 (sploh ne) do 3 (skoraj vsak dan), koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. Vprašalnik je primeren za odkrivanje velike depresivne motnje kot tudi podprazni oblik depresivnih motenj (Spitzer, et al., 1999). Pri vrednostih 10 točk ali več ima senzitivnost 88 % ter specifičnost 85 % (Levis, et al., 2019). Notranja skladnost vprašalnika v naši raziskavi je znašala 0,85.

Vprašalnik GAD-7 je podlestvica, ki obsega sedem simptomov anksiozne motnje, kjer posameznik ocenjuje na 4-stopenjski lestvici od 0 (sploh ne) do 3 (skoraj vsak dan), koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. Pri vrednostih 10 točk ali več ima vprašalnik senzitivnost 89 % ter specifičnost 82 % (Spitzer, et al., 2006). Notranja skladnost vprašalnika v naši raziskavi je znašala 0,92.

Brief COPE je vprašalnik namenjen samooceni odziva na stresno reakcijo. Je podlestvica, ki sestoji iz 14 strategij spoprijemanja s stresom, kjer posamezniki ocenjujejo uporabo strategij od 1 (sploh nisem uporabljal) do 4 (pogosto sem uporabljal) (Carver, 1997). Avtorji poročajo o sprejemljivih merskih značilnostih, uporabljen pa je bil že v kontekstu soočanja s kroničnimi boleznimi kot sta srčno popuščanje in HIV, terorizma in skrbi za osebo s psihiatrično boleznijo (Monzani, et al., 2015). Notranja skladnost vprašalnika v naši raziskavi je znašala 0,74.

S pomočjo predhodnih raziskav smo identificirali dvaindvajset COVID-19 stresorjev, ki smo jih deloma prilagodili lokalnim razmeram (Park, et al., 2020; Rudenstine, et al., 2020). Zdravstveni delavci so ocenjevali stopnjo izpostavljenosti stresorjem na 5-stopenjski Likertovi lestvici od 1 (sploh ne) do 5 (zelo pogosto). Notranja skladnost vprašalnika v naši raziskavi je znašala 0,88.

2.3 Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 82 zdravstvenih delavcev, 49 jih je bilo zaposlenih v ZD, 33 v DSO. Večina vključenih zdravstvenih delavcev je bila ženskega spola (89 %), nekadilcev (82,9 %), z mediano delovne dobe 20 let in mediano fizične aktivnosti 3 ure tedensko. Glede na poklicno strukturo so bili v raziskavo v največji meri vključeni zdravstveni tehniki (32,9 %), diplomirane medicinske sestre oz. zdravstveniki (14,6 %), zdravniki (13,4 %) in bolničarji (12,2 %).

2.4 Opis obdelave podatkov

Analizo podatkov smo opravili s pomočjo statističnega programa IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 22. Normalnost podatkov smo preverili z normalnim kvantilnim grafom (Q-Q graf) in Shapiro-Wilkovim testom. Podatke smo prikazali kot mediano in interkvartilne razmike oz. absolutne in relativne frekvence. Za primerjavo med skupinama smo uporabili Mann-Whitneyev U test in hi-kvadrat test. Za oceno neodvisnih napovednikov depresije in anksioznosti smo uporabili model binarne logistične regresije. Notranjo skladnost vprašalnikov smo ocenili s koeficientom Cronbach alfa. Za statistično značilne rezultate smo poštevali vrednost $p < 0,05$.

3 Rezultati

Primerjava opazovanih socio-demografskih značilnosti med zdravstvenimi delavci v DSO in ZD je prikazana v Tabeli 1. Izmed 82 delavcev jih je 21 (25,6 %) izpolnilo kriterije za depresijo ter 14 (17,1 %) kriterije za anksioznost. Med zdravstvenimi delavci v DSO smo ugotavljali pomembno višjo prevalenco depresije ($p = 0,001$), anksioznosti ($p = 0,009$) in nespečnosti ($p = 0,004$), pomembno višje PHQ-9 ($p = 0,001$) in GAD-7 vsote ($p < 0,001$) ter pomembno večji delež srednješolske izobrazbe ($p < 0,001$) v primerjavi z zdravstvenimi delavci v ZD (Tabela 1).

Tabela 1: Primerjava opazovanih ključnih izidov in socio-demografskih značilnosti med zdravstvenimi delavci v domu starejših občanov in zdravstvenem domu

ZNAČILNOST	VSI (n = 82)	ZD (n = 49)	DSO (n = 33)	p
Ženski spol, n (%)	73 (89,0)	42 (85,7)	31 (93,9)	0,243
Srednješolska izobrazba*, n (%)	41 (56,9)	16 (37,2)	25 (86,2)	< 0,001
Delovna doba (leta), mediana (IQR)	20 (5,75-30,5)	24 (7-32)	12 (3-28)	0,107
Kadilci, n (%)	14 (17,1)	7 (14,3)	7 (21,2)	0,526
Fizična aktivnost/teden (h), mediana (IQR)	3 (2-6)	4 (2-6)	2 (1-6)	0,139
PHQ-9 vsota, mediana (IQR)	4 (2-10,25)	3 (1-5)	9 (3-12)	0,001
Depresija, n (%)	21 (25,6)	6 (12,2)	15 (45,5)	0,001
GAD-7 vsota, mediana (IQR)	3,5 (1-6,25)	2 (1-4)	6 (3-11)	< 0,001
Anksioznost, n (%)	14 (17,1)	4 (8,2)	10 (30,3)	0,009
Nespečnost, n (%)	15 (18,3)	4 (8,2)	11 (33,3)	0,004
Število pogostih-stalnih COVID-19 stresorjev, mediana (IQR)	3,5 (1-6,25)	3 (1-5)	5 (1-11)	0,083

*Izobrazba je bila podana v skupini 72 od 82 zdravstvenih delavcev.

Legenda: ZD=zdravstveni dom, DSO=dom starejših občanov, PHQ-9=vprašalnik o bolnikovem zdravju-9, GAD-7=vprašalnik o generalizirani anksiozni motnji-7, COVID-19=koronavirusna bolezen 19, n=število, IQR=interkvartilni razmik

Primerjava opazovanih COVID-19 stresorjev med zdravstvenimi delavci v DSO in ZD je prikazana v Tabeli 2. Med delavci v DSO smo ugotavljali pomembno višjo mero izpostavljenosti tesnobe zaradi poročanja medijev o resnosti bolezni COVID-19 ($p = 0,002$), stresnosti sprememb v dnevni ($p < 0,001$) in delovni rutini ($p = 0,013$), občutku omejitve dostopa do življenjskih potrebščin ($p = 0,003$) in občutku nezadostnih informacij o COVID-19 ($p = 0,015$) v primerjavi z delavci v ZD.

Tabela 2: Primerjava opazovanih COVID-19 stresorjev med zdravstvenimi delavci v domu starejših občanov in zdravstvenem domu

COVID-19 STRESOR	VSI (n = 82) Mediana (IQR)	ZD (n = 49) Mediana (IQR)	DSO (n = 33) Mediana (IQR)	p
Strah pred okužbo s SARS-CoV-2	2 (1-3,25)	2 (1-3)	2 (1-4)	0,152
Strah pred simptomi bolezni COVID-19	2 (1-3,25)	2 (1-3)	2 (1-4)	0,564
Strah pred okuženostjo bližnjih	3 (2-4)	3 (2-4)	4 (2-5)	0,119
Strah pred prenosom okužbe na bližnje	4 (2-4)	4 (2-4)	4 (2-5)	0,547
Tesnoba zaradi poročanja medijev o resnosti bolezni	2 (1-3)	2 (1-2)	3 (2-4)	0,002
Stigma zaradi dela na območju z visokim tveganjem za okužbo	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-3)	0,071
Stigma zaradi pripadnosti starostni skupini, ki ne upošteva ukrepov	1 (1-2)	1 (1-1)	1 (1-2)	0,595
Negotovost glede časa trajanja karantene	2 (1-3)	2 (1-2)	2 (1-3)	0,152
Sprememba dnevne rutine	2 (1-3)	1 (1-2)	3 (2-4)	< 0,001
Sprememba delovne rutine	1 (1-2)	1 (1-1)	1 (1-2)	0,013
Izobraževanje otrok na domu	1 (1-3)	1 (1-3)	1 (1-3)	0,699
Sprememba družbene rutine	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0,480

COVID-19 STRESOR	VSI (n = 82) Mediana (IQR)	ZD (n = 49) Mediana (IQR)	DSO (n = 33) Mediana (IQR)	p
Problem varstva otrok	1 (1-3)	1 (1-3)	1 (1-3)	0,625
Odpoved praznovanj in počitnic	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	0,940
Odpoved verskih obredov	1 (1-2,25)	1 (1-2)	1 (1-3)	0,829
Nezmožnost potovanja, zaprtje meja	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-5)	0,752
Daljši čas preživljanja z bližnjimi	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-3)	0,208
Iskanje pozitivnega razmišljanja v času izolacije	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,914
Strah pred izgubo službe	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	0,205
Negotovost glede državne in mednarodne ekonomije	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,980
Omejitev dostopa do življenjskih potrebščin	2 (1-3)	2 (1-2)	3 (2-4)	0,003
Nezadosten dostop do zanesljivih informacij o COVID-19	1 (1-2)	1 (1-1)	1 (1-3)	0,015

Legenda: ZD=zdravstveni dom, DSO=dom starejših občanov, n=število, IQR=interkvartilni razmik, COVID-19=koronavirusna bolezen 19

Primerjava opazovanih strategij spoprijemanja s stresom med zdravstvenimi delavci v DSO in ZD je prikazana v Tabeli 3. Med skupinama nismo ugotavljali statistično značilnih razlik v uporabljenih strategijah spoprijemanja s stresom.

Tabela 3: Primerjava uporabljenih strategij spoprijemanja s stresom med zdravstvenimi delavci v domu starejših občanov in zdravstvenem domu

STRATEGIJA SPOPRIJEMANJA S STRESOM	VSI (n = 82) Mediana (IQR)	ZD (n = 49) Mediana (IQR)	DSO (n = 33) Mediana (IQR)	p
TEHNIKE IZOGIBANJA				
Odvrnitev (preusmeritev pozornosti v druge aktivnosti)	2 (1-3)	2 (1,5-3)	2 (1-3)	0,992
Zanikanje obstoja epidemije COVID-19	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0,160
Usmerjanje na sprostitvev čustev (izražanje negativnih čustev drugim osebam)	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-3)	0,245
Vedenjska neaktivnost	2 (1-2)	2 (1-2,5)	1 (1-2)	0,199
Uporaba drog in alkohola	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0,060
Obtoževanje za nastalo stanje	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-2)	0,091
PROAKTIVNE TEHNIKE				
Aktivno spoprijemanje s situacijo	4 (3,75-4)	4 (3-4)	4 (4-4)	0,403
Načrtovanje naslednjih korakov po koncu epidemije COVID-19	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0,440
Pozitivna reinterpretacija in rast (prednosti epidemije zame)	3 (1,75-3)	3 (2-3)	3 (1-4)	0,799
Iskanje čustvene socialne opore	3 (2-4)	3 (3-4)	3 (2-4)	0,421
Iskanje instrumentalne socialne opore	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0,343
Sprejetje situacije	4 (3-4)	4 (3-4)	4 (3-4)	0,852
NEUVRŠČENO				
Humor	3,5 (3-4)	3 (3-4)	4 (3-4)	0,753
Iskanje opore v religiji	2 (1-3)	1 (3-4)	2 (3-4)	0,095

Legenda: ZD=zdravstveni dom, DSO=dom starejših občanov, n=število, IQR=interkvartilni razmik, COVID-19=koronavirusna bolezen 19

V modelu multivariatne logistične regresije so imeli zdravstvenimi delavci z eno enoto višjo mero občutka stigme zaradi dela na območju z visokim tveganjem za okužbo na 5-stopenjski Likertovi lestvici za 3,05-krat (95 % interval zaupanja 1,24-7,52) višje obete za razvoj depresije kot posamezniki z eno enoto nižjo mero občutka stigme in enakimi ostalimi spremenljivkami v modelu. Druga neodvisna napovedna dejavnika depresije sta bila občutek omejenosti dostopa do življenjskih potrebščin in delovna doba 1-10 let in se ju interpretira na enak način (Tabela 4).

Sočasno smo v modelu ugotavljali, da je bila zmožnost sprejetja situacije povezana z nižjimi obeti za razvoj depresije. Posamezniki, ki so imeli za 1 enoto višjo mero zmožnosti sprejetja situacije na 5-stopenjski Likertovi lestvici, so imeli za 0,215-krat (95 % interval zaupanja 0,09-0,53) višje obete za razvoj depresije kot posamezniki z eno enoto nižjo mero zmožnosti sprejetja situacije in enakimi ostalimi spremenljivkami v modelu (Tabela 4).

Tabela 4: Neodvisni napovedni dejavniki depresije v multivariatnem modelu logistične regresije, kontrolirano za ženski spol

NAPOVEDNI DEJAVNIK	OR	95 % IZ	p
Stigma zaradi dela na območju z visokim tveganjem za okužbo	3,05	1,24-7,52	0,015
Omejen dostop do življenjskih potrebščin	2,90	1,34-6,27	0,007
Zmožnost sprejetja situacije	0,22	0,09-0,53	0,001
Delovna doba			
1-10 let	17,55	1,84-167,50	0,013
11-20 let	8,04	0,53-121,11	0,132
21-30 let	7,45	0,67-82,73	0,102
31-40 let (referenčna kategorija)	/	/	/

Legenda: OR=razmerje obetov, 95 % IZ=95 % interval zaupanja

Neodvisna napovedna dejavnika anksioznosti sta bila omejen dostop do življenjskih potrebščin in zanikanje obstoja epidemije. Interpretira se ju enako kot v zgornjih primerih (Tabela 5).

Tabela 5: Neodvisni napovedni dejavniki anksioznosti v multivariatnem modelu logistične regresije, kontrolirano za ženski spol in delovno dobo

NAPOVEDNI DEJAVNIK	OR	95 % IZ	p
Omejen dostop do življenjskih potrebščin	3,24	1,67-6,28	0,001
Zanikanje obstoja epidemije	7,19	1,05-49,17	0,044

Legenda: OR=razmerje obetov, 95 % IZ=95 % interval zaupanja

V raziskavi smo si postavili tri hipoteze. Prvo in drugo hipotezo, da je pojavnost depresije in anksioznosti višja med zaposlenimi v DSO kot med zaposlenimi v ZD smo v raziskavi potrdili. Za testiranje tretje hipoteze smo uporabili model multivariatne logistične regresije, kjer nismo identificirali povezanosti spola oz. srednješolske izobrazbe in pojavnosti depresije/anksioznosti, smo pa modele v procesu snovanja kontrolirali za omenjena dejavnika tveganja. Potrdili smo drugi del tretje hipoteze, kjer smo identificirali nove COVID-19 stresorje in tehnike spoprijemanja s stresom, ki so povezani s povečanim tveganjem za razvoj depresije in anksioznosti med zdravstvenimi delavci.

4 Razprava

V raziskavi ugotavljamo 25,6 % prevalenco depresije in 17,1 % prevalenco anksioznosti med zdravstvenimi delavci. Batra s sodelavci (2020) je poročala o višji 34,4 % prevalenci anksioznosti in 31,8 % prevalenci depresije med zdravstvenimi delavci. Krishnamoorthy s sodelavci (2020) je poročal o nižji 26 % prevalenci tako depresije kot anksioznosti. V raziskavi ugotavljamo pomembno višjo prevalenco depresije in anksioznosti med delavci v DSO kot v ZD. Delavci v DSO so bili v času raziskave soočeni z visoko stopnjo obremenitve zaradi izbruha okužb med stanovalci ob sočasnem izpadu delovne sile zaradi okužb delavcev, kar predstavlja vzrok za opazovane razlike. Sočasno so subjektivno poročali o višji stopnji izpostavljenosti COVID-19 stresorjem, kar bolje odraža zdravstvene delavce, ki so bili vključeni v predhodne raziskave (Batra, et al., 2020; Krishnamoorthy, et al., 2020).

Stigma zaradi dela na območju z visokim tveganjem za okužbo kot napovednik depresije je bila identificirana tudi v predhodnih raziskavah (Elhadi, et al., 2020; Juan, et al., 2020; Nie, et al., 2020; Teksin, et al., 2020). Zaradi stigme so bili nekateri zdravstveni delavci prisiljeni začasno prekiniti stike z družino in prijatelji, kar vodi v občutek zavrnitve in socialno izolacijo ter predstavlja dodatno psihično breme v času epidemije (Elhadi, et al., 2020). Teksin s sodelavci (2020) je nadalje raziskal tudi dejavnike tveganja, ki so bili povezani z večjo mero občutka stigmatizacije. To so bili odsotnost izobraževanja na temo COVID-19, predhodna okužba s COVID-19 in zakasnelo testiranje zaradi anksioznosti. O vzročnosti povezave med stigmo in motnjami razpoloženja v času epidemije COVID-19 ni jasnih rezultatov. Predhodne raziskave v času izbruhov drugih virusnih bolezni so vzročnost obrazložile z vplivom na posameznikovo samopodobo, osebno zadovoljstvo in profesionalno kvaliteto življenja (stres, izgorelost, prekomerno vključevanje v delovne aktivnosti kot izhod stigmi) (Teksin, et al., 2020).

Omejen dostop do življenjskih potrebščin je bil v predhodnih raziskavah identificiran kot dejavnik tveganja tako za depresijo kot anksioznost. V primeru zdravstvenih delavcev je omejen dostop do življenjskih potrebščin umetno ustvarjena omejitev v sklopu represivnih ukrepov, medtem ko so v predhodnih raziskavah raziskovali predvsem povezavo z nižjimi dohodki in izgubo zaposlitve, ki izhajata iz pandemičnih razmer. Al Zabadi s sodelavci (2020) je v populaciji Palestincev ugotavljal, da so imeli preiskovanci s slabšim dostopom do hrane višjo mero depresije. Polsky in Gilmour (2020) sta v populaciji Kanadčanov ugotavljala, da je bil pomanjkljiv dostop do hrane povezan z višjimi obeti za anksioznost. Podobno so poročali tudi v ZDA in Mehiki (Gaitán-Rossi, et al., 2021; Wolfson, et al., 2021). V naši raziskavi je omejen dostop lahko motilec v statistični analizi ali pa anksioznost in depresija izhajata iz distresa, ki izvira iz rušenja temeljev piramide človekovih potreb (Maslow, 1943). Potrebne so nadaljnje raziskave za boljšo opredelitev tega dejavnika tveganja.

Krajša delovna doba je bila identificirana kot dejavnik tveganja v številnih predhodnih raziskavah. Cai s sodelavci (2020) je ugotavljal, da so zdravstveni delavci s krajšo delovno dobo imeli višje tveganje za motnje razpoloženja in bili slabše opremljeni s tehnikami spoprijemanja s stresom. Višje tveganje so ugotovili tudi med Avstralskimi, Turškimi in Španskimi zdravstvenimi delavci (Dobson, et al., 2020; Elbay, et al., 2020; García-Fernández, et al., 2020). Krajša delovna doba pa ni izoliran napovedni dejavnik zgolj v času epidemije COVID-19, ampak je bil identificiran tudi v času izbruha virusa SARS (Wu, et al., 2009).

Ob soočenju z novimi COVID-19 stresorji so predhodne uspešne strategije spoprijemanja s stresom ključne za preprečevanje razvoja motenj razpoloženja. V naši raziskavi ugotavljamo, da je imela zmožnost sprejetja situacije varovalni učinek pred pojavom depresije. Sočasno je uporaba tehnike zanikanja obstoja epidemije bila dejavnik tveganja za razvoj anksioznosti. Predhodne raziskave ugotavljajo, da je uporaba prilagoditvenih tehnik

oz. proaktivnih tehnik spoprijemanja s stresom zaščitni dejavnik pred razvojem anksioznosti in depresije (Babore, et al., 2020; Chen, et al., 2021; Lin, et al., 2020).

Prednost naše raziskave predstavlja vključitev zdravstvenih delavcev v DSO, ki so bili malokrat vključeni v predhodne raziskave, a so bili eni najbolj izpostavljenih in hkrati zapostavljenih zdravstvenih delavcev v času epidemije COVID-19. Sočasno so se predhodne raziskave osredotočale predvsem na zdravstvene delavce v bolnišnicah, čeprav je epidemija močno posegla tudi v delo in organizacijo primarne ravni.

Opravili smo pilotno raziskavo, kjer smo lahko opredelili zgolj povezanost, ne pa tudi vzročnost povezav. V raziskavo smo vključili skupino zdravstvenih delavcev v dveh ustanovah, a je vzorec majhen kljub dobri več kot 70% odzivnosti na ankete. Posledično so rezultati pri napovednikih manj natančni, a dobro primerljivi z rezultati raziskav na večjem vzorcu zdravstvenih delavcev.

5 Zaključek

Glede na rezultate raziskave bi bilo za izboljšanje stanja potrebno sproti izobraževanje vseh zaposlenih o COVID-19, poenotenje dela, izvajanje razbremenilnih pogovorov ali psihološke podpore preko telekonzultacij/telefonskih aplikacij ter ob kadrovskih zmožnostih prerazporeditev kadra na kritična žarišča. Potrebno bi bilo tudi dvigniti ozaveščenost o vplivu izbruha virusnih bolezni na motnje razpoloženja med zdravstvenimi delavci. Predhodne raziskave v času izbruha virusa SARS kažejo, da lahko psihološki distress traja tudi še 2-3 leta po zaključku epidemije, zato je dolgoročen učinek epidemije COVID-19 na motnje razpoloženja smiselno preveriti tudi po njenem zaključku (Sirois & Owens, 2020; Wu, et al., 2009).

6 Zahvala

Zahvaljujemo se vsem zdravstvenim delavcem, ki so sodelovali v raziskavi in vodstvu obeh ustanov, da sta omogočila raziskavo.

Literatura

- Al Zabadi, H., Alhroub, T., Yaseen, N., & Haj-Yahya, M., 2020. Assessment of Depression Severity During Coronavirus Disease 2019 Pandemic Among the Palestinian Population: A Growing Concern and an Immediate Consideration. *Frontiers Psychiatry*, 11; p. 570065.
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K. B.H., Omar, O.M., & Arnone, D., 2020. The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Health Psychology*; pp. 1-20.
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M.L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramanti, S. M., & Trumello, C., 2020. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 293; p. 113366.
- Batra, K., Singh, T.P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N., 2020. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23).
- Bhattacharjee, B., & Acharya, T., 2020. "The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA - A Review with Some Coping Strategies". *The Psychiatric quarterly*, 91(4); pp. 1135-1145.
- Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., & Li, H., 2020. A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 51; p. 102111.

- Carver, C.S., 1997. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1); 92.
- Chen, J., Liu, X., Wang, D., Jin, Y., He, M., Ma, Y., Zhao, X., Song, S., Zhang, L., Xiang, X., Yang, L., Song, J., Bai, T., & Hou, X., 2021. Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), pp. 47-55.
- Dobson, H., Malpas, C.B., Burrell, A.J.C., Gurvich, C., Chen, L., Kulkarni, J., & Winton-Brown, T., 2020. Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australasian Psychiatry*, 29(1), pp. 26-30.
- Elbay, R.Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E., 2020. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research*, 290; p. 113130.
- Elhadi, M., Msherghi, A., Elgzairi, M., Alhashimi, A., Bouhuwaish, A., Biala, M., Abuelmeda, S., Khel, S., Khaled, A., Alsoufi, A., Elmabrouk, A., Alshiteewi, F.B., Alhadi, B., Alhaddad, S., Gaffaz, R., Elmabrouk, O., Hamed, T.B., Alameen, H., Zaid, A., Elhadi, A., & Albakoush, A., 2020. Psychological status of healthcare workers during the civil war and COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*, 137; p. 110221-110221.
- Gaitán-Rossi, P., Vilar-Compte, M., Teruel, G., & Pérez-Escamilla, R., 2021. Food insecurity measurement and prevalence estimates during the COVID-19 pandemic in a repeated cross-sectional survey in Mexico. *Public health nutrition*, 24(3); pp. 412-421.
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P.D., Padilla, S., Calero-Sierra, I., Monzó-García, M., Pérez-Martín, J., & Rodríguez-Jimenez, R., 2020. Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychological Medicine*, pp. 1-3.
- Islam, M.A., Barna, S.D., Raihan, H., Khan, M.N.A., & Hossain, M.T., 2020. Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based cross-sectional survey. *PLOS ONE*, 15(8); p. e0238162.
- Juan, Y., Yuanyuan, C., Qiuxiang, Y., Cong, L., Xiaofeng, L., Yundong, Z., Jing, C., Peifeng, Q., Yan, L., Xiaoqiao, X., & Yujie, L., 2020. Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry*, 103; p. 152198.
- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G.K., & Menon, V., 2020. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293; p. 113382.
- Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B.D., 2019. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *British Medical Journal*, 365, 11476.
- Lin, J., Ren, Y.H., Gan, H.J., Chen, Y., Huang, Y.F., & You, X.M., 2020. Factors associated with resilience among non-local medical workers sent to Wuhan, China during the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*, 20(1); p. 417.
- Maslow, A.H., 1943. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4); pp. 370-396.
- Matias, T., Dominski, F.H., & Marks, D.F., 2020. Human needs in COVID-19 isolation. *Journal of Health Psychology*, 25(7); pp. 871-882.
- Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Cappelletti, E., & Pancani, L., 2015. The Situational Version of the Brief COPE: Dimensionality and Relationships With Goal-Related Variables. *Europe's journal of psychology*, 11(2); pp. 295-310.
- Nie, A., Su, X., Zhang, S., Guan, W., & Li, J., 2020. Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22); pp. 4217-4226.
- Organization, W.H., 2017. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Accessed online 15 March 2021]. Available at: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/.
- Park, C.L., Russell, B.S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J., 2020. Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8); pp. 2296-2303.
- Polsky, J.Y., & Gilmour, H., 2020. Food insecurity and mental health during the COVID-19 pandemic. *Public Health Reports*, 31(12); pp. 3-11.
- Rudenstine, S., McNeal, K., Schulder, T., Ettman, C.K., Hernandez, M., Gvozdieva, K., & Galea, S., 2020. Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic in an Urban, Low-Income Public University Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1); pp. 12-22.

- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B., 2020. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1); p. 57.
- Sirois, F.M., & Owens, J., 2020. Factors Associated With Psychological Distress in Health-Care Workers During an Infectious Disease Outbreak: A Rapid Systematic Review of the Evidence. *Frontiers Psychiatry*, 11; p. 589545.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., & Williams, J.B., 1999. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Jama*, 282(18); pp. 1737-1744.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B., 2006. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10); pp. 1092-1097.
- Teksin, G., Bas Uluyol, O., Sahmelikoglu Onur, O., Teksin, M.G., & Ozdemir, H.M., 2020. Stigma-related Factors and their Effects on Health-care Workers during COVID-19 Pandemics in Turkey: A Multicenter Study. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 54(3); pp. 281-290.
- Wolfson, J.A., Garcia, T., & Leung, C.W., 2021. Food Insecurity Is Associated with Depression, Anxiety, and Stress: Evidence from the Early Days of the COVID-19 Pandemic in the United States. *Health Equity*, 5(1); pp. 64-71.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C.J., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C.W., 2009. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5); pp. 302-311.

Prožnost zadnjih stegenskih mišic v povezavi z gibljivostjo ledvene hrbtenice v sagitalni ravnini

Hamstring flexibility in correlation with a range of motion of a lumbar spine in the sagittal plane

Blanka Koščak Tivadar⁴²

Izvleček

Teoretična izhodišča: Namen raziskave je bil preveriti korelacijo med prožnostjo stegenskih mišic in gibljivostjo ledvene hrbtenice v sagitalni ravnini.

Metoda: Po pregledu biomedicinskih podatkovnih baz (CINAHL, PEDro, PubMed, ScienceDirect, Wiley Online library, Elsevier) v februarju 2021, smo v meta analizi, med 5920 članki, upoštevali 6 člankov na podlagi iskalnih besed »test dosega sede« in »prožnost stegenskih mišic«. Vključitveni kriteriji so bili zdrava, odrasla populacija, brez poškodb, operacij, nevroloških simptomatik, zdravstvenih ali mentalnih patologij, ter raziskave v obdobju od 2005 do 2020.

Rezultati: Večina raziskav uporablja za gibljivosti ledvenega dela linearne meritve (test dosega sede) in za preverjanje skrajšanih stegenskih mišic angularne meritve (aktivni razteg kolena pri flektiranem kolku).

Razprava: Na podlagi primerjave z obstoječimi raziskavami smo zaključili, da pri preverjanju prožnosti stegenskih mišic lahko sledimo trem konceptom. Prvi koncept preverja gibljivost v sklepih kolka in kolena in uporablja angularne teste, dvig stegnjene noge v leže in test aktivne iztegnitve kolena, kjer pridobimo objektivne podatke. Testi ne diferencirajo med sklepno, mišično ali nevrnalno strukturo, hkrati merimo, izolirano posamezen sklep ob vključitvi le posameznih mišic. Drugi koncept, preverja spremembo gibljivosti v povezavi z mehkostrukturnimi strukturami, podatke pridobimo posredno z linearnimi testi. Najpogosteje je v uporabi test dosega v sede, s katerim preverjamo prožnost zadnjih stegenskih mišic in gibljivost ledvene hrbtenice. Na veljavnost rezultatov vpliva dolžina udov, položaj glave in položaj gležnjev. V tretjem konceptu preverjamo zaznavo in je predvsem subjektivne narave (npr. Slump test). V nadaljnjih raziskavah bi bilo treba določiti nabor dodatnih testov in vzpostaviti algoritem za uporabo testov, ki bi potrdili diagnozo.

Ključne besede: test dosega sede, prožnost stegenskih mišic

Abstract

Theoretical background: The purpose of the study was to examine the scientific literature examining the flexibility of thigh muscles concerning lumbar spine mobility in the sagittal plane.

Method: After reviewing biomedical databases (CINAHL, PEDro, PubMed, ScienceDirect, Wiley Online Library, and Elsevier) in February 2021, in meta-analyses among 5920 articles, we considered 6 articles. We searched for articles based on the search terms "sit and reach" in "hamstring flexibility". Inclusion criteria were healthy, adult population, without injuries, operations, neurologic symptoms, health or mental pathologies, and research between 2005 and 2020.

Results: Linear and angular measurements are mostly used in research for shortened thigh muscles. The active knee extension in the flexed hip test was most commonly used and sit and reach test for lumbar flexibility.

Discussion: According to previous research, we concluded that in evaluating the flexibility of the thigh muscles, we can follow three concepts. The first concept checks mobility in the hip and knee joints using angular tests lifting the outstretched leg into a supine position and an active knee extension test where objective data are obtained. Tests do not differentiate between joint, muscle, or neural structure. At the same time, in angular measurements, we measure an isolated individual joint with the involvement of individual muscles. Under the second concept, which verifies the change in mobility concerning soft-tissue structures, data is obtained indirectly by linear tests. In studies sit and reach test is usually used which checks the extensibility of the thigh muscles and the mobility of the lumbar spine. Its validity, however, is greatly influenced by the length of the limbs, the position of the head, and the position of the ankles. In the third concept, we check perception and it is primarily subjective (e.g. slump test). The tests should be supplemented by other tests and established algorithms for the test curriculum.

Keywords: sit and reach, tendon flexibility

⁴² Blanka Koščak Tivadar, viš. pred., mag. vzg. in men. v zdr., dipl. fiziot., Mediko, d.o.o., blanka@mediko.si

1 Teoretična izhodišča

Prožnost mišic omogoča izvedbo giba v največjem obsegu, v okviru anatomske meje, brez občutka zatezanja. Zagotavlja ekonomično gibanje, omogoča prenašanje naporov, zmanjšuje tveganje za poškodbe (Holt, et al., 2008) in degenerativne spremembe (Šarabon, 2016). Zmanjšana prožnost stegenskih strun (zadnjih stegenskih mišic) vodi v biomehanske spremembe, spremenjeno gibljivost v sosednjih sklepih predvsem v sagitalni ravnini. Posledično zmanjšani anteriorni nagib medenice in zvišana mehanska obremenitev, pozitivno korelira z nastankom bolečine v križu (Reid & Mc Nair, 2004), patologijami sakroiliakalnega sklepa (Yadav & Basista, 2020), ledveno medenično disfunkcijo (Hoskins & Pollard, 2006), patelofemoralnim sindromom (Neto, et al., 2014) ter tendinopatijami in plantarnim fasciitisom (Fatima, et al., 2017).

Stegenske strune, ki izhajajo iz sednične grče na kolčnici, so polopnasta, polkitasta mišica in dolga glava stegenske mišice. Mišice upogibajo koleno in iztegujejo kolčni sklep, pri flektiranem kolenu sodelujejo pri zunanji (dolga glava stegenske mišice) oziroma notranji rotaciji goleni (polopnasta in polkitasta mišica). Ob sočasnem dolgotrajnem sedenju (Yadav & Basista, 2020) in skrajšanih stegenskih strunah nastopi spremenjena statika ledvenega dela hrbta v smeri poravnave fiziološke lordoze.

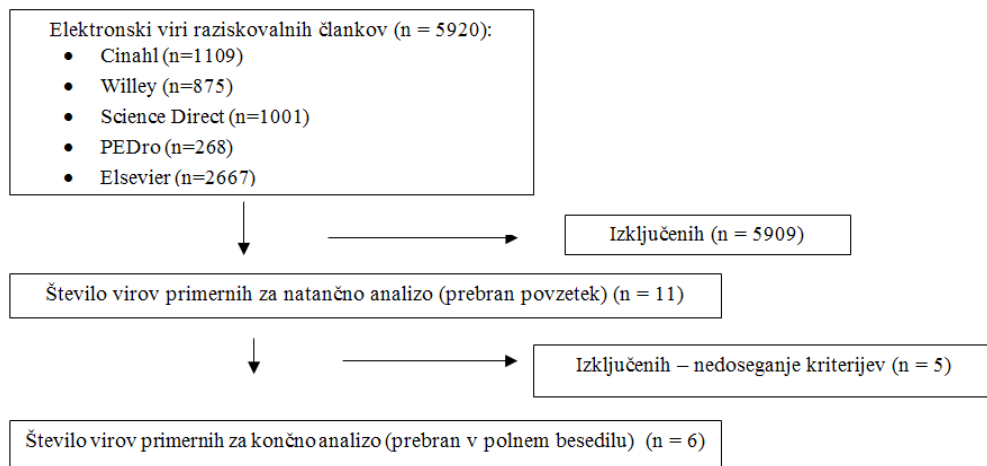
Namen meta analize je bil pregled objavljene znanstvene literature, kjer so bili uporabljeni validirani testi za ugotavljanje razteznosti stegenskih strun in gibljivosti v ledveni hrbtenici. Naš cilj je bil ugotoviti, kateri testi so najpogostejše uporabljeni. V raziskavi nas je zanimalo, kako zanesljivi so dobljeni rezultati.

2 Metode

Strokovni in znanstveni viri so bili iskani v biomedicinskih podatkovnih bazah (CINAHL, PEDro, PubMed, ScienceDirect, Wiley Online library, Elsevier) v februarju 2021. Upoštevali smo Boolov operator "IN" oziroma "AND", pri ključnih besedah smo uporabljali besedne zveze v angleškem jeziku »test dosega sede« in »prožnost stegenskih mišic«. Vključitveni kriteriji so bili zdrava, odrasla populacija, brez poškodb, operacij, nevroloških simptomatik, zdravstvenih ali mentalnih patologij. Izključili smo raziskave, kjer niso bila dostopna celotna besedila v angleščini. Kot vključitveni kriteriji smo upoštevali tudi objavljene raziskave v obdobju od 2005 do 2020.

3 Rezultati

Prizma diagram (Shema 1) prikazuje postopek pridobljenih virov. Pri pregledu literature smo v podatkovnih bazah z omejitvijo rezultatov dobili 5920 zadetkov. V polno branje smo vzeli 11 člankov, pri katerih smo prebrali povzetke ter v nadaljevanju v podrobni analizi obravnavali 6 člankov in jih prikazali shematsko (Shema 1) in tabelarično (Tabela 1). Za analizo smo uporabili princip tehnike odprtega kodiranja in oblikovali vsebinske kategorije. V drugem branju smo označili vsebinsko dele besedila, ki so bili povezani s tematiko našega raziskovanja. Pri analizi izbranih strokovnih vsebin smo poiskali vsebino, ki se je ujemala z našimi cilji, to je testi za preverjanje razteznosti stegenskih strun in gibljivosti v ledveni hrbtenici.



Shema 1: Prizma diagram

Kakovost pregleda literature smo določili skladno s hierarhijo dokazov (Polit & Beck, 2018) in literaturo razdelili skladno s stopnjo zanesljivosti od 1 do 8. Upoštevali smo raziskave po hierarhiji dokazov nivoja 2, randomiziranih kliničnih raziskav (Neto, et al., 2005; Hansberger, et al., 2019), kohortnih prospektivnih raziskav (Yadav & Basista, 2020), kohortnih retrospektivnih raziskav (Yasuda, et al., 2017; Shakya & Manandhar, 2017) oziroma presečnih raziskav (Kuilar, et al., 2005).

V Tabeli 1 smo v tabelarični prikaz vključili 6 enot objavljenih od leta 20005 do leta 2020. Prikazane so ključne ugotovitve raziskav, ki smo jih vključili v našo raziskavo. Opredelili smo podatke o avtorjih, letu objave članka, namenu, raziskovalnemu testu in vzorcu.

Tabela 1: Prikaz v meta analizi upoštevanih člankov

Avtor-ji, leto	Vzorec	Test	Namen raziskave/cilji članka	Ključne ugotovitve
Kuilar, et al., 2005	N=44 23,6	AKE in Slump test	Prevalenca in lokacija simptomov s Slump testom pri skrajšanih stegenskih strunah	Pozitiven test za nevrnalne strukture sovpada z neprijetnim občutkom raztezanja stegenskih strun.
Neto, et al., 2014	N= 102 23,8 ±3,5 let	AKE in SLR	Preverjanje veljavnosti in zanesljivosti AKE in SLR testa pri preiskovancih z zmanjšano razteznostjo stegenskih strun	Najdena zmerna do močna korelacija med AKE in SLR. Oba testa dosemeta zanesljivost merjenja.
Yasuda, et al., 2017	N= 27 21,1 ±2,8 let	AKE, linearne meritve ledvene hrbtenice, v sedečem položaju	Preverjanje uporabe meritev ukrivljenosti ledvene hrbtenice ob ekstenziji kolena z AKE testom v sedečem položaju, pri posameznikih s prekomerno napetimi stegenskimi strunami	Test zagotavlja zanesljivost in ga je mogoče uporabiti kot nadomestni test.
Shakya & Manandhar, 2017	N= 107 študentje	PaKE	Prevalenca napetosti zadnjih stegenskih mišic	Najdena zmerna pojavnost napetosti mišic. Ni povezave z bolečino v križu.

Avtor-ji, leto	Vzorec	Test	Namen raziskave/cilji članka	Ključne ugotovitve
Hansberger, et al., 2019	N= 81 23,7 ±5,9 let	AKE, SLR, FFD, VSR	Povezava 4 kliničnih testov za napetost stegenskih mišic	Najdena močna korelacija med VSR in FFD ter majhna korelacija med AKE in SLR, medtem ko ima AKE majhno korelacijo z ostalimi testi.
Yadav & Basista, 2020	N= 80 20,95 ±1,97 let	SLR AKE	Povezava v raztegljivosti stegenskih mišic v povezavi z ledveno lordozo pri posameznih, ki sedijo ≥ 6 ur dnevno	Večurno sedenje (≥ 12 ur) lahko povzroči skrajšanje stegenskih mišic, kar vodi k zmanjšanju ledvene lordoze.

Legenda: SLUMP- test raztega meningealnih ovojnic; AKE- aktivni test iztegnjenega kolena; SLR- dvig iztegnjene noge; PaKE- pasivni test iztegnjenega kolena; FFD- predklon v stoje; V test dosega v sede- VSR

4 Razprava

Razteznost stegenskih strun in gibljivost ledvene hrbtenice merimo z angularnimi in linearnimi testi.

4.1 Angularni testi

Za preverjanje prožnosti stegenskih strun je v uporabi več testov. Razpon giba v sklepih kolka in kolena merimo s kotomerom (goniometrom). Imenujemo jih tudi angularni testi.

Dvig iztegnjene noge (angl. SLR) je v uporabi za preverjanje prožnosti stegenskih strun s pomočjo meritve obsega giba v kolku ter kot diagnostično orodje za živčno korenino n. ishiadicus. Pri testu preiskovanec leži na hrbtu. Izvajamo pasivni gib dviga spodnje ekstremitete pri kolenu v polni ekstenziji, sproščenem stopalu, nevtralnem položaju v cervikalnem delu in iztegnjeni nasprotni spodnji ekstremiteti. Gib zaključimo ob nastopu mišičnega zategovanja ali nagiba medenice. Obseg izmerimo z goniometrom, pri čemer je os kotomera na velikem trohantru, negibljiv krak na srednji aksilarni liniji in gibljiv krak v smeri proti lateralnemu femoralnemu kondilu. Za normalno oceno prožnosti mora preiskovanec doseči 80 stopinj giba (Liyanage, et al., 2020). Prednost testa je izključitev aktivnosti mišic kvadriceps in upogibalk kolka (Neto, et al., 2014). Test nam omogoča pridobitev objektivnih podatkov sklepne gibljivost v sagitalni ravnini v kolku in kolenu (Kendall, et al., 2005). Aktivni test iztegnjenega kolena (angl. Active knee extension test- AKE test) preverja prožnost stegenskih strun s pomočjo meritve obsega giba v kolenu. Preiskovalni položaj preiskovanca je leže na hrbtu, z ekstenzirano netestirano ekstremiteto, stopalom v nevtralnem položaju ter fleksijo kolka 90 stopinj pri testirani ekstermiteti. Preiskovanec izvede aktivno ekstenzijo kolena do občutka močnega zatezanja (Arab & Nourbakhshb, 2014). Z goniometrom izmerimo kotne stopinje. Os kotomera je na lateralnem femoralnem kondilu, negibljiv krak je usmerjen proti velikem trohantru, gibljivi krak proti lateralnemu maleolu (Neto, et al., 2014). Test se ocenjuje kot normalen, če preiskovanec doseže 20 stopinj ekstenzije (Magee, 2002). Pri AKE testu nastopi manjši gib v medenici v sagitalni ravnini (Yasuda, et al., 2017), ne pa tudi v horizontalni ravnini (Neto, et al., 2014). Test preverja prožnost tkiv v sagitalni ravnini in predstavlja subjektivno oceno, nanj ne vpliva nevrolška simptomatika.

Oba testa kažeta ustrezno zanesljivost. Neto, et al. (2014), ugotavljajo povezljivost obeh testov, medtem ko Hansberger, et al., menijo, da je med testoma le majhna korelacija. Yadav & Basista (2020), zaznavata povezavo razteznosti stegenskih strun in ledvene

lordoze pri posameznikih, ki dolgo sedijo, saj pri njih nastopi zmanjšanje ledvene lordoze. Po mnenju Shakya & Manandhar (2017) pa napetost stegenskih strun ne vpliva na pojavnost bolečine v križu. V klinične namene je v uporabi aktivni ali pasivni test (Neto, et al., 2014), vendar testa ne razlikujeta med mišičnim in nevralnim tkivom, zato je smiselno v kliničnem pregledu za diferenciacijo dopolniti z nevrološkim testom (npr. Slump), (Kuilar, 2005), predvsem pri SLR testu.

- **Test raztega meningealnih ovojníc** (angl. Slump test) se izvaja 6-stopenjsko. (1) Preiskovanec sedi s pokrčenimi koleno in neprekrizanimi stopali na podlagi; (2) zavzame slump položaj s pogledom naprej; (3) flektira cervikalno hrbtenico; (4) ekstendira desno koleno; (5) izvede dorzalno fleksijo in ekstenzijo prstov, zadrži položaj in opredeli lokacijo simptomov (cervikalni, torakalni, lumbalni del, zadnjica, posteriorni del stegna, koleno, meča); (6) izvede ekstenzijo cervikalne hrbtenice in pogleda proti stropu. Preverimo, ali simptomi ob tem izzvenijo. Test je pozitiven, kadar simptomi pri ekstenziji v cervikalnem delu izzvenijo. V primeru negativnega testa (simptomi ostanejo), je vzrok v prenapetih stegenskih strunah (Kuilar, et al., 2005).

4.2 Linearni testi

Pri linearnih testih preverjamo spremembo gibljivosti (dolžinske razdalje) v povezavi z mehko tkivnimi strukturami.

- **Ledvena lordoza–ledveno lordotični kot**, merimo po formuli $4 \times (\arctan(2 \times \frac{\text{višina krivine}}{\text{dolžina krivine}}))$ pri čemer se ocenjuje za normalne vrednosti med 20 in 45 stopinj (Lin, et al., 1992). Ledveno krivino je mogoče meriti s pomočjo gibljivega merila med trnastima izrastkoma L1 do S1 (Arab & Nourkakhsh, 2014).
- **Aktivni test iztegnjenega kolena v sedečem položaju**. Merjenje ledveno medenične krivine (1) pri polni ekstenziji in (2) pri 10 stopinj fleksije v kolenu. Pozitivne vrednosti kažejo na ledveno kifozo, negativne vrednosti na ledveno lordozo. Test dosega visoko zanesljivost pri posameznem preiskovalcu (.86-.99) in srednjo zanesljivost med preiskovalci (.76-.79) (Hansberg, et al., 2019).
- **Test dosega v sede** (angl. Sit and reach test - SRT) je med najpogostejše uporabljene teste. Preverja gibljivost celega telesa in je močno odvisen od razmerja dolžin zgornje in spodnje ekstremitete, položaja stopal in glave (Mayorga, et al., 2014). Izvaja se v več različicah. Pri klasičnem testu dosega sede, preiskovanec sedi na tleh in z rokami poskusi doseči največjo razdaljo na merilnem zaboju (Baltaci, et al., 2003). Da bi se izognili razliki dolžin spodnjih in zgornjih ekstremitet preiskovanci izvajajo modificiran test pri čemer sedijo ob steni, s kolki v fleksiji 90 stopinj (Hoger, et al., 1990). Test lahko izvedemo tudi brez zaboja, z nogami v položaju V (imenovan tudi VSR), 30 cm narazen. Teste izvajamo brez fleksije kolen in zibanja (Hansberg, et al., 2019). Z namenom zmanjšanja pritiska na medvretenčni disk izvajamo test pri pokrčenem kolenu sede (López-Miñarro, et al., 2008) na tleh ali na stolu (Hui & Yuen, 2000). Prednost slednjih dveh je možnost preverjanja stegenskih strun posamezne ekstremitete.
- **Predklon v stoječem položaju** (angl. Finger to floor distance-FFD) meri razteznost stegenskih strun med aktivnim gibom. Preiskovanci stojijo s stopali skupaj na dvignjeni podlagi 20 cm od tal in naredijo predklon do občutja neugodja. Test dosega visoko zanesljivost pri posameznem preiskovalcu in med preiskovalci (.99) (Hansberg, et al., 2019).

Linearne meritve je mogoče izvajati v različnih inačicah, ki med seboj kažejo močno korelacijo (Hansberger, et. al., 2019). Posamezne variacije testov lahko služijo kot nadomestni testi pri posameznikih s prekomerno napetimi stegenskimi strunami (Yasuda, et. al., 2017).

Angularni test preverjajo predvsem sklepno gibljivost, vendar ne izključujejo vpliva mehkih tkiv in nevralnih struktur. Linearni testi preverjajo mehko tkivno prožnost, rezultati so subjektivno pogojeni, nanje vplivata dolžina udov, položaj glave in gležnjevi. Največja težava je v dejstvu, da testi niso standardizirani, zaradi česar obstaja veliko in različnih rezultatov med raziskavami težje primerljivi. Posamezne raziskave, zato kažejo veliko povezanost, medtem ko druge te povezanosti ne zaznavajo. Čeprav so linearni testi bolj zanesljivi za preverjanje razteznosti stegenskih strun in so angularni testi primerna alternativa (Mayorga-Vega, et al., 2014), je treba vključiti tudi teste za nevralne strukture. Ob tem je potrebno zavedanje, da testi odražajo le predvidevanje in ne neposrednega merjenja razteznosti.

Ugotavljanje korelacije med slabšo prožnostjo stegenskih strun in gibljivostjo ledvene hrbtenice je več dimenzionalna. Kljub preverjanju pasivnega in aktivnega dela lokomotorne aparata in nevralnih struktur povezanosti ne moremo posploševati na splošno populacijo. Potrebno je dopolnjevanje različnih testov ter algoritem, ki bo določal uporabo posameznega testa.

Literatura

- Arab, A.M. & Nourbakhsh, M.R., 2014. Hamstring muscle length and lumbar lordosis in subject with different lifestyle and work setting: Comparison between individuals with and without chronic low back pain. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 27(1), pp. 63-70.
- Baltaci, G., Un, H., Tunay, V., Besler, A. & Gerceker, S., 2003. Comparison of three different sit and reach tests for measurement of hamstring flexibility in female university students. *British Journal of sport Medicine*, 37(1); pp. 59-61.
- Fatima, G., Qamar, M.M., Hassan, J.U. & Basharat, A., 2017. Extended sitting can cause hamstring tightness. *Saudi journal of sport medicine*, 17(2); pp. 110.
- Hansberger, B.L., Loutsch, R., Hancock, C., Bonser, R., Zeigel, A. & Baker, R.T., 2019. Evaluating the relationship between clinical assessments of apparent hamstring tightness: a correlation analysis. *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 14(2); pp. 253-263.
- Hoger W.W., Hopkins, D.R., Button, S. & Palmer, T.A., 1990. Comparing the sit and reach with the modified sit and reach in measuring flexibility in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 2(2); pp. 156-162.
- Holt, L.E. Pelham, T.E. & Holt, J., 2008. *Flexibility: A Concise guide: to conditioning, performance, injury prevention, and rehabilitation*. Springer Science & Business Media.
- Hoskins, W. & Pollard, H.P., 2006. The effect of sports chiropractic on the primary prevention of hamstring injuries: A randomised trial. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 9(37); pp. 37-37.
- Hui, S.S.C. & Yuen P.Y., 2000. Validity of the modified back-saver sit and reach test: a comparison with other protocols. *Medicine and science in sports and exercise*, 32(9); pp. 1655-1659.
- Kendall, F.P., McCreary E.K., Provance, P.O.G., Rodgers, M.M. & Romani, W.A., 2005. *Muscles: testing and function with posture and pain*, 5th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kuilar, K.E., Woollam, M., Barling, E. & Lucas, N., 2005. The active knee extension test and Slump test in subjects with perceived hamstring tightness. *International Journal of Osteopathic Medicine* 8(3); pp. 89-97.
- Liyanage, E., Krasilshchikov, O., Anuarhashim, H., & Jawis, N., 2020. Prevalence of hamstring tightness and hamstring flexibility of 9-11 years old children of different obesity and physical levels in Malaysia and Sri Lanka. *Journal of physical education and sports* 20(1); pp. 338-343.
- López-Miñarro P.A., Sáinz De Baranda P., Rodríguez-García P.L. & Yuste J.L., 2008. Comparison between sit and reach test and V sit and reach test in young adults. *Gazzetta Medica Italiana* 167(4); pp. 135-142.
- Magee, D.J., 2001. *Orthopedic Physical Assessment*. Philadelphia: Saunders.
- Mayorga-Vega, D. Merino-Marban, R. & Viciano, J., 2014. Criterion-related validity of Sit-and-reach tests for estimating hamstring and lumbar extensibility: a meta-analysis. *Journal of Sports Science & Medicine* 13(1); pp. 01-14.

- Neto, T., Carota, A.I., Jacobsohn, L. & Oliveira, R., 2014. Reliability of the active knee extension test and the straight leg raise test in subjects with flexibility deficits. *Journal of Sports Rehabilitation*, 24(4).
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2014. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins.
- Reid, D.A. & Mc Nair, P.J., 2004. Passive Force Angle, and Stiffness Changes after Stretching of Hamstring Muscles. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 36(11); pp. 1997-1948.
- Shakya, N.R. & Manandhar, S., 2018. Prevalence of Hamstring muscle tightness among undergraduate physiotherapy students of Nepal using Passive Knee Extension Angle test. *International Journal of Scientific and research Publications*, 8(1); pp. 182-187.
- Šarabon, N., 2016. Didaktični in metodični vidiki športa mladih-Vadba gibljivosti. In: B. Škof, eds. *Šport po meri otrok in mladostnikov-2. dopolnjena izdaja* (str. 537-549). Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Yadav, R. & Basista, R., 2020. Effect of prolonged sitting on hamstring muscle flexibility and lumbar lordosis in collegiate student. *International Journal of Health Science and Research*, 10(9); pp. 280-289.
- Yasuda, M., Nishimoto, K., Hori, M., Noguchi, T. & Takasaki, H., 2017. The effect of Active knee Extension in Sitting on lumbopelvic curvature in individuals with clinically tight hamstring muscles: A cross-sectional reliability study. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 5(4); pp. 139-147.

Uporaba kontracepcijskih metod med študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

Use of Contraceptive Methods among Students of the Faculty of Health Care of Angela Boškin

Emrije Misimi Idrizi⁴³

Anita Prelec⁴⁴

Izvleček

Teoretična izhodišča: Idealna kontracepcija je učinkovita, enostavna, ekonomična, varna, povratna in sprejemljiva za par. Namen raziskave je izvedeti, kakšne kontracepcijske metode uporabljajo študenti zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin ter ugotoviti, ali študenti redno uporabljajo kontracepcijsko zaščito.

Metoda: V teoretičnem delu je bila uporabljena metoda pregleda slovenske in tuje strokovne literature, v empiričnem delu pa je bila izvedena kvantitativna raziskava z vprašalnikom, ki je bil poslan med študente. Vprašalnik je bil poslan 250 študentom zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin v vseh treh letnikih rednega in izrednega študija. Analiza je bila izvedena s pomočjo statistične analize s pomočjo programa SPSS verzija 20.0.

Rezultati: Večina anketirancev, in sicer 57 %, uporablja barierno kontracepcijo. Sledi oralna hormonska kontracepcija, ki jo uporablja kar polovica vprašanih. Iz rezultatov je razvidno, da anketiranci uporabljajo različne vrste kontracepcije.

Razprava: V večini držav je povprečna starost prvega spolnega odnosa 17 let. Do petnajstega leta je imelo spolne odnose približno 15 % žensk, pri 18 letih okoli 60 %, pri 20 letih pa približno 80 %. Vendar se pogostost splavov in porodov zelo razlikuje, kar kaže na razlike v uporabi kontracepcije. V naši raziskavi smo ugotovili, da je imela več kot polovica anketirancev spolni odnos med 16. in 19. letom. Do 19. leta pa je imelo spolni odnos 82 % zajetih v raziskavo, kar je podobno, kot je povprečje v večini evropskih držav. Med državami obstajajo znatne razlike v vrstah kontracepcijskih metod, ki jih uporabljajo mladostniki, od tradicionalnih metod do dolgotrajnih reverzibilnih metod.

Ključne besede: spolnost, spolno zdravje, kontracepcija

Abstract

Introduction: Ideal contraception is effective, simple, economical, safe, reversible, and acceptable to both partners. This study aims to find out which contraceptive methods are most commonly used by students of nursing care at the Angela Boškin Faculty Health Care and whether students regularly use contraceptive protection.

Methods: In the theoretical part, the method of the literature review was used. For the research part, the method of quantitative research was used with a survey conducted among students. The questionnaire was distributed among 213 nursing students of the Angela Boškin Faculty of Health Care over all three years of full-time and part-time courses. The analysis was performed by statistical analysis using SPSS Version 20.0.

Results: The majority of the respondents (57%) use barrier contraception in the form of a condom or diaphragm. This is followed by oral hormonal contraception which is still used by half of the respondents. The results show that respondents use different types of contraception.

Discussion: In most countries, the average age for first sexual intercourse is 17 years. By the age of fifteen, about 15% of women have had sex, by the age of 18 about 60%, and by the age of 20 about 80%. However, the incidence of abortions and births varies widely indicating the differences in contraceptive use. In our study, we found that more than half of the respondents had sexual intercourse between the ages of 16 and 19. However, by the age of 19, 82% of respondents had had sex, which is in line with the average for most European

⁴³ Emrije Misimi Idrizi, dipl. m. s., misimiemrije@gmail.com

⁴⁴ Anita Prelec, dipl. m. s., MSc (UK), Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

countries. There are significant differences between countries in the types of contraceptive methods used by young people.

Keywords: *sexuality, sexual life, contraception*

1 Teoretična izhodišča

Človek je spolno bitje in to od rojstva do smrti (Hafner, 2011). Spolno zdravje je temeljno za fizično in čustveno zdravje ter dobro počutje posameznikov, parov, družin ter socialnega in gospodarskega razvoja skupnosti in držav. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (SZO, 2010) je spolno vedenje opredelila kot stanje fizične, čustvene, duševne in socialne blaginje v zvezi s spolnostjo in ne le kot odsotnost bolezni, pomanjkljivosti ali hibe. Za spolno zdravje je potreben pozitiven in spoštljiv pristop do spolnosti in spolnih odnosov ter možnost varnih spolnih izkušenj brez prisile, diskriminacije in nasilja. Poznamo več vrst kontracepcije, razlikujejo se po načinu učinkovanja ter po obliki uporabe (SZO, 2006).

Mladi pogosto vstopajo v svet spolnosti zelo zgodaj in z zelo malo predznanja o spolnih odnosih ter o posledicah, ki jih lahko prinašajo (Hafner, 2011). Tvegano spolno vedenje med mladostniki je zelo resen problem javnega zdravja zaradi tveganja spolno prenosljivih bolezni (SPB) in nenačrtovane nosečnosti (Hellwig, 2016). Pivač in Kalender Smajlovič (2018) v svojem delu predlagata, da je treba spolno vzgojo upoštevati kot del splošnega izobraževanja. Kljub temu pa se moramo zavedati, da je pogovor o spolnosti v številnih družinah še vedno tabu tema, zato je zelo pomembno spolno vzgojo vključiti v formalno izobraževanje. Za razvoj in izoblikovanje osebne identitete ter vrednot, ki se oblikujejo, in sposobnosti soočanja s težavami, je obdobje mladostništva zelo pomembno (Žalar, et al., 2013).

Spolno vedenje mladostnikov je zapleten proces, na katerega vplivajo biološki, duševni in socialni dejavniki ter tudi spolne želje, čustveni naboj, pritisk medijev, dostop do informacij ter komunikacija v družini (Hafner, 2011). Obdobje adolescence je čas, ko odkrivajo in oblikujejo svojo spolno identiteto ter razvijejo željo po eksperimentiranju s spolnostjo (Fortenberry, 2013). Na žalost pa raziskave, ki so izvedene med srednješolci, povedo, da so vsebine o spolnosti in spolnem vedenju v slovenskih srednjih šolah dokaj neenotne in nepopolne (Žalar & Leskovšek, 2013).

Po podatkih NIJZ (2018) se je v Sloveniji na splošno povečal delež mladostnikov (do 19 let), ki uporabljajo kontracepcijo, porasla je tudi uporaba zanesljivih metod kontracepcije. Največji porast je bil zabeležen pri uporabnicah kontracepcijskih tablet, saj je le ta v zadnjih 15 letih pri mladostnicah porasla za trikrat. Mladostnice v Sloveniji predstavljajo manj kot 2 % porodnic, kar nas trenutno uvršča med države z najnižjo stopnjo rodnosti pri mladostnicah v Evropi. V istem časovnem obdobju je pomembno tudi upadlo število dovoljenih splavov mladostnic. V Sloveniji še vedno beležimo premalo uporabe kondoma oziroma dvojne zaščite (hormonska kontracepcija in kondom sočasno), ki varuje tudi pred številnimi SPB.

Kontracepcija je zelo pomembna tudi z vidika preprečevanja SPB. Spolno prenesene klamidijske okužbe so najpogostejše bakterijske SPB v Sloveniji (NIJZ, 2018). Uporaba kondomov ščiti pred številnimi SPB, tudi s človeškimi papilomavirusi, ki so povezani z nastankom raka materničnega vratu. Ugotovitve raziskav sporočajo, da je preventivno vedenje posameznikov glede uporabe kontracepcije uspešno v boju s SPB (Pinter, 2019).

Glede uporabe kontracepcije vemo, da se med zdravimi ženskami in moškimi posamezne prednostne naloge razlikujejo, odločanje v skladu z osebni prednostnimi nalogami pa lahko prispeva k zadovoljstvu in nadaljevanju izbrane metode kontracepcije. Vendar je malo znano, kateri dejavniki so pomembni pri izbiri kontracepcijske metode (Mody, et al., 2020). Zadovoljstvo z uporabljenjo kontracepcijo je pomemben razlog, zakaj ženske

uvadejo, spremenijo ali ukinejo kontracepcijske metode. Skoraj polovica žensk v Združenih državah Amerike poroča, da so zaradi nezadovoljstva opustile določeno kontracepcijsko metodo in izbrale drugo. Zadovoljstvo s kontracepcijo je lahko pomemben rezultat, ne samo zaradi povezave z uporabo kontracepcije, temveč tudi kot pomemben končni rezultat zadovoljstva s spolnostjo. Zlasti je to pomembno za mladostnike in mlade ženske, ki jih je mogoče posebej spodbuditi k dolgotrajni reverzibilni kontracepciji in katerih zgodnje z reproduktivnim zdravjem lahko vplivajo na dolgoročno uporabo kontracepcije in na ta način pomaga izboljšati tako kratkoročni kot dolgoročni rezultati reproduktivnega zdravja (Walker, et al., 2019).

Namen raziskave je bil oceniti spolno vedenje študentov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZAB), uporabo kontracepcijskih sredstev in redno uporabo le-te med spolnimi odnosi. Cilji diplomskega dela so: ugotoviti najpogostejše kontracepcijske metode pri študentih zdravstvene nege FZAB ter njihovo uporabo med spolnim odnosom. Na podlagi zastavljenih ciljev smo opredelili naslednje hipoteze:

- H1: Obstajajo statistično značilne razlike pri uporabi kontracepcijskih sredstev glede na spol.
- H2: Poročene osebe in tiste v zunajzakonski skupnosti bolj zaupajo kontracepcijskim sredstvom kot samske osebe.
- H3: Poročeni in tisti v zunajzakonski skupnosti svoje spolno življenje ocenjujejo kot bolj varno od tistih, ki so samski in ostali.
- H4: Obstaja negativna korelacija med subjektivno oceno znanja o kontracepcijskih sredstvih in pogostostjo pozabe jemanja kontracepcije.

2 Metode

V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili raziskovalni dizajn pregleda slovenske in tuje strokovne FZAB. Uporabili smo mednarodne bibliografske baze podatkov Cinahl, Medline, PubMed, ProQuest ter Google učenjak in Obzornik zdravstvene nege. Iskanje je potekalo s ključnimi besedami v slovenskem jeziku: kontracepcija, spolnost, kontracepcijska zaščita, spolno vedenje mladih, v angleškem jeziku pa: contraceptives, sexuality, contraceptive protection, sexual behaviour of young people, oral contraceptive use. Omejili smo se na članke od leta 2006 do leta 2020, zaradi relevantnosti nekaterih znanstvenih virov.

V raziskovalnem delu smo izvedli kvantitativno raziskavo, in sicer z vprašalnikom na temo Uporaba kontracepcijskih metod med študenti zdravstvene nege FZAB, med marcem in junijem 2020. Navodila za reševanje ankete so bila napisana v anketnem vprašalniku. Povabilo je bilo posredovano študentom po e-pošti s povezavo na anketo <https://www.1ka.si/a/256177>. Vprašalnik je bil poslan 250 študentom zdravstvene nege FZAB v vseh treh letnikih rednega in izrednega študija. Na vprašalnik se odgovorilo 213 študentov. Vprašalnik je bil sestavljen iz 21 vprašanj, ki so se delili na štiri sklope odprtega in zaprtega tipa vprašanj. Koeficient Cronbach alfa pri vseh treh sklopih je presegal vrednost 0,955, kar predstavlja odlična zanesljivost (Cencič, 2009). Zagotovljena je bila anonimnost anketirancev in možnost, da lahko v kateremkoli trenutku odstopijo od raziskave.

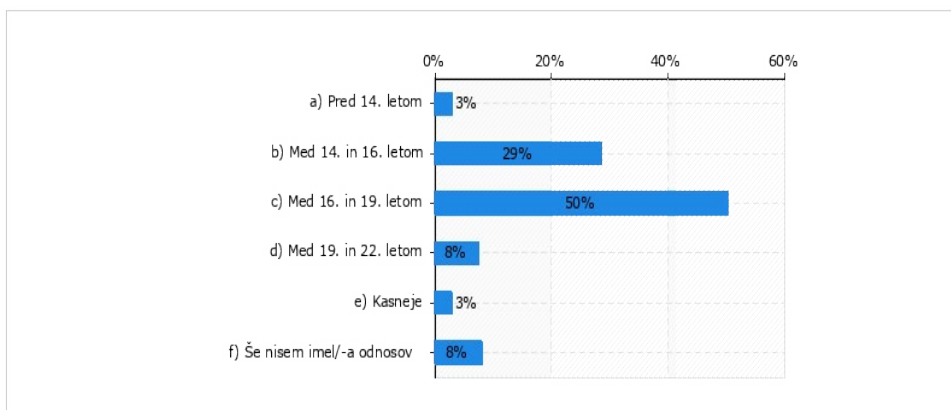
V raziskavi so sodelovali študentje vseh starostnih skupin. Na vprašalnik je odgovorilo 213 anketirancev, 179 žensk in 34 moških, od tega je bilo 150 oseb iz rednega, 63 pa iz izrednega študija. Največ (82) je bilo študentov prvega letnika, najmanj pa je bilo absolventov, in sicer 8. Povprečna starost študentov je bila 23,61 leta. 31,9 % jih je odgovorilo, da so samski. 107 oziroma 50,2 % jih je odgovorilo, da je imelo prvi spolni odnos med 16. in

19. letom starosti. Večina anketirancev je samskih (31,9 %), 29 % jih živi v zunajzakonski skupnosti, 8 % pa je poročenih.

Rezultate smo ustrezno pregledali in prikazali s tabelami s pomočjo računalniških programov Microsoft Word 2007 in 1KA. Za potrditev hipotez smo uporabili programa SPSS (Statistical Package For Social Sciences) verzija 20.0. Uporabili smo metode opisne statistike, statistično pomembne razlike smo ugotavljali s t-testom za dva neodvisna vzorca. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

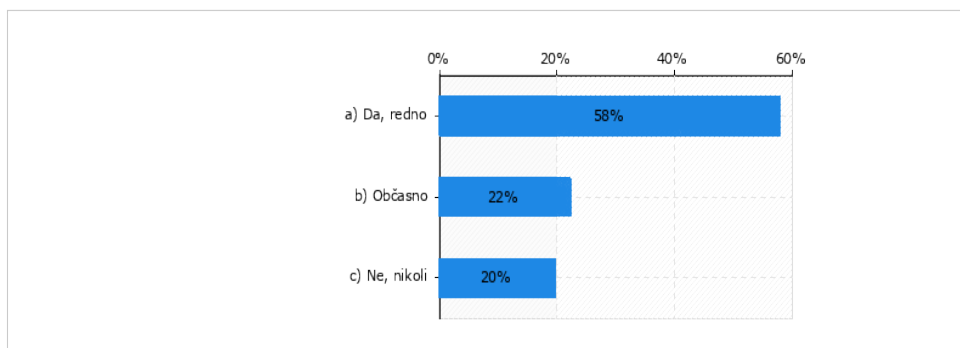
3 Rezultati

Podatki o tem, kdaj so imeli anketiranci prvi spolni odnos, so prikazani v Sliki 1. Kot je razvidno, je imelo največ anketirancev (50 %) prvi spolni odnos med 16. in 19. letom.



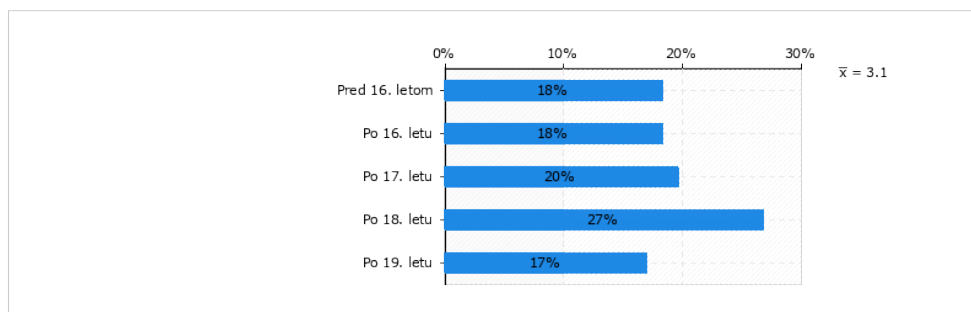
Slika 1: Starost anketirancev pri prvem spolnem odnosu (n=213)

Redno uporablja kontracepcijo 58 % anketiranih, 20 % jih kontracepcije ne uporablja, kar je razvidno tudi iz Slike 2.



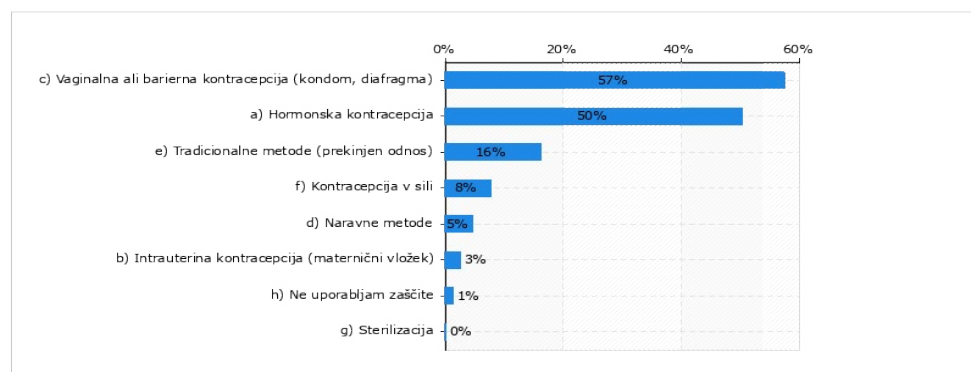
Slika 2: Uporaba kontracepcije med anketiranci (n=213)

Starost anketirancev ob začetku uporabe kontracepcije je prikazana v Sliki 3.



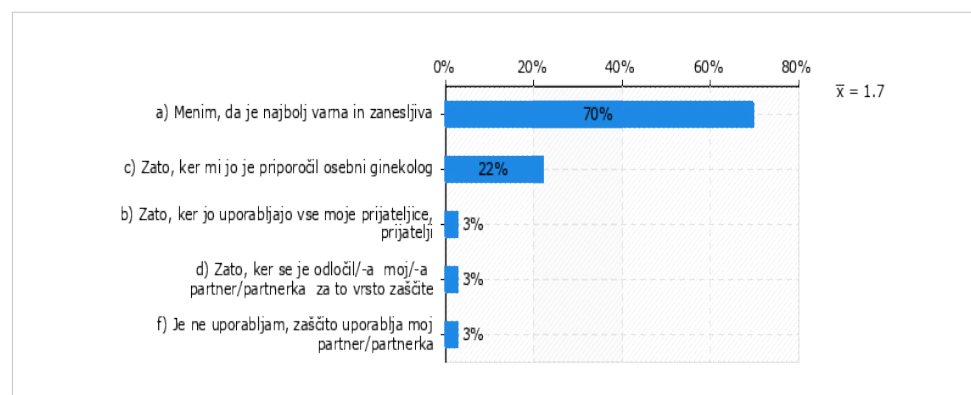
Slika 3: Starost anketirancev ob prvi uporabi kontracepcije (n=213)

Največ, kar 57 % anketirancev, uporablja vaginalno ali barierno kontracepcijo, polovica pa jih uporablja hormonsko kontracepcijo. Rezultati so prikazani v Sliki 4.



Slika 4: Vrsta uporabljene kontracepcije med anketiranci (n=213)

Med razlogi za izbiro uporabljene kontracepcije, se je večina za le-to odločila, ker menijo, da je varna in zanesljiva. Rezultati so prikazani v Sliki 5.



Slika 5: Razlog za izbiro kontracepcije med anketiranci (n=213)

4 Razprava

Na podlagi rezultatov raziskave ne moremo trditi, da obstajajo statistično značilne razlike uporabe kontracepcije med spoloma. Ugotovili smo, da poročene osebe in tiste v zunajzakonski skupnosti bolj zaupajo kontracepcijskim sredstvom kot samske osebe. Večina anketirancev uporablja vaginalno ali barierno kontracepcijo. Poročeni in tisti v zunajzakonski skupnosti svoje spolno življenje ocenjujejo kot bolj varno, od tistih ki so samski. V raziskavi smo dobili podobne rezultate, kot so jih pridobile druge države. Do 15. leta je imelo spolne odnose približno 15 % žensk, pri 18 letih približno 60 %, pri 20 letih pa približno 80 %. Vendar se pogostost splavov in porodov med državami zelo razlikuje, kar kaže na razlike v uporabi kontracepcije. Nadaljnje posledice neuporabe kontracepcije so v številnih državah v razvoju veliko hujše (Apter, 2018). V naši raziskavi smo ugotovili, da je imelo več kot polovica anketirancev spolni odnos med 16. in 19. letom. Do 19. leta pa je imelo spolni odnos večina zajetih v raziskavo, kar je podobno, kot je povprečje v večini evropskih držav. Kontracepcijska metoda, uporabljena pri spolnem odnosu na Finskem, je kondom. S starostjo in vstopanjem v stabilnejšo zvezo mladostniki preidejo na hormonske metode, v glavnem so to kombinirani peroralni kontraceptivi. Dvojna kontracepcija, kondom za zaščito pred SPB in hormonsko kontracepcijo, se priporoča za boljšo zaščito pred nosečnostjo, vendar se v veliki meri ne uporablja, tudi ne med našimi anketiranci. Trenutno se močno priporočajo dolgotrajno delujoče reverzibilne metode, vendar odstotek mladostnikov, ki jo uporabljajo, ostaja precej nizek (Apter, 2018). Tudi v naši raziskavi je razvidno, da večina anketirancev uporablja barierno kontracepcijo v obliki kondoma ali diafragme. Sledi oralna hormonska kontracepcija (OHKC), ki jo uporablja kar polovica vprašanih. Iz rezultatov je razvidno, da anketiranci uporabljajo različne vrste kontracepcije, nekateri pa uporabljajo hkrati več vrst. Dolgotrajna reverzibilna kontracepcija, zlasti različni maternični vsadki, ponuja neverjetno priložnost za zmanjšanje nenamernih nosečnosti pri mladostnicah, saj je zelo učinkovita tudi pri običajni uporabi. Vendar pa mladostniki, ki uporabljajo to vrsto kontracepcije, manj verjetno uporabljajo kondome za preprečevanje SPB v primerjavi z uporabniki enkratnih učinkovitih kontracepcijskih metod (Steiner, et al., 2016). Raziskava Steinerja s sodelavci (2016), ki je potekala z uporabo podatkov iz nacionalne raziskave o tveganem vedenju mladih iz leta 2013, je bila omejena na spolno aktivne uporabnice dolgotrajne reverzibilne kontracepcije in enkratno učinkovito kontracepcijo ($n = 619$) v Združenih državah Amerike. Med 2288 spolno aktivnimi udeleženkami v raziskavi jih je 1,8 % uporabljalo dolgotrajno reverzibilno kontracepcijo; 5,7 % jih je uporabljalo depo injekcije ali obliže; 22,4 % peroralno kontracepcijo (v naši raziskavi 50 %); 40,8 % kondome; 11,8 % metodo umik ali druge metode (v naši raziskavi 18 %); 15,7 % jih ni uporabljalo nobene kontracepcijske metode (v naši raziskavi 20 %) in 1,9 % jih ni bilo prepričanih, katero obliko kontracepcije uporabljajo. V prilagojenih analizah je bilo pri uporabnicah dolgotrajne reverzibilne kontracepcije približno 60 % manj verjetno, da bodo uporabljale kondome v primerjavi z uporabniki OHKC. Med uporabnicami dolgotrajne reverzibilne kontracepcije in uporabnicami depo injekcij ali obliža niso opazili bistvenih razlik. Avtorji raziskave ugotavljajo, da uporabniki visoko učinkovitih metod dolgotrajne reverzibilne kontracepcije morda ne bodo več zaznavali potrebe po kondomih, čeprav imajo več spolnih partnerjev, kar jih ogroža zaradi SPB. Ker se pri mladostnikih povečuje porast dolgotrajne reverzibilne kontracepcije, obstaja jasna potreba po vključitvi sporočil o uporabi kondomov, posebej za preprečevanje SPB. Kot je razvidno, naši anketiranci v primerjavi z obravnavano raziskavo več uporabljajo OHKC, prav tako jih več uporablja metodo umika. Zanimiv pa je tudi podatek, da nekaj manj kot 5 % anketiranih v naši raziskavi ne uporablja nobene kontracepcije. Na Finskem so, da bi ugotovili trenutno pogostost spolnih odnosov, trenutno uporabo kontracepcijskih sredstev, uporabo nujne

kontracepcije in izkušnje s poškodbo kondomov, izvedli raziskavo med finskimi študenti. Približno polovica študentk je uporabljala hormonsko kontracepcijo, tretjina pa kondom. Skoraj polovica spolno aktivnih moških je glede na rezultate raziskave prav tako uporabljala kondom. Hkratna uporaba kondoma in hormonske kontracepcije je bila redka. Poškodba kondoma je bila dokaj pogosta. Uporaba nujne kontracepcije je bila pogosto povezana s poškodbo kondoma (Virtala, et al., 2007). Kot je razvidno iz raziskave na Finskem, mladi podobno pogosto uporabljajo hormonsko kontracepcijo, uporaba kondoma pa je med študenti v naši raziskavi bolj pogosta. Kot je razvidno iz rezultatov obravnavanih raziskav, prav tako kot v naši raziskavi, ni bilo dokazanih večjih razlik v uporabi kontracepcije med moškimi in ženskami. Prav tako ni bilo zaznati, da poročene osebe in tiste v zunajzakonski skupnosti bolj zaupajo kontracepcijskim sredstvom kot samske osebe.

Znano je, da mladi sodelujejo v tveganih vedenjih, ki lahko vodijo do pomembne obolevnosti, vključno z nezaščiten spolno aktivnostjo in spolno aktivnostjo z več partnerji. Kontracepcija mora vedno vključevati preprečevanje SPB in nosečnosti. Izbira kontracepcije mora biti individualna. Prva možnost za mladostnike so kondomi, ki jih podpira nujna kontracepcija, in OHKC v daljšem medsebojno monogamnem razmerju. Dolgo aktivne reverzibilne metode, kot sta intrauterina kontracepcija in vsadki, so zelo primerne za mladostnike, zato je treba poudariti, da imajo večjo učinkovitost. Rezultati naše raziskave in pregled tujih raziskav nam pove, da se razlike v navadah glede kontracepcije med slovenskimi in drugimi mladimi po svetu ne razlikujejo veliko, prav tako pa je pomembno, da v Sloveniji sledimo smernicam zdrave in odgovorne spolnosti, za kar so potrebni različni pristopi v odraščanju posameznika. Komunikacija staršev, medicinske sestre, zdravnika in mladostnika o spolnih privlačnostih in usmerjenosti, spolnem vedenju med spoloma in spolnih odnosih ter preprečevanje SPB in kontracepcijski zaščiti so osrednji elementi zdravega spolnega življenja.

Omejitev raziskave so, da je bila raziskava uporabljena le na vzorcu študentov zdravstvene nege ene fakultete v Sloveniji in bi za generalizacijo rezultatov bilo potrebno vključiti vse slovenske izobraževalne institucije na področju zdravstven nege. To je tudi vodilo za nadaljnjo raziskovanje s področja spolnega vedenja študentov.

Literatura

- Apter, D., 2018. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 45; pp. 115-127.
- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, p. 49.
- Fortenberry, J.D., 2013. Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and Behavior*, 64 (2); pp. 280-287.
- Hafner, A., 2011. Spolno vedenje mladostnikov pri nas in v svetu. *Gorenjski bilten javnega zdravja*, 29; pp. 5-6.
- Hellwig, J.P., 2016. Smartphone App for Sexual Health Education. *Nursing for Womens Health*, 20(6); pp. 539-549.
- Mody, S.K., Cansino, C., Ribble, R., Farala, J.P., Steinauer, J. & Harken, T., 2020. Contraceptive use among women with medical conditions: Factors that influence method choice. *Seminars in perinatology*, 44; pp. 1-7.
- NIJZ, 2018. *Zaključno poročilo o rezultatih ciljnega raziskovalnega projekta*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-XT51143Q/2a3bebc9-e395-4304-8183-1354ce11aa47/PDF> [Accessed 12 October 2020].
- Pinter, B., 2019. Ključna poročila o rabi kondoma. In: *Zbornik predavanj, 9. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2019*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center.
- Pivač, S. & Kalender Smajlovič, S., 2018. Vloga staršev in vzgoje za zdravje pri oblikovanju odgovornega spolnega vedenja: raziskava med učenci osnovne šole. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3); pp. 160-167.

- Steiner, R.J., Liddon, N., Swartzendruber, A.L., Rasberry, C.N. & Sales, J.M., 2016. Long-Acting Reversible Contraception and Condom Use Among Female US High School Students Implications for Sexually Transmitted Infection Prevention. *JAMA Pediatrics*, 170(5); pp. 428-434, doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0007.
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2006. *Contraception*. [online] World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/ [Accessed 9 April 2019].
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2010. *Developing sexual health programmes*. [online] World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/ [Accessed 9 April 2019].
- Virtala, A.M., Kunttu, K. Huttunen, T.A. & Virjo, I.O., 2007. Sexual intercourse and current contraceptive use among university students in Finland. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135; pp. 104-110, doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.07.032.
- Walker, A.W, Stern, L., Cipres, D., Rodriguez, A., Alvarez, J. & Seidman, D., 2019. Do Adolescent Women's Contraceptive Preferences Predict Method Use and Satisfaction? A Survey of Northern California Family Planning Clients. *Journal of Adolescent Health*, 64; pp. 640-647.
- Žalar, A. & Leskovšek, E., 2013. Spolna vzgoja v srednjih šolah: stališča ljubljanskih srednješolcev do nekaterih vprašanj o spolnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(4); pp. 300-308.
- Žalar, A., Leskovšek, E., Čeh, F. & Prodan, V., 2013. *Spolna vzgoja v okviru formalnega šolskega izobraževanja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Vodenje v zdravstveni negi v izbranih zdravstvenih zavodih gorenjske regije

Leadership in nursing in the selected healthcare institutions in the Gorenjska Region

Suzana Nikolič⁴⁵

dr. Sanela Pivač⁴⁶

dr. Goran Vuković⁴⁷

Izvleček

Teoretična izhodišča: Vloga vodje v kliničnem okolju je izjemno pomembna in odgovorna. Vodja mora biti strokovnjak na svojem področju in imeti profesionalen odnos do zaposlenih v zdravstveni negi, saj je od slednjega odvisno njihovo zadovoljstvo z vodenjem in splošno vzdušje v delovnem okolju. Namen prispevka je predstaviti zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi z vodenjem na vseh ravneh managementa v zdravstveni negi v izbranih zdravstvenih zavodih v gorenjski regiji ter predstaviti strokovno in managersko podkovanost vodij v zdravstveni negi.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji in je bila izvedena med zaposlenimi v zdravstveni negi ($n = 121$). Uporabili smo anonimni vprašalnik, ki smo ga razvili za namen raziskave. Podatki so bili analizirani s pomočjo opisne statistike, t- testa za samostojne vzorce analizo variance in koleracijsko analizo. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Rezultati: Zaposleni v zdravstveni negi so z najvišjo oceno navedli, da ima vodja dovolj strokovnega znanja ($PV = 4,5$; $t = 57,473$; $p < 0,001$), nekoliko slabše so ocenili lastnost vodstvenih izkušenj, ki jih ima vodja ($PV = 4,3$; $t = 48,220$; $p < 0,001$) in obseg managerskega znanja, ki ga ima vodja ($PV = 4,1$; $t = 38,534$; $p < 0,001$). Najmanj so bili zadovoljni z vodjo zaposleni v zdravstveni negi na terciarnem nivoju managementa ($PV = 3,7$).

Razprava: Rezultati so pokazali, da so udeleženi v študiji z najvišjo oceno navedli, da ima vodja dovolj strokovnega znanja, nekoliko slabše so ocenili lastnost vodstvenih izkušenj, ki jih ima vodja in obseg managerskega znanja, ki ga ima vodja. Zaposleni v zdravstveni negi so zadovoljstvo z vodjo na primarnem in sekundarnem nivoju managementa ocenili z enako visoko oceno, najmanj so zadovoljni z vodjo na terciarnem nivoju managementa. Zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi se je statistično pomembno razlikovalo glede na nivo managementa.

Ključne besede: vodenje, zdravstvena nega, vodja, zadovoljstvo

Abstract

Theoretical background: The role of the leader in the clinical setting is extremely important and responsible. The leader should be an expert in the particular field and have a professional attitude towards nursing staff because the latter is the basis of their satisfaction with management and the atmosphere in the working environment. The purpose of this article is to present the satisfaction of employees in nursing with their leadership at all levels of nursing in the selected healthcare institutions in the Gorenjska Region and, at the same time, present professional and managerial knowledge of nursing leaders.

Methods: The research was based on a quantitative methodology and was conducted among nursing staff ($n = 121$). We used an anonymous questionnaire developed for the study. The data were analyzed with descriptive statistics, chi-square test, t-test for independent samples, analysis of variance, and correlation analysis. For statistically significant data, we considered differences where the level of statistical significance was at the level of 0.05 or less.

Results: Participants in the study indicated that their leader had sufficient professional knowledge ($MV = 4,5$; $t = 57,473$; $p < 0,001$), rated the quality of leadership experience slightly poorer ($MV = 4,3$; $t = 48,220$; $p < 0,001$), and similar the amount of leadership knowledge with $MV = 4,1$ ($t = 38,534$; $p < 0,001$).

⁴⁵ Suzana Nikolič, mag. zdr.-soc. manag., dipl. m. s., Splošna bolnišnica Jesenice, suzana.nikolic3@student.um.si

⁴⁶ doc. dr. Sanela Pivač, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, spivac@fzab.si

⁴⁷ red. prof. dr. Goran Vuković, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, goran.vukovic@fov.uni-mb.si

Discussion: The results showed that the participants of the study rated with the highest score that the manager has enough knowledge and were a bit less satisfied with the level of the managerial experience and managerial knowledge. The employees in nursing care rated the satisfaction of the manager at the primary and secondary level with the same high score but were less satisfied with the leader at the tertiary level. The satisfaction of nursing staff thus differed according to the level of management.

Keywords: *leadership, nursing, leader, satisfaction*

1 Uvod

Management in vodenje nista enakovredna pojma, saj je vodenje kot najpomembnejši element poleg načrtovanja, organiziranja in kontroliranja, sestavni del managementa (Laznik, 2017). Rozman in Kovač (2012) navajata, da je vodenje zelo zahtevno in kompleksno delo. Z njim mora vodja doseči, da podrejeni izvedejo, kar si je zamislil in ne le da izvedejo, temveč da izvedejo motivirano. Prav tako vodenje (angl. leadership) opišeta kot proces med vodjo in tistimi, ki sledijo ali sledilci (angl. follower); lahko se jih imenuje tudi privrženci. Vodenje torej pomeni vplivanje na sodelavce, da opravijo delo, z namenom doseči zastavljene cilje (Jankovič, 2012). Vodenje je zelo odvisno od samega vodje in se ga je najtežje naučiti med vsemi funkcijami managementa (Rozman & Kovač, 2012).

Z razvojem zdravstvene nege skozi zgodovino se je pojavila potreba po dodatnih znanjih s področja vodenja in organiziranja. Danes je zdravstvena nega profesionalna disciplina, medicinska sestra pa je strokovnjakinja na svojem področju. Na področju vodenja in sprejemanja odločitev v zdravstveni negi potrebujemo veliko ustvarjalnih, uspešnih in učinkovitih medicinskih sester, ki imajo poleg specifičnih strokovnih znanj in izkušenj še znanja s področja vodenja. Zaposleni v zdravstveni negi potrebujejo vodjo, glavno medicinsko sestro, ki predstavlja službo zdravstvene nege, oblikuje njeno politiko in razvoj ter usklajuje raziskovalno delo v zdravstveni negi (Erjavec, 2016). Vodenje in strokovnost sta pojma, ki sta povezana (McKimm & O'Sullivan, 2016). Mesto managerja v zdravstveni negi in oskrbi danes zaseda diplomirana medicinska sestra, ki pa mora imeti poleg izobrazbe dodatna managerska znanja za smiselno obvladovanje in mrežno povezovanje različnih virov: človeških, tehnoloških, prostorskih, finančnih, informacijskih (Kadivec, et al., 2013).

Vodje zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah še vedno nimajo enotnih nazivov delovnih mest (Lorber, 2010). Erjavec (2016) ugotavlja, da obstaja praznina med zdravstveno nego in managerskimi procesi v zdravstveni negi. Prav tako ugotavlja, da imajo vodje premalo managerskega znanja, ki ga nujno potrebujejo zaradi številnih racionalizacij, kot je zmanjšanje števila zaposlenih in omejevanje pripomočkov za izvajanje zdravstvene nege, uvajanje novosti, kot je nova informacijska in komunikacijska tehnologija, zaradi povečanja števila konfliktov v komunikaciji med zaposlenimi in tudi s pacienti in njihovimi svojci ter razvoja novih delovnih mest. To področje je zato potrebno bolj vključiti v izobraževanje bodočih in že delujočih medicinskih sester.

Tako kot drugod tudi za zdravstveno nego velja, da so odnosi pri delu, zadovoljstvo zaposlenih, njihov položaj in počutje odvisni od vodje; ker pa vsem zaposlenim nikoli ne moremo ustreči hkrati, je vodenje zelo zapleten proces (Laznik, 2020). Slem, et al. (2016) so z raziskavo ugotovili, da so medicinske sestre zadovoljne z okoljem, v katerem delajo. Okolje zajema tudi nadrejene, ki morajo poskrbeti za dobro organizacijo dela, napredovanje, dobro počutje in nagrajevanje. Vse to vpliva na kakovostno in strokovno opravljanje dela ter zaposlenim daje občutek pripadnosti organizaciji v kateri so zaposleni.

2 Metode

Izvedena je bila kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja. S pomočjo raziskave smo želeli preveriti, kako zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo strokovno in managersko podkovanost vodij ter ali imajo vodje zadostno stopnjo vodstvenih izkušenj. Poleg tega smo z raziskavo želeli preveriti zadovoljstvo zaposlenih s svojimi vodji na primarnem nivoju kot na sekundarnem in terciarnem nivoju.

Postavili smo si raziskovalni hipotezi (H):

H1: Zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo, da so vodje dobro strokovno in managersko podkovane ter imajo zadostno stopnjo vodstvenih izkušenj.

H2: Zaposleni v zdravstveni negi so statistično pomembno bolj zadovoljni s svojimi vodji na primarnem nivoju kot na sekundarnem in terciarnem nivoju.

2.1 Instrumentarij raziskave

Za izvedbo empiričnega dela kvantitativne raziskave je bil v ta namen oblikovan anonimni anketni vprašalnik. Podlaga za izdelavo ankete je bil pregled slovenske in tuje literature, pri čemer smo si za izhodišče vzeli spoznanja in zaključke avtorjev podobnih raziskav. Osnova za vprašanja so članki avtorjev: Lorber in Skela Savič (2011), Erjavec (2016), Prosen (2010).

Vprašalnik je bil sestavljen iz 6 vsebinskih sklopov. Prvi sklop je vseboval demografske podatke anketirancev (spol, starost, dokončana stopnja izobrazbe, zaposlitev, trenutno delovno mesto in delovna doba). Drugi sklop je vseboval podatke o tem, ali je sodelujoči na vodstvenem položaju ter koliko časa je na tem položaju. Tretji sklop je vseboval trditve v povezavi z osebnostnimi lastnostmi vodij. Četrti sklop se je nanašal na trditve povezane z vključevanjem zaposlenih v proces odločanja. V petem sklopu so bile zapisane trditve o sprejemanju odločitev v skladu s pristojnostmi in odgovornostmi. Zadnji (šesti) sklop trditvev pa se je nanašal na zadovoljstvo zaposlenih z vodjo. Uporabili smo različne tipe vprašanj: vprašanja tipa ponujenih odgovorov, vprašanje odprtega tipa in trditve v obliki stališč zaprtega tipa. Uporabili smo Likertovo lestvico stališč. Posamezne vrednosti strinjanja oziroma nestrinjanja so bile definirane z oceno od 1 do 5, kjer 1 pomeni, da se sploh ne strinjate, 5 pa pomeni, da se popolnoma strinjate z odgovorom.

Koeficient Cronbach alfa je pri vseh sklopih vprašanj presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally & Bernstein, 1994). Bliže je Cronbachov koeficient alfa vrednosti števila 1, boljša je zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost instrumenta je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več; zmerna pri vrednosti 0,60–0,80 in slaba pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 ali če ni podatka o zanesljivosti (Ferligoj & Leskošek Kogovšek, 1995 cited in Cenčič, 2009).

2.2 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v Zdravstvenem domu Jesenice in v Splošni bolnišnici Jesenice. Skupno je bilo razdeljenih 150 vprašalnikov. Zdravstveni dom Jesenice je prejel 50, Splošna bolnišnica Jesenice pa 100 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 42 vprašalnikov iz Zdravstvenega doma Jesenice in 79 vprašalnikov iz Splošne bolnišnice Jesenice. Skupno smo torej od 150 poslanih vprašalnikov prejeli 121 vprašalnikov, kar predstavlja 81 % realizacijo vzorca. Od tega je bilo 112 (92,6 %) žensk in 9 (7,4 %) moških. Poklic medicinske sestre je še vedno pretežno ženski poklic, kar se lepo vidi tudi iz našega vzorca. V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi različnih starostnih skupin. Največ anketirancev bilo v starostni skupini 31 do 40 let, in sicer 41 udeleženec študije oz. 35 %. Najmanj udeležencev študije je

bilo v starostni skupini nad 51 let, in sicer 17 zaposlenih v zdravstveni negi, kar predstavlja 14,5 % vzorca. Povprečna starost udeležencev študije je bila $38,2 \pm 9,9$ let. Najmlajši udeleženec raziskave je bil star 22, najstarejši pa 61 let. Največ udeležencev študije predstavljali diplomirane medicinske sestre oz. zdravstveniki ($n = 71$ oz. 59,2 %). V raziskavi je sodelovalo 47 srednjih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege. Najmanj udeležencev študije je imel najvišjo stopnjo izobrazbe (magisterij, doktorat ali specialist zdravnik), in sicer le dva udeleženca študije. Povprečna delovna doba udeležencev študije je bila $15,9 \pm 11,2$ let (razpon od ne še enega dopolnjenega leta do 41 let zaposlitve). Delo vodje je opravljalo 15 (12,4 %) udeležencev raziskave, od tega 6 (40 %) na nižji ravni in 9 (60 %) na srednji ravni. Noben od udeležencev raziskave ni zavzemal vodstvenega položaja na vrhnji ravni.

2.3 Opis obdelave podatkov

Raziskava je tako potekala od septembra 2020 do 28. oktobra 2020. S pomočjo programa IBM SPSS, različica 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY), smo podatke statistično obdelali. Z opisno statistiko smo prikazali demografske podatke udeležencev študije v obliki frekvenčnih porazdelitev (%), povprečij, srednjih vrednosti in standardnih odklonov, minimalne in maksimalne vrednosti ter porazdeljenost podatkov v vzorcu. Glede na porazdeljenost podatkov smo izbrali metode inferenčne statistike (hi-kvadrat test, t- test za samostojne vzorce, analizo variance in korelacijsko analizo) in preverili zastavljene hipoteze. Upoštevali smo statistično značilnost $p < 0,05$.

3 Rezultati

Hipoteza 1: Zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo, da so vodje dobro strokovno in managersko podkovane ter imajo zadostno stopnjo vodstvenih izkušenj.

Tabela 1: Ocena znanj in izkušenj vodij

Trditve	PV	SO	T	p
Vodja ima dovolj managerskega znanja.	4,1	1,2	38,534	$< 0,001$
Vodja ima dovolj vodstvenih izkušenj.	4,3	1,0	48,220	$< 0,001$
Vodja ima dovolj strokovnega znanja.	4,5	0,9	57,473	$< 0,001$

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, t: t test za samostojne vzorce; p = mejna statistično pomembna vrednost pri $p < 0,05$

Rezultati so pokazali, da so udeleženi v raziskavi z najvišjo oceno navedli, da ima vodja dovolj strokovnega znanja ($PV = 4,5$; $t = 57,473$; $p < 0,001$). Nekoliko slabše so ocenili lastnost vodstvenih izkušenj, ki jih ima vodja ($PV = 4,3$; $t = 48,220$; $p < 0,001$) in obseg managerskega znanja, ki ga ima vodja ($PV = 4,1$; $t = 38,534$; $p < 0,001$) (Tabela 1). Vse izbrane osebnostne lastnosti vodij, ki opredeljujejo to hipotezo, so presegle naša pričakovanja.

Hipotezo 1 lahko v celoti potrdimo.

Hipoteza 2: Zaposleni v zdravstveni negi so statistično pomembno bolj zadovoljni s svojimi vodji na primarnem nivoju kot na sekundarnem in terciarnem nivoju.

Tabela 2: Zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi s svojimi vodji na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju

Trditve	n	PV	SO
Primarni nivo managementa	44	4,1	1,0
Sekundarni nivo managementa	71	4,1	1,2
Terciarni nivo managementa	3	3,7	1,3

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; $F = 4,524$; $p = 0,013$; Likertova lestvica: 1- popolnoma se ne strinjam, 2- se ne strinjaam, 3 – se niti strinjam, niti ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Udeleženci študije zaposleni v zdravstveni negi na primarnem nivoju (vodja tima) in sekundarnem nivoju (vodja oddelka) managementa so z enako oceno navedli svoje zadovoljstvo z vodjo (PV = 4,1). Najmanj so zadovoljni zaposleni v zdravstveni negi na terciarnem nivoju (PV = 3,7; SO = 1,3) (Tabela 2). Zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi se je statistično pomembno razlikovalo glede na nivo managementa ($F = 4,524$; $p = 0,013$).

Hipotezo 2 lahko potrdimo.

4 Razprava

Izvedli smo presečno raziskavo, s katero smo želeli ugotoviti zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi z vodenjem ter vplivu vodenja na zadovoljstvo zaposlenih. Zaposleni v zdravstveni negi potrebujejo znanje o managementu zaradi nenehnega spreminjanja in preoblikovanja služb zdravstvene nege, zaradi pomanjkanja medicinskih sester, naraščajočih stroškov v zdravstveni negi, povečanja obsega dela, zmanjševanja sredstev za zdravstvo in številnih racionalizacij (npr. redukcije kadra, ukinjanje dodatkov za delo, omejitve na področju strokovnega izpopolnjevanja, omejevanje pripomočkov za izvajanje zdravstvene nege, itd.) (Sellgren, et al., 2005; Avoka Asamani, et al., 2016; Erjavec, 2016;). Prav tako potrebujejo zaposleni v zdravstveni negi znanje o managementu zaradi razvoja novih delovnih mest in učinkovitejšega vodenja zdravstvene nege ter doseganja zastavljenih ciljev zdravstvene ustanove. Management pomaga organizaciji, da se uspešno odziva na spremembe v okolju (Havig & Hollister, 2018; Požun, 2003).

V zdravstveni negi obstaja več vodstvenih položajev, ki se delijo glede na raven managementa. Razlikujemo vodstveni položaj na nižji ravni managementa, na ravni srednjega in višjega managementa. Nižji ali izvajalni je odgovoren za izvajanje zdravstvene nege. Na tej ravni deluje strokovna vodja enote ali oddelka, katere delo obsega vodenje, organiziranje, nadzorovanje, koordiniranje in tudi izvajanje zdravstvene nege. Na ravni srednjega managementa v zdravstveni negi deluje glavna medicinska sestra samostojne enote katere delo obsega organizacijo, vodenje, koordiniranje in nadzorovanje službe zdravstvene nege na kliniki/enoti/oddelku. Vrhnji management službe zdravstvene nege predstavlja zdravstveno organizacijo, oblikuje vizijo in razvoj ter spodbuja raziskovalno delo na področju zdravstvene nege. Vrhnji management zdravstvene nege v zdravstvenem zavodu predstavlja pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe (Erjavec, 2016; Lorber, 2015). Eden od ciljev v naši raziskavi je bil preveriti poznavanje vseh treh ravni managementa v zdravstveni negi oziroma preveriti, ali se razlikuje znanje o ravneh managementa glede na stopnjo izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi. V raziskavi smo ugotovili, da se je poznavanje ravni managementa v zdravstveni negi statistično pomembno razlikovalo glede na stopnjo izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi.

Udeleženci naše raziskave z dokončanim vsaj dodiplomskim študijem zdravstvene nege so boljše poznali in ločili vse tri ravni managementa v zdravstveni negi, medtem ko noben udeleženec študije z nižjo stopnjo izobrazbe ni navedel, da pozna naloge in kompetence vodij. Ena tretjina anketirancev z nižjo stopnjo izobrazbe (srednja medicinska sestra ali tehnik zdravstvene nege), popolnoma ne pozna nalog in kompetenc vodij glede na ravni managementa v zdravstveni negi udeležencev študije medtem ko je zelo nizek odstotek zaposlenih v zdravstveni negi z dokončanim dodiplomskim študijem navedlo enako. V raziskavi Erjavc (2016) so udeleženci raziskave izpostavili slabo poznavanje managementa. Na pomanjkanje znanja o managementu v zdravstveni negi opozarjajo tudi v mednarodni raziskavi Li-Min, et al. (2007).

Uspešnost vodenja je neposredno povezana s zadovoljstvom zaposlenih. Zadovoljstvo zaposlenih s delom je opisan kot odnos, ki ga zaposleni čutijo do svojega delovnega mesta in organizacije, v kateri delajo. Na splošno je zadovoljstvo pri delu večdimenzionalni koncept, ki zajema vidike zadovoljstva zaposlenih s vodstvenim vedenjem njihovih managerjev, plače, poklicne priložnosti in ugodnosti, ki so zaposlenim na voljo, organizacijske prakse, odnose s sodelavci, na splošno delovne razmere, itd. (Avoka Asamani, et al., 2016). Zadovoljstvo zaposlenih z delom je prav tako pomemben dejavnik zadrževanja kadra, motivacije in uspešnosti zaposlenih v zdravstveni negi ter tudi uspešnosti organizacije (Avoka Asamani, et al., 2016). Pri medicinskih sestrah, ki izkazujejo visoko stopnjo zadovoljstva z delom, lahko pričakujemo učinkovitejše sodelovanje znotraj tima, boljše medosebne odnose, večjo stopnjo zadovoljstva bolnikov, manjši pojav stresa in manjšo mero čustvene izgorelosti na delovnem mestu (Prosen, 2010). V zadnjem sklopu anonimnega vprašalnika smo preverili zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi z vodstvenimi delavci na posameznih nivojih managementa. Rezultati naše študije so pokazali, da se je zadovoljstvo z vodjo med zaposlenimi v zdravstveni negi statistično pomembno razlikovalo glede na nivo managementa (primarni/sekundarni/terciarni). Zaposleni v zdravstveni negi na primarnem oziroma sekundarnem nivoju so navedli svoje zadovoljstvo z vodjo s povprečno oceno. Najmanj so zadovoljni zaposleni v zdravstveni negi z vodjo na terciarnem nivoju. V naši raziskavi je zadovoljstvo z vodjo bilo boljše kot v primerljivi študiji Avoka Asamani, et al. (2016), kjer so zaposleni v zdravstveni negi svoje zadovoljstvo z vodjo opisali z nižjo oceno.

Vodenje je izjemnega pomena pri ustvarjanju "zdravega" delovnega okolja. V naši raziskavi ugotavljamo, da so zaposleni v zdravstveni negi na splošno zadovoljni z vodenjem.

Čeprav smo prišli do zanimivih rezultatov, obstaja nekaj omejitev študije. Tako je na primer velikost vzorca zadostna za približno oceno stanja oz. zadovoljstva medicinskih sester z vključevanjem v proces odločanja s strani vodje, vendar bi bilo potrebno za bolj konkretne zaključke povečati vzorec. Previdnost pri interpretaciji rezultatov izhaja tudi iz dejstva, da naš vzorec zajema dve zdravstveni ustanovi (Zdravstveni dom Jesenice in Splošno bolnišnico Jesenice), ki geografsko izhajata z Gorenjske regije (severozahodna Slovenija). Glede na dejstvo, da smo zajeli zdravstvene delavce omenjenih ustanov, rezultatov ni mogoče posploševati na celotno Slovenijo. Naslednja omejitev je vprašalnik, ki smo ga razvili za namene raziskave, saj rezultatov študije težko direktno primerjamo s tujo literaturo, ker vprašalnik ni mednarodni, validirani vprašalnik.

Raziskavo bi bilo smiselno razširiti na ostala mesta Slovenije ter primerjati stanje med večjimi in manjšimi mesti, tudi med urbanim in ruralnim okoljem.

5 Zaključek

Trenutno pomanjkanje kadra zdravstvene nege po vsem svetu in poudarek na razvoju kakovostnih praks sta privedla do velikega števila raziskav in poročil o različnih praksah z jasnim sporočilom za razvoj in izboljšanje vodenja v zdravstveni negi. Dobro vodenje v zdravstveni negi in management rešujejo življenja, velja pa tudi obratno, da so slabo vodenje in slab management v zdravstveni negi povezani z višjo stopnjo obolenosti in smrtnosti.

Rezultati raziskave prispevajo k obstoječem znanju o vodenju v zdravstveni negi in dajejo prispevek k razmišljanju o učinkovitosti vodenja, o vplivu vodje na splošno vzdušje v delovnem okolju. Zdravstvena nega, management in vodenje so neizogibno povezani. Značilnosti organizacije in vedenje vodje, ki bodo omogočali zaposlenim v zdravstveni negi uporabo njihovega znanja in veščin lahko pomembno izboljšajo zadovoljstvo zaposlenih z delom, kakovost oskrbe, povečajo zaupanje v vodenje in zmanjšajo raven stresa pri medicinskih sestrah. Predlagamo, da se večja pozornost usmeri na izobraževanje na področju managementa in vodenja v zdravstveni negi, saj so udeleženci študije navedli, da imajo premalo znanja o nalogah in kompetencah vodij glede na ravni managementa v zdravstveni negi. To področje je potrebno bolj vključiti v izobraževanje bodočih in že delujočih medicinskih sester.

Literatura

- Avoka Asamani, J., Naab, F. & Ansah Ofei, A.M., 2016. Leadership styles in nursing management: implications for staff outcomes. *Journal of Health Sciences*, 6(1); pp. 22–36.
- Erjavec, K., 2016. Vloga menedžmenta v zdravstveni negi v Sloveniji. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 3(1); pp. 33–46.
- Havig, A.K. & Hollister, B., 2018. How Does Leadership Influence Quality of Care? Towards a Model of Leadership and the Organization of Work in Nursing Homes. *Ageing International*, 43, pp. 366–389.
- Jankovič, V., 2012. Zavedanje lastnih slabosti je prvi korak na poti odličnosti vodenja. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(2); pp. 73–84.
- Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011–2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1); pp. 97–112.
- Laznik, G., 2020. Transformacijsko vodenje – prvi izbor vodenja v zdravstveni negi. In: L. Leskovec, ed. 12. *Dnevi Marije Tomšič: zbornik prispevkov. Novo Mesto, 17. januar 2020*. Novo Mesto: Univerza v Novem Mestu Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 28–39.
- Laznik, G., 2017. Lastnosti dobrega vodja in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5(1); pp. 78–99.
- Li-Min, L., Jen-Her, W., Ing-Ching, H. & Kua-Hung, T., 2007. Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *Journal of Healthcare Management*, 52(3); pp. 156–169.
- Lorber, M., 2010. *Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi: magistrska naloga*. Koper: Univerza na primorskem. Fakulteta za management Koper.
- Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011. Odločanje in uporaba moči vodij v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1); pp. 15–21.
- McKimm, J. & O'Sullivan, H., 2016. When I say ... leadership. *Medical education*, 50; pp. 896–897.
- Požun, P., 2003. Management zdravstvene nege v kliničnem centru. *Obzornik zdravstvene nege*, 37; pp. 5–11.
- Prosen, M., 2010. Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: inikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2); pp. 71–80.
- Rozman, R. & Kovač, J., 2012. *Management*, Ljubljana: GV Založba.
- Sellgren, S., Ekvall G. & Tomson, G., 2005. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14; pp. 348–355.
- Salem, O.A., Fatma, M.B. & AL-Mugatti, H.M., 2016. Relationship between nurses job satisfaction and organizational commitment. *Journal of nursing and health science*, 5(1); pp. 49–55.

Fizioterapija pri poškodbi zadnje stegenske strune – pregled literature

Physiotherapy in hamstring muscle injury – literature review

Ula Kulašič⁴⁸
 Anja Gorišek⁴⁹
 Polona Ipavec⁵⁰
 Tajda Pelc⁵¹
 Danielle Jagodic⁵²

Izvleček

Teoretična izhodišča: Poškodbe mišic zadnje stegenske strune so ena najpogostejših poškodb mehkih tkiv pri športnikih. Namen pregleda literature je bil raziskati postopke rehabilitacije te poškodbe in dejavnike za varno vrnitev v šport.

Metoda: Izveden je bil pregled literature po bazah podatkov CINAHL, ProQuest, SpringerLink, WILEY, PEDro, COBBIS+ ter PubMed v časovnem obdobju od 2004 do 2020. Iskanje je potekalo v angleškem in slovenskem jeziku s pomočjo naslednjih ključnih besed: »hamstring injury«, »physiotherapy«, »sport«, »return to sport«, »poškodba zadnje stegenske strune«, »fizioterapija«, »šport« in »vrnitev v šport«. Iskanje je potekalo s pomočjo Booleanovega operatorja AND. Vključitveni kriteriji so bili: znanstvenost, dostopnost celotnega članka, vsebinska ustreznost in omemba vrnitve v šport. Izmed 1061 skupnih zadetkov je bilo v končno kvalitativno vsebinsko analizo uvrščenih 6 člankov. Za prikaz pregleda podatkovnih baz je bila uporabljena metodologija PRISMA.

Rezultati: Identificirane so bile 3 kategorije: 1) »vrsta rehabilitacijskega protokola«, 2) »vplivni dejavniki za dolžino odsotnosti s športa« in 3) »kriteriji za vračanje v šport«.

Razprava: Protokol rehabilitacije, ki vključuje čim krajšo imobilizacijo ter zgodnji začetek in progresivno izvajanje ekscentričnih vaj ter vaj agilnosti, stabilizacije in teka za povrnitev obsega gibljivosti, jakosti mišic in funkcijske zmogljivosti brez bolečin, se je pokazal kot najučinkovitejši pri hitrejšem in bolj varnem vračanju v šport. Avtorji poudarjajo pomen subjektivnih občutkov športnika pri odločanju o času vrnitve v šport.

Ključne besede: *natrganina mišice, protokol rehabilitacije, čas vrnitve v športne dejavnosti, kriteriji za vrnitev v šport*

Abstract

Introduction: Hamstring muscle strains are a common soft tissue injury in athletes. The purpose of the literature review was to investigate the rehabilitation procedures for this injury and the factors for a safe return to sport.

Methods: A literature review was performed using the CINAHL, ProQuest, SpringerLink, WILEY, PEDro, COBBIS +, and PubMed databases within the period from 2004 to 2020. The search was conducted in English and Slovenian language using the following keywords: "hamstring injury", "physiotherapy", "return to sport", "fizioterapija" and "vrnitev v šport". The search was performed using the Boolean logical operator AND. The inclusion criteria were: scientificity, accessibility of the entire article, content relevance, topicality, and mentioning of the return to sport. Out of 1061 total hits, 6 articles were included in the final qualitative content analysis. The PRISMA methodology was used to display the review of the databases.

Results: Three content categories were identified: 1) »type of rehabilitation protocol«, 2) »factors influencing the length of absence from sport«, and 3) »criteria to return to sport«.

⁴⁸ Ula Kulašič, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, ula.kulasic@gmail.com

⁴⁹ Anja Gorišek, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵⁰ Polona Ipavec, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵¹ Tajda Pelc, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵² Danielle Jagodic, dipl. fiziot., mag. prom. zdr., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, djagodic@fzab.si

Discussion: The rehabilitation protocol that is most effective in returning to sports faster and safer includes the shortest immobilization possible, early-onset and progressive eccentric, agility, stabilization, and running exercises to restore range of motion, muscle strength, and functional capacity without pain. The authors emphasize the importance of the athlete's subjective feelings in deciding about the time to return to sport.

Keywords: muscle strains, rehabilitation protocol, time of return to sport, criteria for the return to sport

1 Uvod

Poškodbe zadnjih stegenskih mišic sodijo med najpogostejše poškodbe pri športnikih (Chu & Rho, 2016). Prevalenca poškodb je med 6 % do 25 %, odvisno od vrste športa, kar v nogometu pomeni 5 - 6 poškodb letno/moštvu in 15 - 21 izpuščenih tekem/sezono (Petersen & Hölmich, 2005; Eirale & Ekstrand, 2013; Chu & Rho, 2016).

Glede na mehanizem nastanka, poškodbe zadnjih stegenskih mišic delimo na: 1) tip I: nastanejo pri hitrih gibih, običajno je poškodovana dolga glava biceps femoris, tipično na proksimalnem mišično-kitnem stiku; 2) tip II: zgodijo se pri prekomernem raztegu mišice, običajno je prizadeta proksimalna kita semimembranosusa v bližini sednične grče. Glede na resnost, se poškodbe delijo na: 1) stopnjo I: blage poškodbe brez izgube mišične moči ali funkcije, z minimalno izgubo strukturne integritete in majhnim vnetnim odgovorom; 2) stopnjo II: delna ali nepopolna natrganina mišice z zmerno izgubo mišične moči ob možni prisotnosti lokalnega edema ali hematoma; 3) stopnjo III: popolna ruptura mišice in pomembna izguba funkcije (Chu & Rho, 2016). Poškodbe zadnjih stegenskih mišic, predvsem poškodbe biceps femoris, imajo visoko stopnjo ponovitvene nevarnosti, t. j. med 12 % in 31 %, ki je povezana s kombinacijo dejavnikov, kot sta neučinkovita rehabilitacija in neustrezni kriteriji za vrnitev v šport, saj se športniki pogosto vrnejo na tekmovanja prezgodaj (Petersen & Hölmich, 2005; Brooks, et al., 2006; Eirale & Ekstrand, 2013; Ramos, et al., 2017).

Cilja rehabilitacije sta povrnitev funkcije na raven kot pred poškodbo oziroma v največji možni meri in v najkrajšem možnem času ter vrnitev v šport z minimalnim tveganjem za ponovno poškodbo (Petersen & Hölmich, 2005; Heiderscheit, et al., 2010). Literatura navaja raznolike postopke zdravljenja v procesu rehabilitacije (Ramos, et al., 2017). Vendar učinkovitost posameznih postopkov, zaradi pomanjkanja kliničnih, predvsem randomiziranih, raziskav, še ni v celoti dokazana (Petersen & Hölmich, 2005; Ramos, et al., 2017). Prav tako ni soglasja o tem, kdaj se športnik lahko varno vrne nazaj v šport po poškodbi (Orchard, et al., 2005).

Namen pregleda literature je bil raziskati različne postopke zdravljenja poškodb zadnjih stegenskih mišic pri športnikih in ugotoviti dejavnike za varno vrnitev v športne dejavnosti. Cilja raziskave sta bila preučiti, kateri postopki zdravljenja so najbolj učinkoviti pri rehabilitaciji poškodbe mišic zadnje lože pri športnikih in ugotoviti, kateri dejavniki so povezani z varno vrnitvijo športnika v šport. Oblikovali smo naslednji raziskovalni vprašanji: Kateri postopki zdravljenja v procesu rehabilitacije po poškodbi zadnje stegenske strune so učinkoviti za najhitrejšo in varno vrnitev športnikov v športne dejavnosti? Kateri dejavniki so povezani z vrnitvijo športnika po poškodbi zadnje stegenske strune v šport z najmanjšim možnim tveganjem za ponovno poškodbo?

2 Metode

V raziskavi je bila uporabljena metoda pregleda literature.

2.1 Metode pregleda

Uporabili smo metodo tematske analize besedila. Pregledali smo podatkovne baze CINAHL, ProQuest, SpringerLink, WILEY, PEDro, PubMed ter COBBIS+. Virov v

slovenščini nismo našli. Za iskanje v angleškem jeziku smo uporabili naslednje ključne besede: »hamstring injury«, »physiotherapy«, »sport«, »return to sport«. Pri kombiniranju besed smo uporabili Booleanov operator »AND«. Vključitveni kriteriji so bili: angleški jezik, izvirni znanstveni članek, časovno obdobje od leta 2004 do 2020, dostopnost članka v celotnem besedilu ter omemba časa vrnitve v šport. Preglednih člankov nismo vključili v pregled.

2.2 Rezultati pregleda

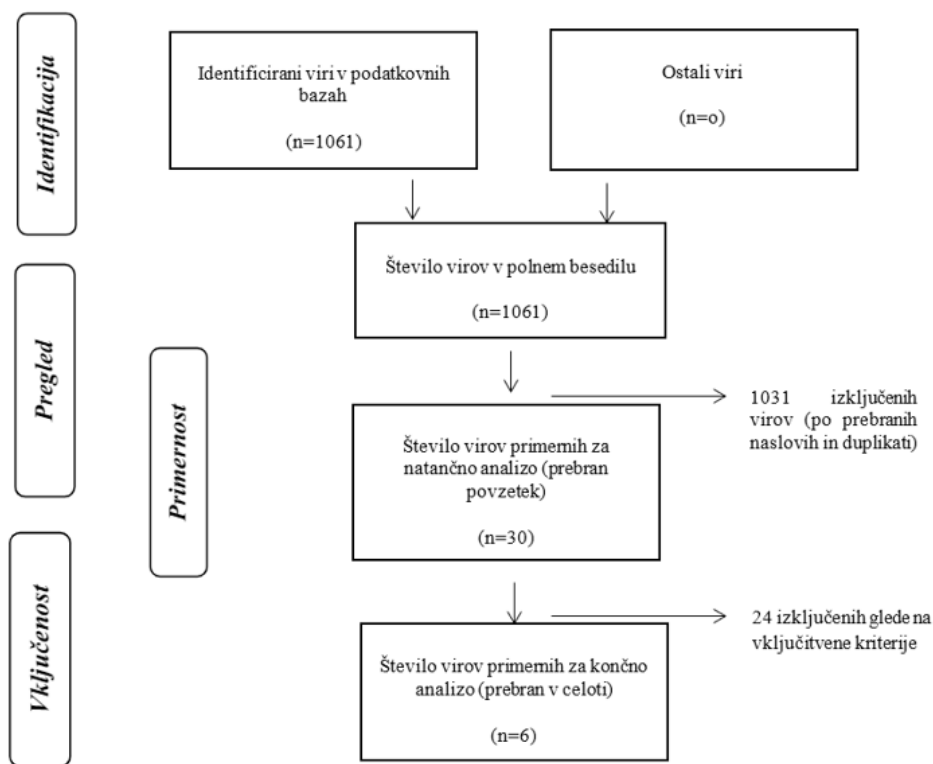
Skupno število zadetkov po bazah podatkov je bilo 1061. Po prebranih naslovih ter odstranitvi podvojenih virov smo v branje povzetka vključili 30 člankov. Na podlagi vključitvenih kriterijev smo v končno tematsko analizo uvrstili 6 člankov. Zaradi pomanjkanja raziskav, ki preučujejo učinkovitost različnih postopkov zdravljenja in opisujejo dolžino odsotnosti s športa/časa vrnitve v šport in kriterije za vrnitev v šport, smo iskalno obdobje razširili na več kot 10 let, in sicer na 16 let. V Tabeli 1 so prikazani rezultati iskanja kombinacij ključnih besed v bazah podatkov. Z diagramom PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) smo shematsko prikazali potek iskanja literature (Moher, et al., 2009) (Slika 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za tematsko analizo
CINAHL	hamstring injury, physiotherapy, return to sport	25	1
ProQuest		274	0
Springer Link		254	0
WILEY		500	0
PEDro		4	3
PubMed		4	2
COBBIS+	poškodba zadnje stegenske strune, fizioterapija, vrnitev v šport	0	0

2.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Kakovost oziroma zanesljivost člankov smo ocenili po Polit in Beck (2018). Po tej razvrstitvi so najvišje uvrščeni sistematični pregledi dokazov (nivo 1), sledijo posamične randomizirane kontrolirane raziskave (nivo 2), posamične nerandomizirane raziskave (nivo 3), posamične prospektivne/kohortne raziskave (nivo 4), raziskave »primer-kontrola« (nivo 5), presečne raziskave (nivo 6), kvalitativne raziskave (nivo 7) in mnenja strokovnjakov/poročila primerov (nivo 8). V pregled literature smo vključili 4 randomizirane raziskave, 1 serijo primerov ter 1 mnenje strokovnjakov.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

3 Rezultati

V Tabeli 2 so prikazani vključeni članki in njihove ključne ugotovitve.

Tabela 2: Tabelarni prikaz rezultatov pregleda literature

Avtor/ država /leto objave	Raziskovalni dizajn /Vzorec	Namen raziskave	Ključna spoznanja
Askling, et al., 2006, Švedska	Prospektivna opazovalna kohortna raziskava. 18 elitnih tekačev in 15 profesionalnih plesalcev	Raziskati možne povezave med etiologijo akutne poškodbe ZSM med tekači in plesalci pri okrevanju gibljivosti, jakosti in funkcije mišic ter potrebnem času za vrnitev na predpoškodbeno raven.	Obstaja povezava med etiologijo poškodbe in časom povratka v stanje pred poškodbo. Tekachi imajo težje funkcijske primanjkljaje po poškodbi, vendar hitreje okrevajo kot plesalci.
Kilcoyne, et al., 2011, ZDA	Retrospektivne serije primerov. 48 športnikov	Predstaviti izide RP zdravljenja proksimalne poškodbe ZSM in ugotoviti razlike v stopnji ponovnih poškodb in času vrnitve v šport glede na značilnosti poškodovancev in poškodb.	Akutne poškodbe I. in II. stopnje se lahko agresivno zdravijo po RP, ki vključuje kratko imobilizacijo ter zgodnji začetek teka in izokinetičnih vaj. Ni razlik v času odsotnosti s športa in tveganju za ponovno poškodbo, ki je zelo majhno.

Avtor/ država /leto objave	Raziskovalni dizajn /Vzorec	Namen raziskave	Ključna spoznanja
Medeiros, et al., 2020, Brazilija	Randomizirana dvojno slepa raziskava. 24 športnikov moškega spola.	Raziskati učinkovitost nizkoenergijske laserske terapije na funkcionalno rehabilitacijo po poškodbi ZSM.	Podporna laserska terapija ne prispeva k optimizaciji funkcijskih izidov rehabilitacije.
Silder, et al., 2013, ZDA	Randomizirana dvojno slepa raziskava. 25 športnikov	Oceniti razlike med progresivnim RP agilnosti in stabilizacije trupa ter progresivnim RP teka in ekscentrične krepitve mišic pri okrevanju po poškodbi ZSM.	Ni razlik v stopnji okrevanja mišice ter v času vrnitve v šport med PATS RP (vaje za agilnost v začetni fazi, nato vaje za stabilizacijo trupa in progresivne hitrostne vaje ter vaje proti upor) in PRES RP (progresivni tek in ekscentrična krepitev mišic). Večja kraniokavdalna dolžina poškodbe je pozitivno povezana z daljšim vračanjem v šport.
Sherry & Best, 2004, ZDA	Randomizirana raziskava. 24 športnikov.	Primerjati učinkovitost dveh RP glede na potreben čas za vrnitev v šport in stopnjo ponovnega poškodovanja.	RP PATS omogoča hitrejše vračanje v šport in je bolj učinkovit pri preprečevanju ponovne poškodbe kot RP STST (krioterapija, statično raztezanje in izolirane progresivne vaje proti upor)
Zambaldi, et. al, 2017, Velika Britanija	Delfska raziskava. Zdravstveno osebje 20 nogometnih klubov (n = 92).	Uporabiti Delfi metodo za doseganje strokovnega konsenza glede kriterijev za vračanje v šport po poškodbi ZSM v profesionalnem nogometu.	Pri oceni za vrnitev športnika v šport so najbolj pomembni kriteriji: funkcionalna zmogljivost športnika, mišična jakost, gibljivost, popolna odprava bolečine in samozavest športnika.

Legenda: ZSM: zadnja stegenska mišica; RP: rehabilitacijski protokol

Identificirali smo 27 kod, ki smo jih združili v 3 tematske kategorije (Tabela 3).

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

KATEGORIJA	KODA	AVTORJI
Vrsta rehabilitacijskega protokola	Kratka začetna imobilizacija – PRICE protokol - Statično raztezanje v eleviranem položaju uda - Koncentrična, ekscentrična in izokinetična vadba - Progresivni trening agilnosti – Pliometrična vadba – Progresivni tek v štartnem pospešku– Progresivni trening stabilizacije trupa - Obsevanje z nizko intenzivnim laserjem kot podporna terapija	Kilcoyne, et al., 2011; Silder, et al., 2013; Medeiros, et al., 2020
Vplivni dejavniki za dolžino odsotnosti s športa	Pozitivna povezanost z daljšo odsotnostjo: Etiologija poškodbe - Kraniokavdalna dolžina poškodbe (MRI) - Negativna povezanost z daljšo odsotnostjo: Vrsta rehabilitacijskega programa – Vrsta poškodbe – Stopnja poškodbe – Lokacija poškodbe – Spol – Starost športnika – Vrsta športa – Stran poškodbe (levi/desni ud).	Sherry & Best, 2004; Askling, et al., 2006; Kylcoine, et al., 2011; Silder, et al., 2013
Kriteriji za vračanje v šport	Objektivni kriteriji: Polna jakost mišic – Polni obseg gibljivosti – Popolna odsotnost bolečine – Funkcijska zmogljivost - Zmožnost izvajanja šprintov z nizkim štartom na 90 % - 95 % napora in brez bolečin – Subjektivni kriteriji: samozavest športnika– odsotnost občutkov strahu in anksioznosti.	Askling, et al., 2006; Kilcoyne, et al., 2011; Zambaldi, et al., 2017; Medeiros, et al., 2020

4 Razprava

Pregled literature prispeva k boljšemu razumevanju rehabilitacije poškodb zadnje stegenske mišice. Ugotovili smo, da se avtorji strinjajo, da je po poškodbi zadnjih stegen-skih mišic potrebno čimprej začeti s progresivnim programom mobilizacije (Sherry & Best, 2004; Askling, et al. 2006; Kylcoine, et al., 2011). Zgodnja mobilizacija namreč spodbuja regeneracijo mišičnih vlaken in omejuje tvorjenje brazgotine (Kylcoine, et al., 2011). Kylcoine, et al. (2011) sicer takoj po poškodbi priporočajo kratkotrajno imobilizacijo oziroma upoštevanje protokola PRICE (Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation). Po navedbah avtorjev je cilj imobilizacije omejiti kapilarno krvavitev, preprečiti nadaljnjo retrakcijo poškodovanih mišičnih vlaken ter zmanjšati vnetni odgovor in razraščanje vezivnega tkiva. Čeprav dolžina imobilizacije v literaturi ni jasno opredeljena, se večina avtorjev strinja, da ne sme biti daljša od enega tedna (Kylcoine, et al., 2011). Raziskave navajajo, da naj bi se mobilizacija začela med 2. in 10. dnevom po poškodbi (Sherry & Best, 2004; Kylcoine, et al., 2011; Silder, et al., 2013). V retrospektivni raziskavi Kylcoine, et al. (2011) je bil uporabljen protokol, ki je vključeval uvedbo statičnega raztezanja poškodovanega uda v dvignjenem položaju za 60 - 90 sekund za spodbujanje elongacije v času zorenja brazgotine, že 2. dan po poškodbi, pričetek teka oziroma pliometričnih vaj v zaprti kinetični verigi 3. dan, ekcentrične in izokinetične vaje 6. dan in tek v štartnem pospešku 7. dan po poškodbi. Vaje so se izvajale 2 - 3-krat tedensko. Raziskava je pokazala nizko stopnjo ponovitev poškodb, saj je ta bila 6,2 % po 6. mesecih po zaključku zdravljenja. Sherry in Best (2004) sta v randomizirani raziskavi, s katero sta primerjala učinkovitost dveh rehabilitacijskih protokolov pri zdravljenju 24 športnikov po akutni natrganini mišic zadnje lože, ugotovila, da so zgodnje in progresivne vaje agilnosti in stabilizacije trupa, ki ciljajo na nevtralno držo oziroma poravnavo trupa in medenice ter izboljšanje živčno-mišične kontrole gibanja, bolj učinkovite pri preprečevanju upadanja jakosti mišic in mišičnega neravnovesja, kot program s poudarkom na izoliranem raztezanju in krepitvi mišic, obenem pa ne vplivajo negativno na proces celjenja. Večja učinkovitost se je pokazala v manjši stopnji ponovitev poškodb, saj je bil delež ponovnih poškodb po enem letu v skupini, ki je izvajala vaje agilnosti in stabilizacije, 7,7 %, v skupini, ki je izvajala raztezne in krepilne vaje, pa 70 %. Avtorja večjo učinkovitost vaj agilnosti in stabilizacije pri preventivi ponovnega poškodovanja povezujeta z izvajanjem gibov pretežno v frontalni ravnini v začetni fazi po poškodbi, kar preprečuje preobremenitev brazgotinskega tkiva ter z učenjem kontrole gibanja mišic ledveno-medeničnega področja, ki pri višjih hitrostih gibanja mišicam omogoča delovanje znotraj obsega, ki varuje pred poškodbo. Tudi Silder, et al. (2013) so primerjali dva rehabilitacijska protokola med seboj, in sicer program progresivnih vaj agilnosti in stabilizacije ter program progresivnega teka in ekcentrične krepitve mišic. Ugotovili so, da ni bilo pomembnih razlik med obema programoma v stopnji kliničnega in morfološkega okrevanja ter funkciji mišic ob povratku v športne dejavnosti. Tudi čas povratka in nizka stopnja ponovnega poškodovanja sta bili podobni pri obeh programih. Medeiros, et al. (2020) so z randomizirano kontrolirano raziskavo, ki je vključevala 24 športnikov moškega spola, želeli ugotoviti učinkovitost laserske terapije kot podporne terapije k vadbenemu programu, ki je vključeval progresivne ekcentrične vaje, vaje za stabilizacijo trupa in agilnost, pri regeneraciji poškodovanih mišic. Rezultati so pokazali, da uporaba laserja kot podporne terapije ne prispeva k optimiziranju okrevanja gibljivosti in mišične jakosti ter ne pospeši vrnitve v šport po akutni poškodbi zadnje stegenske mišice.

Izbira pravega trenutka za vrnitev nazaj v športne dejavnosti je pomembna za uspešno vrnitev z minimalnim tveganjem za ponovno poškodbo. Raziskave so pokazale, da čas vrnitve v šport ni povezan z vrsto rehabilitacijskega programa (Sherry & Best, 2004;

Silder, et al., 2013). Avtorji so prav tako ugotovili, da čas ponovnega pričetka športne dejavnosti ni statistično pomembno povezan z vrsto poškodbe (primarna poškodba ali ponovna poškodba), lokacijo poškodbe oziroma prizadeto specifično mišico (biceps femoris, semomembranosus ali semitendinosus), stopnjo poškodbe (poškodba I. ali II. stopnje), spolom ali starostjo športnika ter športom ali stranjo poškodbo (levi ali desni ud) (Sherry & Best, 2004; Kylcoine, et al.; 2011; Eirale & Ekstrand, 2013). Medtem, ko literatura navaja pozitivno povezavo z obsegom poškodbe in njeno etiologijo (Silder, et al., 2013; Askling, et al., 2006). Silder, et al. (2013) so ugotovili, da je večja kavdokranialna dolžina poškodbe, ugotovljena z magnetno resonanco, pozitivno povezana z daljšim časom vračanja v šport. Askling, et al. (2006) so v raziskavi med 18 tekači in 15 plesalci ugotovili, da je čas vrnitve v šport povezan z vzrokom poškodbe. Raziskava je namreč pokazala, da čeprav so bili začetni simptomi po poškodbi pri plesalcih, ki so utrpeli t. i. »raztežno poškodbo« semitendinosusa, relativno blagi, so ti potrebovali precej daljši čas (povprečno 50 tednov) za povrnitev izgubljene funkcije na predpoškodbeno raven kot tekači (povprečno 16 tednov), ki so utrpeli »visokohitrostno poškodbo«, pretežno biceps femoris, in so imeli po poškodbi signifikantno večji upad obsega gibljivosti in moči fleksorjev kolena med poškodovanim in nepoškodovanim udom.

Zambaldi, et al. (2017) navaja, da je odločanje o času vrnitve v šport kompleksen proces, ki temelji na oceni zdravstvenih in funkcijskih dejavnikov tveganja ter kontekstualnih dejavnikov (čas v tekmovalni sezoni, tekmovalna raven, pritiski za čim prejšnjo vrnitev v tekmovalno). V delfski raziskavi med zdravstvenim osebjem 20. nogometnih moštev so dosegli soglasje glede kriterijev za oceno primerne časa za vrnitev na zelenice v profesionalnem nogometu. Kriteriji so bili razvrščeni v 5 ključnih skupin: - popolna odprava bolečine, - vzpostavitev polnega obsega gibljivosti, - vzpostavitev polne mišične jakosti, - povrnitev funkcionalne zmogljivosti (zmožnost izvajanja maksimalnih šprintov in doseganja maksimalne linearne hitrosti teka, vzpostavitev popolne aerobne in anaerobne kondicije ter vzpostavitev dobre ledveno-medenične motorične kontrole) in – samozavest športnika. Kylcoine, et al. (2011) menijo, da je zmožnost izvajanja šprintov z nizkim štartom na 90 % - 95 % napora in brez bolečin ključni funkcijski kriterij za vračanje v šport. Avtorji, poleg objektivnih kriterijev, poudarjajo pomen subjektivnega občutka pripravljenosti športnika za vrnitev k aktivnemu športu (Askling, et al., 2006; Zambaldi, et al., 2017). Navajajo tudi, da je potrebno poznati in razumeti občutke športnika v zvezi s povratkom v športne dejavnosti in prepoznati morebitne negativne občutke kot sta strah in anksioznost pred preobremenitvijo poškodovane mišice, ki povečujejo tveganje za ponovno poškodbo (Askling, et al., 2006; Zambaldi, et al., 2017). Medeiros, et al. (2020) k možnim dejavnikom, ki prispevajo k zmanjšanju tveganja za ponovno poškodbo in povečujejo možnosti vrnitve na predpoškodbeno tekmovalno raven, prištevajo tudi kontinuiran program domače vadbe po zaključku rehabilitacije.

Raziskava ima omejitve v majhnem številu vključenih raziskav, saj smo v pregled vključili le raziskave, ki obravnavajo tudi čas vrnitve v šport. Nadaljnja omejitev raziskave je v majhnih vzorcih v pregledanih študijah, ki omejujejo sklepanje o učinkovitosti posameznih rehabilitacijskih protokolov. Rehabilitacijski protokoli in kriteriji za vrnitev v šport so bili raziskani pri »visokohitrostnih poškodbah« in ne odražajo nujno stanja pri »razteznih poškodbah«.

5 Zaključek

Raziskave so pokazale, da je za uspešno in hitro vrnitev nazaj v šport z najmanjšim tveganjem za ponovno poškodbo po akutni poškodbi zadnje stegenske strune, potrebna čimprejšnja mobilizacija, ki naj vključuje progresivne vaje za stabilizacijo trupa in agilnost, ekscentrične vaje za krepitev mišic ter tek v štartnem pospešku. Poleg doseganja objektivnih kriterijev, je pri odločitvi o primernem času za vrnitev v športne dejavnosti, potrebno upoštevati tudi subjektivne občutke športnika. V primeru »raztezne poškodbe« je potrebno športnika informirati o tem, da tovrstna poškodba, navkljub blagim simptomom, terja dolgotrajnejše zdravljenje. Potrebne so nadaljnje, predvsem randomizirane kontrolirane raziskave, ki bodo preučile in primerjale učinkovitost različnih rehabilitacijskih protokolov pri različnih etiologijah poškodb ter opredelile kriterije za primeren čas vrnitve v šport.

Literatura

- Asking, C., Saartok, T., & Thorstensson, A., 2006. Type of acute hamstring strain affects, flexibility, strength, and time to return to pre-injury level. *British Journal of Sports Medicine*, 40(1), pp. 40-44.
- Brooks, J.H.M., Fuller, C.W., Kemp, S.P.T., & Reddin, D.B., 2006. Incidence, Risk, and Prevention of Hamstring Muscle Injuries in Professional Rugby Union. *The American Journal of Sports Medicine*, 34(8); pp. 1297-1306.
- Chu, S.K., & Rho, M.E., 2016. Hamstring Injuries in the Athlete. *Current Sports Medicine report*, 15(3); pp. 184-190.
- Eirale, C. & Ekstrand, J., 2013. Hamstrings are dangerous for sport and sport is dangerous for hamstrings. *ASPETAR Sports Medicine Journal*, 2; pp. 438-444.
- Heiderscheit, B.C., Sherry, M.A., Silder, A., Chumanov, E.S., & Thelen, D.G., 2010. Hamstring Strain Injuries: Recommendations for Diagnosis: Rehabilitation, and Injury Prevention. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 40(2); pp. 67-81.
- Kilcoyne, K.G., Dickens, J.F., Kewish, D., Rue, J.-P., & Chronister, R., 2011. Outcome of Grade I and II Hamstring Injuries in Intercollegiate Athletes. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*, 3(6); pp. 528-533.
- Medeiros, D.M., Aimi, M., Vaz, M.A., Baroni, B. M., 2020. Effects of low-level laser therapy on hamstring strain injury rehabilitation: A randomized controlled trial. *Physical Therapy in Sport*, 42; pp. 124-130.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group., 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7); pp. 1-6.
- Orchard, J., Best, T.M., & Verrall, G.M., 2005. Return to Play Following Muscle Strains. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 15(6); pp. 436-441.
- Petersen, J. & Holmich, P., 2005. Evidence based prevention of hamstring injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*, 39(6); pp. 319-323.
- Polit, D. F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramos, G.A., Arliani, G.G., Astur, D.C., Pochini, A. de C., Ejnisman, B. & Cohen, M., 2017. Rehabilitation of hamstring muscle injuries: a literature review. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 52(1); pp. 11-16.
- Sherry, M.A., & Best, T.M., 2004. A Comparison of 2 Rehabilitation Programs in the Treatment of Acute Hamstring Strains. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 34(3); pp. 116- 125.
- Silder, A., Hetzel, S.J., Heiderscheit, B.C., Sherry, M.A., Sanfilippo, J., & Tuite, M.J., 2013. Clinical and Morphological Changes Following 2 Rehabilitation Programs for Acute Hamstring Strain Injuries: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 43(5); pp. 284-299.
- Zambaldi, M., Beasley, I., & Rushton, A., 2017. Return to play criteria after hamstring muscle injury in professional football: a Delphi consensus study. *British Journal of Sports Medicine*, 51(16); pp. 1221-1226.

Učinkovitost hidroterapije pri pacientih po možganski kapi – pregled literature

Effectiveness of hydrotherapy on stroke patients – literature review

Zala Primožič⁵³

Nika Kolarič⁵⁴

Ema Prusnik⁵⁵

Luka Pogačnik⁵⁶

Nika Dečman⁵⁷

Rebeka Prešeren⁵⁸

dr. Monika Zadnikar⁵⁹

Danielle Jagodic⁶⁰

Izvleček

Teoretična izhodišča: Možganska kap predstavlja enega izmed največjih zdravstvenih bremen sodobnega časa. Hidroterapija je metoda fizikalne terapije, ki se uporablja pri rehabilitaciji pacientov po možganski kapi. Namen pregleda literature je raziskati njene učinke na stopnjo funkcijske zmogljivosti pacientov po možganski kapi ter le-te primerjati s konvencionalno terapijo na suhem.

Metoda: Izbrana je bila metoda pregleda literature v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, PEDro in PubMed. S pomočjo logičnih operatorjev AND in OR so bile uporabljene različne kombinacije ključnih besed v angleščini: »hydrotherapy«, »aquatic therapy«, »water therapy«, »water exercises«, »effects« in »brain stroke«. V pregled literature so bile vključene znanstvene raziskave dostopne v polnem besedilu, objavljene od leta 2015 do leta 2021. Skupno število najdenih člankov je bilo 8331. V končno analizo se je uvrstilo 8 člankov. Za prikaz pregleda podatkovnih baz je bila uporabljena metoda PRISMA. Zbrani podatki so bili analizirani z metodo kvalitativne tematske analize.

Rezultati: Rezultati so pokazali 3 tematske kategorije: 1) »Učinki hidroterapije v primerjavi z nezdravljenjem«, 2) »Primerjava različnih vrst hidroterapije«, 3) »Učinki hidroterapije v primerjavi z učinki hidroterapije na suhem«.

Razprava: Čeprav si raziskave niso enotne glede učinkovitosti posameznih vrst hidroterapije, jo avtorji priporočajo kot učinkovito in varno komplementarno metodo obravnave motenj gibanja in funkcije pri osebah po možganski kapi. Za dokazovanje prednosti hidroterapije pred terapijo na suhem so potrebne kakovostnejše in obsežnejše raziskave.

Ključne besede: cerebrovaskularni inzul, vodna terapija, konvencionalna terapija na suhem, hoja, ravnotežje

Abstract

Theoretical background: Stroke is one of the greatest health burdens of modern times. Hydrotherapy is an ancient method of physical therapy used in the rehabilitation of stroke patients. The purpose of the literature review was to investigate its effects on the functional ability of stroke patients and to compare them to land-based conventional therapy.

Methods: A method of literature review in the international databases CINAHL, PEDro, and PubMed was chosen. With the help of logical operators AND in OR, different combinations of keywords in the English language were used: »hydrotherapy«, »aquatic therapy«, »water therapy«, »water exercises«, »effects« and

⁵³ Zala Primožič, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, zala.primozic99@gmail.com

⁵⁴ Nika Kolarič, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵⁵ Ema Prusnik, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵⁶ Luka Pogačnik, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵⁷ Nika Dečman, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵⁸ Rebeka Prešeren, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁵⁹ dr. Monika Zadnikar, pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, mzadnikar@fzab.si

⁶⁰ Danielle Jagodic, dipl. fiziot., mag. prom. zdr., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, djagodic@fzab.si

»brain stroke. Scientific studies available in full text and published between the years 2015 and 2021 were included in the literature review. The total number of articles found was 8331. In the final analysis, 8 articles were included. The PRISMA method was used to display the database review. The collected data were analyzed with the method of qualitative thematic analysis.

Results: The results provided 3 thematic categories: 1) "Effects of hydrotherapy versus no therapy", 2) "Comparison of different hydrotherapy interventions", 3) "Comparison of effects of hydrotherapy versus land-based therapy".

Discussion: While research is not uniform regarding the efficacy of different types of hydrotherapy, the authors recommend it as an effective and safe complementary management method of movement and functional disorders in individuals after stroke. To prove the advantages of hydrotherapy versus land-based therapy, better and more extensive research is needed.

Keywords: *cerebral insult, aquatic therapy, conventional land-based therapy, gait, balance*

1 Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija možgansko kap opredeljuje kot »hitro se razvijajoči klinični znaki žariščne ali globalne motnje možganske funkcije, ki trajajo več kot 24 ur ali pa vodijo v smrt, katere vzrok je vaskularnega izvora« (Coupland, et al., 2017). Možganska kap je med vodilnimi vzrok smrti in oviranosti na svetu (Johnson, et al., 2016). Znaki in simptomi možganske kapi so lahko različni, vendar so po kapi najpogostejše okvarjene motorične funkcije, ki vodijo v srčno-žilno in metabolično dekondicioniranje, omejeno premičnost in sposobnost izvajanja vsakodnevnih dejavnosti ter socialno participacijo (Michael, et al., 2005; Rubio Ballaster, et al., 2019).

Hidroterapija je zunanja ali notranja uporaba vode v kateremkoli stanju (tekočina, led, para), ki se uporablja za promocijo zdravja ali zdravljenje različnih bolezni in ki izkorišča fizikalne lastnosti vode, kot so gostota in specifična teža, hidrostatični tlak, vzgon, viskoznost in termodinamika (Becker, 2009; Mooventhan & Nivethitha, 2014).

Sistematični pregled 116 kvantitativnih raziskav je pokazal, da je hidroterapija učinkovita pri izboljšanju dinamičnega ravnotežja in hitrosti hoje oziroma premičnosti pri pacientih s Parkinsonovo boleznijo in multiplo sklerozo ter po možganski kapi in poškodbi hrbtenjače. Vendar so ugotovili tudi, da ni zadosti močnih dokazov, ki govorijo v prid temu, da je bolj učinkovita kot konvencionalna terapija na suhem (Marinho-Buzelli, et al., 2015). Tudi Cohraneov pregled iz leta 2011 je pokazal, da hidroterapija ni bolj učinkovita od terapije na suhem pri izboljšanju ravnotežja, hoje in vzdržljivosti po možganski kapi (Mehrholtz, et al., 2011).

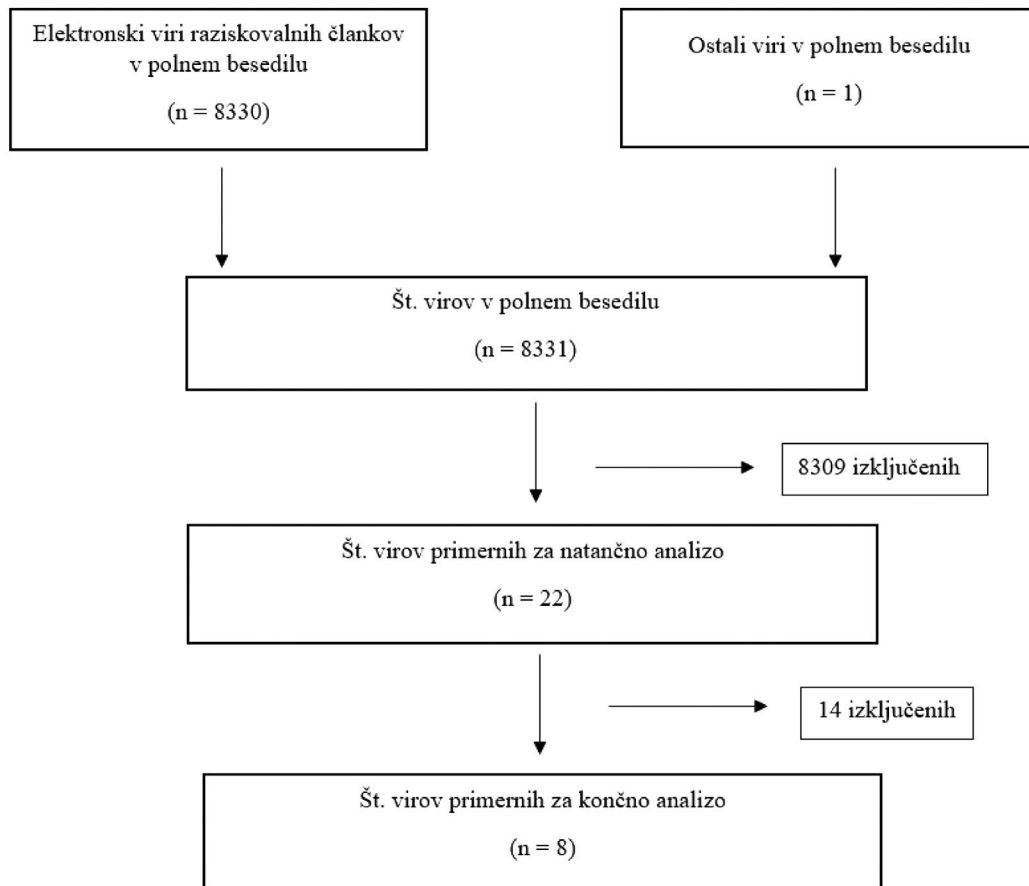
Namen raziskave je bil ugotoviti, kako hidroterapija vpliva na funkcijo pacientov po možganski kapi in primerjati njene učinke z učinki konvencionalne terapije na suhem. Cilja sta bila raziskati učinke hidroterapije na stopnjo funkcijske zmogljivosti pacientov po možganski kapi in ugotoviti, ali je hidroterapiji bolj učinkovita od konvencionalne terapije na suhem pri zdravljenju pacientov po možganski kapi. Zastavili smo si sledeči raziskovalni vprašanji: Kakšni so učinki hidroterapije na funkcijo pacientov po možganski kapi? Kakšna je učinkovitost hidroterapije v primerjavi s konvencionalno terapijo na suhem pri zdravljenju pacientov po možganski kapi?

2 Metode

Uporabili smo metodo pregleda literature.

2.1 Metode pregleda

Uporabili smo metodo kvalitativne vsebinske analize. Članke smo iskali po podatkovnih bazah CINAHL, PubMed, Google Scholar in PEDro. Jezik iskanja je bil angleščina. Ključne besede so bile: »hydrotherapy«, »aquatic therapy«, »water therapy«, »water exercises«, »effects« in »brain stroke«. Iskali smo članke s polnim besedilom. Članke smo časovno omejili od leta 2010 do 2020.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

2.2 Rezultati pregleda

Skupno smo našli 8331 virov. Najprej smo prebrali naslove in povzetke ter izključili dvojnike. Za natančnejšo analizo smo izbrali 22 člankov. Na podlagi vključitvenih kriterijev smo ugotovili, da je za končno analizo primernih 8 člankov. Strategijo izbora člankov smo shematično prikazali s PRISMA diagramom (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Moher, et al., 2009) (Slika 1).

2.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Raziskave smo ovrednotili glede na njihovo kakovost. Pri tem smo se zgledovali po avtorjih Polit & Beck (2018), ki dokazuje razvrščata v 8 nivojev, ki si sledijo od najvišjega do

najnižjega: sistematični pregledi literature, posamične randomizirane kontrolirane raziskave, posamične nerandomizirane raziskave, posamične prospektivne/kohortne raziskave, primeri-kontrola, presečne raziskave, kvalitativne raziskave, mnenja strokovnjakov/poročila primerov. Pričujoča raziskava vključuje 5 sistematične preglede dokazov in 3 randomizirane kontrolirane raziskave.

3 Rezultati

V Tabeli 2 smo navedli avtorje člankov, vzorec raziskave, raziskovalni pristop in opisali namen ter ugotovitve raziskave za članke, ki smo jih izbrali za končno analizo.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov pregleda literature

Avtor(ji), država, leto	Raziskovalni pristop/ Vzorec	Namen raziskave	Ugotovitve raziskave
Chae, et al., Južna Koreja, 2019	Sistematični pregled literature in metaanaliza 11 randomiziranih kontroliranih raziskav	Primerjati učinke HTH in terapije na suhem na ravnotežje in moč kolenskih mišic pri pacientih po MK.	HTH izboljša ravnotežje in moč ekstenzorjev paretičnega spodnjega uda. HTH statistično pomembneje izboljša rezultate na Bergovi lestvici za oceno ravnotežja pri kroničnih pacientih po MK, kot terapija na suhem. Učinkovitost HTH v subakutni fazi po MK ni jasna.
Giurati, et al., Italija, 2021	Sistematični pregled literature in metaanaliza 8 randomiziranih kontroliranih raziskav	Oceniti rezultate fizioterapije v vodi na paciente po MK.	HTH ima potencial pri zdravljenju po MK. Kombinacija HTH in konvencionalne terapije predstavlja optimalni pristop k nevrološki rehabilitaciji.
Iliescu, et al., Kanada, 2020	Sistematični pregled literature in metaanaliza 17 randomiziranih kontroliranih poskusov in 2 prospektivnih kontroliranih raziskav.	Metaanalizirati in sistematično pregledati učinkovitost HTH pri izboljšanju premičnosti, ravnotežja in funkcijske samostojnosti po MK	Učinek HTH na premičnost in ravnotežje je statično značilno večji kot učinek konvencionalne terapije na suhem, medtem ko so klinični učinki manj jasni, bolj spremenljivi in odvisni od načina merjenja izidov.
Lim, Južna Koreja, 2020	Randomiziran dvojno slepi kontroliran pilotni poizkus. 22 pacientov po MK.	Ugotoviti učinke podvodne vadbe hoje po tekočem traku z uporabo močnega curka vode in z uporabo manšetnih uteži za gležnje na ravnotežje in hojo pri kroničnih pacientih po možganski kapi	Podvodna vadba hoje po tekočem traku z uporabo močnega curka vode je bolj učinkovita pri izboljšanju statičnega in dinamičnega ravnotežja ter značilnosti hoji po MK kot podvodna vadba hoje z uporabo manšetnih uteži.
Pérez-de la Cruz, Španija, 2020	Enojno slepi randomiziran kontroliran poizkus. 40 pacientov v kronični fazi po MK.	Primerjati učinkovitost treh metod zdravljenja pri izboljšanju bolečine, hoje in ravnotežja.	Ai-Chi metoda in kombinacija HTH in terapije na suhem sta učinkoviti pri izboljšanju bolečine, hoje in ravnotežja ter posledično funkcijske zmogljivosti in kakovosti življenja po MK.

Avtor(ji), država, leto	Raziskovalni pristop/ Vzorec	Namen raziskave	Ugotovitve raziskave
Saquetto, et al., Salvador, 2019	Sistematični pregled in metaanaliza 24 randomiziranih kontroliranih raziskav	Raziskati vplive hidroterapije na delovanje in kakovost življenja oseb po MK.	HTH ima bolj pozitiven vpliv na mišično jakost, ravnotežje, hitrost hoje, premičnost, aerobno zmogljivost in funkcijski doseg, kot terapija na suhem. Kombinacija HTH in terapije na suhem je učinkovitejša pri izboljšanju ravnotežja, hitrosti hoje in funkcijskega dosega ter čustvenih težav, splošnega duševnega zdravja, socialnega delovanja in telesne bolečine, kot terapija na suhem.
Veldema & Jansen, Nemčija, 2020	Sistematični pregled literature in metaanaliza 28 randomiziranih kontroliranih raziskav	Raziskati vpliv HTH na rehabilitacijo MK.	HTH je učinkovita podporna metoda zdravljenja MK. HTH je učinkovitejša od terapije na suhem pri izboljšanju ravnotežja, hoje, mišične jakosti, propriocepcije, z zdravjem povezane kakovosti življenja, fizioloških kazalnikov in srčno-žilne vzdržljivosti. Vrsta vodne terapije vpliva na njeno učinkovitost.
Zhu, et al., Kitajska, 2015	Enojno slepi randomiziran kontroliran poizkus. 28 pacientov z okvarami hoje in ravnotežja, vsaj 6 mesecev po MK.	Ugotoviti učinke HTH na hojo ter ravnotežje pri kroničnih pacientih po MK.	Kratek program HTH (4 tedne) ima pozitivne učinke na ravnotežje ter hojo pri pacientih.

Legenda: HTH: hidroterapija; MK: možganska kap

Identificirali smo tri ključne tematske kategorije (Tabela 3).

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

KATEGORIJA	KODA	AVTORJI
Učinki hidroterapije v primerjavi z nezdravljenjem	HTH statistično pomembneje izboljša hojo, ravnotežje, čustveni status, spastičnost in z zdravjem povezano kakovost življenja.	Veldema & Jansen, 2020
Primerjava učinkov različnih vrst hidroterapije	Vadba hoje in ravnotežja v vodi ima večji učinek na ravnotežje kot podvodna vadba hoje po tekočem traku - Halliwick, Ai Chi, Watsu in Bad Ragaz Ring koncepti imajo večje učinke na hojo, mišično jakost, propriocepcijo in z zdravjem povezano kakovost življenja, kot podvodna vadba hoje po tekočem traku - Halliwick, Ai Chi, Watsu in Bad Ragaz Ring koncept nimajo večjih učinkov na samostojnost pri dnevni dejavnosti, fiziološke dejavnike in srčno-žilno vzdržljivost, kot podvodna vadba hoje po tekočem traku - Podvodna vadba hoje po tekočem traku z uporabo manšetne uteži statistično pomembneje izboljša statično in dinamično ravnotežje, hitrost hoje, dolžino koraka, dolžino dvojnega koraka, kadenco in fazo opore, kot podvodna vadba hoje po tekočem traku z uporabo močnega curka vode.	Lim, 2020; Veldema & Jansen, 2020

KATEGORIJA	KODA	AVTORJI
Učinki hidroterapije v primerjavi z učinki terapije na suhem	HTH ima v primerjavi s TS pozitivnejši učinek na jakost mišic, ravnotežje, hitrost hoje, premičnost, aerobno zmogljivost, proprioceptijo, FD in kakovost življenja - Rezultati testa FD in 2-minutnega testa hoje so se po 4. tednih obravnave statistično pomembneje izboljšali pri HTH, v primerjavi s TS - Ni bilo signifikantnih razlik v rezultatih BLR in TUG med HTH in TS po 4. tednih obravnave - HTH je učinkovitejša kot TS pri izboljšanju ravnotežja hoje, jakosti mišic, srčno-žilne vzdržljivosti, fizioloških kazalnikov, z zdravjem povezane kakovosti življenja in proprioceptije - Učinki HTH in TS na samostojnost pri DA so podobni - HTH ima statistično pomembnejše učinke na rezultate FD, TUG, BLR in hitrost hoje kot TS - HTH ni bolj učinkovita od TS pri izboljšanju funkcijske samostojnosti - HTH ima pomembnejše učinke na rezultate BLR in TUG ter moč ekstenzorjev spodnjega paretičnega uda, kot TS - HTH je signifikantno bolj učinkovita pri izboljšanju rezultatov BLR v kronični fazi po MK, kot v subakutni fazi - Rezultati ocene bolečine po VAS in testov obračanja za 360° ter vstajanja s stola 30 sekund so bili signifikantno boljši pri Ai Chi metodi, kot pri TS - Rezultati Tinettijeve lestvice in testa stoje na eni nogi niso bili signifikantno različni med Ai Chi metodo in TS - HTH v primerjavi s TS: izboljša izid BLR 2-4 in 4-6 tednov po zdravljenju, izid TUG 4-6 tednov po zdravljenju, izid MBI 6-8 tednov po zdravljenju, izid FD 2-4 tedne po zdravljenju ter jakost mišic spodnjega paretičnega uda 6-8 po zdravljenju - Kombinacija HTH in terapije na suhem je bolj učinkovita pri izboljšanju ravnotežja, hitrosti hoje in FD, kot terapija na suhem samostojno - Rezultati ocene bolečine po VAS in testov obračanja za 360° ter vstajanja s stola 30 sekund so bili signifikantno boljši pri kombinaciji Ai Chi metode in TS, kot pri TS.	Zhu, et al., 2015; Saquetto, et al., 2019; Chae, et al., 2020; Iliescu, et al., 2020; Pérez-de la Cruz, (2020); Veldema & Jansen, 2020

Legenda: HTH - hidroterapija; TS- terapija na suhem; FD- funkcijski doseg; BLR- Bergova lestvica za oceno ravnotežja; TUG- Vstani in pojdi test; MBI- Modificiran Barthelov indeks; DA- dnevne aktivnosti - MK

4 Razprava

Pregled literature povzema najnovejše dokaze o učinkovitosti hidroterapije pri zdravljenju pacientov po možganski kapi. Ugotavljamo, da so v raziskavah bile uporabljene različne intervencije hidroterapije, kot so hidrokinzioterapevtski postopki, ki imajo cilje vplivati na mišično jakost, gibljivost, koordinacijo, vzdržljivost, ravnotežje in hojo, metode živčno-mišične facilitacije, kot je PNF ter različni koncepti, ki so bili razviti z namenom izvajanja rehabilitacije v vodi, kot so Halliwick, Ai Chi, Watsu in Bad Ragaz Ring, ali kombinacije postopkov in konceptov (Saquetto, et al., 2019; Chae, et al., 2020; Iliescu, et al., 2020; Pérez-de la Cruz, 2020; Veldema & Jansen, 2020; Giuriati, et al., 2021). V dveh eksperimentalnih raziskavah so uporabili vadbo hoje po tekočem traku pod vodo (Zhu, et al., 2015; Lim, 2020).

Potencial hidroterapije v primerjavi z nezdravljenjem so opisali v sistematičnem pregledu literature avtoric Veldema in Jansen (2020). Ugotovitve so pokazale, da je hidroterapija učinkovit postopek za izboljšanje ravnotežja, hoje in optimizacijo mišičnega tonusa ter da ugodno vpliva na čustveno stanje in z zdravjem povezano kakovost življenja posameznika.

Več avtorjev poroča o pozitivnem vplivu podvodne hoje po tekočem traku na hojo po možganski kapi, saj sila vzgona vode odvzame del teže in tako zmanjša obremenitev na sklepe spodnjih udov ter olajša gibanje in zmanjša tveganje za padce (Zhu, et al., 2015; Lim, 2020; Giuriati, et al., 2021). Večje hitrosti hoje, ki jih omogoča tekoči trak, povzročajo večjo turbulenco, v kombinaciji z dodatnim zunanjim uporom pa omogočajo večjo porabo energije in izboljšajo srčno-žilno zmogljivost (Lim, 2020). V randomizirani raziskavi, ki jo

je izvedel avtor, so uporabili zunanji upor v obliki manšetne uteži, ki je bila nameščena na hemiparetični gleženj, ali močnega curka vode na sprednjo stran goleni. Ugotovljene so bile razlike med obema vrstama upora v učinkih na statično in dinamično ravnotežje ter časovne in dolžinske spremenljivke hoje, v prid močnega curka vode. Vzrok avtor vidi v manšetni uteži, ki preprečuje lebdenje gležnja v vodi (Lim, 2020). Primerjava različnih metod hidroterapije je pokazala, da imata vadba hoje in ravnotežja v vodi ter hidroterapevtski koncepti večji učinek na ravnotežne sposobnosti posameznika (Veldema & Jensen, 2020). Rezultati niso presenetljivi, saj koncepti v ospredje postavljajo prav razvoj nadzora ravnotežja in gibanja.

Pri primerjanju razlik v učinkovitosti med hidroterapijo in konvencionalno terapijo na suhem, so v raziskavah prišli do nasprotujočih se zaključkov. Saquetto, et al. (2019) so v metaanalizi ugotovili, da obstajajo zmerni dokazi o večji učinkovitosti hidroterapije pri izboljšanju mišične jakosti, ravnotežja, premičnosti in aerobne zmogljivosti. Zhu, et al. (2015) so v randomizirani kontrolirani raziskavi, s katero so primerjali učinke na izboljšanje hoje in ravnotežja in v kateri so uporabili enak protokol pri obeh vrstah terapije, ugotovili, da se je pri hidroterapiji, po 4. tednih vadbe, statistično pomembneje izboljšala funkcijska premičnost, kot pri vadbi na suhem. Ugotovili so tudi, da razlike med obema vrstama terapije pri izboljšanju ravnotežja niso bile signifikantne. Sistematični pregled in metaanaliza Iliescu, et al. (2020), v katerem se v enajstih od devetnajstih vključenih raziskavah, frekvenca in trajanje vadbe na suhem nista ujemali s frekvenco in trajanjem hidroterapije, je pokazal, da hidroterapija statistično pomembneje pozitivno učinkuje na premičnost in ravnotežje, kot vadba na suhem. Medtem ko so si v vključenih raziskavah dokazi nasprotovali glede učinkov na funkcijsko samostojnost. Do podobnih zaključkov sta prišla tudi Veldema in Jensen (2020), saj so tudi v njuni raziskavi učinki hidroterapije in vadbe na suhem na izvajanje dnevnih dejavnosti bili podobni. Metaanaliza, ki so jo izvedli Chae, et al. (2020) je pokazala, da hidroterapija učinkoviteje izboljša ravnotežje in jakost iztegovalk kolena paretičnega spodnjega uda, kot konvencionalna terapija na suhem. Pokazala je tudi, da je učinkovitost bila statistično bolj pomembna pri pacientih v kronični fazi možganske kapi, v primerjavi s tistimi v subakutni fazi. Tudi Zhu, et al. (2015) poročajo, da so opazili razlike v učinkovitosti hidroterapije in terapije na suhem glede na stopnjo resnosti možganske kapi in pretekli čas od kapi. V sistematičnem pregledu literature avtorja Pérez-de la Cruz, (2020) se je pokazalo, da so se pri kroničnih pacientih po možganski kapi, po uporabi Ai Chi metode, v primerjavi s terapijo na kopnem, pomembneje in za dlje časa izboljšali bolečina, ravnotežje in hoja. Daljšo trajnost učinkov hidroterapije, tudi do enega meseca ali več po zaključku zdravljenja, predvsem na ravnotežje in funkcijsko zmogljivost, v primerjavi s terapijo na suhem, so ugotavljali tudi v metaanalizi avtorjev Giurati, et al. (2021).

Pregled literature je pokazal, da je morda hidroterapija, bolj kot samostojna metoda, učinkovita v kombinaciji s terapijo na kopnem. V sistematičnem pregledu 24 randomiziranih poskusov so namreč ugotovili, da so bili dokazi v prid učinkov kombinacije obeh terapij na ravnotežje, hitrost hoje, premičnost, propriocepcijo, funkcijski doseg in kakovost življenja, močnejši (Saquetto, et al., 2019). Tudi Pérez-de la Cruz, (2020) poroča, da ima kombinacija pozitiven vpliv na funkcijske zmogljivosti in kakovost življenja pacientov po možganski kapi.

Raziskava ima omejitve v heterogenosti vključenih raziskav, tako glede metodološke kakovosti raziskav, velikosti vzorcev, ki so vključevali med 12-120 pacientov, starosti preiskovancev, ki se je gibala med 35 in 70 let, časa po možganski kapi (od 1 meseca do 3,5 let), vrste uporabljenih terapevtskih intervencij in protokolov obravnave, kot izidov zdravljenja. Omejitev predstavlja tudi pomanjkanje slepih randomiziranih eksperimentov.

5 Zaključek

Rezultati pregleda literature kažejo, da obstajajo dokazi, da je hidroterapija učinkovit in varen postopek rehabilitacije po možganski kapi. Vendar si dokazi niso enotni v tem, da je bolj učinkovita od konvencionalne terapije na suhem pri izboljšanju mišične jakosti, ravnotežja, premičnosti, aerobne zmogljivosti in funkcijske neodvisnosti po možganski kapi. Prav tako se razlikujejo glede učinkov različnih vrst hidroterapevtskih intervencij. Potrebne so metodološko dobro zasnovane randomizirane slepe ter longitudinalne raziskave, ki bodo ugotovljale najprimernejše hidroterapevtske intervencije glede na specifične značilnosti pacientov po možganski kapi.

Literatura

- Becker, B.E., 2009. Aquatic therapy: scientific foundations and clinical rehabilitation applications. *PM&R*, 1(9); pp. 859-872.
- Chae, C.S., Jun, J.H., Im, S., Jang, Y. & Park, G.Y., 2020. Effectiveness of hydrotherapy on balance and paretic knee strength in patients with stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(5); pp. 409-419.
- Coupland, A.P., Thapar, A., Qureshi, M.I., Jenkins, H. & Davies, A.H., 2017. The definition of stroke. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(1); pp. 9-12.
- Giuriati, S., Servadio, A., Temperoni, G., Curcio, A., Valente, D. & Galeoto, G., 2021. The effect of aquatic physical therapy in patients with stroke: a systematic review and meta-analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(1); pp. 19-32.
- Iliescu, A.M., McIntyre, A., Wiener, J., Iruthayarajah, J., Lee, A., Caughlin, S. & Teasell, R., 2020. Evaluating the effectiveness of aquatic therapy on mobility, balance, and level of functional independence in stroke rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 34(1); pp. 56-68.
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M. & Sachdev, S., 2016. Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9); pp. 634-634A.
- Lim, C.G., 2020. Effect of underwater treadmill gait training with water-jet resistance on balance and gait ability in patients with chronic stroke: a randomized controlled pilot trial. *Frontiers in Neurology*, 10; p. 1246.
- Marinho-Buzelli, A.R., Bonnyman, A.M. & Verrier, M.C., 2015. The effects of aquatic therapy on mobility of individuals with neurological diseases: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 29(8); pp. 741-751.
- Mehrholtz, J., Kugler, J. & Pohl, M., 2011. Water-based exercises for improving activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(1); CD008186.
- Michael, K.M., Allen, J.K. & Macko, R.F., 2005. Reduced ambulatory activity after stroke: the role of balance, gait, and cardiovascular fitness. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8); pp. 1552-1556.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group, 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7); pp. 1-6.
- Mooventhan, A. & Nivethitha, L., 2014. Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(5); pp. 199-209.
- Pérez-de la Cruz, S., 2020. Comparison of aquatic therapy vs. dry land therapy to improve mobility of chronic stroke patients. *International journal of environmental research and public health*, 17(13); p. 4728.
- Polit, D. F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rubio Ballester, B., Maier, M., Duff, A., Cameirao, M., Bermudez, S., Duarte, E., Cuxart, A., Rodriguez, S., San Segundo Mozo, R.M. & Verschure, P.F.M.J., 2019. A critical time window for recovery extends beyond one-year post-stroke. *Journal of Neurophysiology*, 122(1); pp. 350-357.
- Saquetto, M.B., da Silva, C.M., Martinez, B.P., Sena, C. da C., Pontes, S.S., da Paixão, M.T. C. & Gomes Neto, M., 2019. Water-based exercise on functioning and quality of life in poststroke persons: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(11); p. 104341.
- Veldema, J. & Jansen, P., 2020. Aquatic therapy in stroke rehabilitation: systematic review and meta-analysis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 143(3); pp. 221-241.
- Zhu, Z., Cui, L., Yin, M., Yu, Y., Zhou, X., Wang, H., & Yan, H., 2015. Hydrotherapy vs. conventional land-based exercise for improving walking and balance after stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(6); pp. 587-593.

Poročanje o odzivnosti slovenskih zdravstvenih domov

Reporting about Responsiveness of the Slovenian Community Health Centres

dr. Suzana Šuklar⁶¹
dr. Mirna Macur⁶²

Izvleček

Teoretična izhodišča: Temeljne dimenzije kakovostnih zdravstvenih storitev so: uspešnost, varnost, odzivnosti, dostopnosti, učinkovitosti in pravičnosti (OECD, 2006; European Commission, 2014). Namen prispevka je raziskati, ali Zdravstveni domovi v Sloveniji (v nadaljevanju ZD) z integriranim sistemom vodenja kakovosti upoštevajo in sledijo OECD opredelitvi odzivnosti.

Metoda: Uporabili smo vsebinsko analizo javno dostopnih letnih poročil ZD z integriranim sistemom vodenja kakovosti. V njih smo preverili, kolikokrat in v kakšnih pomenih se pojavlja pojem odzivnost in njegove sopomenke.

Rezultati: ZD uporabljajo več različnih pojmov odzivnosti in njihovih sopomenk, ki smo jim zapisali tudi frekvenco pojavljanja: odzivnost zaposlenih na anketiranje, odzivnost pacientov na anketiranje, odzivnost na tveganje, odzivnost skrbnikov e-zdravja, odzivnost na izpolnjevanje potreb uporabnikov, odzivnost NMP, odzivnost pacientov na naše delo, odzivnost pacientov na preventivne preglede, odzivnost pacientov na čakalnih seznamih, odzivnost na ugotovitve revizij, odzivnost na spremembe, osredotočenost na paciente in relevantnost storitev.

Razprava: Odzivnost se v letnih poročilih ZD pojavlja precej pogosto, a v nekoliko drugačnem smislu, kot odzivnost opredeljuje OECD. Izmed 14ih pojmov se le štirje navezujejo na OECD pojmovanje odzivnosti, te pojme pa najdemo v letnih poročilih 21 ZD od 26, kar je spodbudno. Manj spodbudno je dejstvo, da samo eno letno poročilo ZD omenja osredotočenost na pacienta, ki je centralno ne le v OECD opredelitvi odzivnosti, ampak v večini virov o kakovosti zdravstvene storitve. Osredotočenost na pacienta ne pomeni le upoštevanja potreb in pričakovanj pacientov, ampak je pomembno predvsem, da ima pacient možnost aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja, preventive in rehabilitacije, da je informiran in opolnomočen, saj le tak pacient lahko vzdržuje optimalno počutje, uspešno obvladuje svoje zdravstveno stanje ob pomoči zdravstvenih delavcev, da lahko potem samostojno skrbi zase. Analiza kaže na zastarelo paradigmo izvajanja zdravstvene storitve »za« pacienta, ne »skupaj s« pacientom, za kar bo potreben dodaten napor.

Ključne besede: odzivnost, kriteriji OECD, osredotočenost na pacienta, zdravstveni dom, letna poročila

Abstract

Theoretical Background: Key dimensions of health service quality are effectiveness, responsiveness, accessibility, safety, efficiency, and equity (OECD, 2006; European Commission, 2014). The purpose of this paper is to investigate whether Community Health Centres in Slovenia (CHC) follow OECD recommendations concerning responsiveness.

Methods: Qualitative descriptive analysis of yearly reports of twenty-six Slovenian CHC with an integrated system of quality that was publicly available was conducted. Thematic analysis was applied of the term responsiveness and its synonyms.

Results: The audit of twenty-six yearly reports of Slovenian CHC showed several different meanings of the term responsiveness: the responsiveness of the employees to the survey, the responsiveness of the patients to the survey, the responsiveness to risk-taking, the responsiveness of the guardians of e-health; the responsiveness to meeting needs of the users, NMP responsiveness, the responsiveness of the patients to our work, the responsiveness of the patients to the preventive health checks, the responsiveness of the patients in the waiting lists, the responsiveness to the findings of the audit, the responsiveness to change, focus on patients and relevance of the service.

Discussion: In yearly reports of CHC, responsiveness is often found but in a different context that OECD recommends. Out of 14 different categories, related to responsiveness, only four relate to OECD definition: they can be found in 21 yearly reports of CHC out of 26, which is encouraging. A less encouraging fact is that

⁶¹ dr. Suzana Šuklar, Zdravstveni dom Murska Sobota, suzanas@zd-ms.si

⁶² izr. prof. dr. Mirna Macur, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, mmacur@fzab.si

only one yearly report of CHC mentions patient-centeredness which is central not only in OECD definition of responsiveness but in most literature on quality of health care services. Patient-centeredness does not mean that only the needs and expectations of the patient are considered. However, it is important for the patient to have an active role in the process of treatment, prevention, and rehabilitation, to be informed and empowered because such patient can maintain optimal health and manages his/her health condition successfully with the help of health care workers. The analysis reveals the presence of an old paradigm in health care where health services are delivered "to" patients and not "together with" patients.

Keywords: *responsiveness, OECD criteria, focus on the patient, Community Health Centre, yearly reports*

1 Teoretična izhodišča

Temeljno izhodišče vseh priporočil za kakovost in varnost v zdravstvu izhaja iz leta 2002, ko se je začel projekt OECD za kakovost zdravstvenega varstva. Glavni cilj projekta je bil meriti in primerjati kakovost zagotavljanja zdravstvenih storitev v različnih državah. Nadgradnja OECD projekta je sledila v letu 2014, ko je Evropska komisija podala priporočila vsem članicam Evropske unije, da morajo ocenjevati uspešnost in omogočiti večjo dostopnost zdravstvenih storitev ter s tem prilagodljivo zdravstveno varstvo za vso prebivalstvo (EUR-Lex, 2014).

V letu 2014 je izšla tudi EU agenda o kakovosti zdravstvene oskrbe (Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH) - Future EU agenda on Quality of healthcare), z namenom razvoja bolj odzivnih in trajnostnih zdravstvenih storitev v vseh članicah EU. V takšnem zdravstvenem sistemu bo zdravstvena oskrba skladna z razpoložljivim strokovnim znanjem, tehnologijo, osredotočena na potrebe in cilje posameznikov, družin in skupnosti, varna, s čim manj neželenimi dogodki povezanimi z zdravstveno oskrbo in bo obravnavala pacienta kot glavnega partnerja (European Commission, 2014, p. 11). Gre za nadgradnjo dimenzij kakovostne zdravstvene oskrbe, ki jih je 2006 sprejela OECD:

- uspešnost (ang. effectiveness – izboljšanje izidov zdravljenja),
- varnost (ang. safety – preprečevanje škode povezane z zdravstveno obravnavo),
- odzivnost (ang. responsiveness) – osredotočenost na pacienta, ki je ključen partner v procesu zdravljenja (opolnomočenje pacienta) in osredotočenost na njegove potrebe (angl. patient centredness),
- dostopnost (ang. access) – dostopnost storitev fizično, časovno, psihično, finančno,
- učinkovitost (ang. efficiency) – optimalna uporaba razpoložljivih virov
- pravičnost (ang. equity) – brez razlik v doseganju izidov zdravljenja (European Commission, 2014, p. 24).

Omenjene dimenzije so zelo različne, zadevajo tako procese kot izide zdravljenja in so ključne bodisi na mikro ali na makro ravni. So pa univerzalne tako za promocijske in preventivne dejavnosti, kot za paliativno oskrbo, primarno zdravstveno varstvo, bolnišnične storitve, storitve urgentnega centra in dolgotrajne oskrbe (European Commission, 2014).

Osredotočenost na pacienta »zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnost izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci« ali – z drugimi besedami – »izvajanje zdravstvene oskrbe, spoštljive, skladne s pacientovimi potrebami in izbiro, ter zagotavljanje, da pacientove vrednote vodijo odločitve o zdravljenju« (Robida, 2009, p. 9). EXPH dokument (European Commission, 2014) razloži to še bolj natančno: pri osredotočenosti na paciente ne gre le za pacientove 'želje' in za 'odzivanje' na pacientove potrebe in prioritete. To je nujno, a ni dovolj. Pacienti in njihove družine morejo

imeti možnost aktivno sodelovati v procesu zdravljenja in samozdravljenja, še posebno pri kroničnih boleznih, promociji zdravja, preventivi in aktivnostih za varnost pacientov. Na ta način pacienti oz. osebe z zdravstvenim stanjem, ki ga želimo izboljšati, postanejo aktivni udeleženci procesa zdravljenja. Zdravstvene storitve torej ne razvijamo le 'za' paciente in populacijo, ampak tudi 'z' njimi in 'skozi' njih. Ne gre torej le za vprašanje 'pričakovanj', ampak tudi 'opolnomočenja' in povečane zmožnosti posameznika/pacienta, da skrbi zase v partnerstvu s strokovnjaki (na primer v povezavi s sladkorno boleznijo, duševnimi močmi) in doseže cilje v svojem življenju, ki so zanj pomembni.

Iz raziskav je razvidno, da so zdravstvene oskrbe, ki so osredotočene na pacienta, oskrbe z izboljšanim izidom zdravljenja (z zmanjšanim številom diagnostičnih preiskav, z manj napotitvami k specialistom) (Stewart, et al., 2000 cited in Robida, 2009, p. 68). Navedeno pomeni, da pacientu omogočimo aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja, preventive in rehabilitacije. Hkrati pa le informiran in opolnomočen pacient lahko vzdržuje optimalno počutje, uspešno obvladuje svoje zdravstveno stanje ob pomoči zdravstvenih delavcev, da lahko potem samostojno skrbi zase.

Kot smo že omenili, osredotočenost na pacienta pomeni zdravstveno storitev skladno s pacientovimi potrebami (Robida, 2009, p. 9). Običajen kriterij usklajenosti s potrebami je relevantnost storitve (ang. *Relevance to the need*) ali primernost storitve (ang. *Appropriateness*) (Macur, 2000). Skladno z uvodno definicijo sta v kontekstu naše razprave osredotočenost na pacienta (ang. *Patient-centeredness*) in odzivnost (ang. *Responsiveness*) del enega in istega kriterija, zato ju bomo tudi tako obravnavali.

Kaj bi naj pomenila osredotočenost na pacienta ali odzivnost zdravstvenega sistema v prihodnosti, prikazuje spodnja Tabela 1. Zdravstveni sistem naj bi se torej razvil v smeri vse večje prilagojenosti potrebam in vrednotam pacientov, ter v sodelovanju z njimi.

Tabela 1: Prikaz osredotočenosti na pacienta in izvajanja zdravstvene prakse v sedanosti in prihodnosti

Sedanost	Prihodnost
Zdravstvena oskrba temelji na obiskih pacienta pri zdravniku.	Zdravstvena oskrba je del nepretrgane oskrbe.
Avtonomnost strokovnjakov določa različne oblike zdravstvene oskrbe.	Zdravstvena oskrba je prirejena potrebam in vrednotam pacientov.
Strokovnjaki nadzirajo oskrbo.	Pacient nadzira oskrbo.
Vir informacij je zdravstvena dokumentacija.	Znanje je na voljo osebjem, ki sodeluje pri obravnavi pacienta in pretok informacij je prost.
Odločitve temeljijo na usposabljanju in izkušnjah.	Odločitve temeljijo na z dokazi podprto medicino.
Ne škodovati je odgovornost posameznika.	Varnost je lastnost sistema.
Večkrat je treba molčati in skrivati dejstva.	Potrebna je preglednost.
Sistem se odziva na potrebe.	Potrebe se pričakujejo vnaprej.
Išče se zmanjševanje stroškov.	Zmanjšuje se nepotrebna poraba.
Prednost se daje vlogi strokovnjakov, ne sistemu.	Prednostna naloga je sodelovanje med strokovnjaki.

Vir: *Institute of Medicine, 2001, cited in Robida, 2009*

Namen našega prispevka je raziskati, kakšen pomen ZD v Sloveniji pripisujejo odzivnosti. Ker je primarna zdravstvena dejavnost tista, ki je v bližini doma pacienta in prva raven dostopa do zdravstvene oskrbe, ki vključuje preventivo z zdravstveno vzgojo in kurativo (Schäfer, et al., 2013, p. 4), bi morala biti odzivnost na potrebe in pričakovanja prebivalstva osnovni gradnik primarnega zdravstvenega varstva.

2 Metode

2.1 Raziskovalna vprašanja

Namen našega prispevka je raziskati, kakšen pomen ZD v Sloveniji pripisujejo odzivnosti. V ta namen smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

RV1: Ali ZD poročajo o odzivnosti?

RV2: Kako je razumljena odzivnost in katere sopomenke ima?

RV 3: Kolikokrat je uporabljen pojem odzivnost ali osredotočenosti na pacienta po OECD?

2.2 Opis vzorca

Populacijo naše analize predstavljajo slovenski ZD. Za namen raziskave smo uporabili namensko vzorčenje: izločili smo ZD z integriranim sistemom vodenja kakovosti za leto 2018, saj samo ti ZD v letnih poročilih poročajo o kakovosti. V Sloveniji je 34 zdravstvenih domov z integriranim sistemom vodenja kakovosti, vendar pa smo lahko analizirali le letna poročila, ki so bila na voljo. Na spletnih straneh smo našli le 26 javno objavljenih letnih poročil za leto 2018, ki smo jih vključili v našo raziskavo.

2.3 Potek raziskave in obdelava podatkov

Za analizo empiričnega gradiva smo uporabili vsebinsko analizo po Vogrincu (2008), ki se od kvalitativne vsebinske analize razlikuje po tem, da si vnaprej določimo vsebinsko poznane kategorije, ki jih nato iščemo v empiričnem gradivu. V okviru vsebinske analize smo kategoriji odzivnost določili tudi sopomenke in tako dobili več kod, ki so po naši presoji ustrezale pojmu odzivnost. Oblikovali smo frekvenčno tabelo, kjer smo zapisali, kolikokrat se katera koda pojavlja, v kakšnem kontekstu in katera uporaba pojma odzivnost se sklada z OECD definicijo tega pojma. Kode smo tudi teoretično razložili.

3 Rezultati

Rezultate analize predstavljamo v Tabeli 2. Pregledali smo letna poročila ZD z integriranim sistemom vodenja kakovosti, ki smo jih uspeli pridobiti (bilo jih je 26) in analizirali, ali poročajo o odzivnosti in na kakšen način.

Tabela 2: Kode kategorije odzivnost

Sinonimi/ Zdravstveni dom	Odzivnost zaposlenih na anketiranje	Odzivnost pacientov na anketiranje	Odzivnost na tveganje	Odzivnost skrbnikov e-zdravja	Odzivnost na izpolnjevanje potreb uporabnikov	Odzivnost NMP	Odzivnost pacientov na naše delo	Odzivnost pacientov na preventivne preglede	Odzivnost pacientov na čakalnih seznamih	Odzivnost na ugotovitve revizij	Odzivnost na spremembe	Osredotočenost na paciente	Relevantnost storitev	Drugo	VSOTA
Ajdovščina					1									1	2
Celje	2				2					1					5
Cerknica	2	3	1		1										7
Črnomelj				2	2									1	5
Dravograd					1										1
Grosuplje												1			1
Ivančna Gorica	1	2	1		6										10
Kamnik						1									1
Koper		2			5										7
Laško							2								2
Lendava	1				2										3
Litija															0
Ljubljana	1				5	4	1	1		1	1			1	15
Medvode														1	1
Murska Sobota															0
Nazarje														1	1
Nova Gorica	1		1		9			2	2	1	1			2	19
Novo mesto					8										8
Piran					3		1	2						1	7
Ptuj						1									1
Sežana	2				2			2							6
Slovenska Bistrica					4			1							5
Slovenske Konjice					1			1							2
Trebnje	1	1			10	1		1						2	16
Velenje					3										3
Zagorje ob Savi					2										2
VSOTA	11	8	3	2	67	7	4	10	2	2	3	1	0	10	130

Na prvo raziskovalno vprašanje, ali ZD poročajo o odzivnosti, lahko potrdimo pritrdilno. V letnih poročilih 26 ZD smo našli 130 navedb pojma odzivnost in njegovih sopomenk. V povezavi z drugim raziskovalnim vprašanjem lahko navedemo, da izvajalci odzivnost pojmujejo najpogosteje kot: odzivnost zaposlenih na anketiranje (n=11), odzivnost pacientov na anketiranje (n=8), odzivnost na tveganje (n=3), odzivnost skrbnikov e-zdravja (n=2),

odzivnost na izpolnjevanje potreb uporabnikov (n=67), odzivnost NMP (n=7), odzivnost pacientov na naše delo (n=4), odzivnost pacientov na preventivne preglede (n=10), odzivnost pacientov na čakalnih seznamih (n=2), odzivnost na ugotovitve revizij (n=2) in odzivnost na spremembe (n=3). Skupno smo našli 14 različnih pojmov, ki jih poročevalci navajajo pod odzivnost ali pa se navezujejo na definicijo OECD.

V tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, ali ZD poročajo o odzivnosti v skladu z opredelitvijo OECD, ki odzivnosti (ang. Responsiveness) pridružuje tudi osredotočenost na pacienta. Med 14 pojmi, navedenimi v Tabeli 2, le štirje ustrezajo OECD opredelitvi:

- Odzivnost na izpolnjevanje potreb uporabnikov
- Odzivnost NMP, to je nujne medicinske pomoči
- Osredotočenost na paciente
- Relevantnost storitev.

Največjo frekvenco pojavljanja ima odzivnost na izpolnjevanje potreb uporabnika (n=67), čemur sledi odzivnost NMP (n=7). temu moramo dodati še, da se pojem osredotočenost na paciente (ang. Patient-centeredness) pojavlja samo v letnem poročilu ZD Grosuplje in to samo enkrat.

4 Razprava

V analizi letnih poročil smo našli 14 pojmov odzivnost v različnih kontekstih in njihovih sopomenk. V Tabeli 2 sta se najprej pojavila kazalca odzivnosti na anketiranje tako med zaposlenimi kot med pacienti. Izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki imajo integriran sistem vodenja kakovosti, so namreč dolžni meriti zadovoljstvo pacientov in zaposlenih, vendar imajo pogosto pri tem težave z odzivnostjo, zato potrebujejo za izvedbo anketiranja daljše časovno obdobje, da dobijo reprezentativni vzorec. Hkrati pa deljenje vprašalnikov zahteva od zaposlenih dodatno obremenitev in tudi nejevoljo pacientov, zato niso motivirani za to delo in so posledično neodzivni. V tem kontekstu se v nekaterih letnih poročilih pojavljata kazalca.

Osnovna zdravstvena dejavnost izvaja številne preventivne programe bodisi v okviru referenčnih ambulant, ki so del tima družinske medicine, bodisi v okviru centrov za krepitev zdravja. Od obojih pacienti prejmejo vabila, vendar so na njih kljub predhodnemu dogovoru in pripravljenosti za obiskovanje katere od teh aktivnosti pogosto neodzivni. Zato je pojem neodzivnost pacientov na preventivne preglede v letnih poročilih zdravstvenih domov pogosto omenjan, vendar po definiciji OECD ne sodi pod odzivnost.

Velikokrat se v letnih poročilih zdravstvenih domov pojavlja tudi pojem odzivnost NMP, ki se nanaša na merjenje kazalnika kakovosti službe nujne medicinske pomoči, to je odzivni čas ekipe NMP. V 2 minutah po prejetju klica se mora dispečer odločiti, katero ekipo bo aktiviral, kar se imenuje aktivacijski čas. Ekipa bi morala v dveh minutah speljati z avtom, kar je odzivni čas. Do prihoda na kraj dogodka se šteje dostopni čas, v katerega je všteti tudi odzivni čas. Pri odzivnosti NMP gre za odzivanje na potrebe pacientov, zato lahko trdimo, da gre za sinonim odzivnosti po OECD. Pod OECD definicijo odzivnosti lahko uvrstimo še odzivnost na potrebe pacientov oziroma izpolnjevanje potreb pacientov, ki ga v letnih poročilih uporabljajo povezano z realizacijo storitev, ki jih potrebujejo pacienti in prebivalci, in osredotočenost na pacienta, kar pa smo v letnih poročilih našli le enkrat. Pojem osredotočenost se nanaša na obravnavo, izvedeno v skladu s pričakovanji pacienta, in njegovo vključenost pri odločanju o zdravljenju. Po definiciji odzivnosti bi v to kategorijo sodil tudi pojem relevantnost storitve ali primernost storitve (ang. appropriateness) (Phillips, et al., 1994, cited in Macur, 2000, p. 55), a pojma primernost ali ustreznost v letnih poročilih ZD nismo našli.

Definiciji odzivnosti po OECD v letnih poročilih ustrezajo le naslednji pojmi: odzivnost/izpolnjevanje potreb uporabnikov zdravstvenih storitev, odzivnost NMP, osredotočenost na pacienta in relevantnost storitev. Te pojme (n=75) uporablja 21 od 26ih ZD. To pa je le rezultat poročanja ZD z integriranim sistemom vodenja kakovosti in sicer le tistih, ki so svoja letna poročila imeli objavljena na spletnih straneh. Lahko predvidevamo, da ostali ZD poročajo o odzivnosti v manjši meri. Pri Zdravstvenih domovih, ki poročajo o odzivnosti, pa se nam zastavlja vprašanje, koliko so dejansko potrebe in pričakovanja pacientov upoštevane, koliko ima pacient možnost aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja, preventive in rehabilitacije in koliko je dejansko informiran in opolnomočen za uspešno obvladovanje svojega zdravstvenega stanja.

Tisto kar je zaskrbljujoče je ugotovitev, da ZD ne poročajo o osredotočenosti na pacienta, ki je centralen pojem kakovosti – ta pojem smo našli v enem samem letnem poročilu. Medtem ko je to v zasebnem storitvenem sektorju uporabnik v središču, se ta pojem v javnih zdravstvenih zavodih ne pojavlja. To dejstvo ne pomeni nujno, da zdravstvena storitev ni osredotočena na pacienta, je pa indikator paradigme, v kateri je pacient bolj prejemnik zdravstvene storitve kot pa njen enakopraven udeleženec, čemur osredotočenost na pacienta teži. Osredotočenost na pacienta sicer ni enotno opredeljena, dokument EXPH (2014) navaja nekaj različnih definicij. Skupni elementi teh definicij osredotočenosti na paciente so: empatija/sočutje in dostojanstvo, udeležba oz. participacija pacientov ter pacientova izkušnja oskrbe. Deljeno odločanje, samo-odločanje ter dobra obveščenost se prav tako pogosto pojavljajo v teh opredelitvah. Za večjo osredotočenost na paciente je potrebno pravilno oceniti potrebe in preference pacientov in iz tega izhodišča preoblikovati zdravstvene storitve (European Commission, 2014).

Omejitve raziskave predstavlja število pregledanih letnih poročil. Omejili smo se namreč le na ZD z integriranim sistemom vodenja kakovosti, ki jih je v Sloveniji 34, medtem ko je vseh ZD v Sloveniji 59. Pričakovali smo, da bodo vsi ZD u integriranim sistemom vodenja kakovosti imeli javno objavljena letna poročila, a ni bilo tako.

Literatura

- European Commission, 2014. *Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH): Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety The EXPH*. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/006_safety_quality_of_care_en.pdf [Accessed 27 February 2020].
- EUR-Lex, Access to European Union law, 2014. *Zagotavljanje vzdržnosti zdravstvenih sistemov Evrope*. Available at: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:2901_2 [Accessed 27 February 2020].
- Directorate for employment, labour and social affairs. Health Committee, 2017. *Health Care Quality Indicators. Progress Reports on PaRIS Initiative HCQI*.
- Institute of Medicine, 2001. *Crossing the Quality Chasm*. Washington: National Academy Press.
- Kelley, E., & Hurst, J., 2006. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. *OECD Health Working Papers*, No. 23. Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf> [Accessed 1 March 2021].
- Macur, M., 2000. *Vpliv privatizacije na kakovost zdravstvenih storitev – evalvacija z vidika uporabnika: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Macur, M., 2018. Anketiranje pacientov kot orodje za večjo odzivnost v zdravstvu. In: J. Starc ed. *Izzivi globalizacije v družbeno-ekonomskem okolju: zbornik prispevkov, Novo mesto, 17. maj*. Novo mesto: Fakulteta za ekonomijo in informatiko, pp. 306-307.
- Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: GV Planet.
- Stewart, M.A., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W., & Jordan, J., 2000. The impact of patient-centered care of outcomes, *J Fam Pract*, 49; pp. 796–804. Available at: <https://www>.

researchgate.net/profile/Wayne_Weston/publication/12292586_The_Impact_of_Patient-Centered_Care_on_Outcomes/links/004635260327e8a432000000/The-Impact-of-Patient-Centered-Care-on-Outcomes.pdf [Accessed 27 February 2020].

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Izsledki fokusnih skupin med delodajalci o doseganju kompetenc diplomantov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

Assessments of the focus groups among employers of nursing graduates' competencies at Angela Boškin Faculty of Health Care

Mateja Bahun⁶³
dr. Sanela Pivač⁶⁴
dr. Mirna Macur⁶⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Hitre spremembe v zdravstvu in večja kompleksnost obravnave so začeli spreminjati pričakovanja glede zdravstvene nege. Pomemben kazalnik preverjanja kakovosti na področju usposobljenosti diplomantov je ocena o doseganju kompetenc s strani delodajalcev. Namen prispevka je predstaviti izsledke fokusnih skupin med delodajalci o doseganju kompetenc diplomantov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Metoda: Izvedena je bila kvalitativna metoda empiričnega raziskovanja v obliki treh fokusnih skupin, ločeno za delodajalce zdravstvene nege na primarni ravni (n=5), na sekundarni (n=6) in na terciarni ravni (n=6). Pogovor je bil delno strukturiran – vključeval je doseganje kompetenc naših diplomantov na šestih področjih: splošno o kompetencah v zdravstveni negi diplomantov naše fakultete; kompetence na področju promocije zdravja in preventive, usmerjanja in poučevanja; samostojnost in zmožnost sprejemanja odločitev; komunikacija in timsko delo; etika, kultura in vrednote v zdravstveni negi; usposobljenost za raziskovanje, razvoj in implementiranje znanstvenih izsledkov v prakso. Izveden je bil dobesedni prepis fokusnih skupin. Potek fokusne skupine je bil posnet z digitalnim snemalnikom, čemur je sledil dobesedni prepis pogovorov, nato pa obdelava transkriptov po principu odprtega kodiranja.

Rezultati: Na podlagi analize besedila smo oblikovali 36 kod, ki smo jih razvrstili v 6 nadpomenskih kategorij: pozitivne izkušnje z diplomanti FZAB; posebnosti delovnega mesta; značilnosti posameznih diplomantov; značilnosti generacij; pomen mentorja; težave.

Razprava: Pogovori v okviru fokusnih skupin so pokazali uspešnost diplomantov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin pri doseganju kompetenc, ki se zdi vsestranska. Primerjalno z ostalimi diplomanti izstopajo po bogatem teoretičnem znanju in kompetencah na področju raziskovanja. Pri vseh sedmih vsebinskih sklopih so bile poudarjene individualne razlike v obvladovanju kompetenc in motiviranosti diplomantov, a tudi razlike v zahtevah posameznih delovišč. Delodajalci imajo možnost diplomante spoznati že v času študija in zainteresirane povabijo k sodelovanju, kar vodi v obojestransko zadovoljstvo.

Ključne besede: fokusne skupine, kompetence, zdravstvena nega, diplomanti, izobraževanje

Abstract

Theoretical background: Rapid changes in healthcare and greater complexity of treatment have begun to change nursing expectations. An important indicator of quality control in the field of graduates' qualifications is the assessment of the achievement of competencies by employers. The purpose of this paper is to present the findings of focus groups among employers on achieving the competencies of nursing graduates of the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Method: A qualitative method of empirical research in the form of three focus groups was performed separately for health care employers at the primary level (n = 5), the secondary level (n = 6), and the tertiary level (n = 6). The discussion was partly structured – six areas of competencies were discussed with employers: generally about the competencies in nursing of graduates of our faculty; competencies in health promotion and prevention, guidance and teaching, independence and decision-making ability, communication and

⁶³ Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, mbahun@fzab.si

⁶⁴ doc. dr. Sanela Pivač, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, spivac@fzab.si

⁶⁵ izr. prof. dr. Mirna Macur, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, mmacur@fzab.si

teamwork, ethics, culture and values in nursing, research, development, and implementation of scientific findings into practice. A literal transcript of the focus groups was performed. The course of the focus group was recorded with a digital recorder followed by a literal transcript of the conversations followed by the processing of transcripts according to the principle of open coding.

Results: Analysis of focus groups produced 36 codes. They were arranged into 6 broader categories: positive experiences with FZAB graduates, specifics of the working place, characteristics of individual graduates, characteristics of generations, mentor's role, problems.

Discussion: Focus group discussions have shown the success of the Angela Boškin Faculty of Health Care graduates in achieving competencies that seem versatile. Compared to other graduates, they stand out for their rich theoretical knowledge and competencies in the field of research. In all seven content sets, individual differences in the management of competencies and motivation of graduates were emphasized, as well as differences in the requirements of individual workplaces. Employers have the opportunity to meet graduates already during their studies and invite those interested to participate, which leads to mutual satisfaction.

Keywords: *focus groups, competencies, nursing, graduates, education*

1 Teoretična izhodišča

Fukada (2018) navaja, da je kompetenca sposobnost, ki je pridobljena z izkušnjami, ki se kažejo kot potencialne sposobnosti in delujejo v določenih motivacijskih okoliščinah, ko se pokaže uporabnost izkušenosti. Kompetenca je tudi vedenjska značilnost, ki temelji na lastnih interesih in izkušnjah, na katere vplivata motivacija in odnos. To je optimalna vedenjska lastnost, ki vodi do dosežkov.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) izobražuje diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike, ki delajo v mnogih različnih delovnih okoljih tako v zdravstvenem kot v socialnem varstvu. V zdravstvenem sistemu delajo tako na primarni, sekundarni kot na terciarni ravni. Z vsemi temi delovnimi okolji se seznanijo že na kliničnem usposabljanju, teoretske osnove pa pridobijo pri obveznih učnih vsebinah na fakulteti. Študij na FZAB je relativno zahteven, med zdravstvenimi fakultetami v Sloveniji velja za eno težjih fakultet. Ne glede na to, kako sami ocenimo svojo uspešnost, pa relativno malo informacij pridobimo s strani obstoječih in potencialnih delodajalcev o tem, katera znanja in kompetence pričakujejo od naših diplomantov. Vsak delodajalec si želi sposobne in samostojne zaposlene, ki obvladajo temeljna znanja in ki jih je možno takoj razporediti na delovišče. Pričakovanja in zaznave visokošolskih učiteljev in delodajalcev so včasih zelo podobne, včasih pa precej različne. Poklic diplomirane medicinske sestre je zelo reguliran poklic, tudi na evropski ravni, kar bi moralo vplivati na enotnost pričakovanj, zahtev po znanju tako izvajalcev študija kot delodajalcev.

2 Metode

Izbrali smo kvalitativno paradigmo raziskovanja. Podatke s strani delodajalcev smo pridobili s pomočjo fokusnih skupin.

2.1 Raziskovalna metoda

Namen raziskave je bil preveriti, ali diplomanti zdravstvene nege FZAB dosegajo pričakovanja delodajalcev glede znanj in kompetenc na različnih področjih zdravstvene nege. Ključno vprašanje, ki smo si ga zastavili, je bilo: V kolikšni meri diplomanti zdravstvene nege FZAB dosegajo znanja in kompetence, ki jih delodajalci na različnih delovnih mestih od njih pričakujejo?

2.2 Opis vzorca

V vzorec so bili zajeti predstavniki večine potencialnih delodajalcev diplomantov, ki smo jih razdelili v tri skupine: v predstavnike delodajalcev na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, skladno z uradno klasifikacijo zdravstveno-varstvenih institucij oziroma oddelkov. Vzorčni načrt so sestavljali predstavniki delodajalcev, kjer študenti FZAB opravljajo klinično usposabljanje in so tudi najpogostejši zaposlovalci. Povabili smo vodje zdravstvene nege; osebe, ki pretežno sodelujejo s študenti in nadalje diplomanti in osebe, ki podajajo mnenja o primernosti kandidatov za nove zaposlitve. Na naše vabilo se je odzvalo 5 predstavnikov delodajalcev na primarni ravni, (80 % žensk, 20% moških, od tega 2 vodja zdravstvene nege v ustanovi in tri koordinatorji kliničnega usposabljanja oz. vodje posameznih oddelkov/mentorji), 6 na sekundarni ravni (100 % ženski, od tega 2 vodji zdravstvene nege v ustanovi in štiri koordinatorji kliničnega usposabljanja oz. vodje posameznih oddelkov/mentorji) in 6 na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (83 % žensk, 17 % moških, od tega 1 vodja zdravstvene nege v ustanovi, ostali koordinatorji kliničnega usposabljanja/mentorji).

2.3 Potek raziskave in obdelava podatkov

Fokusne skupine smo izvedli oktobra 2018. Organizirali smo tri srečanja, posebej za predstavnike delodajalcev iz primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti. Vsaki fokusni skupini smo namenili okvirno eno uro. Potek fokusne skupine smo snemali z digitalnim snemalnikom, čemur je sledil dobesedni prepis pogovora, nato pa obdelava transkriptov. Skupinski pogovor je bil delno strukturiran, predhodno smo oblikovali šest okvirnih tem in vprašanj, ki smo jih zastavili sodelujočim v raziskavi. Teme smo oblikovali s pomočjo kompetenčnega okvira EFN (2015): 1. splošno o kompetencah v zdravstveni negi; 2. kompetence na področju promocije zdravja in preventive, usmerjanja in poučevanja; 3. samostojnost in zmožnost sprejemanja odločitev; 4. komunikacija in timsko delo; 5. etika, kultura in vrednote v zdravstveni negi; 7. raziskovanje, razvoj in implementiranje znanstvenih izsledkov v prakso. Vrstni red vprašanj se je spreminjal glede na potek pogovora, pri čemer smo seznam vprašanj dopolnili s podvprašanji z namenom pridobivanja poglobljene uvida v določen segment teme raziskovanja. Zastavljanje vprašanj je bilo odvisno tudi od informacij, ki so jih vprašani posedovali in njihove seznanjenosti s situacijo (Saunders, et al., 2007). Fokusna skupina je merila, ali diplomanti dosegajo pričakovanja delodajalcev na sedmih področjih.

Pričujoča interpretacija podatkov mnenj delodajalcev temelji na večfaznem pristopu kvalitativne vsebinske analize (Mesec, 1998; Strauss & Corbinova, 1990). V prvi fazi so bili pripravljeni dobesedni prepisi pogovorov. Kvalitativno vsebinsko analizo smo izvedli na način, da smo analizo empiričnega gradiva razdelili v šest poglavij, opredeljenih s kompetenčnimi področji. Vsako fokusno skupino smo šifrirali, označili smo številko fokusne skupine (F1- F3) in udeleženca v posamezni fokusni skupini (A, B, C, D,...). S pripadajočo šifro se je izgubila imenska identiteta posameznega zapisa, hkrati pa smo omogočili sledljivost vsebine. Za vsako kompetenčno področje smo opredelili kode, ki so se pojavljale v eni ali večih fokusnih skupinah. Na koncu smo opredelili kategorije, ki se v fokusnih skupinah najpogosteje pojavljajo.

3 Rezultati

Na podlagi analize besedila smo oblikovali 36 kod, razvili smo 6 nadpomenskih kategorij, ki jih predstavljamo v nadaljevanju: Prepoznali smo naslednje kategorije:

1. **POZITIVNE IZKUŠNJE Z DIPLOMANTI FZAB** (dobre izkušnje z diplomanti; FZAB vzgaja diplomante v samostojnost; profesionalnost; mladi-visoko zavedanje o pomenu dokumentiranja; skrbijo za zasebnost; dobra znanja; pomen izobrazbe; zadane naloge diplomanti dobro opravijo; znanje in veščine diplomantov; kompetence glede raziskovanja – FZAB vodilna);
2. **POSEBNOSTI DELOVNEGA MESTA** (razlike med delovišči; specifične dela glede na področje; komunikacija v negovalnem timu manjši problem kot komunikacija z drugimi poklicnimi skupinami; problem dostopa za diplomante (zaupnost) pri elektronskem dokumentiranju; nižje zahteve delodajalcev kot fakultete o raziskovanju; raziskovanje ni enako pomembno pri vseh delodajalcih);
3. **ZNAČILNOST POSAMEZNEGA DIPLOMANTA** (individualne razlike; delodajalci zaposlijo tiste, ki se na kliničnem usposabljanju izkažejo; odvisno od posameznika (interes); osebne, značajske razlike);
4. **ZNAČILNOST GENERACIJ** (izredni boljši od rednih; dobrodošle izkušnje iz kliničnih okolij; generacijske razlike; več znanja kot starejše generacije);
5. **POMEN MENTORJA** (opolnomočenje skozi prakso; zelo pomembne so izkušnje; premoščanje ovir; vloga mentorja; praksa: iz znanja o raziskovanju do razumevanja);
6. **TEŽAVE** (problem ukrepati pri študentu/ki, ki ne dosega temeljnih kompetenc; problemi; obremenitev; težave diplomantov; neprimerna uporaba IKT; neupoštevanje etičnih pravil; pragmatizem: pogost pogled mlade generacije na etiko).

V nadaljevanju predstavljamo dobljene kode znotraj opredeljenih kompetenc in naključno izbrane citate.

3.1 Splošne kompetence diplomantov naše fakultete na področju zdravstvene nege

Delodajalci imajo v splošnem dobre izkušnje z diplomanti – našimi in ostalimi. Kompetence študentov pa niso enake kompetencam diplomantov, se razlikujejo glede na letnik študija. Sogovorniki so namreč komentirali o študentih, s katerimi prihajajo v stik, zato ugotavljajo, da študenti tretjih letnikov znajo bistveno več od študentov prvih in drugih. Medtem ko diplomanti imajo potrebne kompetence, pa se pri študentih prvega in drugega letnika še pozna, ali imajo **predhodno zdravstveno izobrazbo**. Ko diplomirajo teh razlik ni več in imajo **dobre izkušnje z diplomanti**. V diskusiji o primerjavah naših diplomantov z ostalimi, niso vsi sogovorniki mogli narediti te primerjave, nekateri pa so izpostavili **kakovostno znanje diplomantov FZAB**.

FS3/D: »...Če se navežem na ...kompetenc na področju delovanja v timu, odnosov, teh spretnosti ...in če študente (FZAB) primerjam z ostalimi fakultetami, s katerimi mi sodelujemo, ... samo po teh empiričnih in res kliničnih izkušnjah,da so ...diplomanti FZAB ki jih zaposlimo...tisti, ki imajo po nekem občutku več neke teoretične podlage in večjo strukturo tega znanja... Saj v ozadju se osebnost razlikuje, interes področja, kamor se zaposli posameznik, to ima zelo velik vpliv, ampak osnova pa je v povprečju po izkušnjah...po izkušnjah zagotovo...zagotovo boljša«.

Med diplomanti nekateri opažajo **razlike med rednimi in izrednimi študenti** – izkušnje v kliničnem okolju štejejo, zato so med tema dvema kategorijama večje razlike kot med samimi zdravstvenimi fakultetami. Na primarni ravni so izpostavili, da redko zaposlijo diplomante takoj po končani fakulteti – raje vzamejo izkušen kader s kliničnimi izkušnjami, ker je delo zahteva veliko mero samostojnosti. Med diplomanti so zato bolj zaželeni izredni študenti, ki imajo več izkušenj iz kliničnih okolij. V nekaterih kliničnih okoljih so naši diplomanti še posebej zaželeni, ker imajo znanja, ki jih drugi diplomanti nimajo – na primer znanje iz onkologije. Na različnih delovnih mestih se pričakujejo različne kompetence diplomantov zato **razlike med delovišči**. Na področju duševnega zdravja je npr. komunikacija pomembnejša od tehničnih kompetenc. Vsekakor pa je potrebno poudariti tudi **individualne razlike diplomantov**.

FS1/C: »Zelo so si različni med sabo. Eni seveda se takoj izkažejo, določeni mogoče zaradi treme ali pa...ne vem, mogoče rabijo samo malo usmerjanja in se najdejo. ...«

3.2 Promocija zdravja in preventiva, usmerjanje in poučevanje

Na tem pomembnem področju kompetenc izstopajo **osebne in značajske značilnosti posameznika** – nekateri imajo do tega dela precej večjo afiniteto in vsebine predstavijo privlačno in zavzeto, kot drugi. Druga pomembna stvar so **izkušnje** - izkušenejši bo te vsebine povedal bistveno bolj suvereno in jasno. Sploh pri odpustu v bolnišnici je potrebno paciente seznaniti z posebnostmi življenja doma, kar gre mladim oz. manj izkušenim težje od rok. V pogovoru je bilo opaziti **dobre izkušnje z našimi diplomanti**.

FS1/D: »...Marsikateri to že avtomatsko vidi (potrebo po zdravstveno vzgojnih vsebinah) in lažje se izraža in vse ...Vidiš, znanje majo vsi, kar se tiče teorije so vsi podprti, eni so res tako strogo,... »ja nas so pa v šoli tako učili«.

Poudarjena je vloga medijev: pacienti hitro najdejo različne informacije na spletu, zato morajo biti izvajalci zdravstveno-vzgojnih aktivnosti zelo dobro informirani, to je razlog da študenti in mladi diplomanti ne morejo opravljati vseh zdravstveno-vzgojnih del, ki včasih izgledajo enostavne, a niso.

FC3/A: »... in tudi pacienti, ki prihajajo v zdravstveno-vzgojne šole, imajo veliko znanja o svojih boleznih in če ti hočeš to voditi, moraš biti tudi informacijsko dosti spreten, ker moraš jim odgovore poiskati tudi preko spleta, ker sprašujejo ne samo utečene stvari.«

Preventivnega in zdravstveno-vzgojnega dela je veliko na vseh področjih, so pa **med delovišči razlike**, za njihovo izvajanje diplomanti niso vedno primerni.

3.3 Samostojnosti in zmožnost sprejemanja odločitev

Kompetence se nanašajo na sposobnost kritičnega razmišljanja in primerne pristopanja k reševanju težav in konfliktov. Pri samostojnosti in zmožnosti kritičnega mišljenja je bilo na primarni ravni izpostavljeno, da so **na tem področju izredni študentje boljši od rednih**. Pri tem je namreč dobrodošla zrelost in izkušnje, še posebno iz klinične prakse, kažejo se **individualne razlike**.

FS1/C: »»Zelo so si med sabo različni, nekdo bo tako samozavesten, da bo preveč prevzel oziroma bo prehitro posegel, pa še ni toliko kompetenten oziroma mislim, nima še toliko prakse, da bi to lahko dobro speljal in se lahko hitro opeče. Sicer se pa itak učimo na lastnih napakah. Nekdo pa mogoče premalo, pa je sposoben. Tako so si različni.«

V pogovoru so na terciarni ravni izpostavili, da zaznajo, da **FZAB diplomante vzgaja v samostojnosti in kritičnem mišljenju**, kar delodajalcem olajša delo. FS3/D: »Tako da to nam je všeč, ta njihova samostojnost, da jih ves čas vzgajate v to smer a in da je potem tudi nam lažje...«

Delodajalci izkoristijo priložnost, ki jo ponuja praksa ali počitniško delo zato, da prepoznajo dobrega študenta – samostojnega, ki kritično razmišlja – in mu/ji **ponudijo zaposlitev**.

FS1/B: »Tako da te prakse se mi zdijo, da so take krasne sploh, da prepoznaš tiste, ki... so malo drugačni, malo boljši, pa ki se nekje najdejo.« FS1/E: »Je pa tudi tko... To je zelo dobra zadeva, da študenti delajo tudi preko študenta (op.: študentskega servisa)...«

3.4 Komunikacija in timsko delo

Na terciarni ravni so izpostavili, da imajo **diplomanti FZAB dobra teoretična in praktična znanja**, da se po znanju in kompetencah razlikujejo od ostalih diplomantov. Delujejo samozavestno, vedo, da imajo potrebna znanja. V razpravi o komunikacijskih kompetencah so sogovorniki na vseh treh ravneh zdravstva izpostavili **individualne in generacijske razlike**.

FS1/B: »Zato se v istem letniku od istega predavatelja, enako stari, zelo razlikujejo.« »Eni imajo ta čut za komunikacijo, hitro vzpostavijo, se hitro ugnezdijo v tim ali prikupijo pacientu, so pa v isti skupini potem tudi študenti, ki so malo bolj tihi pa malo bolj zaprti, pa malo bolj odmaknjeni, pa rabijo malo več spodbude...«

Vedno se namreč najdejo posamezniki znotraj iste generacije, ki niso komunikativni in njihove kompetence oz. nekomunikativnost ni odvisna od fakultete, iz katere prihajajo, ter da mladi danes manj pozdravljajo kot so prejšnje generacije, so včasih manj odzivni. Tovrstni **problemi** se delno premostijo že, če jih v kliničnih okoljih pričakujejo, če so nanje pripravljeni in če že ob prvem stiku navežejo komunikacijo in ogradijo odnos ter jih učijo prijaznosti, odzivnosti itd. Pogovor o komunikacijskih kompetencah in vključevanja v tim je razkril tudi različne potrebe posameznih oddelkov in **specifike dela**. V domovih za ostarele se izvajalci zdravstvene nege ne srečuje s pacienti ampak stanovalci domov, zato je tam toliko bolj pomembno trkanje (kajti vstopamo v njihov dom), vikanje, pozdravljanje, spoštljivost. Na nivoju komunikacije je potrebno poudariti še **profesionalnost** in ločevanje zasebne in profesionalne komunikacije, kar se v specialnih okoljih kot npr. psihiatrične ustanove še posebej poudarja. FS2/B: »Zaradi tega smo pa mi imeli težavo, da se je... diplomantka zapletla s pacientom, čist na osebni ravni, ...to je šlo...precej daleč ...Tudi tega nekako nekateri nimajo, te bariere...«

Ob vseh opisanih težavah je ključno vprašanje, kako premostiti ovire in **težave** s komunikacijo? Študentje se pri svojem delu predstavijo (kot je to seveda potrebno), kar pa v praksi lahko vodi do problemov – pacient na primer ne dovoli, da mu študent vzame kri. Kar se tiče vključevanja v negovalni tim študenti načeloma nimajo težav, je pa več težav z vključevanjem v zdravstveni tim in **komunikacijo z drugimi poklicnimi skupinami**.

Pomemben del dela v zdravstveni negi je dokumentiranje in poročanje, pri čemer je vse večji del tega v elektronski obliki. V splošnem so ocene naših diplomantov in mladih na sploh pozitivne – zavedajo se pomena dokumentiranja.

FS1/B: »Zavedanje, da je treba dokumentirati je mogoče pri mladih bolj prisotno kot pri starejših, ki so več dali na klinično prakso, se pravi, da je dobro narejeno, pustimo, ali je zapisano, ali ni, ta mladi pa že prihajajo s fakultet s tem zavedanjem, da tisto, kar je napisano, je tudi narejeno, tisto, kar ni napisano, pa v bistvu ni... Tako da mislim, da.... tam, kjer hočemo vzpostavljati neko striktno beleženje, imamo več težav s tistimi, ki dlje časa delajo v praksi, kot pa s tistimi, ki so na novo prišli, ker to zavedanje prinesejo sabo.«

Sogovorniki so opazili, da gre dokumentiranje rednim študentom bolj od rok kot izrednim. Na terciarni ravni je bilo izpostavljeno, da je dokumentiranja ponekod več, študenti tekom študija s tem pridobijo dodatno širino, znanje. Ena od težav dokumentiranja je **zau-pnost podatkov**, ki se je z Uredbo o varstvu podatkov še okrepila. **Študenti in diplomanti**

nimajo vedno gesla za vstop v sistem in mora to opraviti mentor. Kljub večinoma pozitivnim ocenam diplomantov je bilo zaznati tudi **težave**, še posebej na sekundarni ravni. Včasih ne znajo zaključiti zapisa in ne znajo potegniti bistva - kritično razmišljanje jim dela večje težave kakor samo beleženje, zato zabeležijo preveč. Velik del razprave je pokazal, da je beleženje in dokumentiranje v resnici **obremenitev**. Dokumentacije je vedno več, ena od udeleženk je to imenovala hiperprodukcija papirjev. Dokumentiranje je za izvajalce zdravstvene nege pogosto breme.

3.5 Kultura, etika in vrednote

V splošnem diplomanti dobro poznajo **etična pravila, pravico do zasebnosti pacientov in zaupnosti podatkov, etična načela in kodeks zdravstvene nege**. So sicer individualne razlike. Na šolanju pridobijo temeljna znanja in v kliničnih okoljih jih že uporabljajo, vsekakor pa to znanje s prakso poglobijo. Opažajo tudi, da imajo diplomirane medicinske sestre s tem manj težav kot srednješolsko izobražene medicinske sestre, zato ima šolanje tukaj velik pomen. V tem smislu imajo na praksi študentje 1. letnika, ki niso končali srednje zdravstvene šole na tem področju več težav kot ostali. Šolanje pa je tisto, ki jih pripravi na delo v zdravstveni negi. V povezavi s sistemom šolanja in uvajanja je potrebno dodati še razliko med nekdanjim in sedanjim načinom šolanja – včasih je namreč veljalo pripravništvo, ki je bilo specifično usmerjeno v točno določeno področje dela, danes pa tega ni. Diplomanti so imeli vsako leto obvezno klinično prakso, skozi katero se seznanijo z vsemi področji zdravstvene nege, a to ne more nadomestiti pripravništva, ki je diplomanta natančno pripravilo na delo na točno določenem področju. So pa določena okolja na sekundarni in terciarni ravni ohranila določeno obliko usposabljanja zaradi specifičnosti dela, tu gre za interna pravila in ne zakonsko opredeljeno prakso, česar se diplomanti zavedajo in to včasih tudi izpostavijo. Študenti in diplomanti oponašajo ostale v timu, zato je pomembna **vloga mentorja**, ki jih pri ravnanju mora korigirati.

Izpostavilo se je vprašanje o tem, **kako ukrepati pri študentu ki ne dosega temeljnih kompetenc** in razgovor je zopet poudaril pomen mentorja. Mentor je tisti, ki mora biti na vseh ravneh zgled etičnega ravnanja in tako študente kot kasneje novozaposlene **opolno-močiti** za delo. In medtem ko mentor vodi diplomanta skozi različne faze dela in ga uči, se na koncu tudi mentor in ostali zaposleni učijo od novozaposlenega skozi refleksijo, ki jo na koncu usposabljanja ali uvajanja diplomant napiše.

FS3/F: »Ja, zato ker jim jaz tudi na začetku rečem, da želimo na koncu imeti refleksijo in da ni pomembno, da nas samo hvalijo in da se oni hvalijo, da naj povejo tudi kakšno kritiko, če se jim zdi, da so jo zaznali, da lahko mi na podlagi tega...Mi ne vidmo tega, mi smo tam staroselci in dejansko ne vidiš določenih stvari.«

Vloga mentorja je še posebej pomembna npr. na psihiatriji se zgodi, da diplomant onemi in naučenega znanja ne zna uporabiti, predvsem zaradi strahu, stigme. **Mentorstvo je tukaj še posebej potrebno**. Poleg tega ima področje psihiatrije še druga etična načela, ki jih je potrebno upoštevati.

FS2/B: »Koliko se njim čisto osebno zdi, da lahko to mejo prestopijo, koliko so profesionalni, koliko sploh razumejo vse te postavke s kodeksa etike ...Mogoče si to tudi kdo individualno razlaga in tudi pri tem jih je potrebno včasih kar opomniti ...da so nekako korektni bolj, ali da ne gredo predaleč...«.

Ena od skupnih težav delodajalcev je **uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije** študentov in diplomantov. To je generacija, ki je zrasla s to tehnologijo in zato nima vedno prave distance do nje. Na praksi jih učijo, da pri delu ne smejo imeti telefona, a to včasih ne obvelja. Še posebno je potrebno opozoriti, da svojih opazk in fotografij z delovnega

mesta ne smejo objavljati na socialnih omrežjih. Tudi slikati ne smejo pacientov. Lastnosti mlade generacije (če o takšnih poenostavitvah sploh lahko govorimo) tudi **neupoštevanje temeljnih etičnih načel**, ki ga v preteklosti ni bilo opaziti. Na sekundarni ravni so izpostavili pomanjkanje distance, ne pozdravijo, prehitro začno tikati, ne spoštujejo zasebnosti pacienta, se včasih norčujejo (na primer iz dementne osebe ali odvisnika). Z vsako generacijo je **več tovrstnega neprofesionalnega vedenja**.

FS2/A: »...tega ni, že pri vratarju ko prideš ...dobro jutro, gledajo v tla, na oddelek, ko pride, se ne predstavi pacientu, ne pozdravi, ne zapre vrat, ko nekaj počne, kopalnica je odprta, pacienta tušira, ali vpije čez cel oddelek, gospod ta pa ta. Ni te osnove in potem je težko graditi to spoštovanje...«

Drug problem sodobne generacije je, da ne vidi delovnega mesta kot stalnico ampak le kot vmesno fazo v svojem življenju. Vidi več zaposlitvenih možnosti in če bo imel(a) na tem delovnem mestu težave, bo pač šel/šla drugam.

FS2/D: »»zadnjič mi je ena kolegica, ki ni prav dolgo zaposlena, je nedavno s fakultete, da jaz ne razumem oziroma večina nas zaposlenih ne razumemo mlade generacije, pogovor je bil o delu, njeni zaposlitvi, da ne razumemo mlade generacije, ne razumemo njihovih pravil,... predvsem, da ne razumemo, da je njihov trg dela blazno odprt in da pravzaprav kamorkoli gre delat, ni ravno tako direktno rekla, ampak da lahko oni delajo, kar hočejo.«

Sogovorniki so izpostavili, da mladi zelo dobro poznajo svoje pravice, malo manj pa svoje dolžnosti.

3.6 Raziskovanje, razvoj in implementiranje znanstvenih izsledkov v prakso

Splošna ocena delodajalcev je, da **je znanje o raziskovanju naših diplomantov dobro**, ter da je naša fakulteta na tem področju zelo dobra. Diplomanti imajo potrebna znanja, tudi prošnje za izvedbo raziskave v okviru diplomskega ali magistrskega dela, so iz FZAB kakovostne – bolj kot iz drugih fakultet.

FS3/D: »Če izpostavimo kompetence diplomantov FZAB s področja raziskovanja, lahko se kar vsi strinjamo... da ste na tem področju vodilni...če govorimo o celotni Sloveniji pa izobraževanju na prvi stopnji zdravstvene nege, tko da tudi to potem s pridom izkoriščamo, ... bodisi na nekih akcijskih raziskavah ali pri udeleževanju na zdravstvenih konferencah.«

FS3/E: »Tudi kvaliteta diplomskih nalog recimo... če primerjaš z drugimi fakultetami, se mi tu zdijo vrhunske. Nekateri res naredijo raziskovalne naloge....To naredijo en, dva, tri in to zelo kvalitetno no, od tega tudi nekaj imamo. Tudi od raziskav seveda, če so to te aplikativne recimo, ..., alpa recimo pregled literature jim daš tako temo, ki so za njih in za nas zanimive...«

To posledično pomeni, da našim diplomantom z lahkoto zaupajo pregled literature, ali prezentacijo na konferenci. Posebnih problemov ne zaznavajo, ker so se poenotili, da jim oni ne zadajajo tako težkih nalog kot mi na fakulteti. Tudi **nimajo tako visokih pričakovanj**, kot jih imamo mi na primer pri izdelavi diplomskega dela. **Zadane naloge dobro opravijo**, na tem področju so **opolnomočeni**. Tudi **delodajalci se med sabo razlikujejo** po tem, koliko **podpirajo samo raziskovanje**. Na terciarni ravni so izpostavili, da **imajo diplomanti na večjih področjih več teoretičnega znanja od zaposlenih**, hitreje se učijo informacijsko komunikacijskih veščin, zaposlene lahko naučijo SPSS ali Excel, imajo sveže znanje in vpeljujejo novosti, še posebej na področju digitalizacije.

FS3/A: »Veliko se tudi od njih naučimo, kar se tiče računalniških programov, SPSS recimo, Excel obvladajo, ... nam pomagajo recimo določene stvari, tako da tu se potem zelo veliko povezujemo. Veste, digitalizacija gre zelo počasi naprej in kar se tega tiče, je to zelo dobrodošlo in zelo so dojemljivi, to so računalniški otroci...«

Vsekakor pa raziskovanje ni v **interesu** vsem diplomantom – med njimi so **individualne razlike**, tako v nivoju znanja kot v nivoju kompetenc, ki jih dosegajo. Vsekakor je smiselno, da se diplomant, ki ima afiniteto do raziskovanja, ozre po institucijah, ki mu/ji bodo omogočile uporabo teh kompetenc.

4 Razprava

S pomočjo fokusnih skupin in kvalitativne analize odgovorov smo dobili poglobljen uvid v dojemanje kompetentnosti diplomantov FZAB s stani predstavnikov delodajalcev v zdravstveni negi.

Ugotovili smo, da imajo vsi anketiranci dobre izkušnje z diplomanti FZAB, četudi občasno poudarijo, da velik delež ocene o »dobrem« diplomantu lahko sloni tudi na njegovih osebnostnih lastnostih, odprtosti, sposobnostih komuniciranja ter osnovnem bontonu. Poudarjajo individualne razlike ter medgeneracijske razlike, ki niso odvisne od izobraževalne institucije.

Forsberg in sodelavci (2014) menijo, da je v zdravstvenih ustanovah pomembno oceniti kompetence, ki so bistvene za poklicno vlogo študentov zdravstvene nege, zato, da se jih lahko pripravi na prihodnje poklicne naloge. V izvedeni raziskavi anketiranci na splošno menijo, da se študenti FZAB tekom študija ter skozi klinično usposabljanje dobro usposobijo za delo v zdravstveni negi. Zato so poudarili razvoj njihovih kompetenc od prvega do tretjega letnika študija, saj jih naši sogovorniki srečujejo na praksi v vseh letnikih. Prednost imajo tisti izredni študenti s predhodnimi izkušnjami iz klinične prakse, kar se odraža tudi po zaključku študija. Vsi sogovorniki so se strinjali da v času usposabljanja že spremljajo in opazujejo študente in njihovo doseganje kompetenc na praktično vseh področjih in si zapomnijo bolj obetavne oz. tiste, ki dosegajo več kompetenc in se takim diplomantom rajši in hitreje ponudi zaposlitev. Ocena klinične usposobljenosti študentov zdravstvene nege je ključna sestavina kliničnega izobraževanja (Park, et al., 2016). Fan s sodelavci (2015) ugotavlja, da večina delodajalcev pričakuje, da bodo novi diplomanti zdravstvene nege pripravljeni opravljati širok spekter del in nalog in imeti znanje za varno oskrbo. Anketiranci v naši raziskavi so dobro ocenili tudi napore FZAB, da na koncu študija diplomanti dosegajo samostojnost. Pomembno vlogo pri zavedanju lastne vloge študentov zdravstvene nege predstavlja učinkovito postavljen pedagoški proces, saj je ravno kakovost zdravstvene oskrbe pozitivno povezana z izobraževanjem v zdravstveni negi (Dimitriadou, et al., 2015), kakovost izobraževanja pa predstavlja dejavnik, ki vpliva na doseganje kompetenc diplomantov zdravstvene nege v kliničnem okolju (Istomina, 2011).

V raziskavi smo ugotovili, da anketiranci ocenjujejo, da na področju komunikacije, ni toliko težava v komunikaciji študentov v negovalnem timu, kot v zdravstvenem timu. Sogovorniki izpostavijo, da je komunikacija na relaciji študent-zdravnik redkost in da na tem področju izkušenj v času študija diplomanti ne dosegajo. Pohvalili so profesionalnost diplomantov FZAB in osnovne veščine dela s pacienti: prijaznost, uvidevnost, predstavitev sebe in ukrepa, ki ga bodo izvedli. Komunikacija je pomemben element zdravstvene nege na vseh področjih, vključno s preprečevanjem, zdravljenjem, rehabilitacijo, izobraževanjem in krepitvijo zdravja (Kourkouta & Papathanasiou, 2014), ter mora biti odlična (Moriarty, et al., 2010).

Anketiranci v naši raziskavi znanja s področja dokumentiranja v zdravstveni negi izpostavljajo težave na področju e-dokumentiranja, ki izhajajo iz zagotavljanja zasebnosti podatkov, ker so vse baze podatkov o pacientih v ustanovah zaščitene z osebnimi gesli, ki jih študenti nimajo in tu težje dosegajo kompetentnost. Doseganje kompetenc je tu odvisno

od mentorja, ki študentu bolj ali manj omogoči vpoglede in delo (seveda pod nadzorom) v elektronskih bazah podatkov. Sicer je elektronska pismenost diplomantov pogosto višja od ostalih zaposlenih na oddelku, zato njihova pripravljenost za to vrsto opravil ni vprašljiva. Dokumentiranje zdravstvene nege je bistvenega pomena za zgodnje prepoznavanje pacientovega stanja, ki mu sledi učinkovito komuniciranje (Collins, et al., 2013), študenti zdravstvene nege morajo krepiti znanja na tem področju (Machudo & Mohidin, 2015).

Anketiranci ocenjujejo, da imajo študenti teoretične vidike zagotavljanja zasebnosti dobro osvojene, se pa v kliničnem okolju ta znanja porazgubijo, oz. so izpostavljena zgledom, zato je tu posebej pomembna vloga mentorja. Ne zavedajo se vedno pasti in možnosti napačne uporabe informacijsko komunikacijske tehnologije. Izkušnje, ki jih študenti pridobijo na klinični praksi, so sestavni del razvoja prakse za dodiplomske študente zdravstvene nege za pridobitev kompetenc in sposobnosti za samostojno učenje, sprejemanje odločitev in spoštovanje etičnih in moralnih vrednot, ki so pomembne za opravljanje poklica diplomirane medicinske sestre (Khatiban & Sangestani, 2014).

Pri doseganju kompetenc na področju raziskovanja so diplomanti FZAB zelo visoko ocenjeni, sogovorniki se strinjajo, da se zelo dobro usposobljeni. Navajajo, da se znanje novozaposlenega diplomanta FZAB brez skrbi lahko uporabi celo pri naprednejših znanjih kot npr. uporaba statističnih orodij, ter da znajo samostojno in kvalitetno pridobiti relevantne podatke in znanstvene članke. Razlike se kažejo bolj pri interesu in potrebah s področja raziskovanja pri delodajalcih, vsi pa poudarjajo, da je smiselno, da se diplomant, s tovrstnimi afinitetami zaposli na področjih, kjer bo svojo raziskovalno znanje lahko uporabil na delovnem mestu. Za razvoj stroke v profesijo so potrebni formalno pridobljeno znanje, kompetence, sposobnosti in vrednote za razvojno delo v zdravstveni negi, ki lahko generirajo razumevanje razvojnih kompetenc in uresničevanje z dokazi podprtega dela (Skela-Savič, et al., 2017).

Delodajalci svoje bodoče novozaposlene kadre v zdravstveni negi spremljajo že v času opravljanja kliničnega usposabljanja v svojih ustanovah. Z veseljem ponudijo službo prizadevnemu diplomantu, ki razvijejo želene kompetence na njihovem področju dela, spremljajo pa tudi osebnostne lastnosti posameznikov preden jim ponudijo službo. Doseganje kompetenc diplomantov FZAB na splošno ocenjujejo kot zelo dobro, najbolj izstopajo kompetence na področju raziskovanja, kjer se diplomante FZAB ocenjuje kot vodilne.

Izpostavlja se izredno pomembna vloga mentorja v času študija, ki krepi pozitivne vzorce in minimizira negativne. Odgovornost mentorja in študenta, bo vplivalo na razvoj kompetentnega strokovnjaka v kliničnem okolju. Spodbujanje razvoja študentov skozi študijski proces, dobro sodelovanje s kliničnim okoljem omogoča prenos znanj in izkušenj iz fakultete v klinično okolje in obratno. Prizadevanje FZAB je usmerjeno v izobraženost diplomantov, ki bodo kompetentni delati v kliničnih okoljih, saj delodajalci pričakujejo, da diplomanti ne bodo samo sposobni varno in neodvisno delovati, temveč tudi, da bodo po zaposlitvi v kliničnem okolju čimprej kompetentni za samostojno delo (Ličen & Plazar, 2015).

Omejitev raziskave vidimo v naboru udeležencev, kajti četudi so bili k sodelovanju povabljeni strokovnjaki s področja zdravstvene nege vseh treh nivojev zdravstvenega varstva je v Sloveniji težko zagotoviti, da se udeleženci med seboj ne bi poznali. Zato obstaja tveganje, da so bili odgovori postavljeni v kontekstu kar so sogovorniki menili, da drugi želijo slišati.

Literatura

Collins, S.A., Cato, K., Albers, D., Scott, K., Stetson, P.D., Bakken, S. & Vawdrey, D.K., 2013. Relationship between nursing documentation and patients' mortality. *American Journal of Critical Care*, 22(4); pp. 306-313.

- Dimitriadou, M., Papastavrou, E., Efstathiou, G. & Theodorou, M., 2015. Baccalaureate nursing students' perceptions of learning and supervision in the clinical environment. *Nursing & Health Sciences*, 17(2); pp. 236-242.
- EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU, 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Fan, J.Y., Wang, Y.H., Chao, L.F., Jane, S.W. & Hsu, L.L. 2015. Performance evaluation of nursing students following competency-based education. *Nurse Education Today*, 35(1); pp. 97-103.
- Forsberg, E., Ziegert, K., Hult, H. & Fors, U. 2014. Clinical reasoning in nursing, a think-aloud study using virtual patients. A base for an innovative assessment. *Nurse Education Today*, 34(4); pp. 538-542.
- Fukada, M., 2018. Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61(1); pp.1–7.
- Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkenas, A., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H., 2011. Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina*, 47(4), pp; 230-237.
- Khatiban, M. & Sangestani, G., 2014. The effects of using problem-based learning in the clinical nursing education on the students' outcomes in Iran: a quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice*, 14(6); pp. 698-703.
- Kourkouta, L. & Papathanasiou, I., 2014. Communication in nursing practice. *Materia Sociomedica*, 26(1); pp. 65–67.
- Ličen, S., & Plazar, N. 2015. Identification of nursing competency assessment tools as possibility of their use in nursing education in Slovenia—A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 35(4); pp. 602–608.
- Machudo, S.Y. & Mohidin, S., 2015. Nursing documentation project at teaching hospital in KSA. *International Journal of Research Science*, 1(1); pp. 4-7.
- Mesec, B. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Moriarty, J., Manthorpe, J., Stevens, M., Hussein, S., Macintyre, G., Orme, J., Green Lister, P., Sharpe, E. & Crisp, B., 2010. A degree of success? Messages from the new social work degree in England for nurse education. *Nurse Education Today*, 30(5); pp. 443-447.
- Park, K., Ahn, Y., Kang, N. & Sohn, M. 2016. Development of a simulation-based assessment to evaluate the clinical competencies of Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 36; pp. 337-41. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.08.020.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. 2007. *Research Methods for Business Students*, 4th ed. Harlow, New York: FT Prentice Hall.
- Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of advanced nursing*, 73(1); pp. 1910–1923.

Vpliv izobraževanja med hospitalizacijo na število padcev v domačem okolju

The impact of education during hospitalization on the number of falls in the home environment

Romana Petkovšek-Gregorin⁶⁶

Agata Križnar⁶⁷

Izvleček

Teoretično izhodišče: pri pacientih po amputaciji spodnjega uda, obstajajo številni dejavniki tveganja za padeč. Namen raziskave je bil ugotoviti ali izobraževanje pacientov o preprečevanju padcev vpliva na njihovo zmanjšanje.

Metode: izpeljana je bila longitudinalna študija. Raziskava je potekala v letu 2016. Vključili smo hospitalizirane paciente po amputaciji spodnjega uda. Pacienti so bili z loterijskim vzorcem razdeljeni v dve skupini. V prvi so bili vključeni pacienti, ki so se udeležili izobraževanja, druga skupina se tega izobraževanja ni udeležila. Po šestih mesecih smo jih poklicali domov in pridobili željene informacije. Dobljene podatke smo analizirali s programom SPSS. Izpeljali smo opisno statistiko in univariantno metodo obdelave podatkov.

Rezultati: med testno in kontrolno skupino pacientov ni bilo statistično značilnih razlik v deležu padcev pri pacientih pred hospitalizacijo ($p = 1,00$), med hospitalizacijo ($p = 0,629$) in po hospitalizaciji doma ($p = 0,726$). Statistično značilna razlika v številu padcev je bila glede na sprejem po prvi ali drugi amputaciji pred hospitalizacijo ($p = 0,001$) in po hospitalizaciji ($p = 0,030$). Višja starost je bila statistično značilno povezana z večjim številom padcev ($p = 0,001$) in višji dosežek na testu MoCA je bil statistično značilno povezan z manjšim številom padcev v ustanovi ($p = 0,032$).

Razprava: Ugotovljeno je bilo, da izobraževanje o preprečevanju padcev ne vpliva na število padcev med hospitalizacijo in ne na število padcev po odpustu pacientov v domače okolje. Raziskava je potrdila, da sta višja starost in kognitivni upad dejavnika povečanega tveganja padcev pri osebah po amputaciji spodnjega uda.

Ključne besede: amputacija, padci, znanje

Abstract

Theoretical background: There are several risk factors for falls in patients after lower limb amputation. The purpose of the study was to determine whether patient education affects the prevention of falls and their reduction.

Methods: A longitudinal study was performed based on it. The study was conducted in 2016. It included hospitalized patients after lower limb amputation. Patients were divided into two groups. The first group included patients who attended fall prevention training while the second group did not attend this training. After six months, we called the patients who were home and obtained the desired information. The obtained data were analyzed with the SPSS program. We derived descriptive statistics and a univariate method of data processing.

Results: There were no statistically significant differences in the proportion of falls in patients before hospitalization ($p = 1.00$), during hospitalization ($p = 0.629$), and after hospitalization at home ($p = 0.726$), between the test and control groups of patients. There was a statistically significant difference in the number of falls according to admission after the first or second amputations before hospitalization ($p = 0.001$) and after hospitalization ($p = 0.030$). Higher age was statistically significantly associated with a higher number of falls ($p = 0.001$) and higher achievement on the MoCA test was statistically significantly associated with a lower number of falls in the institution ($p = 0.032$).

Discussion: It was found that fall prevention education does not affect the number of falls during hospitalization and not the number of falls after discharge of patients to the home environment. Research has confirmed that age and cognitive decline are factors in the increased risk of falls in individuals after lower limb amputation.

Keywords: education, risk factors, falls, amputation

⁶⁶ Romana Petkovšek-Gregorin, mag. zdr. neg., viš. pred., URI-Soča, romana.petkovsek@ir-rs.si

⁶⁷ Agata Križnar, dipl. del. terap., URI-Soča, Agata.kriznar@ir-rs.si

1 Teoretična izhodišča

Padec je definiran kot nehotena izguba ravnotežja, katerega posledica je, da oseba obleži na tleh (Sharif, et al., 2018). Enako velja tudi v primeru, da je pacient padel oziroma zdrsnil s postelje, stola, WC školjke ali invalidskega vozička na tla ali če se je spotaknil, zdrsnil ali pri hoji padel zaradi drugačnih vzrokov (Voljč, 2016; Shafer, et al., 2018; Tsur & Yakir, 2019).

Padci nastanejo zaradi osebnih (intrinzičnih) dejavnikov tveganja kot je oteženega gibanje, oslabele mišice spodnjih udov, omejene fizične zmoglosti, težave z vidom, slabše kognitivne sposobnosti ter vpliv različnih zdravil, predvsem pomirjeval (Bor, et al., 2017; Frengopoulos, et al., 2017; Hunter, et al., 2017; Zimmermann, et al., 2019).

Naštetim dejavnikom tveganja se lahko pridružijo tudi predhodno zabeleženi padci, višja starost, znaki krhkosti in sočasne bolezni (Vieira, 2011; Ambrose, et al., 2013; Hunter, et al., 2017; MacKenzie & Byles, 2018). Pri starostnikih starih 80 let in več, število padcev v enem letu narašča (Steinberg, et al., 2019). Bolj so jim izpostavljeni tudi ljudje s povečano telesno maso, saj so posledično manj fizično aktivni (Anderson, et al., 2020). Ženske so skoraj šestkrat bolj izpostavljene padcem kot moški (Wong, et al., 2016).

Za nastanek padca so zelo pomembni tudi zunanji (ekstrinzični) dejavniki, ki prav tako zelo povečajo nevarnost za nastanek padca. Sem sodijo številne nevarnosti, ki na posameznika prežijo v njegovi okolici, kot je dostop do stanovanja in tudi nevarnosti, ki so jim izpostavljeni v samem stanovanju (predsoba, kuhinja, kopalnica in sanitarije, spalnica, dnevni prostor...) (Voljč, 2010), spolzka tla, slaba/neprimerna osvetlitev prostorov, premični predmeti, pohištvo, tepihi... (Boelens, et al., 2013). Eden od ekstrinzičnih dejavnikov tveganja za nastanek padca je tudi samostojno presedanje na invalidski voziček (Tsur & Yakir, 2019).

Poleg fizičnih ima padec tudi psihološke posledice. Kar 36 % pacientov po padcu nava-ja izgubo samozavesti oziroma strah pred padcem (Broomhead, et al., 2012; Voljč, 2016).

Vsi naštetni dejavniki predstavljajo visoko tveganje za padec. Tveganje je večje, če obstaja večje število dejavnikov tveganja. Kar 65 % starejših, ki imajo tri ali več dejavnikov tveganja, pade 1 krat letno, dočim starejši brez dejavnikov tveganja padejo 1 krat letno v 8-12 % (Chang & Ganz, 2007).

S padci se srečujejo tudi v bolnišnicah. Pogostejši so pri pacientih v splošnih bolnišnicah-do 58 % in v akutnih bolnišnicah do 20,8 %. Na oddelkih za rehabilitacijo je delež padcev od 7 do 47 % (Batchelor, et al., 2012).

1.1 Tveganje za padce pri pacientih po amputaciji

Število pacientov po amputaciji v Evropi, severni Ameriki, in vzhodni Aziji z leti strmo narašča. Večina pacientov po amputaciji je starejših od 65 let (Ziegler-Graham, et al., 2008). Ti pacienti so v prvih 4 letih po amputaciji ali če imajo 4 ali več dejavnikov tveganja, izpostavljeni večjemu tveganju za padec (Hunter, et al., 2017; Steinberg, et al., 2019). Rosenblatt in Grabiner (2012) sta poročala o 33 % incidenci padcev. V rehabilitacijski ustanovi so padci pogostejši kot pri ostali populaciji (Tsur & Yakir, 2019). Dite s sodelavci (2007) je ugotovil, da 42,5 % pacientov po amputaciji pade v prvih šestih mesecih po odpustu iz rehabilitacijske ustanove.

Dejavniki tveganja za padce pri pacientih po amputaciji spodnjega uda so poleg že prej naštetih dejavnikov tveganja tudi periferna arterijska bolezen, sladkorna bolezen, zmanjšan občutek za dotik, v po operativnem obdobju pri pacientih po transtibialni amputaciji in v času rehabilitacije pri pacientih po transfemoralni amputaciji (Wong, et al., 2013; Gomes, et al., 2017; Hunter, et al., 2017; Vu, et al., 2019). Nekateri avtorji ugotavljajo nasprotno - da

obstaja manjša možnost za padec pri pacientih po transfemoralni amputaciji ter po obojestranski transtibialni amputaciji, v primerjavi s pacienti po enostranski transtibialni amputaciji. Nevarnost za padec se z vsakim letom zvišuje (Wong & Chihuri, 2019; Vu, et al., 2019).

Dejavniki, ki lahko posledično povzročijo padec so tudi bolečine v hrbtenici, oprema s protezo v primeru obojestranske amputacije, težave s krnom, slab sluh, strah pred padcem (Hunter, et al., 2017).

Kognitivni upad poveča nevarnost za padec za 1,5 krat v primerjavi z mlajšimi pacienti in tistimi brez upada kognitivnih funkcij (Steinberg, et al., 2019).

Več kot 50 % pacientov po amputaciji spodnjega uda, ki živijo doma, pade (Hunter, et al., 2017). Uporabniki protez, ki živijo v domačem okolju, imajo slabše ravnotežje, vendar je bila proteza redko vzrok padca (Bavec & Burger, 2015). Posledice padca so poškodbe, strah pri ponovni uporabi/hoji s protezo. Posledično pa je možna slabša kakovost življenja posameznika (Broomhead, et al., 2012). Pomembno je pravočasno prepoznavanje vzrokov za padec ter zmanjšanje oziroma odstranitev njihovega vpliva. Tako se bistveno zmanjša nevarnost za padec (dos Santos Oliveira, et al., 2018).

1.2 Bivalno okolje

Pri ljudeh z različnimi okvarami in pri starostnikih igra okolje pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovostne ravni življenja (Ocepek & Pihlar, 2013). Uspešna rehabilitacija teh pacientov je povezana s samostojnim bivanjem v domačem okolju, kar se odraža z višjo kakovostjo življenja in posameznikovim zadovoljstvom (Broomhead, et al., 2012). Različne prilagoditve okolja lahko izboljšajo kakovost bivanja (Ocepek & Pihlar, 2013).

Pacienti niso dovolj pozorni na prilagoditev domače okolice (Hunter, et al., 2019). Pomembno področje pri tem ima učenje preprečevanja padcev (Pantera, et al., 2014).

Obstaja povezava med znanjem o dejavnikih tveganja za nastanek padca in znanjem o preprečevanju padcev, zato si morajo zdravstveni delavci prizadevati k ozaveščanju pacientov o tej problematiki. Izobraževanje mora biti usmerjeno v spremembe tveganega vedenja, večjo fizično aktivnost posameznika in v spremembe bivalnega okolja (MacKenzie, 2015; Hunter, et al., 2019).

Namen raziskave je bil ugotoviti ali izobraževanje o preprečevanju padcev pri pacientih po amputaciji spodnjega uda vpliva na število padcev tako v času med rehabilitacijo in tudi po njej, v domačem okolju.

1.3 Cilj raziskave

Pacienti se morajo zavedati vseh pasti, s katerimi se bodo srečali v novi situaciji, ki je nastala po amputaciji uda. Zato smo organizirali izobraževanje o načinih preprečevanja padcev, kjer smo pacientom želeli predstaviti načine, s pomočjo katerih se bodo lahko izognili morebitnemu padcu med bivanja v ustanovi, pa tudi doma. Z raziskavo smo želeli ugotoviti ali je bilo izobraževanje o preprečevanju padcev, ki smo ga izvedli v letu 2016 pri pacientih po amputaciji spodnjega uda, uspešno. V želji, da bi ugotovili število padcev in vzroke za padce, smo paciente spremljali še v prvi polovici leta 2017, ko so bili odpuščeni v domače okolje.

2 Metode

Narejena je bila kvantitativna neeksperimentalna raziskva, izpeljana je bila longitudinalna študija, ki smo jo izvedli v letu 2016.

Zastavili smo si raziskovalna vprašanja:

1. Ali izobraževanje med hospitalizacijo o preprečevanju padcev oseb po amputaciji spodnjega uda vpliva na število padcev v bolnišničnem in domačem okolju?
2. Ali po končani rehabilitaciji adaptacija okolja vpliva na število padcev?
3. Kateri so glavni dejavniki povečanega tveganja za padce pri pacientih vključenih v raziskavo?
4. Katere so bile glavne značilnosti padcev v rehabilitacijski ustanovi?

2.1 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili hospitalizirane paciente po amputaciji spodnjega uda, ki so bili hospitalizirani v raziskovanem obdobju. Paciente smo razdelili v dve skupini po loterijskem vzorcu. V prvo, testno skupino, so bili vključeni tisti pacienti, ki so na dan sprejema prišli prvi. V drugo, kontrolno skupino, so bili vključeni tisti pacienti, ki so prišli na dan sprejema zadnji.

Kriteriji za vključitev posameznika v skupino so bili: sposobnost slediti izobraževanju, da so sposobni sedeti v invalidskem vozičku več kot pol ure in razumejo predstavljeno tematiko.

Izključitveni kriteriji za sodelovanje v izobraževanju so bili: nezmožnost sledenja izobraževanju, slaba fizična kondicija, gluhost, slabovidnost, pacientova odklonitev sodelovanja v izobraževanju. Pacienti so se strinjali s sodelovanjem v raziskavi.

V letu 2016 je bilo hospitaliziranih 279 pacientov, 182 (65,2 %) moških in 97 (34,8 %) žensk. Njihova povprečna starost je bila 69,3 let, moški so bili povprečno stari 66,9 let, ženske 71,7 let. Prvič je bilo v tem letu v ustanovi hospitaliziranih 173 (64 %) pacientov. Največ pacientov je imelo izvedeno amputacijo na transtibialnem nivoju 118 (44 %), tem so sledili pacienti po transfemoralni amputaciji 111 (41 %).

V testno skupino, ki se je udeležila izobraževanja, je bilo vključenih 127 pacientov, 83 pacientov je bilo vključenih v kontrolno skupino. Pol leta po odpustu posameznika iz ustanove je sledilo preverjanje situacije v domačem okolju. Nekaj pacientov po pol leta ni bilo dosegljivih ($n = 26$; 58 %), ali so povedali napačno številko ($n = 12$; 27 %), nekaj pa jih je tudi umrlo ($n = 5$; 11 %). Dva sta sodelovanje odklonila (4 %).

2.2 Potek raziskave in obdelava podatkov

V letu 2016 smo izvedli delavnice, kjer so bili pacienti informirani o situacijah, ki lahko povzročijo padeč tako v bolnišnici, kakor tudi doma.

Izbrane vsebine, ki so bile predstavljene v delavnici za preprečevanje padcev so bile povzete po več člankih, ki obravnavajo varno bivanje v bolnišničnem in domačem okolju. Vsebina prezentacije je bila povzeta predvsem po ocenjevalnem inštrumentu Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) (University at Buffalo, 2014), ki je standardiziran merilni instrument in poleg ocenjevanja okolja ponuja tudi rešitve nekaterih problemov.

Prva skupina, ki smo jo poimenovali testna skupina preiskovancev, se je udeležila izobraževanja o preprečevanju padcev, druga, kontrolna skupina pa se izobraževanja ni udeležila. Pacienti, ki so se udeležili izobraževanja, so bili v prvem delu seznanjeni o načinih preprečevanja padcev v bolnišničnem okolju, v drugem delu pa o preprečevanju padcev v

domačem okolju. Delavnica je potekala ob slikovni ponazoritvi z drsnicami in z nekaterimi dejanskimi prikazi aktivnosti in situacij.

Izobraževanje sta izvajali diplomirana medicinska sestra in diplomirana delovna terapevtka zaposleni na oddelku za rehabilitacijo pacientov po amputaciji spodnjega uda. Izobraževanje je trajalo 30 minut, izvajali pa sta ga dvakrat mesečno.

Šest mesecev po odpustu iz ustanove sta izvajalki izobraževanja poklicali paciente obeh skupin domov. Zastavili sta jim sledeča strukturirana vprašanja: ali so v tem času padli in če so, zakaj so padli. Zanimalo ju je tudi, če so adaptirali domače okolje, v smislu zagotavljanja večje varnosti in kakšne prilagoditve so izvedli.

Podatke smo analizirali s programom IBM SPSS Statistics 25 za okolje Windows. Izpeljali smo opisno statistiko. Primerjali smo število padcev pri pacientih pred hospitalizacijo, med hospitalizacijo in v domačem okolju med obema skupinama. Izpeljali smo tudi uni-variantno metodo obdelave podatkov. Vsa raziskovalna vprašanja smo testirali pri stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$.

Raziskavo je odobrila etična komisija ustanove, v kateri je raziskava potekala.

3 Rezultati

Tabela 1 prikazuje primerjavo padcev med kontrolno in testno skupino pred hospitalizacijo, med hospitalizacijo in po hospitalizaciji. Med testno in kontrolno skupino ni bilo statistično značilnih razlik v deležu padcev pri pacientih pred ($p = 1,000$), med ($p = 0,629$) in po ($p = 0,726$) hospitalizaciji.

Tabela 1: Prikaz primerjave padcev med kontrolno in testno skupino pred hospitalizacijo, med hospitalizacijo in po hospitalizaciji

		Padci pred hospitalizacijo		Padci v URI - Soča		Padci doma po zaključeni hospitalizaciji	
		da	ne	da	ne	da	ne
Skupina	kontrolna	31	47	9	69	20	42
		39,7%	60,3%	11,5%	88,5%	32,3%	67,7%
	testna	51	74	11	114	28	67
		40,8%	59,2%	8,8%	91,2%	29,5%	70,5%
p (Fisherjev eksaktni test)		1,000		0,629		0,726	

p-mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Obstaja statistično pomembna povezava med padci pred hospitalizacijo in padci doma po zaključeni hospitalizaciji ($p = 0,036$) ter tudi med številom padcev pred hospitalizacijo in številom padcev po hospitalizaciji ($p = 0,002$).

Po zaključku rehabilitacije v domačem okolju ni padlo (69 %) pacientov, enkrat je padlo (10%) pacientov, več kot enkrat pa je padlo (21 %) pacientov.

Doma po zaključeni rehabilitaciji je bil glavni vzrok padcev hoja s protezo (12 %) v sobi (12 %).

Za adaptacijo stanovanja, sanitarij ali kuhinje se ni odločilo veliko pacientov. Pri izvedenih adaptacijah se nakazuje možno zmanjšanje tveganja za padec po adaptaciji sanitarij ($p=0,482$) ali kuhinje ($p=0,218$), a nobena adaptacija ni bila statistično značilno povezana s pojavom padcev po hospitalizaciji. Poleg tega se nakazuje možno zmanjšanje števila padcev po adaptaciji kuhinje, ki pa ni statistično značilno ($p = 0,184$).

Pred hospitalizacijo ni padlo 65 % kasneje hospitaliziranih pacientov, enkrat je pred hospitalizacijo padlo 21 % pacientov, dva in večkrat pa je pred hospitalizacijo padlo 13 % hospitaliziranih pacientov. Delež pacientov, ki so padli pred hospitalizacijo, je bil statistično značilno večji med prvič sprejetimi pacienti ($p = 0,045$). Statistično značilna razlika v številu padcev pred hospitalizacijo je glede na to ali je bil pacient sprejet v ustanovo po prvi amputaciji ali po amputaciji še druge noge ($p = 0,001$). Pred hospitalizacijo je statistično pogostejše prišlo do padca pri pacientih po enostranski amputaciji ne glede na nivo amputacije ($p = 0,008$). Večje število padcev pred hospitalizacijo je bilo statistično značilno povezano z daljšim časom hospitalizacije ($p < 0,001$). Višja starost je bila statistično značilno povezana z večjim številom padcev v ustanovi ($p = 0,001$). Višji dosežek na testu MoCA je bil statistično značilno povezan z manjšim številom padcev v ustanovi ($p = 0,032$). Glede na število padcev med spoloma ni bilo statistično pomembnih razlik ne pred ($p = 0,643$), med ($p = 0,161$) in ne po ($p = 0,477$) hospitalizaciji.

V ustanovi je med hospitalizacijo padlo 10 % pacientov. Med hospitalizacijo je enkrat padlo 8 % pacientov, 2 % pacientov pa je padlo več kot enkrat. Med bivanjem v rehabilitacijski ustanovi je največ pacientov padlo v dopoldanskem času (41 %). Ob padcu zaposleni v zdravstveni negi največkrat niso bil prisotni (87 %). Največ pacientov je padlo v bolniški sobi (58 %), iz sedečega položaja (73 %) pri presedanju iz postelje na invalidski voziček ali obratno (52 %). Glavni vzroki za padec so bili nekritičnost do lastnih zmožnosti (79 %), neupoštevanje navodil (68 %) in kognitivni upad (31 %). Večina padcev (76 %) se je končala brez poškodbe. Padci v ustanovi so bili statistično pomembno pogostejši pri pacientih s pridruženim cerebrovaskularnim insultom ali miokardnim infarktom ($p = 0,005$).

4 Razprava

Rezultati so pokazali, da pri pacientih po amputaciji spodnjega uda, zaradi dodatnega izobraževanja o preprečevanju padcev ni pomembnih odstopanj pri številu padcev, ne v bolnišničnem in prav tako ne v domačem okolju. Kljub temu, da nismo potrdili pomena izobraževanja o preprečevanju padcev pri pacientih po amputaciji spodnjega uda upamo, da so določena pridobljena znanja vseeno ozavestila posameznike, da so sledili predstavljenim navodilom. Pomen izobraževanja sta poudarjala MacKenzie in Bvles (2018) in pred njim tudi Voljč (2010). Izobraževanje pripomore tudi k izmenjavi mnenj med pacienti, saj po izobraževanju poteka neformalna komunikacija in izmenjava izkušenj med udeleženci izobraževanja. Prav tako lahko pacienti predavateljem zastavijo različna vprašanja in z dobljenimi odgovori razblinijo ali vsaj zmanjšajo določene dileme, zaradi katerih so zaskrbljeni, morda celo prestrašeni.

Dite s sodelavci (2007) je ugotovil, da 42,5 % pacientov po amputaciji pade v prvih šestih mesecih po odpustu iz rehabilitacijske ustanove. Pričakovali bi, da je število padcev v domačem okolju povezano z adaptacijo bivalnega okolja, kar je ugotovljeno tudi v literaturi, saj prilagoditve okolja izboljšajo kakovost bivanja pacientov po amputaciji (Batchelor, et al., 2012; Broomhead, et al., 2012; Ocepek & Pihlar, 2013). Podatki, ki smo jih po šestih mesecih po odpustu pacientov iz ustanove, zbrali s telefonsko anketo, po obdelavi podatkov niso pokazali statistično pomembne razlike v številu padcev v povezavi z adaptacijo bivalnega okolja. Številni avtorji opisujejo prilagojeno okolje kot pomemben dejavnik v preprečevanju padcev (Voljč, 2016; Boelens, et al., 2013; Ocepek & Pihlar, 2013; MacKienzi & Bvles, 2018). Hunter s sodelavci (2019) ugotavlja, da pacienti niso dovolj pozorni na prilagoditve domačega okolja njihovim potrebam. Ustrezno prilagojeno domače okolje pripomore k večji varnosti in kakovosti bivanja doma (Ocepek & Pihlar, 2013; Broomhead, et al., 2012). Hunter

s sodelavci (2019) tudi ugotavlja, da pacientom v domačem okolju primanjkuje ustreznih pripomočkov. V izvedeni raziskavi je bila nakazana povezava v zvezi z adaptacijo kuhinje, ki pa ni bila statistično pomembna. Pacienti morajo adaptacijo bivalnega okolja praviloma financirati sami, kar predstavlja izdaten finančni zalogaj in predstavlja oviro v prilagajanju bivalnega okolja.

V različnih raziskavah je bilo ugotovljeno, da imajo pacienti, ki so padli, prisotne številne dejavnike tveganja, kot sta cerebrovaskularni insult ali miokardni infarkt, do visoke starosti, ki predstavlja enega od pomembnih dejavnikov tveganja za padec (Hunter, et al., 2017). Tudi v izvedeni raziskavi je starost predstavljala pomemben dejavnik tveganja za padce. Kot pomemben dejavnik tveganja za padce je opisan tudi kognitivni upad, kar je bilo v izvedeni raziskavi tudi potrjeno. Nevarnost za padec se v primeru kognitivnega upada poveča za 1,5 krat (Kunter, et al., 2017; Steinberg, et al., 2019). Wong s sodelavci (2016) ugotavlja bistveno večjo izpostavljenost za padce pri ženskah v primerjavi z moškimi, kar v raziskavi ni bilo ugotovljeno.

Ugotovljeno je bilo tudi, da bolj pogosto padejo pacienti po prvi amputaciji, vendar ne med samo hospitalizacijo. Padci pri pacientih, pri katerih je bila izvedena amputacija že pred leti, ne padejo pogosteje pred, med in po hospitalizaciji. Ti pacienti so že prešli prvo obdobje prilagajanja po amputaciji in so že osvojili pravilne tehnike premeščanja, zato je tudi število padcev v tej populaciji manjše.

Število padcev pred hospitalizacijo je bilo povezano z daljšo hospitalizacijo ter prebolelo možgansko kapjo in/ali infarktom pri pacientih, kar predstavlja tudi v literaturi enega od dejavnikov tveganja za padce (Bor, et al., 2017).

V izvedeni raziskavi smo kljub temu ugotovili, da je odstotek pacientov ki so padli med rehabilitacijo relativno majhen (10 %) v primerjavi z ugotovitvami v drugih raziskavah, ki ugotavljajo do 47 % padcev v rehabilitacijskih ustanovah (Batchelor, et al., 2012). Med hospitalizacijo se paciente nenehno opozarja, da v primeru, ko se želijo presesti iz ene podlage na drugo, pokličejo medicinsko sestro za nadzor ali pomoč pri presedanju, kar velja še posebej na začetku hospitalizacije, v prvem tednu bivanja na oddelku, ko osebje še ne pozna pacientovih zmožnosti in pacienti še ne poznajo in ne obvladajo pravilnih in varnih tehnik premeščanja. Premeščanje predstavlja enega od pomembnih dejavnikov tveganja za padec (Tsur & Yakir, 2019) zato je pomembno vpliv tega dejavnika tveganja čim bolj zmanjšati. Prav tako se na oddelku izvajajo večkratni obhodi, kar sta kot pomembno aktivnost v preprečevanju padcev opisala tudi MacKenzi in Bvles (2018) ter Gomes (2017). Pomembno je tudi število zaposlenih v zdravstveni negi na oddelku, kar tudi zagotavlja zmanjšanje števila padcev (McKenzie & Bvles, 2018; Zimmermann, et al., 2019). Problem pa predstavljajo pacienti, ki ne sledijo opozorilom ali pozabijo navodila osebja.

Glavni omejitvi naše študije sta, da nismo natančno ocenili domačega okolja in spremljali pridruženih bolezni.

5 Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da dodatno izobraževanje ne vpliva na število padcev v bolnišnici in tudi ne v domačem okolju. Prepoznani so bili določeni dejavniki tveganja za padce, kot sta starost, prva hospitalizacija, enostranska amputacija spodnjega uda in kognitivni upad. Z izobraževanjem bi bilo smiselno nadaljevati, saj je tudi to eden od načinov druženja med pacienti in izmenjave izkušenj, ki poglobljajo prijateljske vezi med pacienti.

Literatura

- Ambrose, A.F., Paul, G., Hausdorff, J.M., 2013. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1); pp. 51-61.
- Anderson, C.B., Miller, M.J., Murray, A.M., Fields, T.T., So, N.F., Christiansen, C.L., et al., 2020. Falls after dysvascular transtibial amputation: a secondary analysis of falling characteristics and reduced physical performance. *Pm & R: the Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 6.
- Bavec, A. & Burger, H., 2015. Balance confidence and falls of community-dwelling patients with lower-limb amputation. *Journal of rehabilitation medicine*, 47; pp. 460-465.
- Batchelor, F.A., Mackintosh, S.F., Sard, C.M. & Hill, K.D., 2012. Falls after stroke. *International Journal of stroke*, 7; pp. 482-490.
- Boelens, C., Hekman, E.E.G. & Verkerke, G.J., 2013. Risk factors for falls of older citizens. *Tehology and health care*, 21(5); pp.521-533.
- Bor, A., Matuz, M., Csatorjai, M., Szalai, G., Balint, A., Benko, R., et al., 2017. Medication use and risk of falls among nursinghome residents. A retrospective cohort study. *International journal of clinical pharmacy network*, 39(2); pp. 408-415.
- Broomhead, P., Clark, K., Dawes, D., Hale, C., Lambert, A., Quinlivan, D., et al., 2012. *Evidence Based Clinical Guidelines for the Management of Adults with Lower Limb Prostheses*, 2nd ed. London: Chartered Society of Physiotherapy.
- Chang, J.T. & Ganz, D.A., 2007. Quality Indicators for Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders. *Journal of American geriatrics society*, 55(s2); pp. S327-S334.
- dos Santos Oliveira, J., Diniz, M.M.P., de Medeiros Faicao, R.M., Chaves, B.J.P., de Souza, S.V.O., Fernandes, A.M., et al., 2018. Extrinsic factors for the risk of falls in hospitalized elderly. *Journal of nursing*, 12(7); pp. 1835-1840.
- Dyer, D., Bouman, M. et al., 2008. An intervention program to reduce falls for adult in-patients following major lower limb amputation. *Healthcare quarterly*, 11(3); pp. 117-121
- Frengopoulos, C., Burley, J., Viana, R., Payne, M.W. & Hunter, S.W., 2017. Association between Montreal cognitive assessment scores and measures of functional mobility in lower extremity amputees after in-patient rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(3); pp. 450-455.
- Gomes, E.G., Pascoa, P.J.J.C. & Lemos, P.P., 2017. Accidental falls in unilateral prosthethized lower limb amputees: functional evaluation and prevention. Available at: <http://hdl.handle.net/10316/81828> [Accessed September 7 2020].
- Hunter, S., Batchelor, F., Hill, K., Hill, A.M., Mackintosh, S. & Payne, M., 2017. Risk factors for falls in people with a lower extremity amputation: a systematic review. *PM & R: Journal of injury, Function & Rehabilitation (PMR)*, 9(2); pp. 170-180.
- Hunter, S.W., Higa, J., Frengopoulos, C., Viana, R., Payne, M.W.C., 2019. Evaluating knowledge of risk factors and falls prevention strategies among lower extremity amputees after inpatient prosthetic rehabilitation: a prospectiv study. *Disability and rehabilitation*, 42(16); pp. 2252-2261.
- University at Buffalo, Department of Rehabilitation Science, 2014. *Home Safety Self-Assessment Tool (HS-SAT), Development, psychometrics and use of Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT)*. Available at: <http://sphhp.buffalo.edu/rehabilitation-science/research-and-facilities/funded-research/aging/home-safety-self-assessment-tool.html>. [Accessed October 27 2020].
- MacKenzie, A.L. & Byles, J.E., 2018. Circumstances of falls with fractured femur in residents of Australian nursing homes. An analysis of falls reports. *Journal of aging and health*, 30(5); pp. 738-757.
- Ocepek, J. & Pihlar, Z., 2013. Ocenjevanje okolja in dokazi o vplivu prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. *Rehabilitacija*, 12(1); pp. 45-51.
- Pantera, E., Pourtier-Piotte, C., Bensoussan, L. & Coudeyre, E., 2014. Patient education after amputation: Systematic review and experts' opinions. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 57(3); pp. 143-158.
- Rosenblatt, N.J. & Grabiner, M.D., 2012. Relationship between Obesity and falls by middle-aged and older women. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(4); pp.718-722.
- Steinberg, N., Gottlieb, A., Siev-Ner, I. & Plotnik, M., 2019. Fall incidence and associated risk factors among people with a lower limb amputation during various stages of recovery-a systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 41(15); pp. 1778-1787.
- Sharif, S.I., Al-Harb, A.B., Al-Shihabi, A.M., Al-Daour, D.S. & Sharif, R.S. 2018. Falls in the elderly assessment of prevalence and risk factors. *Pharmacy Practice (Granada)*, 16(3); p. 1206.

- Tsur, A. & Yakir, O., 2019. Inpatient falls in a hospital rehabilitation department. *JSM journal of physical medicine & rehabilitation*, 3(1); p. 1012.
- Vieira, E.R., Freund-Heritage, R. & de Costa, B.R., 2011. Risk factors for geriatric patient falls in a rehabilitation hospital settings: a systematic review. *Clinical rehabilitation*, 25(9); pp. 788-799.
- Voljč, B., 2010. *Zmanjšajmo padec v starosti: priročnik za štiriletnje*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, pp. 24-29.
- Voljč, B., 2016. Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji. *Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji*. S.l.: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje, pp. 1-42.
- Vu, K., Payne, M.W.C., Hunter, S.W. & Viana, R., 2019. Risk factors for falls in individuals with lower extremity amputations during the pre-prosthetic phase: a retrospective cohort study. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 11(8); pp. 828-833.
- Wong, C.K., Chen, C. & Welsh, J., 2013. Preliminary assessment of balance with the Berg balance scale in adults with leg amputations: a rasch analysis. *Physical therapy*, 93; pp. 1520-1529.
- Wong, C.K., Chihuri, S.T. & Li, G., 2016. Risk of fall-related injury in people with lower limb amputations: a prospective cohort study. *Journal of rehabilitation medicine*, 48(1); pp. 80-85.
- Wong, C.K. & Chihuri, S.T., 2019. Impact of vascular disease, amputation level, and the mismatch between balance ability and balance confidence in a cross-sectional study of the likelihood of falls among people with limb loss. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 98(2); pp. 130-135.
- Ziegler-Graham, K., MacKenzie E.J., Ephraim, P.L., et al., 2008. Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89; pp. 422-429.
- Zimmermann, J., Swora, M., Pfaff, H. & Zank, S., 2019. Organizational factors of fall injuries among residents within German nursing homes: secondary analyses of cross-sectional data. *European journal of ageing*, 16(4); pp. 503-512.

Učinkovitost različnih metod in tehnik fizioterapije pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19

Effectiveness of different physiotherapy methods and techniques in rehabilitation of patients with COVID-19

Ana Filej⁶⁸
Eva Uršej⁶⁹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Pri pacientih, ki so preboleli oziroma prebolevajo COVID-19, je najpogostejše prizadeta respiratorna funkcija, poleg nje je zelo pogosta posledica telesna oslabilost. Fizioterapevti pacientom s COVID-19 lahko pri rehabilitaciji pomagamo z različnimi metodami in tehnikami. S preglednim prispevkom smo želeli ugotoviti, katere metode in tehnike fizioterapije so najučinkovitejše pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19.

Metoda: Pregled literature je vključeval iskanje člankov v podatkovnih zbirkah PubMed, Cochrane Library in MetaLib s ključnimi besedami oz. besednimi zvezami »physical therapy COVID-19«, »physiotherapy COVID-19«, »rehabilitation COVID-19«. Najdenih je bilo 68 zadetkov od leta 2019 do 2021 s polnim besedilom članka v angleškem jeziku. V pregled literature je bilo vključenih 6 izvirnih znanstvenih člankov, ki smo jih obdelali po metodi meta sinteze.

Rezultati: V raziskavah, vključenih v pregled literature, so bile uporabljene različne metode in tehnike kardiorespiratorne fizioterapije, terapevtske vaje, funkcijske naloge in izvajanje fizioterapije na daljavo v obliki telerehabilitacije. Vse metode in tehnike so bile učinkovite pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19, a je bila njihova učinkovitost odvisna tudi od drugih dejavnikov (starost, stadij bolezni COVID-19,...).

Razprava: Fizioterapija igra pomembno vlogo pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19, ne glede na starost in ne glede na stadij bolezni. Metode in tehnike kardiorespiratorne fizioterapije so najučinkovitejše v začetni fazi. Terapevtske vaje in funkcijske naloge so zelo učinkovite in nepogrešljive pri pacientih, ki so zaradi koronavirusne bolezni ležali dlje kot 3 tedne, pri tistih, ki so bili že pred okužbo v slabšem funkcijskem stanju in pri starejših od 65 let.

Ključne besede: kardiorespiratorna fizioterapija, terapevtske vaje, telerehabilitacija

Abstract

Introduction: Patients who recovered from or have still been recovering from COVID-19 have mostly affected their respiratory function. A very common consequence of that disease is also a physical weakness. Physiotherapists can help patients with COVID-19 with different methods and techniques of rehabilitation. With a literature review, we aimed to find out which physiotherapy methods and techniques are the most effective in the rehabilitation of patients with COVID-19.

Methods: Literature review consisted of searching for studies in databases PubMed, Cochrane Library in MetaLib with search terms »physical therapy COVID-19«, »physiotherapy COVID-19«, »rehabilitation COVID-19«. We found 68 studies published between 2019 and 2021 with full text in the English language and included 6 original articles in our analysis with the meta-synthesis method.

Results: In studies included in our literature review, different methods and techniques of cardiorespiratory physiotherapy, therapeutic exercises, functional tasks, and telerehabilitation were used. All methods and techniques were proved to be effective in the rehabilitation of patients with COVID-19 but the level of effectiveness correlated with other factors (age, phase of COVID-19 disease, etc.).

Discussion: Physiotherapy plays an important role in the rehabilitation of patients with COVID-19 of all ages and phases of the disease. Methods and techniques of cardiorespiratory physiotherapy are shown to be the most effective at an early stage. Therapeutic exercises and functional tasks are very effective and indispensable for patients who were lying in bed due to COVID-19 disease longer than 3 weeks, for those who were physically weakened before the infection, and for patients older than 65 years of age.

Keywords: cardiorespiratory physiotherapy, therapeutic exercises, telerehabilitation

⁶⁸ Ana Filej, študentka na študijskem programu Fizioterapija (VS), Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

⁶⁹ Eva Uršej, prof. šp. vzg., dipl. fiziot., strok. sod., pred., SMILE-E, Eva Uršej, s.p., eva.ursej@gmail.com

1 Teoretična izhodišča

Konec meseca decembra 2019 se je v mestu Wuhan na Kitajskem pojavila pljučnica, ki jo povzroča virus iz družine koronavirusov. Novi virus, ki so ga poimenovali SARS-CoV-2 povzroča bolezen COVID-19, ki se širi po celem svetu. Okužba z novim koronavirusom povzroča predvsem boleznih dihal, ki se lahko kažejo kot brez simptomov, od blagega do hudega poteka ali celo vodijo v smrt. Najpogostejši simptomi so kašelj, vročina, težko dihanje, nastanek sputuma in utrujenost (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2020; World Health Organization (WHO), 2020). Rehabilitacija se mora pri pacientih z blagim potekom zaradi COVID-19 pričeti čim prej, medtem ko se pri hudo in kritično bolnih ne sme pričeti prezgodaj, saj lahko poslabšamo dihalno stisko, ki je glavna značilnost okuženih pacientov (Sheehy, 2020).

Vsak fizioterapevt, ki je vključen v rehabilitacijo pacientov s COVID-19, mora poznati načine, s katerimi prepreči okužbo in širjenje koronavirusa. Najbolje je, da se zmanjša neposredni stik med fizioterapevtom in pacientom, a ker to v nekaterih primerih ni mogoče, se priporoča uporaba zaščitne opreme, kot so maska N95, zaščitna očala, rokavice in obleke za enkratno uporabo (Righetti, et al., 2020).

Pri pacientih s COVID-19 je najpogostejše prizadeta respiratorna funkcija, pogosta posledica je tudi telesna oslabelelost. Fizioterapevti lahko pacientom s COVID-19 pomagamo z različnimi metodami in tehnikami, saj imamo pomembno vlogo pri upravljanju neinvazivne dihalne podpore, spremembi telesne drže, aktivni mobilizaciji in tudi pri odvajanju od invazivne mehanske ventilacije (Lazzeri, et al., 2020). Vsaka fizioterapevtska intervencija mora biti individualno prilagojena, upoštevati je potrebno starost pacienta, komorbidnosti, stadij bolezni ter neposredne poškodbe pljuč in drugih organov zaradi COVID-19 (Sheehy, 2020).

Namen in raziskovalni problem pregleda literature je bil ugotoviti, katere metode in tehnike fizioterapije so pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19 učinkovite. Ker fizioterapevti pri svojem delu uporabljajo različne metode in tehnike, je bil cilj pregleda literature ugotoviti, katere so tiste, ki so pri pacientih s COVID-19 najučinkovitejše.

2 Metode dela

Pregled literature je vključeval iskanje člankov v podatkovnih zbirkah PubMed, Cochrane Library in MetaLib s ključnimi besedami oz. besednimi zvezami »physical therapy COVID-19«, »physiotherapy COVID-19«, »rehabilitation COVID-19«. Po pregledanih naslovih je sledilo branje izvlečkov. V pregled so bili vključeni članki s polnim besedilom članka v angleškem jeziku, objavljeni v obdobju od 2019 do 2021, ki so raziskovali učinkovitost različnih metod in tehnik fizioterapije pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19. Članke, ki so bili vključeni v pregled literature, smo obdelali po metodi meta sinteze.

3 Rezultati

Z iskanjem literature po zgoraj omenjenih ključnih besedah oz. besednih zvezah, z uporabo vključitvenih kriterijev, je bilo najdenih 68 zadetkov. V pregled literature je bilo vključenih 6 izvirnih znanstvenih člankov.

V raziskavah, vključenih v pregled literature (Tabela 1), so bile uporabljene različne metode in tehnike kardiorespiratorne fizioterapije, terapevtske vaje, funkcijske naloge in izvajanje fizioterapije na daljavo v obliki telerehabilitacije. Vse metode in tehnike so bile

učinkovite pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19, a je bila njihova učinkovitost odvisna tudi od drugih dejavnikov, kot je starost, funkcijska zmožnost pred boleznijo, stadij bolezni zaradi COVID-19, zdravstveno stanje pred okužbo s COVID-19 in psihološkega stanja.

Tabela 1: Prikaz ključnih podatkov raziskav vključenih v pregled literature

Avtor in leto izdaje	Populacija	Intervencija	Velikost vzorca	Trajanje	Rezultati
Clarke, et al., 2020	Starejši od 18 let s COVID-19	Učinkovitost proniranega položaja pri pacientih s COVID-19	n=20	38 dni	Proniran položaj izboljša oksigenacijo in razmerje $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$. Proniran položaj je učinkovit in izvedljiv pri pacientih s COVID-19.
Curci, et al., 2020	Post akutni pacienti s COVID-19, s povprečno starostjo 72 let.	Protokol zgodnje rehabilitacije postakutnih pacientov s COVID-19	n=32 (M: 22, Ž:10) Pacienti s $\text{FiO}_2 \geq 40$ in $< 60\%$ (n=13), Pacienti s $\text{FiO}_2 \geq 21$ in $< 40\%$ (n=19)	4 tedne	Postakutni pacienti s COVID-19 trpijo zaradi dispneje in težko dihamo tudi pri minimalni telesni aktivnosti. Predlagajo izvajanje rehabilitacijskega protokola glede na izhodiščno stanje pacienta.
Liu, et al., 2020	Starejši od 65 let s COVID-19	Učinkovitost respiratornega rehabilitacijskega programa	ES: n=36 KS: n=36	6 tednov	Statistično pomembna razlika med FEV1 in FVC znotraj ES. Razdalja, prehojena med 6-minutnim testom, je bistveno daljša znotraj ES. Kvaliteta življenja se je bistveno izboljšala znotraj ES. Statistično značilno zmanjšanje anksioznosti znotraj ES. Pojav depresije se med skupinama ni razlikoval.
Sakai, et al., 2020	Pacienti s COVID-19 različnih starosti	Učinkovitost in tveganje rehabilitacije na daljavo	ES: n=18 (M: 12, Ž: 6) KS: n=25 (M: 19, Ž:6)	1 mesec	Režim rehabilitacije na daljavo zmanjša neposredne stike in uporabo varovalne opreme. Starejši pacienti in kritično bolni niso primerni za rehabilitacijo na daljavo. Stopnja rehabilitacije na daljavo se ne razlikuje glede na spol. V nobeni skupini ni opaznih resnih nezaželenih učinkov.
Teng, et al., 2020	Pacienti starejši od 18 let s hudo obliko COVID-19	Učinkovitost uporabe kisika pri zdravljenju bolnikov s COVID-19	ES: n=12 (visoko pretočna nosna kanila - HFNO) KS: n=10 (konvencionalna kisikova terapija - COT)	1 mesec	V ES so bili srčni utrip, krvni pritisk in $\text{PiO}_2/\text{FiO}_2$ boljši po 6-ih urah terapije v primerjavi s kontrolno skupino. Dolžina bivanja na oddelku za intenzivno terapijo in celotne hospitalizacije sta bila v ES bistveno krajša.

Avtor in leto izdaje	Populacija	Intervencija	Velikost vzorca	Trajanje	Rezultati
Yang, et al., 2020	Kritično bolni s COVID-19	Zdravljenje kritično bolnih pacientov s COVID-19	n=52	1 mesec retrospektivno	Starejši od 65 let in pacienti s pridruženimi boleznimi imajo večjo možnost za smrt zaradi COVID-19. Pri kritično bolnih je mehanska ventilacija glavna metoda zdravljenja.

Legenda: PaO₂ – parcialni tlak kisika, FiO₂ – dodan odstotek kisika, ES – eksperimentalna skupina, KS – kontrolna skupina, FEV1 – funkcijski volumen izdihanega zraka v 1. sekundi, FVC – funkcionalna vitalna kapaciteta, M – moški, Ž – ženske

Dve raziskavi, vključeni v pregled literature, sta bili randomizirani kontrolirani raziskavi (Liu, et al., 2020; Teng, et al., 2020), tri raziskave so bile retrospektivne opazovalne raziskave (Curci, et al., 2020; Sakai, et al., 2020; Yang, et al., 2020), ena raziskava pa je bila prospektivna kohortna raziskava (Clarke, et al., 2020). Vseh šest raziskav, ki smo jih vključili v pregled literature, smo kodirali in razdelili v kategorije, ki so prikazane v tabeli 2. V procesu kodiranja smo identificirali 12 kod, ki smo jih glede na njihove skupne lastnosti in medsebojne povezave združili v dve kategoriji.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Fizioterapevtske metode in tehnike pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19	Dihalne vaje – proniran položaj – terapija s kisikom – HFNC – mehanska ventilacija	Clarke, et al., 2020 Liu, et al., 2020
	Število kod = 5	Teng, et al., 2020 Yang, et al., 2020
Kardiorespiratorna fizioterapija in telesna dejavnost pacientov s COVID-19	Kardiorespiratorna fizioterapija – nefrofizioterapija – vadba – dihalna funkcija – telesna pripravljenost – kakovost življenja – telerehabilitacija	Curci, et al., 2020 Liu, et al., 2020 Sakai, et al., 2020 Yang, et al., 2020
	Število kod = 7	

4 Razprava

S pregledom literature raziskav, ki so preučevale učinkovitost različnih fizioterapevtskih metod in tehnik pri rehabilitaciji pacientov s COVID-19, smo ugotovili, da ima fizioterapija zelo pomembno vlogo v rehabilitaciji okuženih pacientov s SARS-CoV-2, ne glede na starost, spol in stadij bolezni. Učinkovita respiratorna rehabilitacija ne izboljša le fizičnega in pljučnega stanja, ampak tudi duševno zdravje in kakovost pacientovega življenja.

COVID-19 je v osnovi pljučna bolezen, ampak ima vpliv tudi na lokomotorni in živčni sistem, zato morajo biti pacienti s COVID-19 obravnavani celostno. Poleg kardiorespiratorne fizioterapije sta pomembni tudi lokomotorna fizioterapija in nefrofizioterapija, če želimo pacientu omogočiti čim bolj kakovostno rehabilitacijo (Arzani, et al., 2020; Curci, et al., 2020).

Večina pacientov s COVID-19 potrebuje predvsem kisikovo terapijo preko nosne kanile in Venturi maske (Curci, et al., 2020). Teng, et al., (2020) so ugotovili, da uporaba HFNC pomembno izboljša rezultate srčnega utripa, krvnega pritiska in razmerja PaO_2/FiO_2 , v primerjavi z uporabo konvencionalne kisikove terapije, zato ima uporaba HFNC visoko vrednost klinične uporabe pri pacientih s COVID-19.

Pri kritično bolnih zaradi COVID-19 je invazivna mehanska ventilacija glavna metoda zdravljenja (Yang, et al., 2020), vendar je zaradi možnosti poškodovanja pljuč potrebna posebna previdnost (Battaglini, et al., 2020). Curci, et al. (2020) navajajo, da se pri pacientih, ki potrebujejo mehansko ventilacijo, pogosto pojavi sindrom po intenzivni negi (fizični, kognitivni ali čustveni simptomi). Fizioterapevti imajo pomembno vlogo tudi pri odvajanju od mehanske ventilacije (Lazzeri, et al., 2020).

Ohranjanje telesne pripravljenosti in neodvisnosti sta bistvenega pomena za fizično in duševno zdravje (Arzani, et al., 2020), zato je telesna dejavnost pri pacientih s COVID-19 zelo pomembna, saj so zmanjšanje mišične moči, gibljivosti, vzdržljivosti in ravnotežja značilnosti pacientov s COVID-19 (Jiandani, et al., 2020). Curci, et al. (2020) predlagajo izvajanje pasivnih in aktivnih vaj, razteznih vaj, vaj za moč v postelji, nadzor dihanja, vaj za koordinacijo prsnega koša in trebuha pri pacientih s $\text{FiO}_2 \geq 40$ in $< 60\%$ ter izvajanje aktivnih vaj in vaj za moč ob postelji, trening ravnotežja, program za preprečevanje padcev, krepitev dihalnih mišic, trening hoje, širjenje prsnega koša, uporabo incentivnega spirometra in forsiran vdih/izdih. pri pacientih s $\text{FiO}_2 \geq 21$ in $< 40\%$.

Zaradi dolgotrajnih posledic bolezni COVID-19 na celostno telesno pripravljenost in z namenom preprečevanja neposrednega stika med fizioterapevtom in pacientom, se je v zadnjem času uveljavila rehabilitacija na daljavo oz. telerehabilitacija. Rehabilitacija na daljavo, ki se izvaja preko informacijskih programov, zmanjša neposredni stik med fizioterapevtom in pacientom, zmanjša tveganje za okužbo in nadaljnji prenos virusa ter zmanjša potrebo po uporabi zaščitne opreme (Bickton, et al., 2020). Bickton, et al. (2020) in Sakai, et al. (2020) poudarjajo, da rehabilitacija na daljavo ni primerna za starejše in kritično bolne paciente s COVID-19, saj le ti potrebujejo rehabilitacijo iz oči v oči. Rehabilitacijo na daljavo lahko izvajajo bodisi fizioterapevti, ki so člani ekipe COVID-19, bodisi tisti, ki niso (Sakai, et al., 2020), vendar morajo biti ustrezno strokovno usposobljeni, če želimo, da bo telerehabilitacija izvedljiva in varna (Wooton, et al., 2020).

Glavna omejitev pregleda literature je bila pomanjkanje prosto dostopne znanstvene literature, saj je bolezen COVID-19 prisotna šele zadnje leto. Glede na ugotovitve pregleda literature, ki kažejo na to, da je vloga fizioterapevta pri obravnavi pacientov s COVID-19 nepogrešljiva ne glede na starost pacientov in stadij bolezni, je možnosti za raziskave na tem področju še veliko. Za raziskave v prihodnje bi priporočali predvsem prospektivne randomizirane klinične raziskave, s pomočjo katerih bi lahko naredili primerjavo učinkovitosti različnih uporabljenih fizioterapevtskih metod in tehnik.

Literatura

- Arzani, P., Khalkhali Zavieh, M., Khademi-Kalantari, K. & Akbarzadeh Baghban, A., 2020. Pulmonary rehabilitation and exercise therapy in a patient with COVID-19: A Case report. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 34; pp. 106.
- Battaglini, D., Robba, C., Caiffa, S., Ball, L., Brunetti, I., Loconte, M., Giacobbe, D.R., Vena, A., Patroniti, N., Bassetti, M., Torres, A., Rocco, P.R. & Pelosi, P., 2020. Chest physiotherapy: An important adjuvant in critically ill mechanically ventilated patients with COVID-19. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 282:103529.
- Bickton, F.M., Chisati, E., Rylance, J. & Morton, B., 2020. An improvised pulmonary telerehabilitation program for postacute COVID-19 patients would be feasible and acceptable in a low-resource setting. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 100(3); pp. 209-212.
- Clarke, J., Geoghegan, P., McEvoy, N., Boylan, M., Ní Choileáin, O., Mulligan, M., Hogan, G., Keogh, A., McElvaney, O.J., McElvaney, O.F., Bourke, J., McNicholas, B., Laffey, J.G., McElvaney, N.G. & Curley, G.F., 2020. Prone positioning improves oxygenation and lung recruitment in patients with SARS-CoV-2 acute respiratory distress syndrome; a single centre cohort study of 20 consecutive patients. *BMC Research Notes*, 14(1); pp. 20.

- Curci, C., Pisano, F., Bonacci, E., Camozzi, D.M., Ceravolo, C., Bergonzi, R., De Franceschi, S., Moro, P., Guarnieri, R., Ferrillo, M., Negrini, F. & de Sire, A., 2020. Early rehabilitation in post-acute COVID-19 patients: data from an Italian COVID-19 Rehabilitation Unit and proposal of a treatment protocol. *Europena Journal Physical Rehabilitation Medicine*, 56(5); pp. 633-641.
- Jiandani, M.P., Agarwal, B., Baxi, G., Kale, S., Pol, T., Bhise, A., Pandit, U., Shetye, J.V., Diwate, A., Damke, U., Ravindra, S., Patil, P., Nagarwala, R.M., Gaikwad, P., Agarwal, S., Madan, K., Jacob, P., Surendran, P.J. & Swaminathan, N., 2020. Evidence-based national consensus: recommendations for physiotherapy management in COVID-19 in acute care indian setup. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(10); pp. 905-913.
- Lazzeri, M., Lanza, A., Bellini, R., Bellofiore, A., Cecchetto, S., Colombo, A., D'Abrosca, F., Del Monaco, C., Gaudiello, G., Pameroni, M., Privitera, E., Retucci, M., Rossi, V., Santambrogio, M., Sommariva, M. & Frigerio, P., 2020. Respiratory physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: a position paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR). *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(1); pp. 163-168.
- Liu, K., Zhang, W., Yang, Y., Zhang, J., Li, Y. & Chen, Y., 2020. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complementary therapies in clinical practice*, 39, 101166.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2020. *Koronavirus – pogosta vprašanja in odgovori*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/koronavirus-pogosta-vprasanja-in-odgovori> [Accessed 13 March 2020].
- Righetti, R.F., Onoue, M.A., Politi, F., Teixeira, D.T., Souza, P.N., Kondo, C.S., Moderno, E.V., Moraes, I.G., Maida, A., Pastore Junior, L., Silva, F.D., Brito, C., Baia, W. & Yamaguti, W.P., 2020. Physiotherapy Care of Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - A Brazilian Experience. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 75.
- Sakai, T., Hoshino, C., Yamaguchi, R., Hirao, M., Nakahara, R. & Okawa, A., 2020. Remote rehabilitation for patients with COVID-19. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(9).
- Sheehy, L.M., 2020. Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2); pp. 19462.
- Teng, X.B., Shen, Y., Han, M.F., Yang, G., Zha, L. & Shi, J.F., 2020. The value of high-flow nasal cannula oxygen therapy in treating novel coronavirus pneumonia. *European Journal Clinical Investigation*, 51(3); e13435.
- Wootton, S.L., King, M., Alison, J.A., Mahadev, S. & Chan, A.S.L., 2020. COVID-19 rehabilitation delivered via a telehealth pulmonary rehabilitation model: a case series. *Respirology Case Reports*, 8(8); e00669.
- World Health Organization (WHO), 2020. *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-COVID-19-final-report.pdf?sfvrsn=fce87f4e_2 [Accessed 13 March 2021].
- Yang, X., Yu, Y., Xu, J., Shu, H., Xia, J., Liu, H., Wu, Y., Zhang, L., Yu, Z., Fang, M., Yu, T., Wang, Y., Pan, S., Zou, X., Yuan, S. & Shang, Y., 2020. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5); pp. 475-481.

Zdravje zaposlenih v neposredni zdravstveni negi pacientov s covidom-19 – pregled literature

The health of Employees in Direct Nursing Care of Patients with COVID-19 – a Literature Review

dr. Radojka Kobentar⁷⁰
Slavica Roljič⁷¹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi so neposredno vključeni v negovanje okuženih pacientov s SARS-Cov-2 v domovih starostnikov, bolnišnicah in v domačem okolju. Namen pričujočega pregleda bo ugotoviti odklone v zdravju pri zdravstvenih delavcih, ki delajo z obolelimi za boleznijo COVID-19.

Metoda: Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop z nesistematičnim pregledom literature. Znanstvene in strokovne vire smo iskali v EBSCOhost, PubMed in CINAHAL. Pridobili in analizirali smo 13 člankov ter v nadaljevanju oblikovali kode in kategorije. Pregled literature smo opravili od 15. 1. 2021–15. 2. 2021.

Rezultati: Analiziranih je 13 preglednih in znanstvenih virov. Pridobili smo 3 kategorije. Prva obsega zdravstvene težave zaposlenih s 4 kodami, ki so vključevale anksioznost in depresijo, nespečnost, strah in druge težave. V drugi kategoriji vzroki zdravstvenih težav smo dobili 5 kod: stres in delovne obremenitve, pomanjkanje socialne podpore in znanja, pomanjkanje informacij, osebne strategije spoprijemanja in etične dileme. Tretji kategoriji, učinkovite intervencije za zmanjšanje težav, smo pripisali 3 kode: neformalna podpora družine in prijateljev, formalna podpora služb ter samorefleksija.

Razprava: Večina raziskav vključuje anksioznost in depresijo kot vodilni zdravstveni težavi zaposlenih v zdravstvu, katerih vzrok je bil stres v delovnem okolju zaradi negovanja obolelih s COVID-19. Drugi vzroki so bili pomanjkanje socialne podpore in znanja ter osebni načini reševanja težav. Zdravstvenim delavcem v krizi je potrebno ponuditi strokovno pomoč za učinkovito spopadanje s težavami.

Zaključek: Medicinske sestre so v neposrednem stiku z obolelimi občutile strah in negotovost, pri čemer bi potrebovale več osebnih kompetenc za reševanje kriznih situacij.

Ključne besede: medicinske sestre, epidemija, kvalitativni pristop

Abstract

Theoretical background: Nursing and care staff are directly involved in the care of SARS Cov 2 infected patients in nursing homes, hospitals, and in the home environment. The purpose of this review will be to identify health abnormalities in healthcare professionals working with COVID-19 patients.

Method: We used a qualitative research approach with a non-systematic review of the literature. Scientific and professional resources were searched in EBSCO host, PubMed, and CINAHAL. We obtained and analyzed 13 articles and subsequently designed codes and categories. We reviewed the literature between January 15, 2021, and February 15, 2021.

Results: We have analyzed 13 review and scientific sources and 3 categories were obtained, the first being health problems of employees with 4 codes which included anxiety and depression, insomnia, fear, and other problems. In the second category of causes of health problems, we found 5 codes: stress and workload, lack of social support and knowledge, lack of information, personal coping strategies, and ethical dilemmas. The third category of effective interventions to reduce issues was assigned 3 codes: informal support of family and friends, formal support of services, as well as self-reflection and a sense of effectiveness.

Discussion: Most research encompasses anxiety and depression as the leading health issues of healthcare workers which were caused by stress in the work environment due to caring for patients with COVID-19. Other causes were the lack of social support and knowledge and ways to solve problems personally. Healthcare workers in crisis need to be offered professional help to deal with problems effectively.

Conclusion: Nurses felt fear and insecurity while in direct contact with the patients whereby they would require more personal competencies to resolve crises.

Keywords: nurses, epidemic, qualitative approach

⁷⁰ dr. Radojka Kobentar, rkobentar@fzab.si

⁷¹ Slavica Roljič, mag. zdr. neg., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija, slavica.roljic@psih-klinika.si

1 Uvod

Koronavirusna bolezen (Corona Virus Inflammation Disease 19, v nadaljevanju CO-VID-19) se je nepričakovano pojavila na Kitajskem že decembra 2019 in se zelo hitro razširila v Evropi, Ameriki in drugih delih sveta ter ogrozila javno zdravje ljudi (Pappa & Diffogiani, 2020). Svetovna zdravstvena organizacija je 11. 3. 2020 razglasila pandemijo okužbe s Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 (v nadaljevanju SARS CoV-2), kar je za obolele in zdravstveno osebje predstavljalo velik izziv. Bolezen se prenaša s kapljicami, aerosoli in preko kontaktov. Znaki bolezni pa so povišana telesna temperatura, suh kašelj, glavobol, utrujenost, izčrpanost, tiščanje v prsnem košu, črevesne motnje, bolečine v mišicah, spremembe okusa in vonja, dihalna stiska z visoko stopnjo umrljivosti (Magnavita, et al., 2020; Vlačić, et al., 2020). Visoko število pacientov in nevzdržni delovni pogoji s povečano potrebo po akutni intenzivni obravnavi je imelo vpliv na duševno zdravje medicinskih sester s pojavom anksioznosti in depresije (Ayalon, et al., 2020; Galego - Alberto, et al., 2018; Luceno – Moreno, et al., 2020; Shenijang & Junqi, 2020; Yang, et al., 2020).

Večje število raziskav poroča tudi o povečani stopnji stresa, psihičnih stiskah in izgorelosti zaposlenih v institucijah, kar vpliva na njihovo zdravje ter učinkovitost in kakovost obravnave pacientov z okužbo SARS-CoV-2 (Ayalon, et al., 2020; Blanco – Donoso, et al., 2020; Galego - Alberto, et al., 2018; Han, et al., 2020; Shenijang & Junqi, 2020). Psihološki učinki na počutje zaposlenih so bili, poleg stalnega kontakta z obolelimi, omejevanje aktivnosti na prostem, socialno distanciranje, daljše bivanje v domačem okolju (Zeng, et al., 2020).

Blanco Donoso, et al. (2020) so v raziskavi, opravljeni na vzorcu 228 delavcev v domovih starostnikov v Španiji, tako ugotovili visoko stopnjo stresa zaradi izjemnih delovnih obremenitev, družbenega pritiska, stika z umiranjem in trpljenjem, pomanjkanja osebja in nujne uporabe zaščitne opreme. Opisujejo še, da so zdravstvenimi delavci, ki so bili neposredno vključeni v obravnavo obolelih, doživljali največ stresa (Ayalon, et al., 2020; Galego - Alberto, et al., 2018). Avtorji navajajo tudi, da je socialna podpora v teh okoliščinah pomembno prispevala k zmanjšanju stresa in povečanju števila strategij obvladovanja neugodnih razmer (Shenijang & Junqi, 2020).

Niuniu, et al. (2020) so intervjuvali in analizirali čustva 20 medicinskih sester na Kitajskem ter jih strnili v 4 teme, ki so se pojavljale, od začetne utrujenosti in nemoči, do samostojnega prilagajanja ter poklicne odgovornosti in samorefleksije. Po zaključku pojava so se postopoma pojavila pozitivna čustva, ki so se prepletala z negativnimi čustvi (Niuniu, et al., 2020).

Raziskava o anksioznosti med zaposlenimi v zdravstveni negi je tako pokazala okoli 50 % anksioznosti in 11,1 % depresivnosti z opozarjanjem na potrebo po psihični podpori zaposlenim v kriznih situacijah (Yang, et al., 2020). Han, et al. (2020) so na znatnem vzorcu 22.034 medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnicah na Kitajskem ugotovili visok delež anksioznosti v 41,1 % in depresivnosti v 28,3 %. Večjo stopnjo zaskrbljenosti so pokazale medicinske sestre, ki so imele otroke in skrbele za ostarele svojce (Huaping, et al., 2020).

Najhujše posledice te obsežne pandemije pa so občutili zdravstveni delavci v Španiji, kjer je bilo število okuženih najvišje med prvimi petimi državami v svetu. V raziskavi Luceno – Moreno, et al. (2020) so zato analizirali odziv 1422 zdravstvenih delavcev v Španiji in ugotovili simptome posttravmatske stresne motnje, anksiozne motnje, depresivne motnje ter čustveno izčrpanost. Spremenljivke, ki so definirale profil zdravstvenega delavca s psihičnimi težavami, so bile; ženski spol, zaposleni v 12-urni ali 24-urni izmeni, zaskrbljeni zaradi možnosti okužbe ter prenosa na družinske člane.

Kvalitativna študija, ki so jo izvedli v Iranu poroča o depresiji in tesnobi med medicinskimi sestrami, ki so negovale paciente s COVID-19. Razlogi, ki so jih navedli, zajemajo dimenzije neozdravljive bolezni, nepopolne smernice, nepoznavanje in javno neupoštevanje

preventivnih ukrepov, možnost prenosa okužbe na družinske člane, skrb za starše, uporaba zaščitne opreme, obveščanje in sporočanje slabe novice (Galehdar, et al., 2020).

V Italiji so na vzorcu 723 zaposlenih v zdravstveni negi opravili raziskavo o pojavnih simptomih COVID-19 pri zaposlenih, ki so bili pozitivni na testu za okužbo SARS-CoV2. Pri zaposlenih so opisovali tudi visoko stopnjo poklicnega stresa, ter v vzorcu ugotovili okoli 16,6 % tesnobe ter 20,3 % depresivnosti s slabo kakovostjo spanja kot spremljajočim dejavnikom. Približno 29,3 % oseb je bilo asimptomatskih, ki so brez testiranja vplivali na nadaljnje širjenje okužbe (Magnavita, et al., 2020).

Vpliv COVID-19 na zdravje in počutje zdravstvenih delavcev so v svojem pregledu literature, ki je vključeval 59 raziskav, opisali Muller, et al. (2020) ter izpostavili potrebne ukrepe za preprečitev negativnega vpliva stresa. Prav tu tako navajajo študijo o somatskih simptomih, kot so utrujenost, zmanjšanega apetita in prebavnih motnjah. Opisali so tudi strategije spoprijemanja ter poudarili pomen socialne podpore družine, prijateljev, iskanje neformalne in formalne strokovne pomoči, psihološke podpore prek družabnih medijev, aktivne psihološke obrambne mehanizme, prilagoditve življenja, npr. spanje, telovadba, prehranjevanje ter iskanje zunanjih informacij (Muller, et al., 2020).

Namen pričujočega pregleda je iz zgoraj navedenih dejstev, spoznavanje zdravstvenih težav in počutja zaposlenih v zdravstvu pri delu s pacienti okuženimi s SARS-CoV2, s ciljem ugotavljanja vrste in pogostosti zdravstvenih težav zaposlenih.

Raziskovalna vprašanja:

- Katere in v kolikšnem obsegu se pojavljajo zdravstvene težave pri zaposlenih ob obravnavi pacientov okuženih s SARS-CoV2?
- Kateri so najpogostejši vzroki zdravstvenih težav zaposlenih?
- Katere so učinkovite intervencije pri obvladovanju težav?

2 Metode

Uporabili smo kvalitativno metodo raziskovanja s pregledom znanstvenih in strokovnih virov pridobljenih v bazah podatkov EBSCOhost, PubMed in CINAHL. Podatke smo črpali iz aktualnih virov med letoma 2020–2021. Nesistematični pregled literature je vključeval ključne besede v angleščini: stressors, job resources, nurse staffing and coronavirus infections, anxiety, and depression, psychological experience of COVID-19, mental health healthcare workers, interventions to help, z uporabo Boolovih operatorjev OR in AND. Tako smo pridobili kar 43 relevantnih virov, ki smo jih izločili po natančnem preverjanju kriterijev. V kvalitativno analizo je vključenih 13 virov, ki smo jih kodirali in združili v kategorije. Iskanje je potekalo v obdobju med 15.1.2021 – 15.2.2021.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji iskanja literature

Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
Diagnoza	Okužba pacientov s SARS-CoV2	Druge okužbe (nekovidni pacienti)
Zdravstvena nega/obravnav	Pacienti v instituciji (domovi starostnikov, hospital)	Izvenzdravstvena področja (domača oskrba, laična pomoč)
Zdravstveni delavci	Medicinske sestre, zdravniki, sodelavci v negi in oskrbi	Drugi sodelavci izven področja (administracija)
Vrsta publikacij	Izvirni znanstveni, pregledni in strokovni članki v polnem besedilu	Druga besedila, izvlečki, uvodniki
Jezik	Angleščina, slovenščina	Drugi jeziki
Časovno obdobje	2018 - 2021	Časovno obdobje izven letnic

3 Rezultati

Rezultati so prikazani v obliki tabel s pregledom vključenih člankov in kvalitativno analizo pridobljenih virov.

Tabela 2: Prikaz ugotovitev raziskav, vključenih v kvalitativno vsebinsko analizo

Avtor	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Blanco-Donoso, et al., 2020	Kvantitativna raziskava	Analizirati vpliv dejavnikov delovnega okolja na pojav stresa	n = 228 zdravstvenih delavcev	Ugotovljeno je, da so delovni pogoji povezani s pojavom stresa, kar se kaže s tesnobo in zaskrbljenostjo zaposlenih.
Gallego-Alberto, et al., 2018	Kvantitativna raziskava	Raziskati psihosocialne in zaščitne dejavnike anksioznosti	n = 101 zaposleni v domu za starostnike	Dokazano je, da obremenitev z delom in izgorelost z občutki krivde vplivajo na višjo stopnjo anksioznosti in druge motnje.
Galehdar, et al., 2020	Kvalitativna raziskava	Raziskati izkušnje in stiske medicinskih sester pri delu s pacienti s COVID-19	n = 20 medicinske sestre	Raziskava je potrdila prisotnost duševne stiske, strahu pred smrtjo in samookužbo ter prenosom okužbe na družinske člane.
Gomez-Salgado, et al., 2021	Kvantitativna presečna opazovalna raziskava	Analizirati delovno zavzetost med aktivnimi zdravstvenimi delavci	n = 1.459 zdravstveni delavci	Ugotovljeno je, da delovni pogoji vplivajo na psihološke stiske in raven delovnih zmožnosti.
Han, et al., 2020	Kvantitativna presečna raziskava	Raziskati pojavnost duševnih in drugih zdravstvenih težav	n = 21.199 medicinske sestre	Ugotovljena je višja stopnja depresivnosti in anksioznosti ter drugih zdravstvenih težav pri medicinskih sestrah, ki so skrbele za svoje družine.
Hosseinzadeh-Shanjani, et al., 2020	Kvantitativna presečna raziskava	Analizirati raven stresa, anksioznosti in depresije med zaposlenimi v bolnišnici	n = 535 zaposleni v bolnišnici	Dokazali so, da so mlajše ženske z nižjo izobrazbo imele višjo raven stresa, depresije in anksioznosti.
Huaping, et al., 2020	Kvantitativna presečna študija	Raziskati stopnjo znanja medicinskih sester v povezanosti s stresom pri delu	n = 979 medicinske sestre	Ugotovili so, da osebje nima zadostnega znanja o COVID-19, obstajajo statistično pomembne razlike v znanju med različnimi vlogami medicinskih sester, leti delovnih izkušenj in kliničnimi oddelki.
Luceno-Moreno, et al., 2020	Kvantitativna raziskava	Analizirati vpliv posttravmatskega stresa na pojav zdravstvenih težav	n = 1.422 zdravstveni delavci	Ugotovljeni so zaščitni dejavniki odziva na stres, ki so: višja izobrazba, daljše delovne izkušnje in sposobnost prilagajanja.
Magnavita, et al., 2020	Kvantitativna raziskava	Raziskati pojav depresije in tesnobe pri zaposlenih, ki so imeli nezaščitene stike z obolelimi	n = 723 zdravstveni delavci	Ugotovili so da je več kot tretjina zaposlenih imelo simptome COVID-19, ter med njimi ocenili tudi visok delež tesnobe in depresije.

Avtor	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Muller, et al., 2020	Kvalitativna študija – pregled literature	Raziskati vpliv COVID-19 na duševno zdravje zdravstvenih delavcev	n = 54.707 medicinske sestre, zdravniki in sodelavci	Socialna podpora, strokovna pomoč in obrambne strategije predstavljajo zaščitne dejavnike duševnega zdravja
Niuniu, et al., 2020	Kvalitativna fenomenološka študija	Raziskati čustvene spremembe in psihično zdravje s strategijami spoprijemanj s stresom	n = 20 medicinske sestre	Ugotovili so najprej pojav negativnih čustev utrujenosti, nelagodja in nemoči, nato spopadanje s situacijo in prilagajanje na krizne razmere.
Pappa & Difogianni, 2020	Kvalitativni pregled literature	Raziskati duševno zdravje medicinskih sester med izbruhom COVID-19	n = 6 raziskav	Opisujejo pojav hudih simptomov tesnobe, depresije in strahu ter drugih čustev.
Yang, et al., 2020	Kvantitativna presečna raziskava	Raziskati vpliv stresa na zdravstvene delavce zaradi COVID-19 in preučiti pojavnost psihičnih težav	n = 54 zdravstveni delavci.	Raziskava je pokazala visoko stopnjo zdravstvenih težav vključno z depresijo in anksioznostjo.

Tabela 3: Sinteza pregledane literature po kategorijah in kodah

Kategorije	Kode	Avtorji
Zdravstvene težave zaposlenih v zdravstveni negi/ zdravstvu	Anksioznost in depresivnost	Blanco-Donoso, 2020; Galego-Alberto, et al., 2018; Han, et al., 2020; Hoseinzadah - Shanjani, et al., 2020; Luceno - Moreno, et al., 2020; Magnavita, et al., 2020; Muller, et al., 2020; Yang, et al., 2020
	Nespečnost	Blanco-Donoso, et al., 2020; Luceno-Moreno, et al., 2020.
	Strah	Blanco-Donoso, et al., 2020; Galehdar, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020; Yang, et al., 2020
	Druge zdravstvene težave (izguba apetita, prebavne motnje, utrujenost)	Muller, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020; Papa & Difogianni, 2020; Yang, et al., 2020
Vzroki zdravstvenih težav	Stres in delovne obremenitve	Blanco-Donoso, et al., 2020; Gallego-Alberto, 2018; Galehdar, et al., 2020; Gomez Slagado, et al., 2021; Han, et al., 2020; Hoseinzadeh-Shajanini, et al., 2020; Luceno-Moreno, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020; Yang, et al., 2020
	Pomanjkanje socialne podpore in znanja	Blanco-Donoso, et al., 2020; Han, et al., 2020; Huaping, et al., 2020; Luceno-Moreno, et al., 2020; Muller, et al., 2020
	Pomanjkanje informacij	Han, et al., 2020; Muller, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020
	Slabše osebne strategije spoprijemanja	Luceno-Moreno, et al., 2020; Muller, et al., 2020; Yang, et al., 2020
	Etične in moralne dileme	Niuniu, et al., 2020
	Učinkovite intervencije za zmanjšanje težav	Blanco-Donoso, et al., 2020; Galehdar, et al., 2020; Han, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020; Pappa & Difogianni, 2020
	Formalna podpora služb/ psihološka, vodstvo	Galehdar, et al., 2020; Luceno-Moreno, et al., 2020; Pappa & Difogianni, 2020; Yang, et al., 2020
	Samorefleksija in občutenje učinkovitosti	Blanco-Donoso, et al., 2020; Luceno-Moreno, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020

4 Razprava

V naši raziskavi smo ugotovili, da sta bili depresivnost in anksioznost vodilni zdravstveni težavi zaposlenih v zdravstveni negi, ki ju spremljajo tudi druge motnje. Raziskovalci so v več raziskavah (Blanco-Donoso, 2020; Galego-Alberto, et al., 2018; Han, et al., 2020; Ho-seeinzadah - Shanjani, et al., 2020; Magnavita, et al., 2020; Muller, et al., 2020; Yang, et al., 2020), prišli do podobnih ugotovitev o psihičnih težavah zaposlenih. Najbolj je bila pri tem izpostavljena Španija, kjer so avtorji Luceno – Moreno, et al. (2020) analizirali odziv 1422 zdravstvenih delavcev ter kar pri 56,6 % ugotovili simptome posttravmatske stresne motnje, v 58,6 % anksiozne motnje, pri 46 % depresivne motnje in pri 41,1 % vprašanih, čustveno izčrpanost. Tudi Han, et al. (2020) so na vzorcu 22.034 medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnicah na Kitajskem ugotovili visok delež anksioznosti v 41,1 % in depresivnosti v 28,3 %. Zdravstvene težave izpostavljajo tudi v preglednih virih Muller, et al. (2020), ki poročajo o tudi o telesnih težavah kot so: pomanjkanje apetita, prebavne motnje, nespečnost, utrujenost in drugo. V kvalitativni raziskavi so Niuniu, et al. (2020) poleg zdravstvenih težav, opisovali spremembe čustev medicinskih sester v obdobju pandemije, ki so bila skrajnje izčrpavajoča, nato pozitivna in tudi ambivalentna. Pogosti občutki pa so bili vezani na nemoč, negotovost, tesnobo, zaskrbljenost, strah, konflikt vlog in kompetentnost pri delu (Ayalon, et al., 2020; Shenijang & Junqi, 2020; Williamson, et al., 2020). Zdravstveno osebje se je znašlo pod v znatnim stresom, pacientom, ki so potrebovali pomoč, katerim pa niso mogli pomagati zaradi narave bolezni in pomanjkanja terapevtskih sredstev (Galehdar, et al., 2020). V prvem valu pandemije se je tako veliko število zdravstvenih delavcev pri stikih z obolelimi okužilo, zbolelo in celo umrlo. Medicinske sestre so se tako znašle na prvi bojni črti in se soočale s smrtjo obolelih in smrtjo kolegov, prijateljev ter svojcev (Shenijang & Junqi, 2020).

Raziskovali smo vzroke zdravstvenih težav in ugotovili, da so ti v prvi vrsti povezani s stresom in visokimi delovnimi obremenitvami zaposlenih v zdravstvu. Ob tem tudi vplive delovnega okolja, vključujoč zahtevnost delovnega mesta, pomanjkanje opreme, spremembe nalog, postopkov ter (ne)informiranost, kar so potrdili tudi Luceno - Moreno, et al., (2020), Gomez - Salgado, et al., (2021). Zeng, et al. (2020) in Han, et al. navajajo da so bili poleg zahtev delovnega okolja opazni učinki omejitvenih ukrepov z zmanjšanjem gibanja na prostem, vzdrževanje socialne distance ter daljše bivanje v domačem okolju. Dokazali so tudi povezanost zaščitnih dejavnikov odziva na stres, ki so: višja izobrazba, večletne izkušnje, stalnost izmen, učinkovite strategije spoprijemanja s obremenilnimi situacijami. Kvalitativna študija, Galehdar, et al. (2020), navaja, da nepoznavanje bolezni, nepopolne smernice, možnost prenosa okužbe na družinske člane predstavljajo dodatno obremenitev za zdravstvene delavce. V raziskavi Yang s sodelavci (2020) so tudi ugotovili, da je pomanjkanje znanja medicinskih sester s področja okužbe SARS – CoV-2 eden od vzrokov povezanih s pojavom tesnobe. Raziskovalci so ob tem iskali učinkovite strategije spoprijemanja s stresom ter izpostavili pomembne dejavnike, to so socialna podpora, optimistični pogled na probleme, izbira načinov spopadanja, selekcija vtisov in izogibanje preveliki količini informacij (Luceno - Moreno, et al., 2020). Tako ne preseneča, da navajajo, da je zadovoljstvo z delom pomemben zaščitni dejavnik pred stresom (Galehdar, et al., 2020; Gomez - Salgado, et al., 2021).

Medicinske sestre so tudi poročale o pojavljanju etičnih vprašanj o umiranju obolelih v izolaciji, brez svojcev, prihajanju na delovno mesto kljub visoki obremenjenosti z delom, iskanju rešitev med sočutjem in varnosti ter konfliktu vlog pri opravljanju nalog (Shenijang & Junqi, 2020). Etična in moralna vprašanja so pri obravnavi obolelih tako jasno izpostavili zaposleni v zdravstvu ter se dotaknili tem kot so: možnost okužbe in prenosa v domače okolje, zakonsko dolžnost delodajalcev pri nudenju ustrezne podpore zaposlenim za zmanjšanje travmatičnega stresa, vprašanja kompetentnosti zaposlenih, nepripravljenosti zaposlenih

na izjemno visoke delovne zahteve, hitrost prejemanja povratnih informacij, prepoznavanje stisk in zdravje na delu z oceno tveganj (Ayalon, et al., 2020; Williamson, et al., 2020).

Zanimalo nas je še katere učinkovite intervencije za zmanjšanje težav so uporabljali zaposleni v zdravstvu, kjer smo prišli do sklepa, da so to najprej podpora družine in bližnjih oseb, formalna podpora različnih služb ter učinkovita samorefleksija. Pogovor z družinskimi člani in prijatelji je bil osrednja intervencija za dvig motivacije in spoprijemanje s stresom (Muller, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020). Raziskovalci Yang in sodelavci (2020), tudi Han in sodelavci (2020) so v svojih raziskavah potrdili naše ugotovitve in ob tem opozarjajo, da sta nizka socialna podpora in nižja stopnja odločanja povezani s pojavom depresije in anksioznosti. Socialno podporo je za lajšanje stresa koristilo 65 % vprašanih, v svojem pregledu literature omenja Muller, et al., (2020). Svetovanje in koriščenje drugih oblik formalne psihološke pomoči zaposlenim je bilo odvisno težavnostne stopnje same stiske. Daleč največ oseb pa je prilagodilo življenjski slog kot aktivno obliko obrambnih mehanizmov, omenjajo Niuniu, et. al. (2020), Muller, et al. (2020) in Galehdar, et al. (2020). Navajajo tudi, da je okoli 70 % vprašanih oseb z zdravim prehranjevanjem, urejenim ritmom spanja in počitka in telesno gibalnimi aktivnostmi, dokaj uspešno zmanjšalo neugodne vplive stresa (Müller, et al., 2020). V delovnih organizacijah so zato dokazali dobre rezultate z ukrepi ustrezne razporeditve človeških virov, vzpostavitve zgodnje psihološke podpore in medsebojne socialne interakcije (Galehdar, et al., 2020; Niuniu, et al., 2020). Medicinske sestre ki so imele višjo raven znanja, večjo stopnjo samozavesti in so uporabile aktivne oblike prilagajanja novonastali situaciji v zvezi z epidemijo, so se lažje spoprijemale s stresom in kazale več pozitivnih čustev, kot so sproščenost, optimizem, sreča (Niuniu, et al., 2020).

Prvo leto pandemije tako opozarja tudi na izvajalce zdravstvene nege in zastavlja vprašanja: koliko in kako so ti ob visokih delovnih obremenitvah in stresu na delovnem mestu poskrbeli za psihološko pomoč pri predelavi izkušenj zaposlenih (Ayalon, et al., 2020). Podobni vprašanja si zastavljamo sami ob povečanem številu okuženih sodelavcev in, kako smo se, po prestani okužbi s hudimi simptomi, izognili stresu ob vrnitvi na delovno mesto. Tudi tako, da smo ob pomanjkanju delavcev v zdravstveni negi začeli z delom, kjer je pomanjkanje osebja največje. Obremenitve niso bile nič manjše, delo je bilo vsaj enako ali še bolj zahtevno. Domnevamo tako, da bomo čez leto ali dve čutili posledice takšne obravnave, ki se bodo kazale z dodatnimi zdravstvenimi težavami zaposlenih. Prilagoditve in nasveti glede dela in k zdravju usmerjen pristop je tisti, ki ga gradimo na krepitvi samozavesti in osebnih kompetenc za premagovanje stisk.

Omejitve našega pregleda literature so povezane z manjšim nesistematičnim izborom aktualnih virov, razpršenostjo raziskovalnih metod, večje osredinjenje na duševne težave in uporaba neenotnih orodij za ugotavljanje odklonov v zdravju. V prihodnje bi raziskovanje zato lahko usmerili v oceno stopnjo potrebne psihološke podpore, učinkovitost strokovnih intervencij za reševanje kriznih stanj in opolnomočenje zaposlenih za obvladovanje stresnih dejavnikov iz delovnega okolja.

5 Zaključek

Strokovnjaki opozarjajo na pomen različnih ukrepov pri zgodnji psihološki podpori zaposlenim v kriznih situacijah, dobre razporeditve človeških virov, usposabljanje kadra in ohranjanje medosebne interakcije med medicinskim sestrami. Nedvomno pa so kakovosten slog spoprijemanja, kognitivno vrednotenje in socialna podpora, mediatorji stresa, ki medicinskim sestram omogočajo ugodno prilagajanje ter manj škodljiv odziv na stres, kateremu so izpostavljene.

Literatura

- Ayalon, L., Zisberg, A., Cohn-Schwartz, E., Cohen-Mansfield, J., Perel-Levin, S. & Siegal Bar-Asher, E., 2020. Long-term care settings in the times of COVID-19: challenges and future directions. *International Psychogeriatrics*, 32(10); pp.1239-1243.
- Blanco-Donoso, L.M., Moreno-Jiménez, J., Amutio, A., Gallego-Alberto, L., Moreno-Jiménez, B. & Garrosa, E., 2020. Stressors, job resources, fear of contagion, and secondary traumatic stress among nursing home workers in face of the COVID-19: the case of Spain. *Journal of Applied Gerontology*, pp. 1- 13. Available at: <https://orcid.org/0000-0001-9907-> [Accessed 15 Januar 2021].
- Galehdar, N., Kamran, A., Toulabi, T. & Heydari, H., 2020. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20; p: 489. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1> [Accessed 15 Januar 2021].
- Gallego-Alberto, L., Losada, A., Vara, C., Olazarán, J., Muñiz R. & Pillemer, K., 2018. Psychosocial Predictors of Anxiety in Nursing Home Staff. *Clin Gerontol*, 41(4); pp. 282-292.
- Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S. Romero-Martín, M., Romero, A., Coronado-Vázquez, V. & Ruiz-Frutos, C., 2021. Work engagement and psychological distress of health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*; pp. 1–10. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/13652834> [Accessed 20 Januar 2021].
- Han, L., Yuet Wong, F.K., She, D.L., Li, S.Y., Fang Yang, Y., Jiang M.Y., Ruan, Y., Su Q., Ma, Y. & Foon Chung, L.Y., 2020. Anxiety and depression of nurses in a north west province in china during the period of novel coronavirus pneumonia outbreak. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5); pp. 564-573.
- Hosseinzadeh-Shanjani, Z., Hajimiri, K., Rostami, B., Ramazani, S. & Dadashi, M., 2020. Stress, anxiety, and depression levels among healthcare staff during the COVID-19. *Epidemic. Basic and Clinical Neuroscience*, 11; pp. 163-170. Available at: <http://dx.doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.651.4> [Accessed 20 Januar 2021].
- Huaping, H., Wen-Jun, Z. & Gui-Rong, L., 2020. Knowledge and psychological stress related to covid-19 among nursing staff in a hospital in China: cross-sectional survey study. *JMIR Form Res*, 4(9). Available at: <https://formative.jmir.org/2020/9/e20606> [Accessed 20 Januar 2021].
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y. & Martín-García, J., 2020. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17; p. 5514. Available at: www.mdpi.com/journal/ijerph [Accessed 30 Januar 2021].
- Magnavita, N., Tripepi, G. & Di Prinzio, R.R., 202. Symptoms in health careworkers during the COVID-19 epidemic. A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17; p. 5218. Available at: www.mdpi.com/journal/ijerph [Accessed 15 Februar 2021].
- Muller, A.E., Hafstad, E.V., Himmels, W.J.P., Smedslund, G., Flottorp, S., Øien Stensland, S., Stroobants, S., Van de Velde, S. & Vist, G.E., 2020. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293; p. 113441. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441> [Accessed 20 Januar 2021].
- Niuniu, S., Luoqun, W., Suling, S., Dandan, J., Runluo, S., Lili, M., Hongwei, W., Chao, W., Zhaoguo, W., Yanli, Y., Shuhua, L. & Hongyun, W., 2019. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48; pp. 592-598.
- Pappa, D. & Dafogianni, C., 2020. Investigation of nurses' mental status during Covid-19 outbreak - a systematic review. *International Journal of Nursing*, 7(1); pp. 69-77.
- Shenjiang, M. & Junqi, S., 2020. The psychological consequences of the COVID-19 on residents and staff in nursing homes. *Work, Aging and Retirement*, 6(4); pp. 254-259.
- Vlačić, G., Kovačević, M. & Kern, I., 2020. Patološke spremembe v pljučih pri umrljih bolnikov s covidom-19. *Zdravniški vestnik*, 89(11–12); pp. 603–613.
- Williamson, V., Murphy, D. & Greenberg, N., 2020. COVID-19 and experiences of moral injury in frontline key workers. *Occupational Medicine*, 70; pp. 317-319.
- Yang, S., Kwak, S.G. & Chang, M.C., 2020. Psychological impact of COVID-19 on hospital workers in nursing care hospitals. *Nursing Open*; pp. 1–6. Available at: <https://orcid.org/0000-0002-7629-7213> [Accessed 12 Februar 2021].
- Zheng, L., Miao, M., Lim, J.Y., Li, M., Nie, S. & Zhang, X. Z. 2020. Is lockdown bad for social anxiety in COVID-19 regions?: A national study in the SOR. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17; p. 4561. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124561> [Accessed 10 Februar 2021].

Prehranjevalne, gibalne in spalne navade odraslih Slovencev med prvim valom epidemije Covid-19: izbrani rezultati nacionalne raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog 2020

Nutrition, physical activity, and sleeping habits of adult Slovenians during the first wave of the COVID-19 epidemic: selected results of a national survey Health-related behavioral style 2020

Andrea Backović Juričan⁷²

Rok Poličnik⁷³

Brigita Zupančič Tisovec⁷⁴

Izvleček

Teoretična izhodišča: Epidemija Covid-19 je prinesla številne nagle spremembe vključno s spremembami življenjskega sloga.

Metode: Med prvim valom epidemije je bilo 17.510 odraslih Slovencev (18 do 74 let) povabljenih k sodelovanju v anketno longitudinalno nacionalno raziskavo »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2020«. Odzivnost je bila 49,7 %. V vprašalnik je bil dodan sklop vprašanj o morebitnih vplivih epidemije na življenjski slog. Podatke smo analizirali s pomočjo Microsoft Excel in SPSS.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da predvsem starejši odrasli (65+) niso samoporočali o spremembah prehranjevalnih, gibalnih in spalnih navad med prvim valom epidemije. Samoocenjena izboljšanja pri obeh spolih je bilo zaznati pri mlajših skupinah (18-24 let) in aktivni/delovni populaciji (25-54 let). Hkrati so bila samoporočana poslabšanja prehranjevanja v najmlajši skupini odraslih (18-24 let) pri obeh spolih. Največje poslabšanje telesne dejavnosti se je pokazalo pri mlajših moških (18-24 let in 25-39 let) in starejših odraslih obeh spolov (55-64 let). Na področju spanja je bilo opaženih največ negativnih sprememb v najmlajši skupini (18-24 let) obeh spolov in v skupini žensk vseh starostnih skupin. Pri telesni dejavnosti sta dodatno po izboljšanju izstopali gorenjska in primorsko-notranjska statistična regija, medtem ko je bilo znatnejše poslabšanje zaznati v osrednjeslovenski, obalno-kraški in podravski statistični regiji.

Razprava: Omejitve in ukrepi za preprečevanje širjenja virusa SARS-CoV-2 so prispevali k določenim spremembam življenjskega sloga nekaterih ciljnih skupin odraslih Slovencev, zato bi se morala država sočasno osredotočati tudi na ukrepe krepitev zdravja. Za natančnejši vpogled v življenjski slog prebivalcev med epidemijo bi bilo potrebno izvesti bolj poglobljeno raziskavo.

Ključne besede: življenjski slog, epidemija Covid-19, krepitev zdravja, odrasli, nacionalna raziskava

Abstract

Introduction: The COVID-19 epidemic brought several sudden changes including lifestyle changes.

Methods: During the first wave of the epidemic 17.510 adult Slovenians (18 to 74 years old) were invited to participate in the longitudinal national survey »Health-Related Behavioural Style 2020«. The response rate was 49.7%. A set of questions on the potential impact of the epidemic on a lifestyle was added to the questionnaire. Data were analyzed using Microsoft Excel and SPSS.

Results: Research has shown that most older adults (65+) did not self-report changes in eating, exercise, and sleeping habits during the first wave of the epidemic. Self-assessed improvements in both sexes were observed in the younger groups (18-24 years) and the active/working population (25-54 years). At the same time, self-reported dietary deterioration was seen in the youngest group of adults (18-24 years) of both sexes.

⁷² Andrea Backović Juričan, viš. fiziot., dipl. del. ter., univ. dipl. org., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, andrea.backovic-jurican@nizj.si

⁷³ Rok Poličnik, mag. diet., spec. klin. diet., Nacionalni inštitut za javno zdravje, rok.policnik@nizj.si

⁷⁴ Brigita Zupančič Tisovec, dipl. fiziot., spec., Nacionalni inštitut za javno zdravje, brigita.zupancic-tosovec@nizj.si

The greatest deterioration in physical activity was seen in younger men (18-24 years and 25-39 years) and older adults of both sexes (55-64 years). In the field of sleep, the most negative changes were observed in the youngest group (18-24 years) of both sexes and the group of women of all ages. In terms of physical activity, the Gorenjska and Primorsko-Notranjska statistical regions stood out after the improvement while a significant deterioration was observed in the Osrednjeslovenska, Obalno-kraška, and Podravska statistical regions.

Discussion: Restrictions and measures to prevent the spread of the SARS-CoV-2 virus have contributed to certain lifestyle changes in some target groups of adult Slovenians. Therefore, the state should also focus on health promotion measures. A more in-depth study would be needed to gain a more accurate insight into the lifestyle during the epidemic.

Keywords: *lifestyle, COVID-19 epidemic, health promotion, adults, national survey*

1 Uvod

Ukrepi za zmanjševanje prenosa Covid-19 vplivajo tako na preprečevanje širjenja okužb, kot na spremembo življenjskega sloga ter na naše zdravje (Mattioli, et al., 2020). Epidemija je prinesla številne nagle spremembe in posledično so se spremenile tudi življenjske prioritete posameznika in družbe ter njihov življenjski slog. Nezdrave prehranjevalne navade, telesna nedejavnost, stres in motnje spanja vodijo v porast debelosti in druge kronične bolezni (Afshin, et al., 2017) ter vplivajo na slabši imunski odziv (Ryan & Caplice, 2020). Situacija, v kateri smo se znašli v tem obdobju torej ni enostavna, saj se v populaciji istočasno prepletata problema širitve okužb z akutnim respiratornim sindromom COVID-19 in pandemije kroničnih bolezni. COVID-19 tako ne predstavlja le pandemije v ožjem pomenu, temveč lahko govorimo o sindemiji oziroma sočasnem pojavu dveh (ali več) epidemij hkrati, ki v biološkem smislu vplivata druga na drugo in poslabšujeta prognozo in breme bolezni (Horton, 2020). Njen pojav je še posebej prisoten v okolju in med skupinami prebivalcev s slabšim socialno-ekonomskim stanjem. Narava sindemije torej pomeni, da se moramo v tem občutljivem obdobju poleg pristopov za omejevanje virusne bolezni osredotočati tudi na obravnave kroničnih bolezni ter zmanjševanje bremena neenakosti v zdravju v populaciji ranljivih skupin (Horton, 2020).

Mednarodne raziskave kažejo, da je epidemija v prvem valu vplivala na spremembe v prehranjevanju ljudi (CDC, 2020). Rezultati primerjalne raziskave v Španiji, kjer so primerjali vzorce prehranjevanja v letu 2019 in v istem obdobju leta 2020, so pokazali, da so prebivalci zaradi poseganja po nezdravih živilih v času epidemije zaužili v povprečju tudi do 539 kcal več od priporočil (Battle-Bayer, et al., 2020). V stresnih situacijah posamezniki lahko razvijejo intenzivno željo po hrani, ki se razlikuje od normalnega občutka lakote in je povezana z vnosom živil, ki vplivajo na dvig razpoloženja. Gre predvsem za pretiran vnos tehnološko predelanih in energijsko bogatih živil s podaljšanim rokom uporabnosti, ki pogosto vsebuje veliko soli, sladkorja, transnenasičenih maščob in drugih dodatkov. Poleg tega dodatno grožnjo predstavlja tudi socialno-ekonomski vidik, saj ljudje zaradi izpada dohodka v kriznih situacijah pogostejše posegamo po manj kakovostnih živilih, ki so cenovno dostopnejša in manj koristna za naše zdravje (Mattioli, et al., 2020).

Preliminarni rezultati globalnega vprašalnika za telesno dejavnost (GPAQ) kažejo, da se je raven telesne dejavnosti med epidemijo zmanjšala za več kot 20 %, dnevni čas sedenja pa povečal za več kot 28 % (Ammar, et al., 2020). Nedavno poročilo podjetja Fitbit (2020) kaže, da se je stopnja telesne dejavnosti (določena s številom korakov pri več kot 30 milijonih ljudi v Evropi) znižala med 7 in 38 %. Preventivni ukrepi kot so samoizolacija, porast dela od doma, izogibanje fitness centrom in športnim klubom so najverjetneje razlog za zmanjšanje ravni telesne dejavnosti (Yamada, et al., 2020).

Poleg zdravega prehranjevanja in redne telesne dejavnosti je spanje ključnega pomena za telesno zdravje in učinkovito delovanje imunskega sistema (Ryan & Caplice, 2020). Je ključni spodbujevalec dobrega počutja, čustvovanj in duševnega zdravja, ki pomaga premagovati stres, depresijo in tesnobo (Altena, et al., 2020). Nezadosten spanec sproža področja »nagrajevanja« v možganih, zaradi česar posegamo po hrani z veliko vsebnostjo maščob in kalorij (St-Onge, et al., 2012). Študije so tudi pokazale, da pomanjkanje spanja zaradi utrujenosti vpliva na zmanjševanje telesne dejavnosti (Reutrakul & Van Cauter, 2018). Slabo spanje poveča tveganje za debelost, sladkorno bolezen, visok krvni tlak ali bolezni srca in zgodnjo smrt (Knutson, 2021). Zaskrbljenost zaradi prihodnosti, osebne varnosti, prenosa bolezni na družinske člane, stigmatizacije zaradi okužbe, nove zahteve in prilagoditve na delovnih mestih in doma ter medosebne izolacije so nekateri razlogi za motnje spanja v času epidemije.

2 Metode

V obdobju od 7. 5. 2020 do 30. 7. 2020 je Nacionalni inštitut za javno zdravje povabil 17.510 odraslih Slovencev starih od 18 do 74 let k sodelovanju v longitudinalni epidemiološki nacionalni raziskavi »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2020«, ki temelji na samoporočanju. Vzorec je pripravil Statistični urad RS na podlagi verjetnostnega vzorčenja. Odzivnost povabljenih je bila 49,7 % (44,5 % moških in 55,5 % žensk). Poštno anketo je prostovoljno izpolnilo 4.282 in spletno 4.301 oseb. S tovrstno raziskavo, ki je potekala že šestič zapored, vsake 4 leta želimo pridobiti nove podatke o tistih vedenjih in navadah, ki lahko na naše zdravje vplivajo pozitivno ali ga ogrožajo z namenom lažjega oblikovanja preventivnih ukrepov in programov za izboljšanje zdravja prebivalcev Slovenije v prihodnosti.

Zaradi pojava epidemije Covid-19 je bil v vprašalnik za leto 2020 prvič dodan sklop vprašanj o morebitnih vplivih epidemije na življenjski slog odraslih. V prispevku smo se osredotočili predvsem na podatke iz področja prehrane, telesne dejavnosti in spanja med prvim valom epidemije. Želeli smo pridobiti odgovore na raziskovalno vprašanje o tem, katere ciljne skupine po starosti in spolu ter statistične regije so izstopale bodisi po samoocenjenih negativnih ali pozitivnih spremembah v življenjskem slogu. Podatke smo analizirali s pomočjo programov Microsoft Excel in SPSS.

3 Rezultati

V nadaljevanju so podrobneje opisani rezultati nacionalne ankete o prehranjevalnih, gibalnih in spalnih navad odraslih Slovencev med prvim valom epidemije.

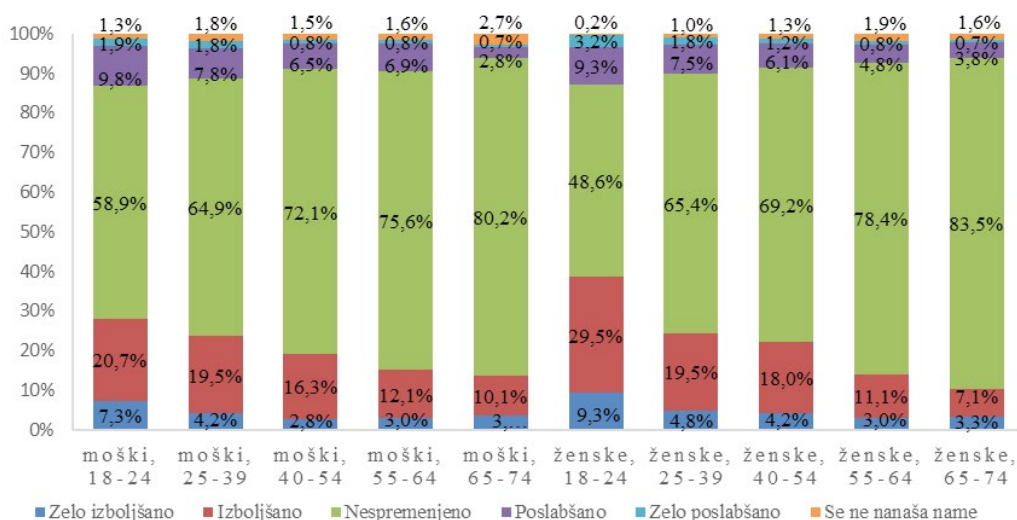
3.1 Odstopanja v prehranjevanju odraslih Slovencev

Raziskava je pokazala, da večina anketirancev med prvim valom epidemije Covid-19 ni samoocenila večjega vpliva na način prehranjevanja, kar je bilo še posebej izrazito v skupinah starejših odraslih obeh spolov v starosti med 55 in 74 let. Med ženskami v starosti od 65 do 74 let je tako samoporočalo o nespremenjenih vplivih 83,5 % oseb, v skupini moških iste starostne skupine pa 80 %.

Iz Slike 1 je razvidno, da je epidemija Covid-19 v pozitivnem smislu vplivala predvsem na mlajše odrasle (18-24 let). O zelo izboljšanih vplivih v tej skupini ljudi se je samoocenilo 9 % žensk in 7 % moških, o izboljšanih vplivih pa kar 29 % žensk in 20 % moških. Analiza je

pokazala, da je bilo istočasno približno 10 % mladih, ki so obratno samoporočali o negativnih vplivih epidemije na njihov način prehranjevanja.

Epidemija Covid-19 je imela pozitiven vpliv tudi na prehranjevanje v starostnih kategorijah 25-39 in 40-54 let. Z zelo izboljšano situacijo v starostni skupini 25-39 let se je tako samoocenilo 4 % moških in skoraj 5 % žensk, z izboljšano pa 19,5 % anketirancev iste starostne kategorije. Hkrati je o poslabšanem vplivu na prehranjevanje samoporočalo od 7 do 8 %, o zelo poslabšani situaciji pa približno 2 % anketirancev v starosti 25-39 let. Delež anketirancev, pri katerih je imela epidemija negativen vpliv na prehrano, se z naraščanjem starosti zmanjšuje, saj je o poslabšanem vplivu samoporočalo le med 3 in 4 %, o zelo poslabšanem vplivu epidemije pa pod 1 % ljudi starih med 65 in 74 let.



Slika 1: Samoocena spremembe v prehranjevanju tekom prvega vala epidemije Covid-19 po spolu in starosti

Na področju prehranjevanja večjih sprememb po statističnih regijah med prvim valom epidemije Covid-19 ni bilo zaznati.

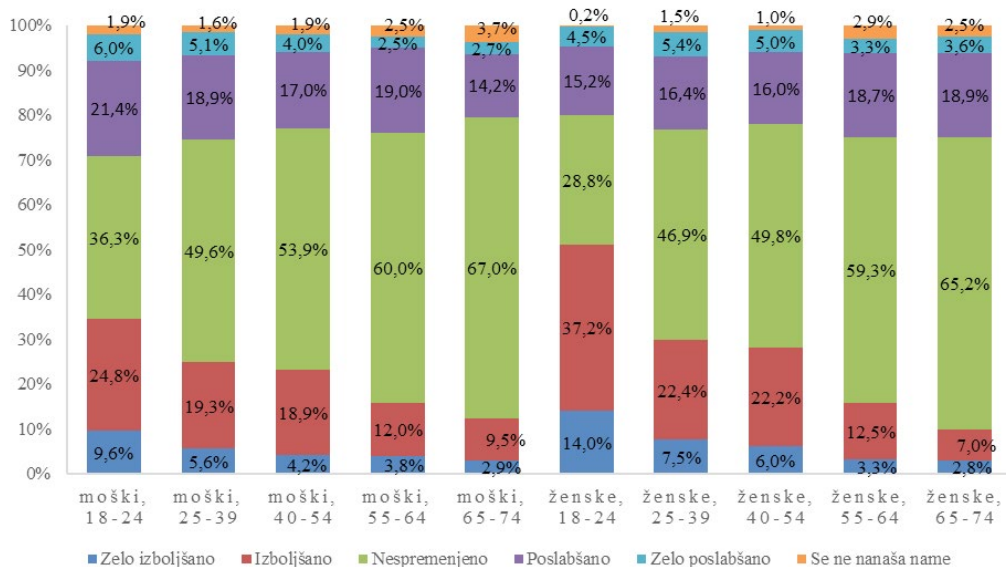
3.2 Odstopanja v telesni dejavnosti odraslih Slovencev

Iz raziskave je razvidno, da večina anketirancev med prvim valom epidemije Covid-19 ni samoocenila večjega vpliva na telesno dejavnost (Slika 2), kar je bilo še posebej izrazito v skupinah starejših odraslih obeh spolov v starosti med 55 in 74 let. V starosti od 65 do 75 let je tako samoporočalo o nespremenjenih vplivih 67 % moških in 65 % žensk.

Po drugi strani pa je raziskava pokazala, da se je telesna dejavnost med karanteno v prvem valu epidemije izboljšala ali zelo izboljšala predvsem v skupini mlajših odraslih (18-24 in 25-39 let), pri obeh spolih. Vidno izboljšanje naj bi bilo prisotno tudi v skupini odraslih žensk srednjih let (40-54). Iz Slike 2 je razvidno, da je med epidemijo 37 % žensk v starosti od 18 do 24 let samoocenilo svojo telesno dejavnost kot izboljšano, medtem ko jo je 14 % v tej starosti skupini celo zelo kot izboljšano. V starosti skupini moških med 18 in 24 let jih je telesno dejavnost samoporočalo kot izboljšano 25 % in zelo izboljšano 10 %. 22 % žensk, starih med 25 in 39 let, je samoocenilo izboljšanje telesne dejavnosti, medtem ko je v tej starostni skupini 7 % žensk navedlo znatno izboljšanje. Med moškimi v starostni skupini od 25 do 39 let je 19 % samoporočalo izboljšanje telesne dejavnosti, medtem ko jih je 6 % navedlo

znatno izboljšanje. O izboljšanju (22 %) in znatnem izboljšanju (6 %) so samoporočale tudi ženske srednjih let v starostni skupini od 40 do 54 let.

Obratno pa je v istem obdobju možno zaznati največji delež tako samoporočanega poslabšanja (21 %) kot izrazitega poslabšanja telesne dejavnosti (6 %) med najmlajšimi moškimi (18-24 let). Samoocenjeno poslabšanje telesne dejavnosti (v deležu 19 %) je vidno tudi pri moških v starostnih skupinah od 25 do 39 let in od 55 do 64 let ter v enakem deležu (19 %) pri starejših starostnih skupinah žensk od 55 do 74 let.

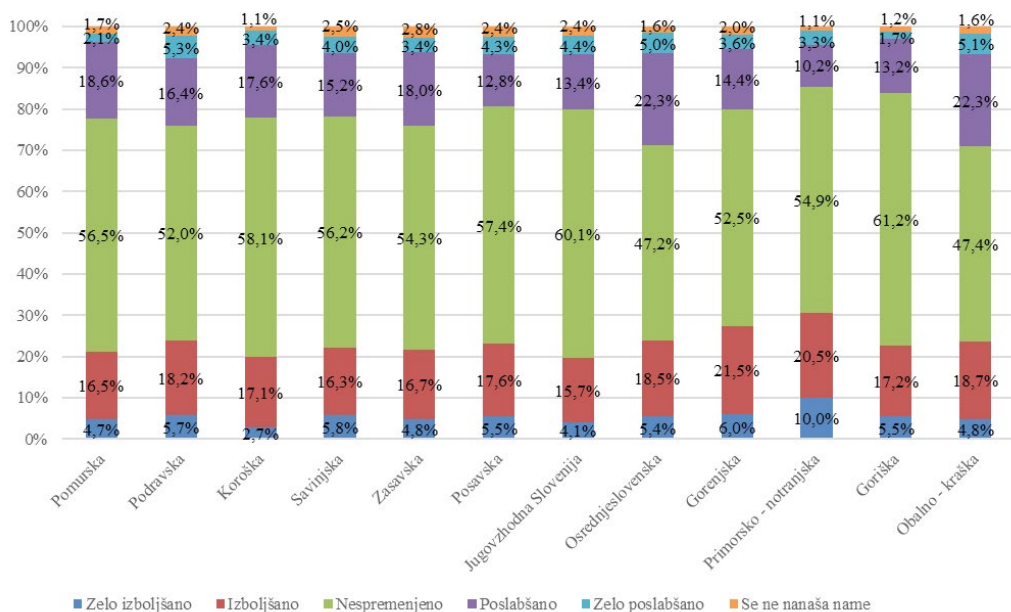


Slika 2: Samoocena spremembe v telesni dejavnosti tekom prvega vala epidemije Covid-19 po spolu in starosti

Glede sprememb na področju telesne dejavnosti med prvim valom epidemije po statističnih regijah, je raziskava pokazala, da je v povprečju polovica anketirancev ne glede na regijo samoporočala nespremenjeno stanje in sicer v razponu med 47 % do 61 %. Stanje glede telesne dejavnosti je v največjem deležu ostalo nespremenjeno v goriški regiji (61 %) in jugovzhodni Sloveniji (60 %).

Iz Slike 3 je razvidno, da so izboljšano telesno dejavnost med karanteno v prvem valu epidemije samoocenili predvsem anketiranci živeči v gorenjski in primorsko-notranjski regiji. Takšnih anketirancev živečih v gorenjski regiji, ki so samoporočali izboljšanje telesne dejavnosti, je bilo 21 % in takih, ki so zelo izboljšali telesni dejavnost 6 %. 20 % anketirancev iz primorsko-notranjske regije pa je samoporočalo izboljšanje telesne dejavnosti in celo 10 % jih je navedlo znatno izboljšanje.

Po drugi strani pa naj bi se v obdobju prvega vala epidemije po mnenju anketirancev stopnja telesne dejavnosti poslabšala zlasti v osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji in to v enakem deležu 22 % pri obeh regijah (Slika 3). Najvišji delež samoocenjenega izrazitega poslabšanja telesne dejavnosti (5 %) je bil poleg omenjenih dveh regij zaznan tudi v podra-vski regiji.

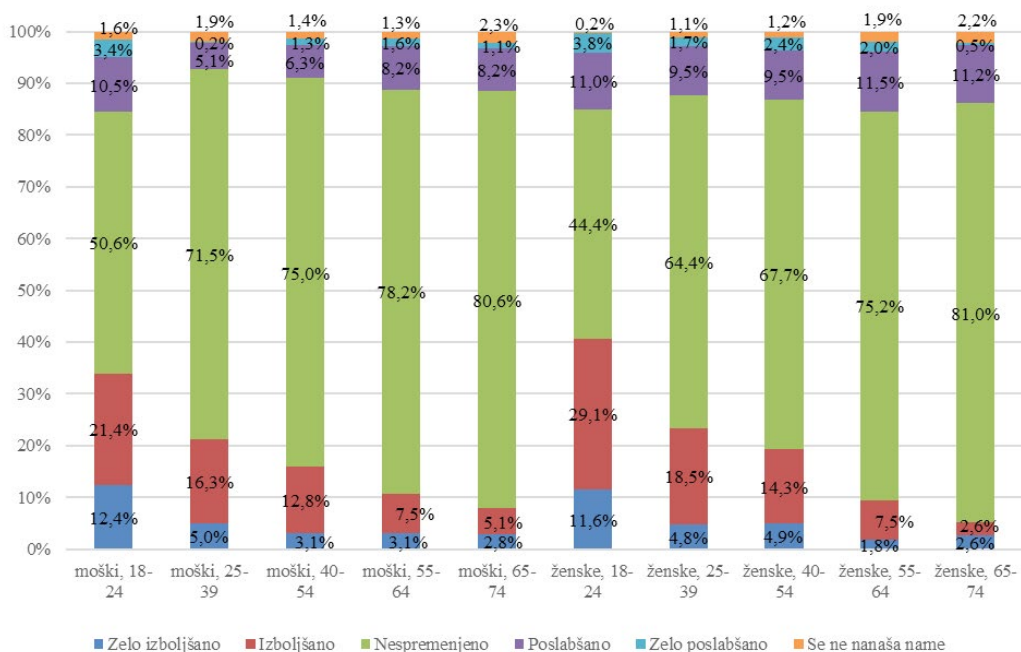


Slika 3: Samoocena spremembe v telesni dejavnosti tekom epidemije covid-19 po statističnih regijah

3.3 Odstopanja v spanju odraslih Slovencev

V raziskavi je bilo odraslim prebivalcem Slovenije med prvim valom epidemije zastavljeno tudi vprašanje o vplivu epidemije Covid-19 na spanje. Večina vprašanih ločeno po spolih je samoporočala o tem, da epidemija na njihovo spanje ni imela nobenega vpliva (68% žensk in 63 % moških). O bistvenem izboljšanju spanja je samoporočalo 4 % žensk in enak delež moških. Izboljšanje je samoocenilo 13 % vseh vprašanih žensk in 12 % vseh vprašanih moških. Raziskava je zaznala tudi poslabšanje spalnih navad pri odraslih Slovencih (pogostejše pri ženskah v vseh starostnih skupinah). Poslabšanje je navajalo 10 % žensk in 7 % moških, bistveno poslabšanje spanja pa 2 % vseh anketiranih žensk in 1 % moških.

Analiza raziskave ločeno po spolu in starostnih skupinah (Slika 4) je pokazala, da so se spalne navade med karanteno v prvem valu epidemije najbolj spreminjale v skupini mlajših odraslih (18-24 let) pri obeh spolih. Ta starostna skupina je samoporočala o največjem deležu izboljšanj na eni in poslabšanj na drugi strani. Tako je kar 12 % vprašanih žensk navajalo znatno izboljšanje in 29 % izboljšanje na eni ter 11 % poslabšanje in 4 % znatno poslabšanje na drugi strani. Tudi moški so navajali podobno: 12 % bistveno izboljšanje in 21 % izboljšanje spanja, ter na drugi strani 10 % poslabšanje ter 3 % bistveno poslabšanje spalnih navad.



Slika 4: Samoocena spremembe v spanju tekom prvega vala epidemije Covid-19 po spolu in starosti

Na področju spanja večjih sprememb po statističnih regijah med prvim valom epidemije Covid-19 ni bilo zaznati.

4 Razprava

Omejitve in ukrepi za preprečevanje širjenja virusa SARS-CoV-2 so v prvem valu epidemije prispevali k spremembam v življenjskem slogu odraslih Slovencev. Dodatna vprašanja, v sicer longitudinalni nacionalni raziskavi »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2020«, so bila med drugim osredotočena na samoporočane spremembe v načinu prehranjevanja, telesne dejavnosti in spanja med prvim valom epidemije. Na teh področjih so bile opažene nekatere razlike oziroma odstopanja v pozitivnih in negativnih samoocenjenih spremembah življenjskega sloga med določenimi starostnimi skupinami in nekaterimi statističnimi regijami.

Spremembe po spolu in starosti lahko delno pripisujemo študiju in/ali delu od doma ter spremenjenim življenjskim pogojem in zmožnostim, kar je ob kratkem trajanju celotne ustavitve življenja na anketirance bodisi vplivalo pozitivno ali negativno. Dodatno so verjetno k poslabšanju gibalnih navad pri mlajših starostnih skupinah moških prispevala še zaprtja fitness in drugih športno rekreativnih centrov. Eni so si torej kljub uvedenim ukrepom in omejitvam zaradi epidemije domnevno uspeli vzeti čas zase oziroma ohranjati ustrezne prehranjevalne in spalne navade ter telesno dejavnost, medtem ko drugim ni uspelo. Nena zadnje je potrebno upoštevati tudi dejstvo, da so anketiranci anketo izpolnjevali v času, ko se je življenje že vračalo v vsakdanje tirnice.

Kar pa se tiče sprememb po statističnih regijah, lahko najvišje pozitivne samoporočane spremembe na področju telesne dejavnosti v gorenjski in primorsko-notranjski regiji

domnevno pripisujemo naravnim danostim (hribovit teren, več možnosti za gibanje v naravnem okolju) in pretežno ruralnemu okolju (vaško in kmečko okolje). Najvišje negativne samoporočane spremembe v osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji ter podravski regiji pa lahko domnevno pripisujemo morebitni manjši razpoložljivosti gibanja na prostem (urbano okolje, prepoved oz. omejitev uporabe določenih igralnih in rekreativnih površin, gneča), omejitvi oz. ukinitvi javnega potniškega prometa (porasti uporabe osebnih avtomobilov za transportne namene) ter omejitvi gibanja med regijami in občinami (nezmožnosti dostopa do naravnih zelenih in drugih grajenih površin namenjenih rekreaciji izven mest).

Ključni omejitvi raziskave sta bil preveč splošno zastavljeni vprašanji v zvezi z življenjskim slogom med prvim valom epidemije in čas anketiranja, ki je bil podaljšan v čas po preklicu epidemije, ko so se ljudje postopno že začeli vračati v ustaljene življenjske navade. Za natančnejši vpogled v življenjski slog odraslih prebivalcev Slovenije med epidemijo bi bilo potrebno izvesti ciljano in bolj poglobljeno raziskavo. Uporabna bi bila na primer specifična longitudinalna kohortna raziskava z več valovi, kjer bi lahko skozi razvoj epidemije spremljali, kako se spreminja vedenje ljudi ali pa retrospektivna raziskava, ki jo opravimo na več točkah epidemije. Tovrstna raziskava se izvaja od 4. 12. 2020 dalje v 14-dnevnih valovih in sicer s spletno panelno anketno raziskavo o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), katere namen je samoocenjevanje pandemske izčrpanosti na vzorcu 1000 odraslih, starih med 18 in 74 let, v 12. obdobjih valovih.

Zaradi tega smo rezultate naše raziskave poskušali primerjati z rezultati SI-PANDA. Slednja je v 7. valu sledenja (med 26. 2. in 1. 3. 2021) pokazala, da je o najbolj nezdravih navadah življenjskega sloga poročala najmlajša skupina anketirancev. Tudi pri naši raziskavi iz prvega vala epidemije se je dotična ciljna skupina pokazala kot najbolj ogrožena. V primerjavi z drugimi starostnimi skupinami so bili najmlajši odrasli v 7. valu sledenja najmanj telesno dejavni (44,9 % anketirancev v starosti od 18 do 29 let) in uživali so več nezdrave hrane kot pred epidemijo (35,5 %). Pri 59,8 % anketirancev (54,7 % moških in 65,3 % žensk) se je kakovost spanja v primerjavi z obdobjem pred epidemijo tudi poslabšala. Po rezultatih vseh dosedanjih opravljenih valov raziskave SI-PANDA je pandemija med dejavniki tveganja življenjskega sloga najbolj vplivala na zmanjšanje telesne dejavnosti. Dotična raziskava tudi ugotavlja največ negativnih samoporočanih sprememb med epidemijo glede prehrane, telesne dejavnosti in spanja pri populacijskih skupinah ljudi z duševnimi težavami in depresivnimi motnjami, pri kroničnih bolnikih in najmlajših skupinah odraslih ter tistih, ki v zadnjih treh mesecih zaznavajo slabšo finančno situacijo (NIJZ, 2021).

Ne glede na vse bi se država z namenom obvladovanja fenomena sindemije morala poleg ukrepov za omejevanje širjenja nalezljivih bolezni sočasno osredotočati tudi na ukrepe obravnave kroničnih bolezni, zmanjševanje neenakosti v zdravju ter krepitev zdravega življenjskega sloga. Zaradi epidemije Covid-19 so v praksi nujno potrebni novi in čimprejšnji interdisciplinarni preventivni pristopi, da se s tem preprečijo domnevne dolgoročne spremembe življenjskega sloga (Müller, et al., 2020). V prihodnje je pomembno, da se najprej preventivni programi ponovno odprejo ter, da se strokovnjaki in odločevalci z aktivnostmi na področju promocije zdravja in preventive usmerjajo predvsem v ciljne skupine odraslih, kjer je bilo zaznati največ samoporočanih negativnih sprememb v prehranjevanju, telesni dejavnosti in spanju.

Literatura

- Afshin, A., Forouzanfar, M.H., Reitsma, M.B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., et al., 2017. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1); pp. 13-27.
- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C.A., Ellis J., Gavrilloff, D., Holzinger, B., et al., 2020. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I academy. *Journal of Sleep Research*, 29(4); pp. 1-7.
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., et al., 2020. Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID19 international online survey. *Nutrients*, 12(6); p. 1583.
- Batlle-Bayer, L., Aldaco, R., Bala, A., Puig, R., Laso, J., Margallo, M., et al., 2020. Environmental and nutritional impacts of dietary changes in Spain during the COVID-19 lockdown. *Science of the Total Environment*, 748; p. 141410.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2020. *Food and coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. [Online] Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/food-and-COVID-19.html> [Accessed 16 March 2020].
- Fitbit, 2020. *The impact of coronavirus on global activity*. [Online] Available at: <https://blog.fitbit.com/covid-19-global-activity/> [Accessed 18 March 2021].
- Hočevnar Grom, A. et al., 2021. *Pandemija Covid-19 v Sloveniji: Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA)*, 7. val. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/panda_porocilo_po_7_valu.pdf [Accessed 18 March 2021].
- Horton, R., 2020. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255); p. 874.
- Knutson, K.L., 2012. Does inadequate sleep play a role in vulnerability to obesity? *American Journal of Human Biology*, 24(3); pp. 361-371.
- Mattioli, A.V., Pinti, M., Farinetti, A. & Nasi, M., 2020. Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic. *Obesity Medicine*, 20(1); p. 100263.
- Müller, P., Achraf, A., Zou, L., Apfelbacher, C., Erickson, K.I. & Müller, N.G., 2020. COVID-19, physical (in-)activity, and dementia prevention. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 6(1); pp. 1-3.
- Reutrakul, S. & Van Cauter, E., 2018. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. *Metabolism*, 84(1); pp. 56-66.
- Ryan, P.M. & Caplice, N.M., 2020. Is adipose tissue a reservoir for viral spread, immune activation, and cytokine amplification in coronavirus disease 2019? *Obesity*, 28(7); pp. 1191-1194.
- St-Onge, M.P., McReynolds, A., Trivedi, Z.B., Roberts, A.L., Sy, M. & Hirsch, J., 2012. Sleep restriction leads to increased activation of brain regions sensitive to food stimuli. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(4); pp. 818-824.
- Yamada M., Kimura Y., Ishiyama D., Ootobe Y., Suzuki M., Koyama S., et al., 2020. Effect of the COVID-19 epidemic on physical activity in community-dwelling older adults in Japan: a cross-sectional online survey. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9); pp. 948-950.

Dispečerska služba zdravstva in epidemija Sars-Cov-2/ COVID-19 – študija primera

Emergency medical dispatch service and SARS-CoV-2/ COVID-19 epidemic – a case study

Andrej Fink⁷⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Dispečerska služba zdravstva v primeru posebnih dogodkov zagotavlja informacije, ki so potrebne za učinkovito koordiniranje in usmerjanje delovanja celotnega zdravstvenega sistema Republike Slovenije. Namen raziskave je bil ugotoviti kako je Dispečerska služba zdravstva tekom epidemije SARS-Cov-2/COVID-19 izvajala svoje naloge.

Metode: Raziskava je temeljila na metodologiji kvalitativnega raziskovanja z izvedbo metode razlagalne in ocenjevalne študije primera. V raziskavo je bilo vključeno obdobje od 26. 2. 2020 do vključno 15. 2. 2021. Za izvedbo študije se je uporabila tehnika grupiranja po časovnici med tem, ko se je za potrebe ocenjevalnega dela uporabila tehnika SPIN analize.

Rezultati: V prvem valu epidemije je bil največji poudarek na krepitvi ukrepov za obvladovanje epidemije med tem, ko je bil v drugem valu epidemije glavni poudarek na koordinaciji prevozov Sars-Cov-2/COVID-19 pacientov. Največja prednost Dispečerske službe zdravstva pri obvladovanju posledic epidemije je bila proaktivna in samoiniciativna naravnost za reševanje novih in kompleksnih problemov ter največja pomanjkljivost nedokončana vzpostavitev službe s tem, da je bila največja priložnost v utrditvi vloge Dispečerske službe zdravstva ter največja nevarnost integriteta podatkov o stanju COVID bolnišnic.

Razprava: Učinkovito krizno vodenje ima velik vpliv na obvladovanje posebnih dogodkov. Dispečerska služba zdravstva je za obvladovanje pričakovanih posledic epidemije uporabljala napredne ukrepe, ki so se ves čas poteka epidemije nadgrajevali. Predpostavka, da je Dispečerska služba zdravstva med epidemijo SARS-Cov-2/COVID-19 uspešno izvajala osnovne in druge naloge je bila potrjena.

Ključne besede: *nujna medicinska pomoč, koordinacija, informatika, nadzor stanja sistema*

Abstract

Theoretical background: In the case of special events Emergency Medical Dispatch Service provides the information necessary for the effective coordination and direction of the entire healthcare system of the Republic of Slovenia. The purpose of the study was to determine how the Emergency Medical Dispatch Service carried out its tasks during the SARS-CoV-2/COVID-19 epidemic.

Methods: The research was based on the methodology of qualitative research by implementing the method of the interpretive and evaluative case study. The period from 26 February 2020 to 15 February 2021 was included in the research. The mapping chronology technique and SWOT analysis were used to perform the study.

Results: The first wave of the epidemic was characterized by a focus on strengthening one's resilience to the epidemic while the second wave was characterized by a focus on coordination of SARS-CoV-2/COVID-19 patient transportation. The biggest strength was the proactive and self-initiative orientation to solve new and complex problems and the biggest weakness was the unfinished establishment of the service with the greatest opportunity in consolidating the role of the Emergency Medical Dispatch Service. The greatest threat was the integrity of COVID-19 hospital capacity data.

Discussion: Effective crisis management has a great impact on the management of special events. Emergency Medical Dispatch Service used advanced measures to manage the consequences of the epidemic. The assumption that the Emergency Medical Dispatch Service during the SARS-CoV-2/COVID-19 epidemic successfully performed basic and other tasks was confirmed.

Keywords: *emergency medical care, coordination, informatics, system status management*

⁷⁵ Andrej Fink, MSHS (ZDA), viš. pred., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Dispečerska služba zdravstva, andrej.fink@kolj.si

1 Teoretična izhodišča

Dispečerska služba zdravstva (v nadaljevanju DSZ) deluje na nacionalnem nivoju v dveh dispečerskih centrih zdravstva (v nadaljevanju DCZ), ki sta locirana v Ljubljani in Mariboru. DSZ v primeru naravnih ali drugih nesreč, kriznih razmer, vojne ali izrednega stanja oziroma drugih dogodkov, ki zahtevajo prilagoditev dela, spremenjeno organizacijo dela in uporabo posebnih načrtov ter ukrepov, zagotavlja informacije, ki so potrebne za učinkovito koordiniranje in usmerjanje delovanja celotnega zdravstvenega sistema Republike Slovenije (Pravilnik o dispečerski službi zdravstva, 2017). Ob koncu drugega vala epidemije oziroma ob zaključku študije so bili v delovanje DSZ neposredno in posredno vključeni vsi izvajalci izven bolnišnične in bolnišnične nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NMP), vsi izvajalci prevozov pacientov ter vse COVID bolnišnice med tem, ko je v DCZ Maribor neprekinjeno (24/7) delovala COVID Regijska koordinacijska skupina zdravstva (v nadaljevanju RKSZ). Analize delovanja dispečerskih služb zdravstva v času epidemije v drugih državah Evropske skupnosti in po svetu so pokazale, da je centraliziran pristop (regionalni ali nacionalni) k obvladovanju posledic epidemije eden izmed najučinkovitejših pristopov v kolikor je pravilno implementiran v prakso (Berkeveld, et al., 2020; Caviglia, et al., 2020; Jaffe, et al., 2020; Marrazzo, et al., 2020; Jensen, et al., 2021; Le, et al., 2021; Margherita, et al., 2021). Namen raziskave je bil ugotoviti kako je DSZ tekom epidemije izvajala svoje naloge, zakaj so bili uvedeni določeni ukrepi ter navsezadnje kako učinkovita je bila pri tem.

2 Metode

Za namen raziskave so bila oblikovana naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako je DSZ izvajala svoje naloge tekom epidemije z vidika komuniciranja?
2. Katere ukrepe za odpravo in blaženje posledic epidemije je izvajala DSZ?
3. Kako učinkovita je bila DSZ pri obvladovanju posledic epidemije?

2.1 Raziskovalna metoda

Raziskava je temeljila na metodologiji kvalitativnega raziskovanja z izvedbo metode razlagalne in ocenjevalne študije primera, ki je bila razvita po zgledu različnih avtorjev (Le, et al., 2021; Margherita, et al., 2021). Postavljena je bila temeljna predpostavka, da je DSZ v času epidemije uspešno izvajala svoje osnovne in druge naloge. Za zbiranje empiričnega gradiva so se uporabile tehnike opazovanje, spraševanje in uporaba dokumentarnih virov DSZ v papirni in elektronski obliki.

2.2 Opis vzorca

Za izbiro vzorca je bila izbrana metodologija neslučajnega namenskega vzorčenja, ki je primeren za ugotavljanje učinkovitosti določenih ukrepov (Vogrinc, et al., 2013). V vzorec so bili vključeni vsi dokumenti DSZ tako v papirni, kot elektronski obliki, ki so nastali v raziskovalnem obdobju z namenom obvladovanja epidemije med tem, ko so bili iz raziskave izključeni dokumenti, ki so nastali na drugem nivoju vodenja v DCZ-jih. Raziskava je tako temeljila na vzorcu velikosti 923 različnih dokumentov. Struktura vzorca glede vsebine dokumenta je bila zelo raznolika: 27 % poročila o delu, 16 % prijava varnostnega odklona in navodila za delo, 8 % zapisnik in pobuda, 5 % plan/načrt dela, zapis v bazi podatkov, mnenje, predlog, 4 % strokovni priporočilo, 2 % odredba in 1% korektivni ukrepi.

2.3 Potek raziskave

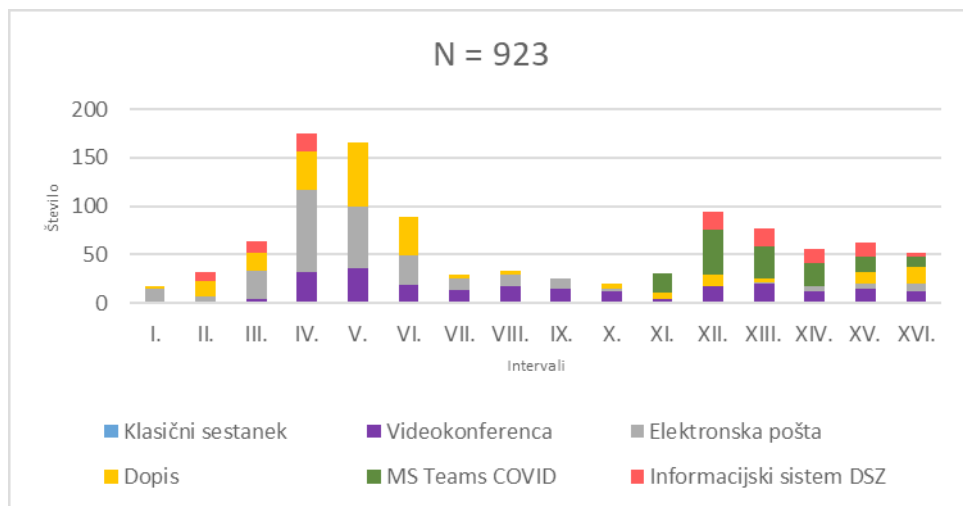
V raziskavo je bilo vključeno obdobje od 26. 2. 2020, ko je DSZ pričela izvajati prve namenske ukrepe za blaženje vpliva takrat še grozeče epidemije ter do vključno 15. 2. 2021, ko so se ponovno pričeli korenito rahljati restriktivni ukrepi za zaježitev epidemije.

2.4 Postopek obdelave podatkov

Za analizo empiričnega gradiva za potrebe razlagalnega dela študije se je uporabila tehnika grupiranja izbranega empiričnega gradiva po časovnici z različnimi mejniki. Časovnica je bila razdeljena na štiri ključna obdobja. Pri tem je bilo zaradi boljšega prikaza dinamike vsako obdobje razdeljeno še na krajše večinoma mesečne intervale z izjemo šestih krajših intervalov (I., III., IV., XI., XII. in XIV.) Prvo obdobje predstavlja čas pred razglasitvijo epidemije (od 27. 1. 2020 do 11. 3. 2020), drugo obdobje predstavlja čas uradno razglašenega prvega vala epidemije (od 12. 3. 2020 do 31. 5. 2020), tretje obdobje predstavlja čas med prvim in drugim valom epidemije (1. 6. 2020 do 17. 10. 2020) ter četrto obdobje predstavlja čas od uradne razglasitve drugega vala epidemije in do vključno 15. 2. 2021, ko je država ponovno pričela korenito rahljati restriktivne ukrepe za zaježitev epidemije (18. 10. 2020 do 15. 1. 2021). Istočasno s razvrščanjem dokumentov po časovnici in časovnih obdobjih se je izvajalo klasificiranje dokumentov po načinu komuniciranja (šest kategorij), namenu komuniciranja (šest kategorij) ter po sedmih ključnih kategorijah ukrepanja DSZ. Za potrebe ocenjevalnega dela študije primera se je uporabila tehnika SWOT analize (Ali Benzaghta, et al., 2021) oz. SPIN analize (Biloslavo, 2008).

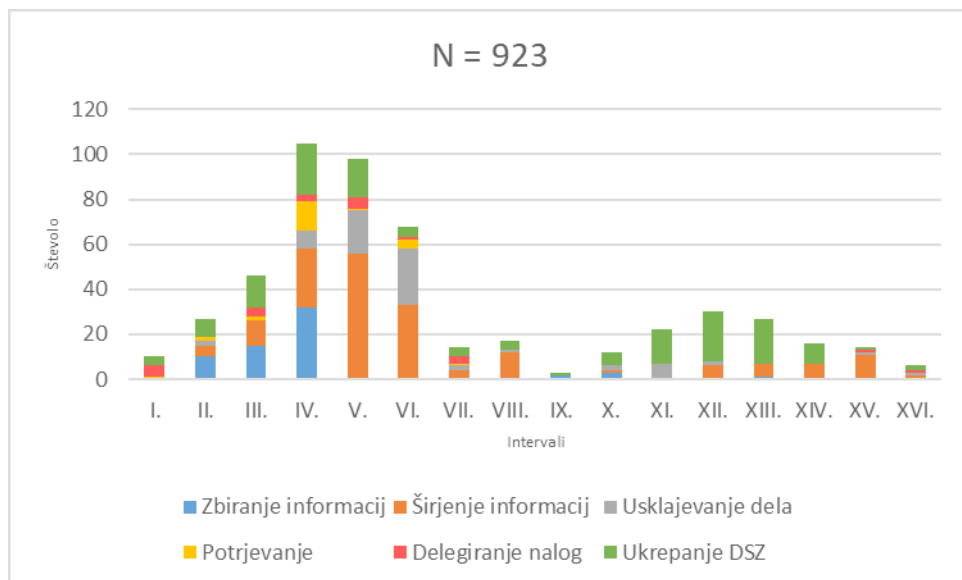
3 Rezultati

S pomočjo tehnike grupiranja po časovnici je bilo ugotovljeno (Slika 1), da sta intenzivnost in raznolikost komunikacij v DSZ sledili dinamiki razvoja epidemije SARS-Cov-2/COVID-19. Ugotovljena je bila razlika v načinu komuniciranja v prvem valu epidemije (intervali od IV. do VI.), kjer so se komunikacije najpogosteje izvajale z uporabo elektronske pošte (178, 41 %) med tem, ko so se komunikacije v drugem valu (intervali od XII. do XVI.) najpogosteje uporabljale s pomočjo programskega orodja za skupinsko delo MS Teams (129, 38 %).



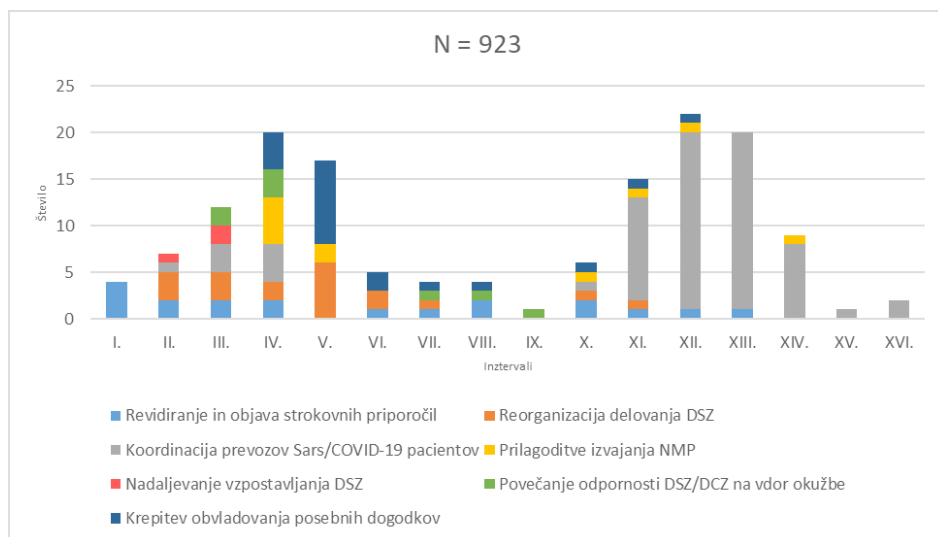
Slika 1: Prikaz strukture dokumentov po načinu komuniciranja

Nadalje je bilo ugotovljeno (Slika 2), da so v prvem valu epidemije (intervali od IV. do VI.) komunikacije najpogostejše potekale s ciljem širjenja ključnih informacij (115, 42 %) med tem, ko je za komuniciranje v drugem valu epidemije (intervali od XII do XVI.) značilno osredotočenje v ukrepanje DSZ (54, 58 %).



Slika 2: Prikaz strukture dokumentov po namenu komuniciranja

Kar se tiče kategorij ukrepanja je bilo ugotovljeno (Slika 3), da je bil v prvem valu epidemije (intervali od IV. do VI.) največji poudarek na krepitvi ukrepov za obvladovanje epidemije (15, 36 %) med tem, ko je bil v drugem valu epidemije (intervali od XII do XVI.) glavni poudarek na koordinaciji prevozov SARS-Cov-2/COVID-19 pacientov (49, 91 %).



Slika 3: Prikaz strukture dokumentov po kategorijah ukrepanja

SPIN analiza je ugotovila (Slika 4), da je bila največja prednost DSZ proaktivna in samoiniciativna naravnost za reševanje novih in kompleksnih problemov ter največja pomanjkljivost ranljivost glede vplivov epidemije (izpad zaposlenih). Nadalje je bilo ugotovljeno, da je bila največja priložnost v tem obdobju utrditev vloge DSZ znotraj sistema zaščite in reševanja v državi ter največja nevarnost integriteta podatkov o stanju COVID bolnišnic.

NOTRANJI DEJAVNIKI	
SLABOSTI (-)	PREDNOSTI (+)
▪ ranljivost na različne vplive epidemije s posledičnimi izpadi zaposlenih, ▪ nedokončana vzpostavitev službe, ▪ nedelujoč enoten državni radijski sistem DMR, ▪ uporaba zastarele informacijske podpore za operativno delovanje (glavni dispečerski program), ▪ delo v starem DCZ Ljubljana (prvi val epidemije), ▪ nedokončani in neopremljeni prostori za krizno vodenje, ▪ kadrovski deficit v DCZ Ljubljana, ▪ prerazporejanje zaposlenih na delo v COVID oddelkih,	▪ proaktivna in samoiniciativna naravnost za reševanje novih in kompleksnih problemov, ▪ strokovna samozadostnost, ▪ učinkovita izraba razpoložljivih virov, ▪ uporaba sodobnih, avtomatiziranih in učinkovitih procesov in tehnoloških rešitev, ▪ možnost širitev nabora storitev za zadovoljevanje potreb klicateljev, ▪ možnost vplivanja na spremembe doktrine izvajanja storitev nujne medicinske pomoči v času epidemije, ▪ možnost dajanja strokovnih nasvetov sorodnim ustanovam, ▪ zavzetost vodstvenih struktur za stalni napredek, ▪ obstoječi visok nivo storitev zdravstvenih dispečerjev, ▪ razpoložljivost uporabnih konceptov in rešitev za obvladovanje epidemije, ▪ ugodne spremembe v notranjem strokovnem okolju, ▪ jasna vizija in strateške razvojne usmeritve
ZUNANJI DEJAVNIKI	
IZZIVI (+)	NEVARNOSTI (-)
▪ utrditev vloge Dispečerske službe zdravstva znotraj sistema zaščite in reševanja v državi, ▪ spremenjene potrebe in zahteve uporabnikov zdravstvenih storitev, ▪ možnost prenove obstoječih procesov in uvajanje novih, ▪ možnost vplivanja na izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov v NMP, ▪ možnost za nova strateška povezovanja, ▪ možnost izgradnje učinkovitega sistema za koordinacijo delovanja zdravstva v primeru obvladovanja posebnih dogodkov, ▪ možnost izboljšanja kakovosti storitev	▪ integriteta podatkov o stanju COVID bolnišnic, ▪ možnost nastanka situacije preseganja potreb po nujni medicinski pomoči z dejanskimi zmogljivostmi zdravstvenega sistema v državi, ▪ neugodne spremembe v političnem in zdravstveno ekonomskem okolju, ▪ rezistence na regionalnem in lokalnem nivoju, ▪ neusklajenost zakonskih predpisov z dejanskimi potrebami, ▪ neugodne socialne in demografske spremembe,

Slika 4: Prikaz rezultatov SPIN analize

4 Razprava

Z raziskavo smo odgovorili na vsa raziskovalna vprašanja in potrdili predpostavko, da je DSZ med epidemijo Sars-Cov-2/COVID-19 uspešno izvajala osnovne in druge naloge. Učinkovitost obvladovanja posebnih dogodkov je premo sorazmerna z vzpostavitvijo učinkovite organizacije posredovanja vseh deležnikov, kar je odvisno od kakovosti vodenja in učinkovitosti koordinacije posredovanja. Predpogoj za zagotovitev enega in drugega je učinkovito komuniciranje (Ciottone, et al., 2016; Lennquist, 2012). DSZ je tekom epidemije z vidika namena komuniciranja svoje naloge izvajala iz šestih različnih namenov (Slika 1). Za prvo obdobje je bilo značilno intenzivno zbiranje informacij in posledično izvajanje ukrepov DSZ za odpravo in blaženje posledic epidemije med tem, ko je bilo za drugo obdobje značilno intenzivno širjenje informacij in usklajevanje dela z drugimi entitetami ter nadaljevanje izvajanja ukrepov DSZ za odpravo in blaženje posledic epidemije. V tretjem obdobju je prišlo do očitnega zmanjšanja intenzitete komuniciranja vendar z vsemi do takrat prepoznanimi nameni. Za to obdobje je značilen prehod na intenzivnejše izvajanje ukrepov DSZ za odpravo in blaženje posledic epidemije še pred uradno razglasitvijo drugega vala epidemije. Za četrto obdobje je značilen porast izvajanja ukrepov DSZ za odpravo in blaženje posledic epidemije ter v drugem delu tega obdobja intenzivnejše širjenje informacij v obliki podajanja poročil o opravljenem delu. Z vidika načina komuniciranja pa je DSZ svoje naloge tekom epidemije izvajala na šest različnih načinov (Slika 2). V prvem obdobju je zaznan značilen prehod iz klasičnega komuniciranja na pretežno komuniciranje v elektronski obliki, najprej s poudarkom na komuniciranju preko elektronske pošte in skokovitim porastom uporabe štirih

različnih videokonferenčnih sistemov (drugo obdobje), očitnem zmanjšanju komuniciranja v tretjem obdobju, ki je temeljilo večinoma na elektronskem komuniciranju ter nato v četrtem obdobju prehod na uporabo programskega orodja za skupinsko delo MS Teams v kombinaciji z uporabo informacijskega sistema DSZ. Raziskava je pokazala, da kljub kompleksnosti in dolgotrajnosti obvladovanja epidemije ni prišlo do zmanjšanja učinkovitosti ali odpovedi komuniciranja na nivoju DSZ, kar je sicer stalnica pri obvladovanju posebnih dogodkov in katastrof (Ciottone, et al., 2016; Lennquist, 2012).

DSZ je tekom raziskovalnega obdobja izvajala sedem različnih skupin ukrepov za odpravo in blaženje posledic epidemije (Slika 3). V prvem obdobju sta prevladovala revidiranje in objave strokovnih priporočil ter reorganizacija delovanja DSZ med tem, ko sta bila v drugem obdobju poleg reorganizacije delovanja DSZ v porastu še ukrepanje za krepitev obvladovanja posebnih dogodkov in povečanje odpornosti DSZ na vdor okužbe. V prvem delu tretjega obdobja so izstopali ukrepi za povečanje odpornosti DSZ na vdor okužbe med tem, ko je v zadnjem delu tega obdobja prišlo skokovitega porasta koordinacije prevozov SARS-Cov-2/COVID-19 pacientov še pred uradno razglasitvijo drugega vala epidemije. Za zadnje, četrto obdobje v večinskem delu izstopajo ukrepi za izvajanje koordinacije prevozov SARS-Cov-2/COVID-19 pacientov.

DSZ je po zaslugi proaktivnosti, samoiniciativnosti ter strokovne samozadostnosti pravočasno sprejemala ključne odločitve oz. podajala pobude odločevalcem za sprejem le teh na nacionalnem nivoju, kar je pripomoglo k učinkovitemu obvladovanju epidemije in preprečitvi kritične preobremenitve COVID bolnišnic v drugem valu epidemije. DSZ je za vzpostavitev kriznega vodenja lastne službe, izvajanja nujne medicinske pomoči oz. generalno gledano za obvladovanje pričakovanih posledic epidemije že pred uradno razglasitvijo epidemije samoiniciativno pričela uporabljati napredne in dostikrat ad-hoc organizacijske in strokovne ukrepe, ki so se ves čas poteka epidemije nadgrajevali. Na podlagi primerjave z ugotovitvami drugih sorodnih raziskav obvladovanja epidemije je bilo ugotovljeno izredno veliko ujemanje v implementiranih ukrepih med katerimi izstopajo: organizacijski ukrepi za krepitev lastne odpornosti pred okužbo s Sars-Cov-2 (Marrazzo, et al., 2020; Saberian, et al., 2020; Le, et al., 2021), implementacija navodil za prepoznavo pacienta s sumom na okužbo s SARS-Cov-2 oz. pacienta s COVID-19 v poslabšanju (Fagoni, et al., 2020; Jaffe, et al., 2020; Marrazzo, et al., 2020; Penverne, et al., 2020; Saberian, et al., 2020; Alderson, et al., 2021; Jensen, et al., 2021; Siman-Tov, et al., 2021), vzpostavitev splošne informativne točke za informiranje širše javnosti (Fagoni, et al., 2020; Saberian, et al., 2020; Jensen, et al., 2021; Le, et al., 2021; Margherita, et al., 2021), izvajanje nacionalne koordinacije prevozov COVID-19 pacientov (Caviglia, et al., 2020; Fagoni, et al., 2020; Marrazzo, et al., 2020; Berkeveld, et al., 2021; Margherita, et al., 2021), povečanje kapacitet za izvajanje izven bolnišnične NMP (Caviglia, et al., 2020; Marrazzo, et al., 2020; Saberian, et al., 2020; Margherita, et al., 2021), proaktivno sodelovanje s ključnimi deležniki pri izdelavi priporočil za izvajanje NMP na terenu (Jaffe, et al., 2020; Marrazzo, et al., 2020; Alderson, et al., 2021; Le, et al., 2021; Margherita, et al., 2021) ter učinkovito obvladovanje drugih posebnih dogodkov neodvisno od vplivov epidemije (Marrazzo, et al., 2020; Saberian, et al., 2020; Le, et al., 2021).

Omejitvi raziskave sta osredotočenost na analizo ukrepanja DSZ, ki pri sprejemanju odločitev ni bila popolnoma avtonomna ter raziskovalno obdobje, ki se ne konča z uradnim preklicem drugega vala epidemije. Zaradi tega bo po zaključku drugega vala ali morebitnega tretjega vala epidemije potrebno raziskavo razširiti tudi na ta obdobja. Ne glede na izpostavljene omejitve raziskave menimo, da bodo ugotovitve lahko odločevalcem služile, kot vodilo k nadaljnjemu razvoju DSZ s ciljem zagotoviti optimalen odziv in obvladovanje vseh posebnih dogodkov med katere zagotovo sodi tudi epidemija.

Literatura

- Alderson, S., Paddock, S., West, N., Pearce, A., Martin, D. & Keir, A., 2021. *Responding to the COVID-19 pandemic: The experiences of South Australia's Rescue, Retrieval and Aviation Services*. [pdf] Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1742-6723.13712> [Accessed 13.02.2021].
- Ali Benzaghta, M., Elwada, A., Mousa, M.M., Erkan, I. & Rahman, M., 2021. *SWOT analysis applications: An integrative literature review*. [pdf] Available at: <https://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1148&context=globe> [Accessed 8. 4. 2021].
- Berkeveld, E., Mikdad, S., Zandbergen, H.R., Kraal, A., Terra, M., Kramer, M.H.H. & Bloemers, F.W., 2020. *Experience of the Coronavirus (COVID-19) patient care in the Amsterdam region: optimization of acute organization*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7884656/pdf/S1935789320004462a.pdf> [Accessed 13.02.2021].
- Biloslavo, R., 2008. *Strateški management in management spreminjanja*. Koper: Fakulteta za management.
- Caviglia, M., Busin, R., Pini, S., Jambai, A., Vandy, M.J., Venturini, F., Rosi, P., Barone, Adesi, F., Della Corte, F., Ragazzoni, L. & Putoto, G., 2020. *The National Emergency Medical Service role during the COVID-19 pandemic in Sierra Leone*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7545255/pdf/S1049023X20001211a.pdf> [Accessed 13.02.2021].
- Ciotton, G.R., Biddinger, P.D., Darling, R.G., Fares, S., Keim, M.E., Molloy, M.S. & Suner, S., eds. 2016. *Disaster medicine*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier.
- Fagoni, N., Perone, G., Villa, G.F., Celi, S., Bera, P., Sechi, G.M., Mare, C., Zili, M. & Botteri, M., 2020. *The Lombardy Emergency Medical System Faced with COVID-19: The Impact of Out-of-Hospital Outbreak*. [pdf] Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10903127.2020.1824051?needAccess=true> [Accessed 19.02.2021].
- Jaffe, E., Sonkin, R., Podolsky, T., Alpert, E.A. & Siman-Tov, M., 2020. *The Role of Israel's Emergency Medical Services During a Pandemic in the Pre-Exposure Period*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7783139/pdf/S1935789320003699a.pdf> [Accessed 15.02.2021].
- Jensen, T., Holgersen, M.G., Jespersen, M.S., Blomberg, S.N., Folke, F., Lippert, F. & Christensen, C., 2021. *Strategies to handle increased demand in the COVID-19 Crisis: A Coronavirus EMS Support Track and a Web-Based Self-triage System*. [pdf] Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10903127.2020.1817212> [Accessed 12.02.2021].
- Le, T.A.T., Vodden, K., Wu, J. & Atiweh, G., 2021. *Policy responses to the COVID-19 pandemic in Vietnam*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828055/pdf/ijerph-18-00559.pdf> [Accessed 14.02.2021].
- Lenquist, S., ed. 2012. *Medical response to major incidents and disasters*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Margherita, A., Elia, G. & Klein, M., 2021. *Managing the COVID-19 emergency: A framework to enhance response practices and actions*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7849534/pdf/main.pdf> [Accessed 13.02.2021].
- Marrazzo, F., Spina, S., Pepe, P.E., D'Ambrosio, A., Bernasconi, F., Manzoni, P., Graci, C., Frigerio, C., Sacchi, M., Stucchi, R., Teruzzi, M., Baraldi, S., Lovisari, F., Langer, T., Sforza, A., Migliari, M., Sechi, G., Sangalli, F. & Fumagalli, R., 2020. *Rapid reorganization of the Milan metropolitan public safety answering point operations during the initial phase of the COVID-19 outbreak in Italy*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537156/pdf/EMP2-1-1240.pdf> [Accessed 14.02.2021].
- Odredba o začasni vključitvi izvajalcev prevozov pacientov v sistem izvajanja nujne medicinske pomoči*, 2020. Uradni list Republike Slovenije št. 145.
- Penverne, Y., Leclerc, B., Labady, F., Berhier, F., Jevnir, J., Javaudin, F. & Montassier, E., 2020. *Impact of two-level filtering on emergency medical communication center triage during the COVID-19 pandemic: an uncontrolled before-after study*. [pdf] Available at: <https://sjtrem.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13049-020-00775-0.pdf> [Accessed 18.02.2021].
- Pravilnik o dispečerski službi zdravstva*, 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 58.
- Pravilnik o prevozihih pacientov*, 2009. Uradni list Republike Slovenije št. 107.
- Saberian, P., Conovaloff, J.L., Vahidi, E., Hasani-Sharamin, P. & Kolivand, P.H., 2020. *How the COVID-19 epidemic Affected Prehospital Emergency Services in Tehran, Iran*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7673868/pdf/wjem-21-110.pdf> [Accessed 17.02.2021].
- Siman-Tov, M., Strugo, R., Podolsky, T. & Blushtein, O., 2021. *An assesment of treatment, transport, and refusal incidence in a National EMS's routine work during COVID-19*. [pdf] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7840398/pdf/main.pdf> [Accessed 20.02.2021].
- Vogrinc, J., Valenčič Zuljan, M. & Kožuh, B., 2013. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Izbor teorije zdravstvene nege za delo v pediatrični nujni medicinski pomoči

Selection of nursing theory for work in pediatric emergency medical care

Mateja Rehar⁷⁶

dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnikihar⁷⁷

Sergej Kmetec⁷⁸

Izvleček

Teoretična izhodišča: Telemedicina postaja pomemben dejavnik pri izvajanju storitev v pediatrični nujni medicinski pomoči. Namen raziskave je bil ugotoviti katera teorija zdravstvene nege in njen koncept sta najbolj primerna za izvajanje telekonzultacij.

Metodologija: Raziskava je temeljila na sistematičnem pregledu znanstvene in strokovne literature. Iskanje je potekalo v bazah Web of Science, ScienceDirect, PubMed in ProQuest, z uporabo ključnih besed teme: telemedicine, pediatric, emergency, nursing, theory. V drugem delu raziskave je potekala analiza izbrane teorije z iskanjem in pregledom literature in uporabo ključnih besed Ida J. Orlando, nursing, theory, concept. Upoštevana so bila priporočila PRISMA.

Rezultati: Na podlagi pregleda literature v prvem delu (n=14) smo izbrali tri ključne teorije zdravstvene nege, ki spadajo v področje raziskovanja: teorija Ida J. Orlando, Imogene M. King in teorija Tehnološka usposobljenost avtorja Rozzano C. Locsin. Po analizi člankov (n=17) in vrednotenju izbranih teorij, smo, kot primerno prepoznali teorijo Ida J. Orlando. Koncept zdravstvene nege je bil analiziran postopkom kvalitativne analize izbranih člankov (n=12) po Cutcliffe in McKenna.

Razprava: Teorija Ida J. Orlando je usmerjena v reševanje akutne problematike in izboljšanje stanja, kar potrjuje naš izbor. Koncept s predvidenimi aktivnostmi ocenjevanje, obnašanje pacienta, načrtovanje in izvajanje ukrepov, poročanje ter evidentiranje se skladajo s predvidenim delom izvajanja telekonzultacij.

Ključne besede: telekonzultacija, teorija, urgenca, pediatrija

Abstract

Theoretical backgrounds: Telemedicine is becoming an important factor in the provision of services in pediatric emergency medical care. The purpose of the research was to determine which theory of nursing in its concept is most suitable for conducting teleconsultations.

Methods: The research was based on a systematic review of the scientific and professional literature. The search was conducted in the Web of Science, ScienceDirect, PubMed, and ProQuest databases using the keywords telemedicine, pediatric, emergency, nursing, and theory. In the second part of the research, an analysis of the selected theory took place where the literature search was carried out using the keywords Ida J. Orlando, nursing, theory, and concept. The recommendations of PRISMA were followed.

Results: Based on a review of the literature in the first part (n = 14), we selected three key theories of nursing that fall within the field of research: the theory of Ida J. Orlando, Imogene M. King, and the theory of Technological Competence by Rozzano C. Locsin. After analyzing the articles (n = 17) and evaluating the selected theories, we recognized Ida J. Orlando's theory as appropriate. The concept of nursing was analyzed by the procedure of qualitative analysis of the selected articles (n = 12) according to Cutcliffe and McKenna.

Discussion: Ida J. Orlando's theory is aimed at solving acute problems and improving the situation, which confirms our choice. The concept with the planned activities of assessment, patient behavior, planning and implementation of measures, reporting, and recording is in line with the planned part of the implementation of teleconsultation.

Keywords: teleconsultation, theory, emergency, pediatrics

⁷⁶ Mateja Rehar, mag. zdr. neg., Splošna bolnišnica Celje, Pediatrični urgentni center Celje, matejarehar@gmail.com

⁷⁷ prof. dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnikihar, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, majda.pajnikihar@um.si

⁷⁸ Sergej Kmetec, mag. zdr. neg., asist., Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, sergej.kmetec1@gmail.si

1 Uvod

V pediatrične ambulate nujne medicinske pomoči [NMP] starši z bolnimi otroki prihajajo zaradi zdravstvenih težav, ki niso nujne. Ambulate pediatrične NMP so namreč organizirane za primere pomoči otrokom, ki so zaradi bolezni neposredno življenjsko ogroženi oziroma, pri katerih bi glede na bolezenske znake v zelo kratkem času lahko prišlo do takšne ogroženosti (Petek, 2018). Problematiko nenujnih obravnav pacientov v pediatrični ambulanti NMP je izpostavila Rehar (2019), kjer ugotavlja, da je bilo od leta 2016 do 2018 v ambulanti Pediatričnega urgentnega centra (PUC) kar 77,6 % obravnav nenujnih. Podobno so v svojih raziskavah ugotovili avtorji Garcia, et al. (2010), Berry, et al. (2006). Ugotavljajo namreč, da v pediatričnih ambulantah NMP nenujne obravnave pacientov predstavljajo kar od 73,4% do 82 % vseh primerov. Govorimo o težavah, ko pri veliki večini otrok ne zahtevajo nujnega zdravljenja v skladu s 103. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 2020). Iz analize tuje strokovne in znanstvene literature smo ugotovili, da je poleg zmanjšanja nenujnih obiskov pediatričnih ambulantah NMP epidemija SARS-CoV-2 sočasno prinesla tudi povečanje drugačnega načina komuniciranja (Lubrano, et al., 2020). Ugotovili so, da je na Floridi (ZDA) v času prvega vala epidemije (januar-junij 2020) prišlo do 168 % porasta (povečanje iz 1.887 na 5.066 primerov) uporabe telemedicine v sistemu pediatrične NMP v primerjavi z istim obdobjem v letu 2019 (Murren-Boezem, et al. 2020). Uporaba telemedicine postala pomemben dejavnik pri izvajanju različnih neakutih zdravstvenih storitev, s tem da se v bližnji prihodnosti pričakujejo širitve tudi na področje drugih strokovnosti NMP (Burke & Hall, 2018). Različni avtorji (Barrett, 2017; Haimi, et al., 2020; Siew, et al., 2015), pojasnijo, da telekonzultacije nudijo inovativen pristop k izboljšanju zagotavljanja zdravstvenega varstva, visoko stopnjo varnosti pacientov v pediatrični telemedicini in da gre za popolnoma zanesljiv sistem dela tudi pri ocenjevanju bolj urgentnih stanj. Področje telefonsko naprednega svetovanja (ang. Telephone Advance Nursing [TAN]) se je leta 2007 hitro razširilo (Mattisson, et al., 2017) in v zadnjem desetletju za mnoge bolnike predstavlja prvo interakcijo med medicinsko sestro in z zdravstvenim sistemom. Prepoznali so enostaven dostop do strokovnih nasvetov, kot zanesljiv način dela v vsakdanjem življenju, ki temelji pretežno na verbalni komunikaciji (Mattisson, et al., 2018). Interakcijo bi lahko opisali kot temeljno osnovo negovalnega procesa, na katerem temelji tudi teorija zdravstvene nege Ide J. Orlando (Orlando deliberative Process Model, 2018). Namen preglednega znanstvenega članka je opisati, analizirati in evalvirati teorijo Ide J. Orlando, izbrati kriterije za analizo teorije, opredeliti skladnosti opisanih kriterijev z vidika medicinskih sester v praksi pediatrične urgentne zdravstvene nege. Cilji so bili pregledati znanstveno in strokovno literaturo, izbrati in utemeljiti izbor teorije Ide J. Orlando, opisati, analizirati in ovrednotiti izbrano teorijo, analizirati izbrani koncept, opisati teoretični okvir in ugotoviti uporabnost izbrane teorije ter možnost prenosa teorije na področje pediatrične urgentne zdravstvene nege. Raziskovalna vprašanja v tem preglednem znanstvenem članku so, katera teorija zdravstvene nege je najbolj primerna za delo v pediatrični nujni medicinski pomoči in kakšne so možnosti za implementacijo te teorije v prakso zdravstvene nege.

2 Metode

Pregled in analiza obstoječih teorij zdravstvene nege, opis, analiza in vrednotenje teorije Ide J. Orlando ter analiza izbranega koncepta – zdravstvena nega je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja s pregledom domače in tuje strokovne literature. Iskanje

je potekalo v podatkovnih bazah Web of Science, ScienceDirect, PubMed in ProQuest, s pomočjo besed v angleškem jeziku. Za sikanje in pregled člankov o obstoječih teorijah smo kot ključne besede uporabili telemedicine, pediatric, emergency, nursing, theory. Končni iskalni niz s pomočjo Boolovih logičnih operatorjev se je glasil: telemedicine AND pediatric AND emergency AND nursing AND theory. Iskanje literature za opis analizo in vrednotenje teorije je potekalo s pomočjo ključnih besed nursing theories, deliberative nursing process, Ida Jean Orlando, končni iskalni niz s pomočjo Boolovih logičnih operatorjev se je glasil: »deliberative nursing process« AND »Ida Jean Orlando« OR Orlando AND theory. Za analizo izbranega koncepta zdravstvena nega pa smo uporabili ključne besede nursing, concept, deliberative in process in Boolove logične operatorje deliberative AND nursing AND process AND concept.

3 Rezultati

3.1 Pregled in analiza obstoječih teorij

S pomočjo iskalnega niza smo v PubMed-u dobili 2 zadetka, ProQuest-u 1,401 zadetkov, v Web of Science 1 zadelek in v ScienceDirect-u 46 zadetkov (Tabela 1). Kot vključitvene kriterije samo upoštevali raziskovalne članke (kvantitativne, kvalitativne in raziskave mešanih metod), ki so vključevali učinkovito oz. kakovostno izvajanje deliberativnega procesa, ter članke, ki niso starejši od deset let v slovenskem ali angleškem jeziku. Med izključitvene kriterije pa smo upoštevali tiste članke, ki ne vključujejo koncepta deliberativnega procesa zdravstvene nege oz. kakovostnega izvajanja deliberativnega procesa zdravstvene nege.

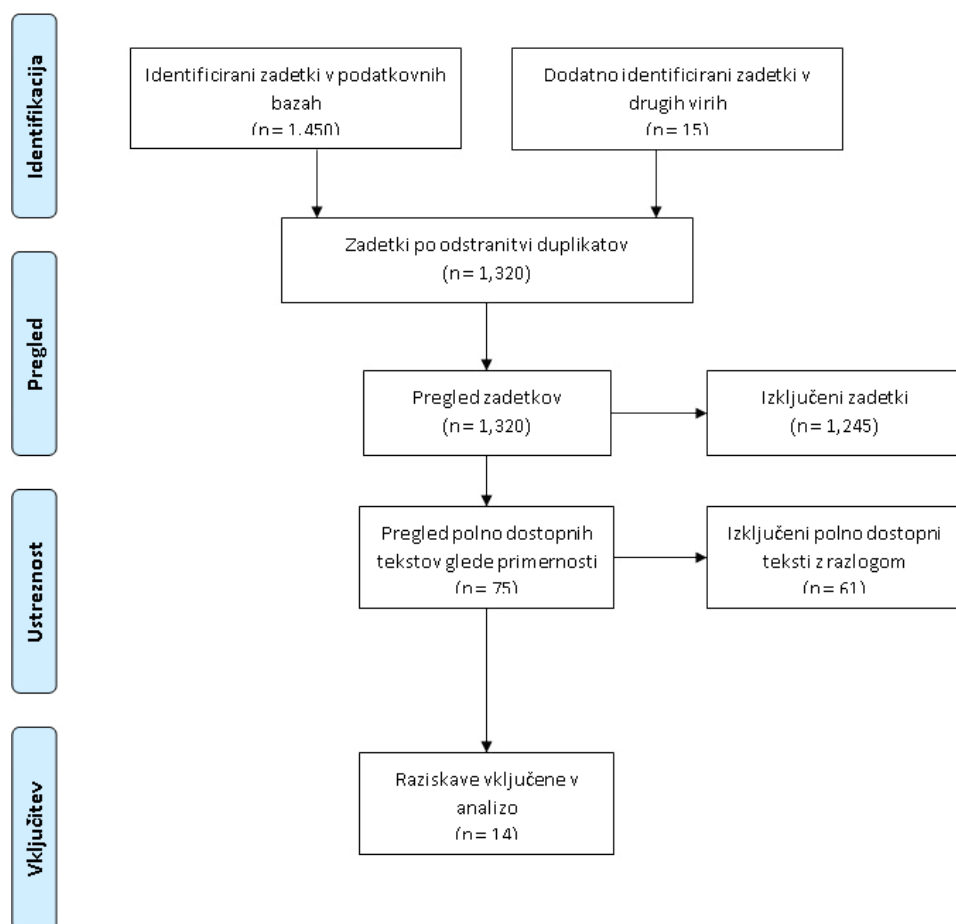
Tabela 1: Iskanje znanstvene in strokovne literature z iskalnim nizom v različnih podatkovnih bazah

Podatkovna baza	Ključne besede in sopomenke z Boolovimi operatorji	Uporabljeni limiti	Zadetki	Datum
PubMed	telemedicine AND pediatric AND emergency AND nursing AND theory	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; Časovni okvir: od 2011 do marec 2021	2	1.3. 2021
ProQuest	telemedicine AND pediatric AND emergency AND nursing AND theory	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	1,401	1.3. 2021
ScienceDirect	telemedicine AND pediatric AND emergency AND nursing AND theory	Jezik angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	46	1.3. 2021
Web of Science	telemedicine AND pediatric AND emergency AND nursing AND theory	Jezik: Angleščina in/ali slovenščina; Vrsta člankov: raziskovalni članki; Časovni okvir: od 2011 do marec 2021	1	1.3. 2021
Skupaj zadetkov			1,450	

© Kmetec (2020)

Od zadetkov iz podatkovnih baz ($n = 1,450$) in 15 zadetkov iz drugih baz smo odstranili s pomočjo programa Mendeley 145 duplikatov. V naslednjem koraku smo začeli brati ($n = 1,320$) naslove in povzetke člankov in na podlagi vključitvenih kriterijev smo dobili 75 zadetkov. Nato smo začeli preostanek člankov ($n = 75$) brati v celoti ter ob upoštevanju

vkjučitvenih kriterijev izključili 61 člankov. Na podlagi sistematičnega pregleda znanstvenih in strokovnih člankov smo tako v končno analizo vključili 14 člankov.



Slika 1: Potek iskanja znanstvene in strokovne literature po Prisma flow diagramu (Moher, et al., 2009)

3.2 Opis analiza in vrednotenje teorije Ide Jean orlando

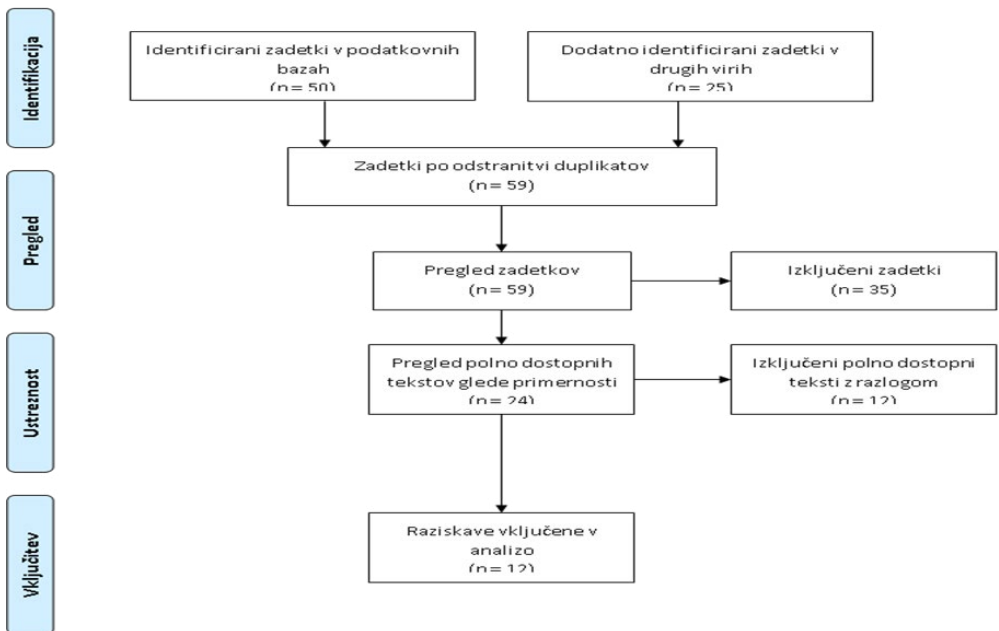
S pomočjo iskalnega niza smo pridobili naslednje število zadetkov: v PubMed-u 1 zadetke v ProQuest 45 zadetkov, v Web of Science 0 zadetkov in v ScienceDirect-u 4 zadetkov (Tabela 2). Kot vključitvene kriterije samo upoštevali raziskovalne članke (kvantitativne, kvalitativne in raziskave mešanih metod), ki so vključevali učinkovito oz. kakovostno izvajanje deliberativnega procesa, ter članke, ki niso starejši od desetih let v angleškem jeziku. Med izključitvene kriterije pa smo upoštevali vse tiste članke, ki ne vključujejo koncepta deliberativnega procesa zdravstvene nege Ide Jean Orlando, so starejši od deset let.

Tabela 2: Iskanje znanstvene in strokovne literature z iskalnim nizom v različnih podatkovnih bazah

Podatkovna baza	Ključne besede in sopomenke z Boolovimi operatorji	Uporabljeni limiti	Zadetki	Datum
PubMed	»deliberative nursing process« AND (»Ida Jean Orlando« OR Orlando) AND theory	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	1	12.12.2020
ProQuest	»deliberative nursing process« AND (»Ida Jean Orlando« OR Orlando) AND theory	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	45	12.12.2020
ScienceDirect	»deliberative nursing process« AND (»Ida Jean Orlando« OR Orlando) AND theory	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	4	12.12.2020
Web of Science	»deliberative nursing process« AND (»Ida Jean Orlando« OR Orlando) AND theory	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	0	12.12.2020
Skupaj zadetkov			50	

© Kmetec (2020)

Od zadetkov iz podatkovnih baz ($n = 50$) in 25 zadetkov iz drugih baz smo s pomočjo programa Mendeley odstranili 16 duplikatov. V naslednjem koraku smo začeli brati ($n = 59$) naslove in povzetke člankov in na podlagi vključitvenih kriterijev dobili 24 zadetkov. Nato smo začeli preostanek člankov ($n = 24$) brati v celoti ter ob upoštevanju vključitvenih kriterijev izključili 12 člankov. Na podlagi sistematičnega pregleda znanstvenih in strokovnih člankov smo v končno analizo vključili 12 člankov. Potek iskanja znanstvene in strokovne literature v elektronskih podatkovnih bazah je prikazan pod Sliko 2.



Slika 2: Potek iskanja znanstvene in strokovne literature po Prisma flow diagramu (Moher, et al., 2009)

Opis, analiza in vrednotenje teorije je potekalo po modelu avtorice Pajnkihar (2013). Po tem modelu smo, kot prvi korak teorijo opisali, vključno z opisom avtorice teorije. V drugem koraku smo koncepte teorije analizirali ter nato analizirali samo teorijo. V tretjem koraku smo teorijo evalvirali, pri čemer smo predstavili tudi, kako je predstavljena teorija uporabna. V četrtem in zaključnem koraku smo predstavili oz. identificirali zaznane pomanjkljivosti teorije.

3.3 Analiza izbranega koncepta - zdravstvena nega

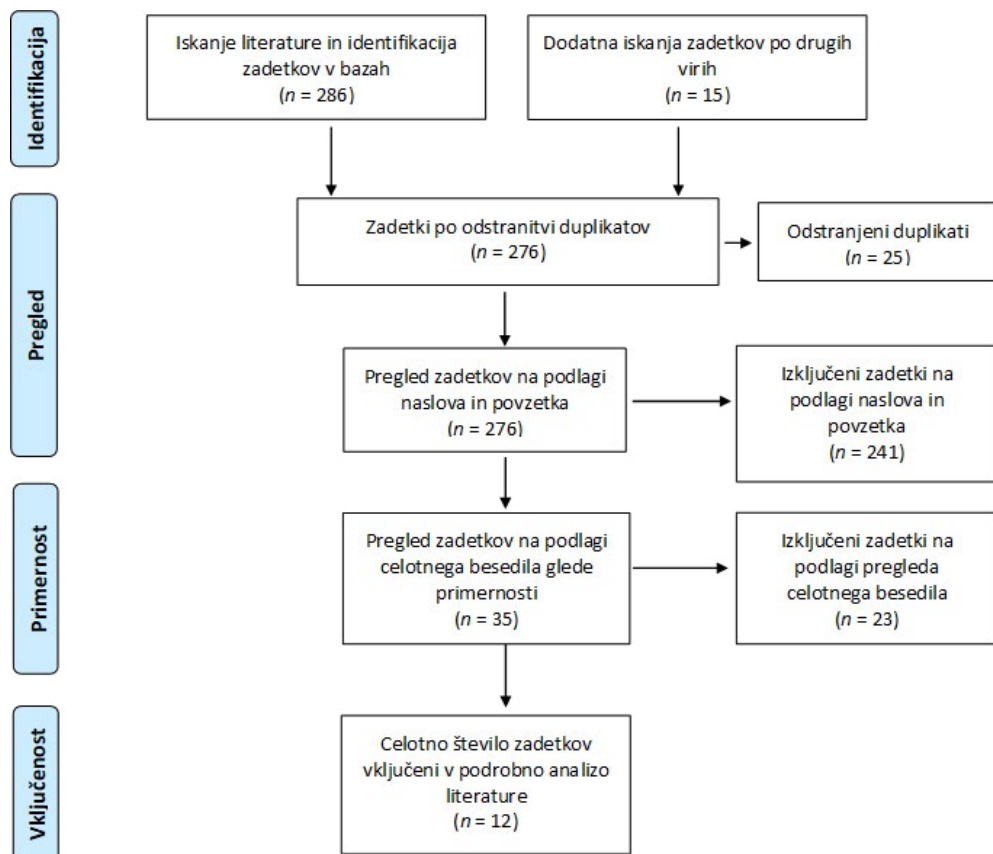
S pomočjo iskalnega niza smo pridobili naslednje število zadetkov: v PubMed-u 7 zadetke v Web of Science 2 zadetkov in v ScienceDirect-u 277 zadetkov (Tabela 3).

Tabela 3: Iskanje znanstvene in strokovne literature z iskalnim nizom v različnih podatkovnih bazah

Podatkovna baza	Ključne besede in sopomenke z Boolovimi operatorji	Uporabljeni limiti	Zadetki	Datum
PubMed	(deliberative AND nursing AND process AND concept)	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	7	1.3. 2020
ScienceDirect	(deliberative AND nursing AND process AND concept)	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	277	1.3. 2021
Web of Science	(deliberative AND nursing AND process AND concept)	Jezik: angleščina; vrsta člankov: raziskovalni članki; časovni okvir: od 2011 do marec 2021	2	1.3. 2021
Skupaj zadetkov			286	

© Kmetec (2020)

Od zadetkov iz podatkovnih baz ($n = 286$) in 15 zadetkov iz drugih baz smo odstranili s pomočjo programa Mendeley 25 duplikatov. V naslednjem koraku smo začeli brati ($n = 276$) naslove in povzetke člankov in na podlagi vključitvenih kriterijev smo dobili 35 zadetkov. Nato smo začeli preostanek člankov ($n = 35$) brati v celoti ter ob upoštevanju vključitvenih kriterijev izključili 23 člankov. Na podlagi sistematičnega pregleda znanstvenih in strokovnih člankov smo v končno analizo vključili 12 člankov. Potek iskanja znanstvene in strokovne literature v elektronskih podatkovnih bazah je prikazan pod Tabelo 3.



Slika 3: Potek iskanja znanstvene in strokovne literature po Prisma flow diagramu (Moher, et al., 2009)

Za analizo koncepta smo uporabili postopek kvantitativne analize, ki ga opisujeta Cutcliffe & McKenna (2005). Postopek je sestavljen iz devetih korakov: izbira koncepta, razjasnitev, zakaj je analiza potrebna, identifikacija uporabe koncepta, določitev definiranih atributov, identifikacija modela primera, identifikacija alternativnih primerov, identifikacija predhodnika in posledic, upoštevanje vsebin in vrednot ter identifikacija empiričnih kazalnikov.

4 Razprava

Ida J. Orlando govori o zdravstveni negi, kot o edinstveni in samostojni skrbi glede potrebe posameznika po pomoči v neposredni situaciji (Gonzalo, 2019). Naloga nujne zdravstvene nege je organizacijsko načelo, to pomeni, da mora ugotoviti in zadovoljiti bolnikove takojšnje potrebe po pomoči (Curtis, et al., 2009). Da jasen pristop k teoriji zdravstvene nege, usmerjene k pacientom. Povečuje integriteto individualizirane zdravstvene nege, kar krepi vlogo medicinske sestre kot (samostojne) zagovornice pacienta. Osredotočena je na postopek oskrbe v neposredni izkušnji in se ukvarja z zagotavljanjem neposredne pomoči pacientu v katerem koli okolju, v katerem se znajde, da bi se izognil, razbremenil, zmanjšal ali pozdravil občutek nemoči (Griffin, 2010). Teorija ide J. Orlando označuje namen zdravstvene nege za zagotavljanje pomoči pacientom, ki jo potrebujejo za svoje potrebe. To pomeni, če ima bolnik takojšnjo potrebo po pomoči, medicinska sestra pa to odkrije in izpolni

(Orlandos Deliberative Nursing Process Model, 2018), je bil namen zdravstvene nege dosežen, kar je zelo dobro teoretično izhodišče za telemedicino. Pri telemedicini gre za postopek izmenjave medicinskih informacij med dvema lokacijama s pomočjo elektronskih komunikacij in s skupnim ciljem izboljšati zdravstveno stanje pacienta (Chandler, et al., 2020). Pacient je pri tej obliki zdravljenja zanesljivo aktiven in enakovreden partner, kar seveda lahko tudi poveča zavzetost za zdravljenje in s tem tudi izide zdravljenja.

Interaktivno komuniciranje, katerega prinaša telemedicina, ne omogoča le dajanja navodil, temveč tudi subjektivno in objektivno spremljanje pacienta in učinkov zdravljenja (Buonsenso, 2020; Burke & Hall, 2015). Po tej teoriji medicinska sestra s pomočjo interakcije s pacientom ugotavlja pacientove potrebe po pomoči oz. v našem primeru potrebe po nujni medicinski pomoči. Pri tem se ocenjevanje pacientovih potreb po nujni medicinski pomoči izvaja z neposrednim opazovanjem preko video konference in z uporabo strukturiranega intervjuja in triažne sheme za telefonsko triažo ter posrednega opazovanja stanja pacienta v obliki zaznavanja sprememb pacientovega izgleda in vedenja (Orlandos Deliberative Nursing Process Model, 2018). Ob prepoznanih dejanskih potrebah pacienta se na podlagi posvetovalnih kliničnih protokolov izvede vse potrebne aktivnosti zdravstvene nege, katerih cilj je pomagati pacientu doseči izboljšanje ali ohranitev zdravstvenega stanja. Pri tem se v primeru akutnega stanja zagotovi neposredna pomoč s svetovanjem preko videokonference in usmeritve pacienta v najbližjo ustanovo, ki zagotavlja pediatrično NMP. V primeru zdravstvenega stanja pacienta, ki ne potrebuje pediatrične nujne medicinske pomoči ali je bila ta zagotovljena že s svetovanjem preko videokonference se pacientu pomoč zagotavlja v posredni obliki. Zadnji dve aktivnosti koncepta metodologija prakse zdravstvene nege po Orlandovi teoriji poročanje in evidentiranje sta že danes sestavni del procesa izvajanja tako pred bolnišnične, kot bolnišnične NMP oz. pediatrične NMP tako, da je s tem primernost uporabe te teorije za telekonzultacije v pediatrični NMP toliko večja.

Literatura

- Barret, D., 2017. Rethinking presence: a grounded theory of nurses and teleconsultation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20); pp. 3088-3098.
- Berry, A., Brousseau, D. & Brotanek, M.J., 2008. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambulatory Pediatrics*, 8(6), pp. 360-370.
- Buonsenso, D., Valentini, P., Moscato, U., et al., 2020. A pediatric strategy for the next phase of the SARS-CoV-2 pandemic. *Frontiers in Pediatrics*, 8(5); pp. 1-5.
- Chandler, A.L., Beavers, J.C. & Hall, R.W., 2020. Telemedicine in pediatrics: possibilities and pitfalls. *Pediatrics in Review*, 41(7); pp. 376-378.
- Curtis, K., Murphy, M., Hoy, S., et al., 2009. The emergency nursing assessment process – A structured framework for a systematic approach. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12; pp. 130-136.
- Cutcliffe, J.R. & McKenna, H.P., 2005. *The essential concepts of nursing: building blocks for practice*. New York: Churchill Livingstone, pp. 1-15.
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S., 2013. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3rd ed. Philadelphia: FA Davis.
- Garcia, T.C., Bernstein, A.B. & Bush, M.A., 2010. Emergency department visitors and visits: who used the emergency room in 2007? *National Center for Health Statistics Data Briefs*, 38; pp. 1-8.
- Gonzalo, A., 2019. *Ida Jean Orlando: Deliberative Nursing Process Theory*. [Online] Available at: <https://nurseslabs.com/ida-jean-orlandos-deliberative-nursing-process-theory/#nursing> [Accessed 16. 1. 2021].
- Griffin, M., 2010. Care planning in the emergency department. *International Emergency Nursing*, (18); pp. 67- 75.
- Haimi, M., Brammli-Greenberg, S., Baron-Epel, O., et al., 2020. Assessing patient safety in a pediatric telemedicine setting: a multi-methods study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(63); pp. 2-14.

- Johnson, B.M. & Webber, P.B., 2010. Critiquing Theory. In: B.M. Johnson & P.B. Webber, eds. *An Introduction to theory and reasoning in nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins.
- Lubrano, R., et al. 2020. Point of view of the Italians pediatric scientific societies about the pediatric care during the COVID-19 lockdown: what has changed and future prospects for restarting. *Italian Journal of Pediatrics*, 46, p. 142 – 146.
- Mattisson, M., Johnson, C., Börjeson, S., et al., 2019. Development and content validation of the Telenursing Interaction and Satisfaction Questionnaire (TISQ). *Health Expectations*, 22(6); pp. 1213-1222.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., et al., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7).
- Murren-Boezem, J., Solo-Josephson, P. & M. Zettler-Greeley, C.M., 2020. *On-demand, virtual health care during COVID-19: clinician redeployment and telemedicine utilization in a children's health system*. Telemedicine and e-Health. [pdf] Available at: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/TMJ.2020.0461> [Accessed 3 March 2021].
- Orlandos Deliberative Nursing Process Model, 2018. [Online] Available at: <https://nursinganswers.net/essays/orlandos-deliberative-nursing-process-model-nursing-essay.php?vref=1> [Accessed 2 March 2021].
- Orlando's Theory of the Deliberative Nursing Process. 2018. [Online] Available at: <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/orlandos-theory-of-the-deliberative-nursing-process/> [Accessed 2 March 2021].
- Pajnikhar, M., 2013. *Teorije, koncepti in praksa zdravstvene nege*. [zbrano učno gradivo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 2020. Uradni list RS, št. 70 – neuradno prečiščeno besedilo 4/20. [Online] Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/1996-01-3831?sop=1996-01-3831> [Accessed 1 March 2021].
- Rehar, M., 2019. *Analiza obravnav bolnikov v Pediatričnem urgentnem centru Splošne bolnišnice Celje: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Siew, L., Hsiao, A., McCarthy, P., Agarwal, A., Lee, E. & Chen, L., 2016. Reliability of telemedicine in the assessment of seriously ill children. *Pediatrics*, 137(3); pp. 1-8.

Neenakosti v (duševnem) zdravju med mladostniki v Sloveniji 2002 – 2018

Inequalities in (mental) health among adolescents in Slovenia 2002 – 2018

dr. Helena Jeriček Klanšček⁷⁹
mag. Tina Zupanič⁸⁰

Izvleček

Teoretična izhodišča: Posledice neenakosti v (duševnem) zdravju so za otroke in mladostnike v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami največje in jih zaznamujejo za celo življenje. Namen prispevka je bil raziskati neenakosti v (duševnem) zdravju med skupinama mladostnikov z nadpovprečno in podpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem v Sloveniji.

Metoda: V raziskavi so bili uporabljeni podatki mednarodne presečne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju iz leta 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018, na vzorcu všolanih 11-, 13- in 15-letnikov ($n_{2002} = 4514$; $n_{2006} = 5130$; $n_{2010} = 5436$; $n_{2014} = 4997$; $n_{2018} = 5667$). Podatki so bili analizirani s programom SPSS 25. Uporabljeni so bili χ^2 -test, z-test, enosmerna analiza variance, Cochran-Armitage test trenda. Za raven značilnosti je bila vzeta vrednost $p \leq 0,05$. Izračunana je bila absolutna razlika v prevalenci (vrzel) in pripisljiv delež populacije.

Rezultati: Mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem doživljajo manj psihosomatskih simptomov, so manj pod stresom zaradi šole, imajo manj težav v duševnem zdravju, so v manjšem deležu žrtev trpinčenja, boljše ocenjujejo svoje zdravje in zadovoljstvo ($p \leq 0,05$). Izračun populaciji pripisljivega deleža (PAF) iz leta 2018 pokaže, da bi bilo pri mladostnikih, če bi vsi podali ocene kot v skupini z nadpovprečnim družinskim blagostanjem: doživljanje klinično pomembnih težav za 27,9 % nižje, odlično ocenjeno zdravje za 13,5 % višje, doživljanje stresa zaradi šole in tedensko doživljanje vsaj dveh psihosomatskih simptomov za več kot 10 % nižje.

Razprava: Ugotovitve se skladajo s tujimi raziskavami. Zmanjševanje neenakosti je ključno za omogočanje bolj zdravega mladostništva in za zmanjševanje neenakosti pri odraslih.

Ključne besede: vrzeli, družinsko blagostanje, samoocena zdravja, zadovoljstvo z življenjem

Abstract

Introduction: The consequences of inequalities in (mental) health are the greatest for children and adolescents compared to other age groups and mark them for a lifetime. The purpose of this paper was to investigate inequalities in mental health between groups of adolescents with above-average and below-average assessed family well-being in Slovenia.

Methods: Data of the international quantitative cross-sectional survey Health behavior in school-aged children (HBSC 2002, 2006, 2010, 2014, and 2018), on a sample of 11-, 13-, and 15-year-olds was used ($n_{2002} = 4514$; $n_{2006} = 5130$; $n_{2010} = 5436$; $n_{2014} = 4997$; $n_{2018} = 5667$). Data were analyzed with the SPSS 25 program. χ^2 -test, z-test, one-way analysis of variance, and Cochran-Armitage trend test was applied. The value of $p \leq 0,05$ was taken for the level of statistical significance. The absolute difference in prevalence (gap) and the attributable proportion of the population was calculated.

Results: Adolescents with above-average rated family well-being experienced fewer psychosomatic symptoms, were less stressed by school, had fewer mental problems, have been bullied less, and assessed their health and life satisfaction better ($p \leq 0,05$). A calculation of the population attributable fraction (PAF) in the year 2018 shows that in adolescents if all gave ratings as in the group with above-average family well-being clinically important mental problems would be 27.9 % lower and excellent self-rated health would be 13.5 % higher. Weekly experience of 2 psychosomatic symptoms and school stress would be more than 10 % lower.

Discussion: The findings are consistent with foreign research. Reducing inequality is key to enabling healthier adolescence as well as reducing inequalities in adult mental health.

Keywords: gaps, family well-being, self-rated health, life satisfaction

⁷⁹ doc. dr. Helena Jeriček Klanšček, Nacionalni inštitut za javno zdravje, helena.jericek@nizj.si

⁸⁰ mag. Tina Zupanič, Nacionalni inštitut za javno zdravje

1 Teoretična izhodišča

Mladostniki, ki odraščajo v socialno in materialno deprivilegiranih družinah so bolj izpostavljeni slabšemu duševnemu zdravju kot tisti, ki prihajajo iz socialno in materialno privilegiranih družin (Rajmil, et al., 2014; Quon & McGrath, 2014; Inchley, et al., 2016; Weinberg, et al., 2019; Holstein, et al., 2020). Posledice neenakosti v (duševnem) zdravju so za otroke in mladostnike v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami največje in jih lahko zaznamujejo ter prikrajšajo za vse življenje (Due, et al., 2011; Reiss, 2013). Neenakosti ne vplivajo samo na slabše (duševno) zdravje in počutje otrok in mladostnikov, ampak tudi na njihove sedanje in prihodnje slabše možnosti in priložnosti na poklicnem in akademskem področju, na slabši dostop do materialnih virov, na slabše psihosocialno delovanje in slabšo učinkovitost (Marmot, et al., 2012; Reiss, 2013; Quon & McGrath, 2014; Inchley, et al., 2016).

Namen prispevka je raziskati neenakosti v kazalnikih (duševnega) zdravja med skupino mladostnikov z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem in mladostnikov s podpovprečno ocenjenim blagostanjem v Sloveniji v letih 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018.

2 Metode

Raziskava temelji na kvantitativni raziskovalni paradigmi. V prispevku smo uporabili podatke, zbrane v okviru mednarodne presečne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju, izvedene v letih 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018. Zanimale so nas razlike v izbranih kazalnikih glede na ocenjeno družinsko blagostanje, in sicer med skupinami mladostnikov s samoocenjenim nadpovprečnim in podpovprečnim blagostanjem in ali so se razlike od leta 2002 do 2018 povečale.

2.1 Opis vprašalnika

Mednarodni vprašalnik (Inchley, et al., 2018) je zajemal raznolika področja. V skladu z raziskovalnim vprašanjem smo v analizi uporabili kazalnik samoocenjenega denarnega blagostanja družine (kako denarno gre tvoji družini: podpovprečno, povprečno ali nadpovprečno) in spremenljivke: samoocena zdravja (moje zdravje je odlično), zadovoljstvo z življenjem (povprečna vrednost na lestvici od 1 do 10), vsaj dva psihosomatska simptoma tedensko (od osmih psihosomatskih simptomov), stres zaradi šole (zaradi šole sem zelo pod pritiskom), žrtev trpinčenja (v zadnjih mesecih sem bil žrtev trpinčenja) ter vprašalnik Prednosti in slabosti (angl. *Strength and Difficulties Questionnaire*, SDQ), ki meri verjetnost klinično pomembnih težav v duševnem zdravju. Na podlagi odgovorov na postavke vprašalnika SDQ smo vprašane razdelili v 3 skupine, na tiste brez težav v duševnem zdravju, na tiste, ki so na meji in na tiste, pri katerih obstaja visoka verjetnost prisotnosti klinično pomembnih težav na področju duševnega zdravja. Nato smo bolj podrobno analizirali skupino s klinično pomembnimi težavami v duševnem zdravju.

2.2 Opis vzorca

V raziskavi HBSC je enoto vzorčenja vsa vključena leta predstavljal celoten razred učencev oziroma oddelek, in sicer 6. in 8. razred osnovne šole in 1. letnik srednje šole. Ciljna populacija raziskave so bili všolani 11-, 13- in 15-letniki. Uporabili smo dvostopenjsko stratificirano vzorčenje. Na prvi stopnji smo najprej vzorčili osnovne in srednje šole (6. in 8. razred ter 1. letnik), na drugi stopnji pa srednje šole še glede na program izobraževanja, ki

ga izvajajo (gimnazija, srednje tehniško ali drugo strokovno izobraževanje, srednje in nižje poklicno izobraževanje). V končni vzorec raziskave je bilo vključenih 4514 mladostnikov v letu 2002, 5130 v letu 2006, 5436 v letu 2010, 4997 v letu 2014 in 5667 mladostnikov v letu 2018.

2.3 Potek raziskave in obdelava podatkov

Izvedba anketiranja je potekala anonimno s pomočjo spletne ankete v februarju 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018. Pred pripravo končnega vprašalnika in izvedbo terenske faze raziskave smo izvedli še pilotno raziskavo. Podatki so bili analizirani s programom SPSS 25. Statistično značilnost razlik v deležih med različnimi demografskimi kategorijami smo preverjali z χ^2 -testom, z z-testom pa smo primerjali deleže med posameznimi pari demografskih kategorij (pri tem smo uporabili Bonferronijev popravek). Za analizo povprečij smo uporabili enosmerno analizo variance. Statistično značilnost sprememb neenakosti pri posameznih kazalnikih glede na subjektivno oceno denarnega blagostanja družine med leti 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018 smo ugotavljali s pomočjo Cochran-Armitage testa trenda. Za raven značilnosti smo vsakokrat vzeli vrednost $p \leq 0,05$. Za posamezne kazalnike smo izračunali tudi različne mere neenakosti, in sicer absolutno razliko v prevalenci (vrzel) in pripisljiv delež populacije (ang. *population attributable fraction*, PAF).

3 Rezultati

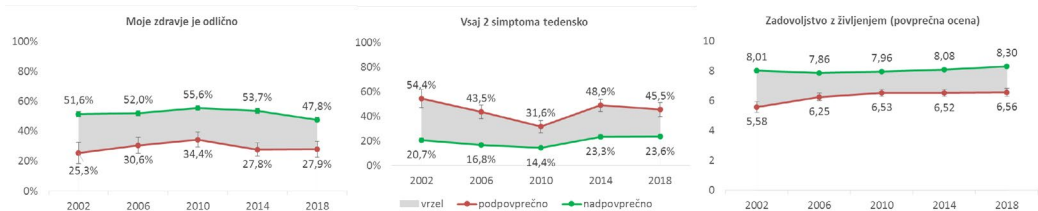
Mladostniki z nadpovprečno ocenjenim družinskim blagostanjem (v primerjavi z mladostniki s podpovprečno ocenjenim blagostanjem) doživljajo manj psihosomatskih simptomov, so manj pod stresom zaradi šole, imajo manj klinično pomembnih težav v duševnem zdravju, so bili v manjšem deležu žrtve trpinčenja, boljše ocenjujejo svoje zdravje in zadovoljstvo. Razlike so statistično značilne v vseh opazovanih letih pri vseh opazovanih kazalnikih ($p \leq 0,05$).

Vrzeli oz. razlike med skupinama mladostnikov z nad- in pod-povprečno ocenjenim blagostanjem v izbranih kazalnikih se od leta 2002 do 2018 večinoma niso povečale, temveč celo zmanjšale (Slika 1).

Največje vrzeli oz. razlike med nad in pod-povprečno skupino so pri odlično samooce-njenem zdravju in vsaj dveh psihosomatskih simptomih tedensko. Razlike se od leta 2002 do leta 2018 zmanjšujejo, a kljub temu ostajajo velike. Pri samooce-njenem zdravju leta 2018 je bila razlika 19,9 odstotnih točk, pri vsaj dveh psihosomatskih simptomih leta 2018 pa 21,9 odstotne točke (Slika 1 in Slika 2).



Slika 1: Vrzeli oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji, med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samooce-njenim blagostanjem, med 11-, 13-, 15-letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018 (Vir: HBSC, 2018)



Slika 2: Vrzel oz. razlike v odstotkih izbranih kazalnikov zdravja in razlike med povprečji, med tistimi z nadpovprečnim in podpovprečnim samoocenjenim blagostanjem med 11-, 13-, 15- letniki, v letih 2002, 2006 in 2010, 2014 in 2018 (Vir: HBSC, 2018).

Izračun populaciji pripisljivega deleža (PAF) v raziskavi iz leta 2018 pokaže, da bi bilo pri mladostnikih, če bi vsi podali ocene kot v skupini z nadpovprečno samoocenjenim blagostanjem:

- doživljanje klinično pomembnih težav na področju duševnega zdravja za 27,9 % nižje;
- doživljanje stresa zaradi šole za 14 % nižje;
- odlično ocenjeno zdravje za 13,5 % višje;
- tedensko doživljanje vsaj dveh psihosomatskih simptomov za 11,5 % nižje;
- doživljanje kot žrtev trpinčenja za 10,2 % nižje;
- zadovoljstvo z življenjem za 4,2 % višje.

4 Razprava

Ugotovitve pričujoče raziskave se skladajo z rezultati drugih držav (Reiss, 2013; Rajmil, et al., 2014; Quon & McGrath, 2014; Moor, et al., 2015; Weinberg, et al., 2019; Holstein, et al., 2020) in kažejo konsistentno slabše blagostanje, slabše duševno zdravje in nižje zadovoljstvo z življenjem otrok in mladostnikov iz materialno in socialno manj privilegiranih družin.

Za opažene (stabilne) razlike obstajajo različne razlage, ki se najverjetneje med seboj prepletajo in so verjetno deloma vezane tudi na spremenljivke, tipično značilne za posamezno socialno in kulturno okolje. Splošne razlage neenakosti pravijo, da imajo materialno in socialno bolj privilegirani posamezniki boljše življenjske pogoje, boljši dostop do nekaterih virov ter imajo v splošnem bolj zdrav življenjski slog (Moor, et al., 2014). Vplivi, preko katerih se socio-ekonomska raven kaže v zdravstvenih izidih vključujejo tudi različen dostop do psihosocialnih virov (Due, et al., 2011; Moor, et al., 2014). Velik vpliv naj bi imele nekatere posamezne spremenljivke, povezane z družinskim ozadjem, npr. odnosi s starši (posebno z očetom) ter šolski uspeh (Moor, et al., 2014), pri čemer imajo starši iz manj bogatih okolij navadno na voljo manj materialnih pa tudi psiholoških virov, kar ima posledično negativen vpliv na partnersko življenje, družinsko okolje in odnos med starši in otroci. Manjši razpon virov navadno tudi omejuje zmožnost in sposobnost staršev pri podpori otroka v šolskem okolju, kar se posledično lahko kaže v slabšem učnem uspehu, nižjem zadovoljstvu s šolo ter višjem subjektivno zaznanem stresu zaradi šole.

Na nizozemskem vzorcu (Weinberg, et al., 2019) se je na podatkih zbranih v okviru iste raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju pokazalo, da sta imela v letih od 2001 do 2017 nizko subjektivno ocenjeno denarno blagostanje družine otrok in mladostnikov ter njihova stopnja izobrazbe majhne in neodvisne povezave z duševnim zdravjem; neodvisne povezave s SES-om staršev (vključujoč materialne dobrine, kot so avtomobil,

računalnik in lastna spalnica ter pogostost potovanja) pa so bile zanemarljive. Poleg tega je pri večini upoštevanih duševnih težav visoko subjektivno ocenjeno denarno blagostanje otrok in mladostnikov nekoliko zaviralo negativno povezanost med starševskim SES-om in duševnimi težavami otrok in mladostnikov.

V splošnem je v raziskavah (Elgar, et al., 2015; Rathmann, et al., 2015) opazen trend, da se socialna neenakost v subjektivnih ocenah zdravja in blagostanja veča z večanjem ekonomskih neenakosti v skupnosti. Višja dohodkovna neenakost se povezuje z višjo neenakostjo v ocenah zadovoljstva z življenjem mladostnikov (Zaborskis, et al., 2018). Povezavo med SEP-om in blagostanjem ter duševnim zdravjem otrok in mladostnikov razlaga več mehanizmov, pri čemer se jih večina osredotoča na razlike v dostopnosti do materialnih in socialnih virov ter odziv na revščino tako pri otrocih kot njihovih starših (Zaborskis & Grincaite, 2018).

Prav tako se opažanja o stabilnosti vrzeli med obema skupinama od leta 2002 do 2018 na slovenskem vzorcu skladajo s stabilnostjo razlik v ocenah zadovoljstva z življenjem na danskem vzorcu med leti 2002 in 2018 (Holstein, et al., 2020), ocenah psihosomatskih težav in duševnega zdravja na nizozemskem vzorcu med leti 2001 in 2017 (Weinberg, et al., 2019) ter ocenah duševnih težav v češkem vzorcu med leti 2002 in 2018 (Cosma, et al., 2020). Stabilnosti vrzeli med različno privilegiranimi skupinami tako ostajajo v tem časovnem obdobju v precejšnjem deležu vključenih držav večinoma enake.

Raziskave stabilnost vrzeli (tj. ohranjanja razlik med skupinama z različno ocenjenim družinskim blagostanjem tekom zadnjih desetletij) večinoma razlagajo s pomanjkljivo aplikacijo učinkovitih intervenc in ukrepov, ki bi te razlike zmanjševale. Pomanjkanje sprememb v razlikah v letih kljub socialnim spremembam v nekaterih državah (Moor, et al., 2015; Weinberg, et al., 2019) nakazuje, da so viri razlik očitno globlji in vezani na širši spekter vplivov.

Mednarodne raziskave kažejo (Zaborskis & Grincaite, 2018), da opažene razlike v blagostanju in ocenah zdravja med bolj in manj materialno privilegiranimi otroci in mladostniki precej variirajo tudi glede na spol in starost posameznikov, kar odpira poglobljen vpogled v opažene vire neenakosti ter usmerja raziskovanje v upoštevanje širšega spektra spremenljivk, ki lahko potencialno spodbujajo ali manjšajo razlike, ki so posledica materialne in socialne neenakosti.

Mednarodne primerjave (Moor, et al., 2015), ki vključujejo evropski ter severno ameriški prostor, poročajo o rahlem splošnem povečanju socialne neenakosti v zadovoljstvu z življenjem ter psihosomatskih simptomih med leti 1994 in 2010, s poudarkom največjih opaženih razlik v letu 2002. Pri tem prihaja med državami do razlik, ki zahtevajo podrobnejše, na posamezno državo vezane študije.

5 Zaključek

Boljše razumevanje neenakosti v zdravju in vedenj povezanih z zdravjem med mladostniki v Sloveniji nam omogoča prepoznati povezave in tudi načine vzpostavljanja ter ohranjanja neenakosti v zdravju med odraslimi ter možne načine ukrepanja. Pri otrocih in mladostnikih moramo biti usmerjeni ne le v zmanjševanje, ampak predvsem v preprečevanje neenakosti na vseh ravneh. Ključnega pomena so sistemski ukrepi, ki so usmerjeni na celotno populacijo, še posebej pa na starše, bodoče starše, otroke in mladostnike ter ranljivejšo podskupine znotraj naštetih skupin. Učinkoviti ukrepi morajo vsem zagotavljati in omogočati enake pogoje in izbire za razvoj vseh potencialov, učinkovito spoprijemanje s stresorji, zdrav življenjski slog, dostop do izobraževanja, socialnega in zdravstvenega varstva.

Literatura

- Cosma, A., Költő, A., Badura, P., Winkler, P. & Kalman, M., 2020. Time trends in adolescent mental well-being in Czechia between 2002 and 2018: Gender, age and socio-economic differences. *Research Square*; pp. 1-8.
- Due, P., Krølner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H. & Holstein, B.E., 2011. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6); pp. 62-78.
- Elgar, F.J., Pförtner, T.K., Moor, L., De Clercq, B. Stevens, G.W. & Currie, C., 2015. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: A time-series analysis of 34 countries participating in the Health behavior in school-aged children study. *The Lancet*, 385(9982); pp. 2088-2095.
- Holstein, B.E., Damsgaard, T., Madsen, K.R. & Rasmussen, M., 2020. Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002–2018. *Children and Youth Services Review*, 116(1); pp. 1-5.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. & Barnekow, V., eds., 2016. *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey; Health Policy for Children and Adolescents, No. 7*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C. & Arnarsson, A.M., eds., 2018. *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health behaviour in school-aged children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. & Goldblatt, P., 2012. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846); pp. 1011–1029.
- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., Elgar, F.J. & Pförtner, T.K., 2015. Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC Study. *European Journal of Public Health*, 25(2); pp. 57-60.
- Moor, I., Rathmann, K., Stronks, K., Levin, K., Spallek, J. & Richter, M., 2014. Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: A multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(10); pp. 912-921.
- Rajmil, L., Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M. & Alonso, J., 2014. Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *International Journal of Public Health*, 59(1); pp. 95-105.
- Rathmann, K., Ottova, V., Hurrelmann, K., de Looze, M., Levin, K., Molcho, M., Elgar, F., Gabhainn, S.N., van Dijk, J.P. & Richter, M., 2015. Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas*, 80(4); pp. 414-420.
- Reiss, F., 2013. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science and Medicine*, 90(1); pp. 24-31.
- Quon, E.C. & McGrath, J.J., 2014. Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(5); pp. 433-447.
- Weinberg, D., Stevens, G.W.J.M., Duinhof, E.L. & Finkenauer, C., 2019. Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands 2001–2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19); pp. 3605-3623.
- Zaborskis, A. & Grincaite, M., 2018. Gender and age differences in social inequality on adolescent life satisfaction: A comparative analysis of health behavior data from 41 countries. *Journal of Environmental and Public Health*, 15(7); pp. 1297-1308.
- Zaborskis, A., Grincaite, M., Lenzi, M., Tesler, R., Moreno-Maldonado, C. & Mazur, J., 2018. Social inequality in adolescent life satisfaction: Comparison of measure approaches and correlation with macro-level indices in 41 countries. *Social Indicators Research*, 141(3); pp. 1055-1079.

Izkušnje in doživljanje nasilja zaposlenih v izbranem zdravstvenem domu

Experiences of violence in the selected health center

Marija-Lara Schnabl⁸¹
mag. Jožica Ramšak Pajk⁸²

Izvleček

Teoretična izhodišča: Zaposleni v zdravstveni negi so vsakodnevno v stiku s pacienti in njihovimi svojci, zato so tudi najbolj izpostavljeni nasilju. Nasilje nad zdravstvenimi delavci narašča, kljub temu da zdravstveni delavci ne prijavijo vseh nasilnih dejanj, ki jih doživijo. Nasilje v zdravstveni negi je nedopustno, saj slabo vpliva na zaposlene in posledično s tem ogroža kakovost zdravstvene oskrbe ter vodi do velike finančne izgube zdravstvenega sektorja.

Metoda: Za raziskavo je bil uporabljen kvalitativen raziskovalni pristop. Opravljeni so bili intervjuji s polstrukturnim vprašalnikom, ki ima pet odprtih vprašanj z odprtimi in zaprtimi podvprašanji ter demografski del. Intervjuvanih je bilo deset zaposlenih v izbranem zdravstvenem domu z različnih področij. Za namen analize pridobljenega teksta je bila uporabljena vsebinska analiza.

Rezultati: Rezultat analize intervjujev je prikazal 5 podkategorij: vrste nasilja, intenziteta nasilja, povzročitelji nasilja, obramba proti nasilju in preprečevanje nasilja. Podkategorije so bile še podrobneje razčlenjene. Nasilje na delovnem mestu narašča, v porastu je predvsem verbalno nasilje, ki postaja vsakdanje. Zaposleni v primarnem zdravstvenem varstvu so vsakodnevno deležni žaljivk, groženj, povzdignjenega glasu in nespoštovanja. Želijo si, da bi imeli več izobraževanj na temo samoobrambe in tehnik komunikacije.

Razprava: Ugotavljamo, da se zaposleni v primarnem zdravstvenem varstvu soočajo predvsem z verbalnim nasiljem, pojav fizičnega nasilja pa je moč zaznati v urgentni in reševalni službi. Zaposleni nimajo dovolj znanja za preprečevanje nasilja, zato si želijo, da bi imeli več izobraževanj na to temo. Treba bi bilo spodbuditi zaposlene k prijavljanju nasilja, tudi verbalnega, da bi ga lahko začeli uspešno preprečevati.

Ključne besede: agresija, nasilje, medicinska sestra, ukrepi, preprečevanje

Abstract

Introduction: Nursing professionals are in contact with patients and their relatives daily. Therefore, they are most exposed to their violence. The problem of violence against healthcare providers is increasing although they do not report all cases of violence they experience. Violence against nursing staff is unacceptable. It has a negative influence on employees and is consequently detrimental to the quality of healthcare provision and leads to considerable financial losses in the healthcare sector.

Aims: The research thesis aimed to explore the experience and dealing with violence in the workplace among healthcare assistants and general care nurses employed in primary health care. Methods: A qualitative research design was employed. Interviews were conducted with a semi-structured questionnaire consisting of five open-ended questions together with open-ended and closed-ended supplementary questions and demographic questions. Ten employees in various fields of the selected health center were interviewed. The interviews were performed in workplaces and lasted approximately 15 minutes. Content analysis was conducted for text analysis.

Results: Results of the text analysis revealed five sub-categories: types of violence, the intensity of violence, perpetrators of violence, defense against violence, and violence prevention. The corresponding codes were added to sub-categories. The problem of violence in the workplace is getting worse, especially verbal abuse is increasing. It has recently been occurring daily. Workers in primary health care are exposed to insults, threats, speaking with a raised voice, and disrespect daily. They wish they were offered more pieces of training on self-defense and communication techniques.

Discussion: Our study showed that workers in primary healthcare face mostly verbal violence; the cases of physical violence are present in the emergency department and first aid services. Employees lack sufficient knowledge to prevent violence. Therefore, they wish to participate in safety and health training as part of a

⁸¹ Marija-Lara Schnabl, Zdravstveni dom Kamnik, lara.schnabl@gmail.com

⁸² mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred., Zdravstveni dom Ljubljana, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, jozicaramsakup@gmail.com

violence-prevention program. Healthcare workers should be encouraged to report cases of violence they are exposed to including verbal violence so that it could be successfully prevented.

Keywords: aggression, violence, nurse, measures, prevention

1 Uvod

Nasilje na delovnem mestu najdemo v vseh ustanovah, poklicih in izobraževalnih ali hierarhičnih ravneh, vendar pa je najbolj razširjeno v zdravstvenem varstvu (Burden, 2017). Povzročiteljev nasilja na delovnem mestu je več: nasilje med sodelavci, nasilje nadrejenega nad podrejenim, nasilje podrejenega nad nadrejenim, nasilje med delavci in njihovimi strankami. Nad zdravstvenimi delavci pa nasilje lahko izvajajo tudi svojci pacientov (Vessey, et al., 2010). Zaposleni v zdravstvu po vsem svetu so vsakodnevno izpostavljeni visokemu tveganju za nasilje. V zadnjih letih nasilje nad zaposlenimi narašča, naraščajo pa tudi tragični izidi nasilja. Raziskave nam kažejo, da se največ nasilja med zaposlenimi v zdravstvu pojavi ravno nad delavci, ki so zaposleni v zdravstveni negi, saj so najpogostejše prvi v stiku s pacientom in z njim preživijo največ časa (Gabrovec, 2016). Podatki kažejo, da v svoji karieri od 8 % do 38 % zaposlenih v zdravstvu na določeni točki doživlja fizično nasilje. Velika večina je vsakodnevno izpostavljena verbalni agresiji. Povzročitelji nasilja so v veliki večini pacienti in obiskovalci (World Health Organization, n.d.). Primeri vključujejo verbalne grožnje ali fizične napade pacientov, moteče družinske člane, ki so lahko žaljivi, lahko postanejo tudi aktivni strelci, lahko pa je to domači spor, ki se preliva na delovno mesto ali v nasilje med sodelavci (Occupational Safety and Health Administration, 2015). Med kategorije najbolj ogroženih zaposlenih v zdravstvu spadajo tisti, ki delajo v enotah nujne medicinske pomoči, v psihiatričnih bolnišnicah, geriatričnih enotah ter enotah, ki so namenjene dolgemu bivanju (Gabrovec & Lobnikar, 2014). Eden pomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na doživljanje in zaznavanje nasilja, je delovno mesto, saj so obremenitve na delovnih mestih različne in so odvisne od nujnosti intervencij, zdravstvenega stanja pacientov, kadrovske situacije, delovnih pogojev, medosebnih odnosov in drugega. Diplomirane medicinske sestre in tiste, ki imajo višjo izobrazbo, so deležne manj nasilja kot srednje medicinske sestre, saj imajo slednje več telesnih stikov s pacientom (Košir, 2012). Statistika nam daje podatke o velikem odstotku poškodovanih v zdravstvu, ker pa 70 % nasilja in incidentov v zdravstvu ostaja neprijavljenih, je dejanski odstotek še večji (Stokowski, 2010; Gates, et al., 2011). Zdravstveno osebje mora biti sposobno prepoznati naraščajoče nasilno vedenje in poznati ustrezne posege, da bi preprečili ali zmanjšali vpliv morebitnega nasilnega vedenja (Burden, 2017). Le majhen delež žrtev poroča o nasilju v pisni obliki, saj so prepričani, da poročanje o incidentih ne bo nič spremenilo, zato morajo poklicna združenja in izobraževalni sistemi motivirati medicinske sestre za preprečevanje nasilja in jim podati, razložiti ustrezne ukrepe in protokole ter jih spodbujati, da jih uporabijo v primeru nasilnih dejanj (Kvas & Seljak, 2014). Velikokrat enako nasilno vedenje vrednotimo drugače, in sicer gledamo na to, nad kom je izvršeno. Policisti lahko napadalca za družbeno nesprejemljivo dejanje tudi kaznujejo, medtem ko medicinske sestre nasilje vzamejo in doživljajo kot del poklica in zato nasilja in nasilnih dogodkov niti ne prijavljajo (Magnavita, 2014). Pri obravnavi nasilja na delovnem mestu je ena izmed pomembnih lastnosti tudi spol, saj se nasilje pogosto povezuje z njim. Različnim vrstam nasilja naj bi bile bolj izpostavljene ženske, vendar raziskava med medicinskimi sestrami o izpostavljenosti nasilju razlik med spoloma ne potrjuje (Swain, et al., 2014).

Nasilje nad zaposlenimi v zdravstvu je nesprejemljivo, saj negativno vpliva na telesno blaginjo in motivacijo pri delu. Posledično to nasilje lahko ogroža kakovost zdravstvene

oskrbe in vodi do ogromne finančne izgube v zdravstvenem sektorju (World Health Organization, n.d.). Glede na pregledano in prebrano literaturo nasilje nad zdravstvenimi delavci predstavlja problem v tujini in tudi pri nas. V primarnem zdravstvenem varstvu je narejeno zelo malo raziskav na temo nasilja nad zaposlenimi. Pomembno je, da se nasilje na delovnem mestu raziskuje, se na to temo pišejo novi strokovni članki in se o njem zaposleni redno ozaveščajo, saj bomo le tako lahko prišli do boljšega znanja in uvida v nasilje, s katerim se srečujejo zdravstveni delavci.

2 Raziskovalna metodologija

Uporabili smo opisno kvalitativno raziskovalno metodologijo.

2.1 Cilji raziskave in raziskovalna vprašanja

- Cilj 1: ugotoviti mnenje zaposlenih o prisotnosti in vrstah nasilja v izbranem zdravstvenem domu.
- Cilj 2: ugotoviti povzročitelje nasilja nad zaposlenimi v izbranem zdravstvenem domu.
- Cilj 3: ugotoviti uporabnost ukrepov za preprečevanje in omilitev nasilja nad zaposlenimi v izbranem zdravstvenem domu.

Raziskovalno vprašanje 1: kakšno je mnenje zaposlenih v izbranem zdravstvenem domu o prisotnosti in vrstah nasilja?

Raziskovalno vprašanje 2: od koga zaposleni v izbranem zdravstvenem domu največkrat doživljajo nasilje?

Raziskovalno vprašanje 3: ali so ukrepi za preprečevanje in omilitev nasilja, ki jih uporabljajo zaposleni v izbranem zdravstvenem domu uporabni?

2.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Kot raziskovalni pristop smo uporabili kvalitativno metodologijo z uporabo polstrukturiranega vprašalnika z izvedbo individualnih intervjujev.

V teoretičnem in empiričnem delu smo podatke pridobili s pregledom strokovne literature v podatkovnih bazah Cobiss, Pubmed, Medline, Cinahl, Proquest in Google učenjak. Iskali smo pod ključnimi besedami: medicinska sestra, nasilje, toleranca do nasilja, izkušnje z nasiljem, ničelna toleranca, mobbing, health care, violence, tolerance to violence, workplace violence.

2.3 Opis merskega instrumenta

Podatke za našo raziskavo smo zbrali s pomočjo polstrukturiranega intervjuja, katerega smo opravili z zaposlenimi v zdravstvenem domu. Intervju je sestavljen iz odprtih vprašanj z odprtimi in zaprtimi podvprašanji. Pri sestavi vodilnih vprašanj intervjuja smo izhajali iz prebrane strokovne literature (Babnik, et al., 2012; Seljak & Kvas, 2012; Košir, 2012; Stevenson, et al., 2015; Bojić, et al., 2016).

Prvi del polstrukturiranega intervjuja je sestavljen iz demografskih podatkov (spol, starost, stopnja izobrazbe) in iz kratkega opisa delovnega mesta intervjuvanca. V drugem delu nas zanima splošen pogled na nasilje in na nasilje, ki se pojavlja na delovnem mestu

intervjuvanca. Zanimalo nas je, ali so se pri svojem poklicu že srečali z nasiljem, kako je dogodek potekal, kako so odreagirali nanj in s kom so se po dogodku lahko pogovorili. V tretjem delu so nas zanimali preventivni ukrepi, ki so bili narejeni v ustanovi, kjer so zaposleni, in predlogi intervjuvanih za izboljšave pri pristopanju k nasilju ter reševanju te problematike.

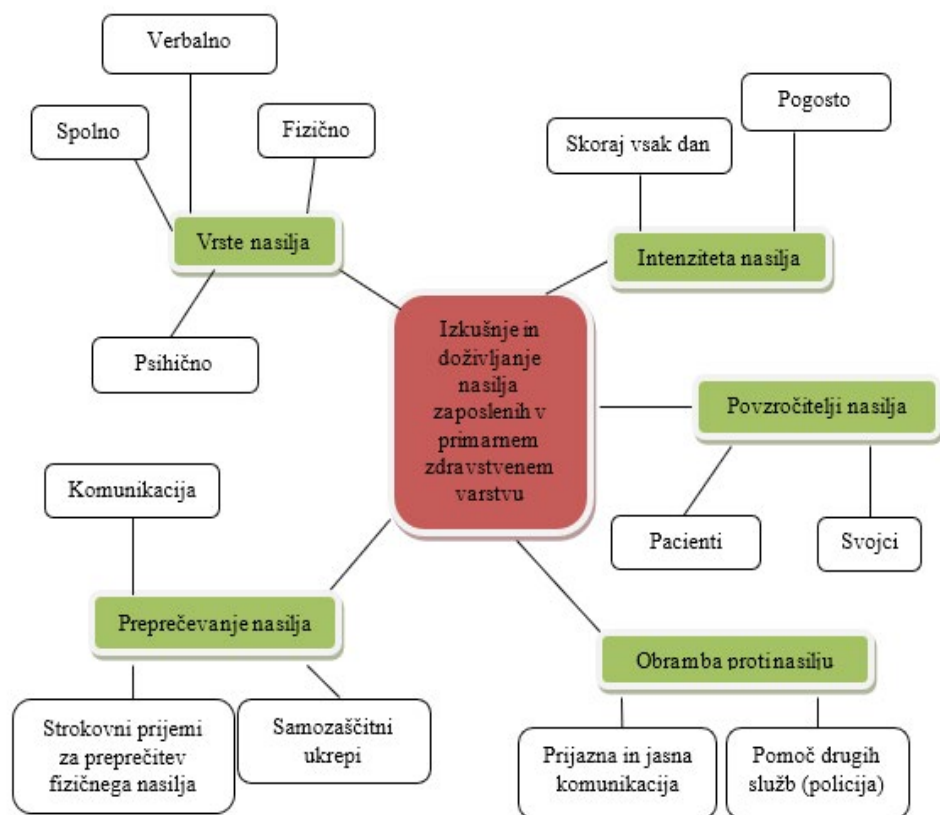
2.4 Opis vzorca

Uporabili smo namenski vzorec. K sodelovanju smo povabili zaposlene na različnih področjih izbranega zdravstvenega doma (urgentna dejavnost, ambulantna dejavnost, reševalna dejavnost in patronažna služba), ki so že bili deležni nasilja na delovnem mestu ter so bili pripravljeni svojo izkušnjo deliti z nami. Sodelovalo je 10 oseb, 6 žensk in 4 moški, stari 31 –53 let.

3 Rezultati

Kot rezultat analize vsebine smo prepoznali osrednjo kategorijo izkušnje in doživljanje nasilja zaposlenih v izbranem zdravstvenem domu in identificirali naslednje podkategorije, ki so:

- vrste nasilja, ki imajo 4 kode: psihično, spolno, verbalno in fizično nasilje;
- intenziteta nasilja, ki ima 2 kodi: skoraj vsak dan in pogosto;
- povzročitelji nasilja, ki ima 2 kodi: pacienti in svojci;
- obramba pred nasiljem, ki ima 2 kodi: prijazna in jasna komunikacija in pomoč drugih služb (policija).
- preprečevanje nasilja, ki ima 3 kode: komunikacija, samozaščitni ukrepi in strokovni prijemi za preprečitev fizičnega nasilja.



Slika 1: Osnovna kategorija s podkategorijami in pripadajočimi kodami, ki ponazarjajo izkušnje in doživljanje nasilja nad zaposlenimi v izbranem zdravstvenem domu

3.1 Vrste nasilja

V podkategoriji vrste nasilja prepoznamo kode, ki nam razkrivajo, katere vrste nasilja so prisotne na delovnih mestih zaposlenih v izbranem zdravstvenem domu. Pokažejo se nam štiri oblike, in sicer psihično, verbalno, fizično in spolno nasilje.

Psihično, verbalno nasilje

Intervjuvanci, ki so zaposleni v izbranem zdravstvenem domu, navajajo, da se srečujejo s psihičnim nasiljem, kamor spada tudi verbalno nasilje, ki ga doživljajo na terenu, v ambulantni in tudi preko telefona. Izvemo, da nestrpnost po telefonu narašča, saj je veliko verbalnega nasilja prisotnega v vsakodnevnih telefonskih pogovorih. Povedo, da ljudje povzdigujejo glas nad njimi, jih žalijo in včasih celo grozijo. Največkrat slišijo, zakaj se ne javijo, saj nimajo nobenega drugega dela. Podobne izkušnje opisujejo tudi zaposleni v ambulantah, kjer pacienti želijo doseči nekaj svojega, a jim to ne uspe, saj se zaposleni držijo pravil in protokolov in zato potem sledi val kritik na medicinske sestre. Tudi zdravniki nam povedo enake izkušnje, kot jih imajo medicinske sestre v ambulantah, pacienti želijo uveljaviti svoje želje, zdravniki ne popuščajo in pride do verbalnega napada na zdravnika. Deležni so raznih opazk, žaljivk in tudi groženj. Ekipe, ki delajo na terenu, torej medicinske sestre in zdravniki navajajo, da so ljudje na nujnih intervencijah velikokrat psihično agresivni že takoj na začetku intervencije. Vsi intervjuvanci navajajo, da so deležni raznih žaljivk, opazk ne toliko

na osebni ravni, bolj na splošno, saj so pacienti nezadovoljni z zdravstvenim sistemom in potem to nezadovoljstvo prenašajo na zaposlene v izbranem zdravstvenem domu.

MS1: *»/.../Največ izkušenj imam z nasiljem, z verbalnim nasiljem ... velikokrat nastopijo z agresijo že takoj na začetku .../.../«*

MS3: *»/.../Ljudje se velikokrat predvsem psihično in čustveno spravijo v bistvu na zdravstvene delavce... in tud jst sm se srečala že večkrat s psihično izkušnjo nasilja... pacienti začnejo z grožnjami, z upitjem, z zmerjanjem, tako v čakalnici pred ostalimi pacienti ali pa potem v sami ambulanti, pogosto se to dogaja tudi po telefonu ... In je začela z žalitvami, da smo pač mi samo tehniki in da pač nimamo pojma /.../«*

Z1: *»/.../Z verbalnim nasiljem v smislu groženj, sej boste vidu, vem, kje živite, tud vi se boste ponoč kje sprehajali, vas bom kje počaku in boste vidu, te grožnje so ble, mislm, verbalno nasilje je blo predvsem na tak način /.../«*

Fizično nasilje

Fizično nasilje ni prisotno samo v urgentni dejavnosti, ampak tudi v patronažni službi in ambulantah. Zaposleni v urgentni dejavnosti je posredoval na intervenciji, kjer je bilo prisotno strelno orožje, za katerega so kasneje ugotovili, da je bilo repetirano. Večina naših intervjuvancev pove, da so kljub svoji primarni zaposlitvi, ki je patronažna služba ali ambulanta dejavnost, velikokrat dežurni na urgenci in da so tam žrtve fizičnega nasilja. Povedo, da so pacienti fizično nasilni in agresivni do njih, da se je že zgodilo, da jih je nekdo povlekel in porinil, da so metali stvari vanje. Podobne izkušnje ima intervjuvanka, zaposlena v ambulanti, ki navaja, da jo je pacient nepričakovano odrinil, tako močno, da je skoraj padla po tleh. Pacienti za fizično nasilje nad osebjem uporabijo tudi osebne predmete, kot je palica, ki jim pomaga pri hoji. Nasilje v ambulanti, kjer je bilo prisotno hladno orožje, izpostavi tudi eden izmed zdravnikov, saj je pacient prišel z nožem v ambulanto, ga vrtel v roki in mu grozil, kaj vse se lahko s tem nožem zgodi.

Intervjuvanci, predvsem ženske, navajajo, da jih je fizičnega nasilja strah, ker se nikoli ne ve, kaj bo pacient naredil in kaj ima pri sebi.

MS6: *»/.../k je blo pač zraven prisotn strelno orožje /.../«*

MS7: *»/.../mel je pr seb neko palco in mahal proti nam ... je šou proti meni in sodelavcu in naju hotu udart /.../«*

Z1: *»/.../fizični napad pacienta kr v sami ambulanti ... poskus, da bi me pač udaril s pestjo v glavo, pa je zgrešu ... pa nekaj udor v ambulanto, pa metanje stolov po ambulanti ... je nekdo sicer neposredno men groziti z nožem, je vrtel nož v rokah in razlagal, kaj se lahko s tem nožem zgodi, to j biu pa tud dogodek v sami ambulanti /.../«*

Z2: *»/.../k je pršou notr k men v ambulanto, začel izsiljevat ... je začel metat stvari po ambulanti, vame je vrgu kulije, k sm jih mela na mizi /.../«*

Spolno nasilje

Spolnega nasilja med intervjuvanci ni zaznati, kar pa ne pomeni, da ga ni. Izmed desetih intervjujev sta spolno nasilje doživeli dve medicinski sestri, zaposleni v ambulanti družinske medicine. Ena izmed njih navaja, da njen znani pacient pred njo vedno spremeni glas, saj si želi zveneti privlačno, kar pa njo zelo moti, saj ji med njenim profesionalnim delom, kot je odstranjevanje šivov po operaciji, namenja opolzke komentarje, ki niso primerni za komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom. Medicinska sestra pove, da je spolno nasilje zelo nadležna situacija, ker pacienta vedno zaloti pri njegovih pogledih v njene intimne predele. Medicinska sestra, ki je imela izkušnjo s spolnim nasiljem, ko jo je pacient

dejansko prijel za zadnjico, nam pove, da je bila ta izkušnja za njo zelo travmatična, saj tega pri svojem delu v ambulanti ne pričakuješ, zato je zahtevala, da se pacient prepiše k drugemu zdravniku.

MS1: *»/.../Mela sm tud izkušnjo s spolnim nasiljem, ko me je nek gospod prijel za zadnjico, ko sem šla mim, ko je na stolu sedel /.../.«*

3.2 Intenziteta nasilja

V podkategoriji, ki zajema intenziteto nasilja, prepoznamo kodi, ki nam razkrivata, da se zaposleni v izbranem zdravstvenem domu z nasiljem srečujejo vsakodnevno in pogosto.

Skoraj vsak dan

Intervjuvanci izpostavijo, da do skoraj vsakodnevne prisotnosti nasilja prihaja zaradi nespoštovanja in netolerance pacientov. Povedo nam, da porast vsakodnevnega nasilja na svojih delovnih mestih opažajo predvsem zadnji dve leti. V naših intervjujih so nekateri intenziteto konkretno opredelili glede na vrsto nasilja, povedali so, da je psihično in verbalno nasilje prisotno skoraj vsak dan. Skoraj vsak dan se z nasiljem srečajo vsi naši intervjuvanci, ne glede na njihove demografske podatke ali mesto zaposlitve.

MS3: *»/.../Ja mogoče bi prešle na verbalno nasilje, k je še vedno mogoče vseen bolj pogosto kot fizično nasilje, z verbalnim nasiljem se pa res zelo pogosto srečujemo, lahko rečem skoraj vsakodnevno /.../.«*

MS8: *»/.../Ilohk rečm, da kr vsak dan se najde vsaj eden /.../.«*

Pogosto

Zaposleni v izbranem zdravstvenem domu povedo, da se pogosto srečajo le s fizičnim in spolnim nasiljem.

MS7: *»/.../ja, pogosto smo deležni nasilja /.../.«*

3.3 Povzročitelji nasilja

V naslednji podkategoriji govorimo o tem, kdo izvaja nasilje nad zaposlenimi v izbranem zdravstvenem domu. Prišli smo do dveh kod, ena izmed njih predstavlja paciente, druga pa njihove svojce.

Pacienti

Naši intervjuvanci povedo, da so v pacienti tisti, ki povzročijo največ nasilja nad njimi. Med intervjuji izvemo, da so pacienti nezadovoljni z zdravstvenim sistemom in ker je v večini primerov medicinska sestra ali zdravnik v primarnem zdravstvenem varstvu vedno prva oseba, ki jih sprejme, se val kritik usuje nanje. Od zdravnikov izvemo, da pacienti nasilje izvajajo tudi zaradi različnih zdravstvenih težav, ki jih imajo, navedejo, da so to lahko zaužitje različnih prepovedanih substanc, delirij, demenca ali zmedenost. Medicinske sestre so nam pripovedovale, da pacienti nasilje nad njimi izvajajo tudi zaradi čakanja, nenamernih napak, ki nastanejo pri vnašanju v e-recepte, in občasni odsotnosti zdravnika. Intervjuvanci izpostavijo tudi problem nasilja pacientov na telefonski liniji.

MS1: *»/.../potem pa sem gospodu jasno in glasno povedala ... in se je potem pacient prepisal k drugemu zdravniku ... tega je vedno več, ker so pacienti nezadovoljni ... nek gospod prijel za zadnjico ... potem me je neka gospa udarila /.../.«*

- MS2: »/.../se je v bistvu situacija pri tem pacientu spremenila, postal je agresiven ... ampak gospa je na vsak način želela, da se ji to pač predpiše ... tako se pogosto srečujemo, da v bistvu pacienti začnejo z grožnjami, z vpitjem, z zmerjanjem /.../.«
- MS7: »/.../pacient je šel proti nama ... pacient nam je grozil /.../.«
- Z2: »/.../pacienti so vedno bolj nestrpni, ... ampak je bil pacient k je biu deliranten /.../.«

Svojci

Intervjuvanci v svojih odgovorih ne omenjajo, da bi imeli izkušnje z nasiljem, ki bi ga izvajali svojci, se pa to zgodi v otroškem dispanzerju, kjer za otroke odgovarjajo starši, in v patronažni službi, kjer zaposleni paciente obiščejo na domu. Patronažne medicinske sestre povedo, da paciente obiskujejo na domu, kjer so v večini prisotni tudi svojci, ki so včasih verbalno nasilni, vsiljujejo svoja mnenja in se vtikajo v stroko.

MS5: »/.../nakar je očka, k sta pršla domov, vedno klical po telefonu /.../.«

MS6: »/.../gospa pač skrbi za svojo nepokretno hčerko ... celo en naš bivši zaposleni reševalec za svojo mamo je hotu /.../.«

3.4 Obramba pred nasiljem

V naslednji podkategoriji govorimo o tem, kako se zaposleni v izbranem zdravstvenem domu, ki se znajdejo v situaciji, kjer je prisotno nasilje, znajdejo in obranijo pred nasiljem. Prišli smo do dveh kod, ena izmed njih je prijazna in jasna komunikacija, druga pa je pomoč drugih služb.

Prijazna in jasna komunikacija

Intervjuvanci se proti nasilju obranijo s prijaznim in toplim nasmehom, za katerim vseeno skrivajo potrnost, da si nekdo dovoli biti nasilen do njih, nasilja se nadalje obranijo s prijazno in spoštljivo komunikacijo. Naši intervjuvanci nam povedo, da nikoli niso nasilni nazaj, vedno nastopijo s prijaznostjo, pri kateri pa z jasnimi besedami predstavijo nasilni osebi, da nemudoma odneha s svojim obnašanjem. Tako medicinske sestre kot zdravniki navajajo, da s svojo mirnostjo in prijaznostjo velikokrat rešijo problem nasilja.

MS4: »/.../Nisem nasilna nazaj, jih hočem pač umirit z lepo besedo, ker če si nasilen nazaj, so oni pač še bolj nasilni ... Sam morš res ful lepo govorit, pa čist mirno, kr je pa zlo težko ... hočm se lepo nazaj pogovorit /.../.«

MS5: »/.../zato k se pač naučiš s tem, bolj si tiho, bolj skos prideš ... in iz tistm mirnm besedam, iz tismo nastopom, k sm ga pač očitno pomirila in je čist lepo se umiril in je bil čist lepo ... na mirn način velik lažje obvladaš in mu tisto mirnost preneseš /.../.«

MS8: »/.../pol sm ga pa z mirnim tonom glasu, k ga je včasih res ful težko met, utišala, pa se je lepo usedu pa počaku /.../.«

Z2: »/.../če gre za besedno nasilje, potem skušam pacienta pomirit, govorim mirno, počasi, jasno, s primernim tonom glasu in na lep način mu obrazložim, kar ga zanima in tudi vsakemu povem, da se tako ne more obnašati do nas /.../.«

Pomoč drugih služb

Intervjuvancem dostikrat na pomoč priskoči policija, na katero pa morajo počakati in se med tem lahko zgodi že marsikaj. Povedo, da je včasih pomoč policije zanje sicer zelo dobrodošla in koristna, ampak da pogled na policijo pri nekaterih pacientih sproži slabšo

reakcijo, saj imajo slabe izkušnje od preteklih dogodkov, kjer so jih obravnavali policisti. Za pomoč policije ne zaprosijo samo na urgenci ali v patronažni službi, ampak tudi v ambulantah. Navajajo, da se na policiste obrnejo v primeru fizičnih napadov in izrečenih groženj. V patronažni službi navajajo, da jim večkrat na pomoč priskoči tudi socialna služba, s katero sodelujejo.

- MS2: *»/.../Na ene to vpliva pozitivno, na ene pa še trikrat slabš, k vidjo polcijo, ker majo že iz prejšnjih zadev slabe izkušne al krkol /.../.«*
- MS6: *»/.../do socialne službe, do pomoči na domu ... kasnej sevede prjavl tud policiji /.../.«*
- MS7: *» /.../policija nam dostikrat pomaga in gre z nami v spremstvo, da mi lahko v miru opravljamo svoje delo /.../.«*
- MS8: *»/.../no takrat smo pa poklical policijo, pa je pol opravlja razgovor z njim /.../.«*
- Z1: *»/.../za kakšne grožne s tem, da te bo kdo počaku al pa da ti bo morda kej naredu, v tem primeru pa vedno kličem policijo /.../.«*

3.5 Preprečevanje nasilja

V zadnji podkategoriji govorimo o tem, kako in s čim si zaposleni v izbranem zdravstvenem domu prizadevajo, da bi preprečili nasilje. Ugotovili smo dve kodi, prva je komunikacija, druga pa so samozaščitni ukrepi, ki jih izvajajo zaposleni.

Komunikacija

Medicinske sestre in zdravniki si prizadevajo, da nasilje omilijo s prijaznostjo, prijazno komunikacijo in z vljudnimi odgovori. Komunikacija našim intervjuvancem predstavlja najboljše možno vrsto obrambe, zato tudi poudarijo, da bi si želeli več teoretičnega in praktičnega izobraževanja na to temo, da bi lahko še bolj kakovostno s komuniciranjem preprečevali nasilje. S komunikacijo rešijo marsikateri konflikt, ki nastane med njimi in pacientom ali svojcem. Intervjuvanci povedo, da je treba nasilno osebo poslušati in ji nikakor ne dati vedeti, da nas je prizadela ali da nas je s svojim početjem razburila.

- MS1: *»/.../v bistvu najmočnejše orožje je prijaznost. Komunikacija. Prijazna komunikacija. /.../.«*
- MS3: *»/.../primerna komunikacija, da bi se učili primernih veščin komuniciranja, ... mogoče primerne reševanja problemov, razreševanja problemov /.../.«*
- MS7: *»/.../poskušamo umirit situacijo z našo mirnostjo, ne kažemo, da smo živčni, poslušamo jih in jim lepo, vljudno odgovarjamo nazaj /.../.«*
- MS8: *»/.../probam rešit z lepimi besedami, z mirnim pogovorom, sm do pacientov najbolj, kar je možno, prjazna /.../.«*

Samozaščitni ukrepi

Intervjuvanci, če se le da, sami poskrbijo za svojo varnost. Kot samozaščitne ukrepe navajajo prisotnost drugih oseb, sodelavca ali pacientov. Hkrati pa navajajo, da uradnih samozaščitnih ukrepov nimajo. Si pa, kot so nam pripovedovali, želijo, da bi imeli razumske in uradne samozaščitne ukrepe, ki bi jih tudi zakonsko ščitili. Nekatere medicinske sestre se vsakodnevno zaščitijo pred nasiljem s tem, da imajo v ambulantah vedno še koga zraven, po navadi sta to kar dva pacienta. Zdravniki v ambulantah se ob pojavu nasilja zaščitijo s prisotnostjo medicinske sestre, medtem ko se na terenu zdravniki zaščitijo s svojo ekipo, torej z reševalcem in medicinsko sestro. Naši intervjuvanci so izrazili željo, da bi se s samozaščitnimi ukrepi radi boljše spoznali tudi s pomočjo strokovno usposobljenih oseb na tem področju ali s policisti.

- MS1: *»/.../Vedno pa, ko imam moške v ambulantni, poskrbim, da nisem sama, da je poleg mene še nekdo drug /.../.«*
- MS6: *»/.../so določene sestre že rekle, da bi mele en peper sprej pr seb, ne ... jst osebno mam zeleni pas iz karateja, okej, ampak zaenkrat ne, nimamo nobenih tehnik samozaščite, kako bi reku uradno, a ne, bi reku, neki uradno /.../.«*
- Z1: *»/.../Da, s pacienti nisem nikoli sam, da je vedno zraven še kakšen od sodelavcev, praviloma je to pač ekipa, s katero greš na teren /.../.«*
- Z2: *»/.../ob vseh teh dogodkih sm mela zraven sestro /.../.«*
- MS2: *»/.../Bilo bi dobrodošlo, da bi imeli kakšno izobraževanje skupaj s policisti, ki bi nas naučili nekatere prijeme /.../.«*
- MS3: *»/.../naučili kakšnih primernih prijemov, da bi nasprotnika lahko primerno prijeli, da bi ga recimo umirili, pa d ga ne bi poškodovali ... mogoče bi morali imeti tudi dovoljenje, da bi uporabili kakšna sredstva za oviranje, se pravi, da če bi pač pacient nemiren, da bi ga lahko, ne vem, kako privezali na posteljo al kokorkoli, da ne bi mahal z rokami, nogami proti nam ali nas brcal, udarjal, ne /.../.«*
- MS8: *»/.../mogoče nam ne bi škodl, ja, da bi nam kdo kdaj pokazal, kaj naredit, če ni policije, sploh kadar so ogrožena naša življenja /.../.*

4 Razprava

Zaposleni v izbranem zdravstvenem domuso v nenehnem stisku s pacienti. Njihovo vsakdanje delo jih pripelje do različnih situacij, v katerih se morajo znajti večinoma sami. Z našo raziskavo smo ugotovili, da se zaposleni v izbranem zdravstvenem domu skoraj vsakodnevno srečujejo s psihičnim nasiljem, kamor spada verbalno nasilje. Manj se srečujejo s fizičnim nasiljem; če se z njim že srečajo, se tisti, ki so zaposleni v urgentni dejavnosti. Skoraj nikoli pa se ne srečajo s čustvenim ali spolnim nasiljem. Društvo za nenasilno komunikacijo (n.d.) definira psihično nasilje kot dejanja, ki negativno vplivajo na samopodobo, samozavest in samozaupanje druge osebe. Med temi dejanji društvo našteje enaka dejanja, kot so nam jih opisali naši intervjuvanci, torej žaljenje, poniževanje, ustrahovanje, besedne grožnje in kričanje. Da je verbalno nasilje pogost pojav, s katerim se srečujejo zaposleni v zdravstvu, nam govorijo različne slovenske raziskave naših predhodnikov (Babnik, et al., 2012; Jerkič, et al., 2014; Gabrovec, 2015; Bojić, et al., 2016). V raziskavi, ki so jo izvedli Bojić in sodelavci (2016) na področju psihiatrije in urgentne dejavnosti in v kateri je sodelovalo 197 zaposlenih, je verbalno nasilje na delovnem mestu doživelo kar 92,6 % zaposlenih, fizično 84,2 % in spolno 24,6 %. Nič kaj drugačnih rezultatov nimajo v tujini, kjer avtorji prav tako navajajo, da je verbalno nasilje najpogostejši pojav (Banda, et al., 2016; Lu, et al., 2018). Raziskava, ki je zajemala zdravniško osebje, je ravno tako pokazala, da je največji problem v današnjem času verbalno nasilje, saj ga je zaznalo kar 85 % anketiranih (Ahmed, et al., 2017).

Pri drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, od koga zaposleni v izbranem zdravstvenem domu največkrat doživijo nasilje. Ugotovili smo, da od pacientov. Tudi Occupational Safety and Health Administration (2015) navaja, da je vsaj 80 % storilcev nasilja na delovnem mestu pacientov, bistveno manj, 12 %, pa je med storilci njihovih svojcev ali spremljevalcev. Naše ugotovitve lahko primerjamo z raziskavo, ki so jo izvedli v Italiji in kjer so ravno tako ugotovili, da so najpogostejši povzročitelji nasilja v zdravstvu pacienti (Magna-vita, 2011). Raziskava, izvedena na slovenskih tleh, je pokazala enako kot naše diplomsko delo; navajajo, da so bili zaposleni v zadnjem letu največkrat deležni nasilja s strani pacienta (Gabrovec, 2017). V naši raziskavi smo ugotovili, da pacienti do zaposlenih v zdravstvenem

domu niso nasilni na osebni ravni, ampak jih motijo razmere v zdravstvu, čakalne dobe in so splošno nezadovoljni z zdravstvenimi storitvami. Enako naši raziskavi so ugotovili tudi raziskovalci s svojo raziskavo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, kjer anketiranci potrjujejo, da so verbalni napadi pacientov največkrat posledica splošnega nezadovoljstva nad storitvami v zdravstvu in dolge čakalne dobe (Zbičajnik, 2018).

Hahn in sodelavci (2010) navajajo, da so pacienti lahko nasilni zaradi svoje bolezni, stresa, ki jim ga povzroči bolezen, občutka nemoči, duševne bolezni ali zlorabe prepovedanih substanc, kar nam potrjujejo tudi naši intervjuvanci, ki opravljajo delo v urgentni ambulanti ali v reševalni službi, kjer jih pacienti največkrat napadejo zaradi posledic svoje bolezni ali stresa.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšne ukrepe uporabljajo zaposleni v zdravstvu pri preprečevanju nasilja in spopadanju z njim. Za preprečevanje nasilja intervjuvanci, ki delajo v izbranem zdravstvenem domu, v večini primerov poskrbijo sami s tem, da poskrbijo za svojo lastno varnost in uporabijo prijazno komunikacijo. Kadar imamo opraviti z nasilnimi pacienti, moramo imeti štiri glavne cilje: naš prvi cilj mora biti naša varnost, torej varnost osebja in varnost pacienta, pacientu moramo pomagati pri obvladovanju njegove stiske in čustev, izogniti se moramo prisili in prisilnim intervencijam, ki bi stopnjevale vznemirjenje pacienta (Richmond, et al., 2012). V naši raziskavi smo ugotovili, da zaposleni v zdravstvu v skrajnih primerih pokličejo na pomoč tudi policijo, predvsem tisti, ki delajo v urgentnih ambulantah. Za umiritev vznemirjenih in nasilnih pacientov sicer uporabljamo tradicionalni metodi, apliciranje terapije proti volji pacienta in uporabljanje prisilnih sredstev, pa vendar se skušata ti dve metodi nadomestiti s pravnimi in bolj usmerjenimi pristopi do pacientov (Richmond, et al., 2012). V zadnjih letih se je med zaposlenimi v zdravstvu razširila uporaba deeskalacijskih tehnik, s katerimi poskušajo preprečiti nasilje. V naši raziskavi smo ugotovili, da zaposleni v izbranem zdravstvenem domu uporabljajo deeskalacijske tehnike v neki meri, česar sicer niso omenili z besedo deeskalacija, ampak so nam opisali postopke, ki jih izvajajo. Naši intervjuvanci so med pogovorom navedli, da ob nasilnih dogodkih ostanejo mirni, imajo miren ton glasu, ohranijo primerno razdaljo med sabo in pacientom, komunicirajo z razumevanjem pacienta in aktivno poslušajo pacienta. Vse, kar so našli naši intervjuvanci, lahko najdemo v lestvici deeskalacije, katere namen je vrednotenje zdravstvene nege, ki je osredotočena na izboljšanje deeskalacijskih tehnik zaposlenih in zmanjševanje nasilja pri pacientu (Mavandadi, et al., 2016). Intervjuje smo izvedli na delovnih mestih zaposlenih v izbranem zdravstvenem domu, zato se nekateri niso mogli povsem sprostiti, posledično s tem so nam hitro odgovarjali na naša vprašanja in pri tem izpustili kakšne podatke, ki bi nam jih sicer povedali. Marsikomu od intervjuvanih se je mudilo na delovno mesto ali domov, zato obstaja možnost, da nam niso povedali vsega, kar bi želeli. Oviro naše raziskave predstavlja tudi majhen vzorec sodelujočih. Kljub majhnemu vzorcu smo dosegli zasičenost vzorca, saj so se nam odgovori ponavljali. Naša raziskava ne odraža splošnega stanja, temveč le mnenja in izkušnje sodelujočih.

5 Zaključek

Nasilje v družbi in nasilje na delovnem mestu je danes nekaj povsem običajnega. Ljudje postajajo vse bolj nestrpni, nejevoljni in hkrati tudi nesramni, kar zelo občutijo tudi zaposleni v izbranem zdravstvenem domu. Menimo, da bi bilo treba zdravstvene delavce bolj zaščititi pred nasiljem, morali bi jim omogočiti varnost in jih spodbujati k prijavljanju vsakega nasilja, ne samo fizičnega, ampak tudi psihičnega, ki zna biti včasih še bolj boleče. Vodstvo bi morali spodbuditi k večji angažiranosti za boj proti nasilju, morali bi poskrbeti za več izobraževanj

na temo nasilja in komunikacije z nasilnim pacientom. V bodoče predlagamo, da se izvedejo podrobne raziskave prijavljanja nasilja zaposlenih v primarnem zdravstvenem varstvu in posredovanja policije ob nasilnih dogodkih, saj bi nam to omogočilo podroben vpogled v dejansko stanje prijavljanja, ker je nedopustno, da zaposleni pojmujejo nasilje kot del njihove službe.

Literatura

- Ahmed, F., Khizar Memon, M. & Memon, S., 2017. Violence against doctors, a serious concern for health-care organizations to ponder about. *Annals of medicine & surgery*, 25; pp. 3-5.
- Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2); pp. 147-56.
- Banda, K.C., Mayers, P. & Duma, S., 2016. Violence against nurses in the southern region of Malawi. *Health SA Gesondheid*, 21; pp. 415-421.
- Bojič, M., Bole, U. & Bregar, B., 2016. Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4); pp. 308-315.
- Burden, W.A., 2017. *Workplace violence in healthcare*. United States of America: Murray State University.
- Društvo za nenasilno komunikacijo, n.d. *Kaj je nasilje?* [online] Available at: <https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/kaj-je-nasilje.html> [Accessed 8 March 21].
- Gabrovec, B., 2015. Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v reševalnih službah. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4); pp. 284-294.
- Gabrovec, B., 2016. Types of threats against nursing care workers in psychiatric facilities. *Revija za zdravstvene vede*, 3(2); 37-49.
- Gabrovec, B. & Lobnikar, B., 2014. Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave agresije pri pacientu z duševno motnjo v zdravstveni negi na področju psihiatrije v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4); pp. 286-293.
- Gabrovec, B., 2017. Prevalence of violence toward community nurses: a questionnaire survey. *Workplace health & safety*, 65(11); pp. 527-532.
- Gates, D.M., Gillespie, G.L. & Succop, P., 2011. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economic*, 29(2); pp. 59-66.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens, R.J.G., 2010. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24); pp. 3535-3546.
- Jerkič, K., Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2); pp. 104-112.
- Košir, I., 2012. Pojav fizičnega nasilja nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2); pp. 157-164.
- Kvas, A. & Seljak, J., 2014. Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61(3); pp. 344-351.
- Lu, L., Dong, M., Wang, S.B., Zhang, L., Ng C.H., Ungvari, G., Li, J. & Xiang, Y.T., 2018. Prevalence of workplace violence against health-care professionals in China: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Trauma Violence & Abuse*, 21(3); pp. 1-12.
- Magnavita, N. & Heponiemi, T., 2011. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *J Nurs Scholarsh*, 43(2); pp. 203-10.
- Magnavita, N., 2014. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation: results of a 6-year follow-up study, *Journal of Nursing Doctoral Students Scholarship*, 46(5); pp. 366-376.
- Mavandadi, V., Bieling, P.J. & Madsem, V., 2016. Effective ingredients of verbal deescalation: validating an English modified version of the »De-Escalating Aggressive Behaviour Scale«. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7); pp. 357-368.
- Occupational Safety and Health Administration, 2015. Guidelines for zero tolerance. *Environment of care news*, 18(8); pp. 8-11.

- Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman, G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., Rifai, M.A. & Nq, A.T., 2012. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1); pp. 17-25.
- Stevenson, N.K., Jack, M.S. & Legris, J., 2015. Registered nurses experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 35; pp. 1-19.
- Stokowski, L.A., 2010. *Violence: not in my job description*. [online] Available at: <https://www.medscape.com/viewarticle/727144> [Accessed 10 March 21].
- Swain, N., Gale, C. & Greenwood, R., 2014. Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand Medical Journal*, 127(1394); pp. 10-18.
- Vessey, J., Demarco, R.F. & Difazio, R., 2010. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce The State of the Science. *Annual review of nursing research*, 28(1); pp. 133-57.
- World Health Organization, n.d. *Violence against health workers*. [online] Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/ [Accessed 10 March 21].
- Zbičajnik, K., 2018. *Verbalno nasilje nad medicinskimi sestrami in njihova pravna zaščita: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Pomen vnaprej izražene volje pri pacientih z duševno motnjo v sistemu psihiatrične zdravstvene obravnave – interpretativni pregled literature

The importance of psychiatry advance directives on patients with mental disorders in the system of psychiatric healthcare – an interpretive review of the literature

Aleš Zajc⁸³

Armin Čulić⁸⁴

dr. Branko Bregar⁸⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Pomembno je, da ponudniki in izvajalci zdravstvenih storitev v psihiatriji v Sloveniji začno preučevati učinke vnaprej izražene volje na izzide zdravljenja. Teoretično se osebam z duševno motnjo s tem poveča avtonomnost ter se jih vplete v odločevanje, aktivni so pri načrtu in izzidih zdravljenja ter se posledično počutijo spoštovane in emancipirane. V Sloveniji osebe z duševno motnjo še nimajo pravice do vnaprej izražene volje. Namen pregleda literature je raziskati pomen in vplive vnaprej izražene volje na osebe z duševno motnjo.

Metoda: V raziskavi je bil opravljen pregled tuje literature v angleškem jeziku na področju vnaprej izražene volje pacientov z duševno motnjo v sistemu psihiatrične zdravstvene obravnave. Pregled literature je bil opravljen v podatkovnih bazah CINAHL, Google Scholar in PubMed s ključnimi besedami psychiatry advance directives, importance in meaning. Iskanje literature je bilo omejeno na 10 let: 2011–2021.

Rezultati: V končno verzijo pregleda literature je bilo uvrščenih 14 virov. V podatkovni bazi PubMed smo dobili skupno 10 končnih virov, v pregled je bilo vključenih 7, v CINAHL 1 vir, vendar se je ta pojavil tudi v podatkovnih bazah PubMed. V Google Scholar je bilo od skupno 63 virov, v pregled vključenih 6.

Razprava: V tujini je vnaprej izražena volja v psihiatriji dobro sprejeta, tako med pacienti, kot tudi med zdravstvenimi delavci ter pozitivno vpliva na izide zdravljenja, so pa mnenja glede praktične aplikativnosti te pravice v strokovnih krogih še zelo deljena. S pomočjo tega instituta se lahko izboljša psihofizično počutje ljudi z duševno motnjo ter pospeši njihovo okrevanje po hospitalizaciji.

Ključne besede: *krizni načrt, vnaprejšnji načrt zdravstvene oskrbe, avtonomija uporabnika, človekove pravice*

Abstract

Introduction: Providers of psychiatric services in Slovenia must begin to study the effects of psychiatry advance directives (PADs) on treatment outcomes. Theoretically, people with mental disorders gain autonomy become involved in decision-making on account of PADs, and, together with physicians, devise treatment plans. Because of these factors, they feel respected and emancipated. In Slovenia, people with mental disorders do not yet have the right to psychiatric advance directives. The purpose of the literature review is to investigate the meaning and importance of psychiatric advance directives and their effects on people with mental disorders.

Methods: This research reviewed foreign literature in English in the field of psychiatry advance directives in the system of psychiatric healthcare. An integrative literature review was done in the CINAHL, Google Scholar, and Pubmed with the keywords psychiatry advance directives, importance, and meaning. We limited the search for literature to 10 years: 2011–2021.

⁸³ Aleš Zajc, dipl. zn., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, ales.zajc@psih-klinika.si

⁸⁴ Armin Čulić, dipl. zn., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog

⁸⁵ doc. dr. Branko Bregar, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Results: 13 sources were included in the final version of the literature review. A total of 10 articles were obtained from PubMed of which 7 were included. One article was found in CINAHL but this one also appeared on PubMed. From 63 results obtained from Google Scholar, 6 were included in the final version.

Discussion: Psychiatry advance directives is a relatively well-received legal document abroad, both among patients and healthcare professionals, and has a positive effect on treatment outcomes. However, opinions amongst mental health professionals on its applicable use are still widely divided. With the help of this institute, the psychophysical well-being of people with mental disorders can be improved and their recovery after hospitalization accelerated.

Keywords: *psychiatric advance directives, crisis plan, advance health care plan, autonomy of user, human rights*

1 Teoretična izhodišča

Pojavnost različnih duševnih motenj je danes povsod v razvitem svetu visoka (Bøcker Pedersen, et al., 2014). Duševne motnje se pogosto pojavljajo med odraslo populacijo in vse pogostejše tudi med otroci in adolescenti (Dalsgaard, et al., 2020). Duševne motnje preraščajo v enega izmed velikih problemov javnega zdravja, zato se morajo države za obvladovanje duševnega zdravja prebivalstva, soočiti z mnogimi novimi pristopi (Wahlbeck, 2015).

Tudi v Sloveniji se duševno zdravje prebivalstva postavlja vse bolj v ospredje, saj težave na področju duševnega zdravja lahko predstavljajo velik izpad delovnih dni posameznika, kar pomeni, da se posledice duševnega zdravja odražajo na vseh področjih delovanja družbe (Resolucija, 2018). Posredno pomenijo velik izpad domačega družbenega prihodka (Trautmann, et al., 2016).

Osebe z duševno motnjo imajo pri iskanju pravočasne pomoči mnoge ovire. V svojem okolju se še vedno soočajo s stigmo (Parcesepe & Cabassa, 2013; Barczyk, 2015; Ong, et al., 2020), ki jim preprečuje vstop v družbo na najrazličnejših področjih. Imajo težave pri iskanju zaposlitve, dostopu do zdravstvenih storitev, kjer so pretirano nadzorovani ali pa ne prejmejo zadovoljive zdravstvene obravnave, kot pa jo bi prejeli, če ne bi imeli duševne motnje (Barczyk, 2015; Ong, et al., 2020). Zaradi slabih izkušenj z zdravstveno obravnavo v bolnišnici, osebe z duševno motnjo, ne iščejo (ali pozno iščejo) pomoči, je lahko pravočasno zdravljenje mnogokrat zamujeno. Sodelovanje oseb z duševno motnjo pri zdravljenju je lahko iz različnih razlogov oteženo (Pajk, 2014). Nesodelovanje, pod katerim največkrat razumemo, nesodelovanje pri jemanju zdravil, je povezano s slabšo kakovostjo življenja osebe z duševno motnjo in se na koncu odraža v pogostih ponavljajočih poslabšanjih bolezni (Emsey, et al., 2012; Pajk, 2014). Poleg tega, so osebe pri sprejemu v bolnišnico lahko deležne različnih prisilnih ukrepov in tudi nepotrebne slabega odnosa zaposlenih (Bregar, et al., 2018), kar posledično še otežuje njihovo pravočasno odločitev za zdravljenje ob morebitnem poslabšanju bolezni.

Prav z namenom, da osebe z duševno motnjo, pri načrtovanju svoje zdravstvene obravnave oziroma zdravljenju, bolj intenzivno sodelujejo, se je v tujini razvil institut vnaprej izražene volje v psihiatriji (angleško: psychiatric advance directive) (Tinland, et al., 2019). Gre za institut, ki v našem prostoru še ni poznan, niti še ni definiran. Zato je namen pregleda literature, institut vnaprej izražene volje oseb z duševno motnjo, predstaviti tudi strokovni javnosti pri nas, s ciljem, da se začne razmišljati o uporabi vnaprej izražene volje tudi v kliničnem delu.

2 Metode

Izvedli smo interpretativni pregled literature. Literaturo smo iskali v PubMedu, CINAHL-u in Google učenjaku. Uporabili smo naslednje ključne besede: psychiatric advance directives, importance, meaning. Iskanje literature smo omejili na 10 let: 2011–2021. Vključili smo vire tako s kvalitativno kot kvantitativno raziskovalno metodologijo in pregledne vire. Ključne besede smo kombinirali na način, da smo »psychiatric advance directive« napisali v navedkih, z ostalimi ključnimi besedami smo »psychiatric advance directive« kombinirali s pomočjo Boolovega operatorja AND.

3 Rezultati

V končen pregled literature smo uvrstili 13 virov. V podatkovnih bazah PubMed smo dobili skupno 10 zadetkov, v raziskavo smo jih vključili 7, v CINAHL 1 zadelek, ki se je že pojavil v podatkovnih bazah PubMed. V Google učenjaku smo dobili skupno 63 virov, v raziskavo smo jih vključili 6. Zadetke smo razvrstili v tabelo po vrsti, od najstarejšega, do najmlajšega.

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Shields, et al.	2013	Kvalitativna raziskava.	Vključenih je 102 oseb. Indija.	Uvedbo vnaprej izražene volje v psihiatriji v Indiji povezujejo s pozitivnimi učinki pri uporabnikih psihiatričnih storitev. Vnaprej izražena volja pacientov je v številnih državah koristila pacientom z duševnimi motnjami pri povečani adherenci jemanja zdravil, zmanjševanje simptomov abstinence krize, boljšem in hitrejšem okrevanju in izboljšanju počutja. Avtorji opažajo, da je za uspešno uporabo in aplikativnost potrebna boljše poznavanje novega orodja.
Thom, et al.	2015	Kvantitativna raziskava.	Vključenih 110 uporabnikov ter 175 zdravnikov. Nova Zelandija.	Več kot 90% anketiranih zdravnikov podpira vnaprej izraženo voljo v psihiatriji v Novi Zelandiji.
Kemp, et al.	2015	Pregled literature.	Vključenih je bilo 27 strokovnih publikacij. ZDA.	Članek opisuje prepreke s katerimi so se soočali izvajalci v zvezni državi Virginija v prvih treh letih po uvedbi vnaprej izražene volje v psihiatriji, npr. pomanjkanje promocije ter neadekvatna predstavitev uporabnikom, pomanjkanje sredstev za izvedbo, slabše medsektorsko sodelovanje. Predlagajo tudi rešitve, kot so: oblikovanje večplastnih strategij implementacije tega orodja, promocija preko medijev in znanih oseb ter implementacija večih sistemov, da lahko končni uporabnik koristi pravice instituta vnaprej izražene volje.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Pathare, et al.	2015	Kvantitativna raziskava.	Vključenih je bilo 75 oseb. Indija.	Večina uporabnikov v raziskavi ni imelo zadržkov z imenovanjem svojega zakonitega zastopnika, da bi ga ta v primeru neprištevnosti odločal namesto njih in se strinjajo z eventualno hospitalizacijo, če bi bilo to potrebno.
Amering, et al.	2018	Kvalitativna raziskava.	Vključenih je bilo 33 oseb. Velika Britanija.	Vnaprej izražena volja je premišljeno in zapleteno orodje za načrtovanje obvladovanja psihiatričnih kriz. Potrebne so nadaljnje raziskave o tem institutu.
Maylea, et al.	2018	Kvalitativna raziskava.	Vključenih je bilo 9 oseb. Avstralija.	Psihiatrične smernice za duševno zdravje, vnaprej izražene volje, izjave in podobni dokumenti so namenjeni upoštevanje preferenc zdravljenja pacientov, ko pride do poslabšanja duševno sposobnosti komuniciranja ali odločanja.
Tinland, et al.	2019	Randomizirana klinična raziskava	Vključenih je bilo 400 oseb. Francija.	Smernice za vnaprej izraženo voljo so priljubljene med osebami z duševno motnjo in se zdijo obetavne pri usmerjanju sistema duševnega zdravja k sodelujočemu odnosu s strokovnjaki na področju duševnega zdravja in sodelovanju pacientov.
Easter, et al.	2019	Pregled literature	Iz vsebine članka ni mogoče identificirati števila v pregled vključenih virov. ZDA.	Vnaprej izražena volja pri pacientih z duševno motnjo je namenjena preprečevanju invazivnih ali neželenih posegov s strani strokovnjakov, ko pride do poslabšanja bolezni. Poleg tega pacientom s hudimi duševnimi boleznimi omogoča, da vnaprej načrtujejo svoje zdravljenje v času prihodnje nezmožne krize.
Easter, et al.	2019	Randomizirana kontrolirana klinična raziskava.	V raziskavo je bilo vključenih 145 uporabnikov s hudo duševno motnjo. ZDA.	Avtorji so v raziskavi poskušali ugotoviti potrebo po vnaprej izraženi volji v psihiatriji ter dejansko uporabo tega orodja v kliničnem okolju. Dokazali so, da imajo zdravstveni delavci in sodelavci pomembni promotorji vnaprej izražene volje v psihiatriji pri osebah s hudo duševno motnjo.
Philip, et al.	2019	Pregled literature.	Vključenih je bilo 25 strokovnih publikacij. Indija.	Pregled, sinteza in obnova tematike vnaprej izražene volje v psihiatriji od začetka uzakonitve v Indiji. V Indiji po mnenju avtorjev izvajalci psihiatričnih storitev ne posedujejo ustreznega znanja, da bi lahko na strežen in primeren način uporabljali vnaprej izraženo voljo. Vidijo pa v sprejetju tega zakon možnost za napredek psihiatrične obravnave v Indiji.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Scholten, et al.	2019	Študija primera s kvalitativno raziskovalno zasnovo.	Analiza dveh primerov iz klinične prakse.	Mednarodna konvencija o pravicah invalidov lahko ob bolj avtoritativni interpretaciji negativno vpliva na učinkovitost vnaprej izražene volje v psihiatriji. Potrebno je uporabiti manj rigidne interpretacije tega dokumenta, da se z njim ne izničuje učinka vnaprej izražene volje.
Nowland, et. al	2019	Pregled literature.	634 identificiranih člankov, 35 vključenih. Anglija.	Raziskava diskutira etične polemike s katerimi se soočajo zdravniki pri uveljavitvi vnaprej izražene volje pri pacientih s suicidalnim vedenjem, tako lahko pacienti, kateri imajo narejene suicidalne načrte, vnaprej zavrnejo in odklonijo psihiatrično zdravljenje ter tako omogočijo uspešen poskus samomora. Apelirajo k nadaljnjem raziskovanju ter k superviziji strokovjakov, kateri se ukvarjajo z ljudmi s suicidalnim vedenjem.
Mouchabac, et al.	2021	Pregled literature	Iz vsebine članka ni mogoče identificirati števila v pregled vključenih virov. Francija.	Pacientove sposobnosti odločanja se pogosto spremenijo zaradi psihiatričnih motenj. Pravni okvir predsodkov za vnaprej izraženo voljo je oblikovan za zagotavljanje oskrbe pacientov, spoštovanje njihovih informacij in privolitvev.

4 Razprava

Vnaprej izražena volja v psihiatriji (Advance psychiatric directives) je dokument, ki omogoča kompetentni, avtonomni osebi možnost določitve vnaprej postavljenih preferenc in želja glede poteka svojega zdravljenja (v primeru poslabšanja bolezni), ali pa ji omogoči določitev zakonitega pooblaščenca, da v trenutkih neprištevnosti odloča namesto nje (Shields, et al., 2013; Kemp, et al., 2015; Maylea, et al., 2018; Philip, et al., 2019; Scholten, et al., 2019; Mouchabac, et al., 2021). Zagovorniki vnaprej izražene volje v psihiatriji trdijo, da potencialno krepí vlogo uporabnikov, jih opolnomoči ter povečuje njihovo avtonomnost v procesu zdravljenja (Kemp, et al., 2015). Eden izmed ključnih argumentov njihove uporabe je skupno načrtovanje zdravljenja ter posledično k pacientu usmerjena, celostna in holistična zdravstvena oskrba (Shields, et al., 2013; Philip, et al., 2019; Kemp, et al., 2015). V številnih državah se je pokazalo, da je koriščenje pravic iz zakona glede vnaprej izražene volje v psihiatriji pospešilo okrevanje ter izboljšalo celokupno počutje pri ljudeh z duševno motnjo, predvsem zaradi simbiotične narave dela med obolelim ter izvajalcem zdravstvene dejavnosti, katerega ta institut promovira (Shields, et al., 2013).

V nekaterih pregledanih raziskavah (Shields, et al., 2013; Amering, et al., 2018; Kemp, et al., 2015) so avtorji odkrili pozitivne učinke vnaprej izražene volje na psihofizično počutje oseb z duševno motnjo, ki so bili s temi pravicami seznanjeni in jih koristili, kar pa ne pomeni, da se pri njeni uveljavitvi v zdravstvenem sistemu niso srečevali s preprekami in zapleti, npr. slabo posredovanje informacij do končnega uporabnika, nasprotovanja v ožjih strokovnih krogih, pomankanje denarnih in kadrovskih sredstev ter slabo medsektorsko sodelovanje (Kemp, et al., 2015; Philip, et al., 2019; Nowland, et al., 2019), kot tudi bolj avtoritativna interpretacija določenih že uveljavljenih dokumentov in smernic, s katerimi se lahko

izniči pozitivne učinke vnaprej izražene volje, konkretno, Mednarodne konvencije o pravicah invalidov (Scholten, et al., 2019). Nowland in sodelavci (2019) opišejo etične polemike s katerimi se srečujejo strokovnjaki pri suicidalnih osebah in njihovi vnaprej izraženi volji, s katero lahko zavrnejo psihiatrično obravnavo ter jim lahko celo asistira pri izvedbi samomora. V izogib takšnim situacijam spodbujajo strokovnjake k previdnosti in aktivnem sodelovanju pri oblikovanju vnaprej izražene volje pri osebah s suicidalnimi tendencami.

Dokazana je potreba po vnaprej izraženi volji ter pomembno vlogo posrednika, ki na razumevajoč način predstavi institut vnaprej izražene volje končnemu uporabniku (Tinland, et al., 2019). Zdravstveni delavci, predvsem zdravniki, so ključni pri promociji vnaprej izražene volje med končnimi uporabniki vendar so ti trenutno premalo angažirani za njihovo uveljavlo (Easter, et al., 2017), čeprav so po podatkih druge raziskave k temu orodju pozitivno naravnani (Thom, et al., 2015). Strokovnjaki na področju duševnega zdravja bi po mnenju Scholten in sodelavcev (2019) morali aktivno ponujati možnost naprej izražene volje osebam s hudo duševno motnjo ter pozneje ob priliki tudi upoštevati njihove želje. Pathare in sodelavci (2015) so prišli do spoznanja, da ljudje z duševno motnjo nimajo težav z imenovanjem svojega zakonitega zastopnika, da bi ta v primeru neprištevnosti odločal namesto njih in so pripravljeni koristiti pravice iz naslova vnaprej izražene volje v psihiatriji, vendar so tako uporabniki, kot tudi zaposleni v psihiatričnih zdravstvenih ustanovah slabo seznanjeni z vsebino teh pravic, zato je njena trenutna aplikativnost suboptimalna (Shields, et al., 2013). Prav zaradi potencialne aplikativnosti se apelira k bolj intenzivnem raziskovanju tega dokaj neraziskanega področja psihiatrije. Velik del strokovnjakov v psihiatriji se strinja, da je možnost vnaprej izražene volje ključna za dobrobit oseb s hudo duševno motnjo (Shields, et al., 2013; Amering, et al., 2018; Nowland, et al., 2019).

Literatura

- Amering, M., Stastny, P. & Hopper, K. 2018. *Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users*. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/psychiatric-advance-directives-qualitative-study-of-informed-deliberations-by-mental-health-service-users/5A8ADD8F47122BFEA2F3BE668C52A7D1> [Accessed 16 March 2021].
- Barczyk, A.N., 2015. Relationship between the public's belief in recovery, level of mental illness stigma, and previous contact. *Community mental health journal*, 51(1); pp. 38–47.
- Bøcker Pedersen, C., Mors, O., Bertelsen, A., Lindum Waltoft, L., Agerbo, E., McGrath, J.J., et al., 2014. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5); pp. 573–581.
- Bregar, B., Skela-Savič, B. & Kores Plesničar, B., 2018. Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*, 18; p. 171.
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B.B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., et al., 2020. Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 77(2); pp. 155–164.
- Easter, M.M., Swanson, J.W., Robertson, A.G., Moser, L.L. & Swartz, M.S., 2019. *Impact of psychiatric advance directive facilitation on mental health consumers: empowerment, treatment attitudes and the role of peer support specialists*. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2020.1714008> [Accessed 15 March 2021].
- Emsey, R., Naumah, I., Hough, D. & Gopal, S., 2012. Treatment response after relapse in placebocontrolled maintenance in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 138(1); pp. 29–34.
- Kemp, K., Zelle, H. & Bonnie, R.J., 2015. Embedding advance directives in routine care for persons with serious mental illness: implementation challenges. *Psychiatric Services*, 66(1); pp. 10-14. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25554232/> [Accessed 15 March 2015].

- Maylea, C., Jorgensen, A., Matta, S., Ogilvie, K. & Wallin, P., 2018. *Consumers experiences of mental health advance statements. Special Issue: concerns, contadictions and reality of mental health*. Available at: <https://www.mdpi.com/2075-471X/7/2/22/htm> [Accessed 15 March 2021].
- Mouchabac, S., Adrien, V., Falala-Sechet, C., Bonnot, O., Maatoug, R., Millet, B., Peretti C.S., Bourla, A. & Ferreri, F., 2021. Psychiatric advance directives and artificial intelligence: A conceptual framework for theoretical and ethical principles. *Frontiers in psychiatry*. Available at: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.622506/full?&utm_source=Email_to_authors_&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers_in_Psychiatry&id=622506 [Accessed 15 March 2021].
- Nowland, R., Steeg, S., Quinlivan, L.M., Cooper, J., Huxtable, R., Hawton, K., et al., 2019. Management of patients with an advance decision and suicidal behaviour: a systematic review. *BMJ Open*, 9(3). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30872542/> [Accessed 15 March 2021].
- Ong, W.J., Shahwan, S., Goh, C.M.J., Tan, G.T.H., Chong, S.A. & Subramaniam, M., 2020. Daily encounters of mental illness stigma and individual strategies to reduce stigma – perspectives of people with mental illness. *Frontiers in psychology*; p. 11: 590844.
- Pajk, B., 2014. Zdravstveno-vzgojno delo pri pacientu s shizofrenijo, ki ima uvedeno terapijo z dolgotrajno delujočimi antipsihotiki. In: B.regar & D. Lončar, eds. *Podpora pacientu pri obvladovanju duševne motnje*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 25–31.
- Parcesepe, A.M. & Cabassa, L.J., 2013. Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Administration and policy in mental health*, 40(5); pp. 384–399.
- Pathare, S., Shields, L., Nardodkar, R., Narasimhan, L. & Bunders, J., 2015. What do service users want? A content analysis of what users may write in psychiatric advance directives in India. *Asian Journal Psychiatry*, 14; pp. 52-60.
- Philip, S., Rangarajan, S.K., Moirangthem, S., Kumar, C.N., Gowda, M.R. & Math, S.B., 2019. Advance directives and nominated representatives: a critique. *Indian Journal Psychiatry*, 61; p. S680-S685.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (RENPDZ 18–28)*, 2018. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/dusevno-zdravje/Resolucija-o-nacionalnem-programu-o-dusevnem-zdravju-2018-2028.pdf> [Accessed 15 March 2021].
- Scholten, M., Gieselmann, A., Gather, J. & Vollmann, J., 2019. Psychiatric advance directives under the convention on the rights of persons with disabilities: why advance instructions should be able to override current preferences. *Frontiers in psychiatry*, 10; p. 631.
- Shields, L., Pathare, S., van Zelst, S., Dijkamp, S., Narasimnah, L. & Bunders, G.F., 2013. Unpacking the psychiatric advance directive in low-resource settings: an exploratory qualitative study in Tamil Nadu, India. *International Journal of Mental Health systems*, 7; p. 29.
- Thom, K., O'Brien, A.J. & Tellez, J.J., 2015. Service user and clinical perspectives of psychiatric advance directives in New Zealand. *International Journal Mental Health Nursing*, 24(6); pp. 554-60.
- Tinland, A., Leclerc, L., Loubière, S., Mougeout, F., Greacen, T., Pontier M., Franck, N., Lançon, C., Boucekine, M. & Auquier, P., 2019. Psychiatric advance directive for people living with schizophrenia, bipolar disorders, or schizoaffective disorders: study protocol for a randomized controlled trial – DaiP study. *BMC Psychiatry*; p. 9:22. Available at: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2416-9> [Accessed 15 March 2021].
- Trautmann, S., Rehm, J. & Wittchen, H.-U., 2016. The economic costs of mental disorders: do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *European Molecular Biology Organization*, 17(9); pp. 1245–1249.
- Wahlbeck, K., 2015. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry*, 14(1); pp. 36-42.

Duševno zdravje bodočih maturantov v času Covid 19 – kvalitativna študija

Mental health of future graduates during COVID 19 – a qualitative study

mag. Jožica Ramšak Pajk⁸⁶

Lana Ramšak⁸⁷

Izvleček

Teoretična izhodišča: Duševno zdravja izraža blaginjo na večih področjih, še posebej je kazalec kakovosti življenja ljudi. Posamezniku omogoča razvoj njegovih umskih sposobnosti in s tem izpolnjevanje sebe kot tudi osebnih ciljev poklicnega in družbenega razvoja. Epidemija je srednješolcem spremenila tok izobraževanja, aktivnega udejstvovanja, druženja in s tem zelo posegla na osebno raven življenja. S prispevkom želimo predstaviti doživljanje situacije Covida 19 v času priprave na maturo in vpliv na duševno zdravje maturantov.

Metoda: Uporabljen je kvalitativen raziskovalni pristop. Opravljeni so intervjuji z uporabo odprtega vprašalnika s štirimi vodilnimi vprašanji in podvprašanji. Uporabili smo namenski vzorec nam poznanih oseb. Na povabilo se je odzvalo 7 gimnazijcev četrtega letnika. Prejeli smo pisne dokumente z odgovori, vsak dokument je v večini imel 1300 besed. Za analizo pridobljenega gradiva je bila uporabljena vsebinska analiza.

Rezultati: Na osnovi vsebinske analize smo prepoznali glavno kategorijo duševno zdravje s podkategorijam čustveno doživljanje, družabno življenje, doživljanje epidemije. Sodelujoči doživljajo stisko, žalost, osamljenost, izolacijo. Omejevanje družabnih stikov je povečalo uporabo medmrežja in videoklicev. Zaskrbljeni so glede priprave na maturo in prisoten je občutek nemoči po spremembah in vplivanju.

Razprava: Pogled na duševno zdravje gimnazijcev in njihovo doživljanje aktualne situacije je zelo pomembno tudi za nas zdravstvene delavce, še posebej za tiste, ki delamo z družinami na primarnem zdravstvenem varstvu. Promocija številnih programov za mlade in svetovalnih pogovorov ter ozaveščanje družbe, da epidemija s svojimi ukrepi vpliva prav na vsakega posameznika, je pomembna naloga tako zdravstvenih delavcev kot vseh.

Ključne besede: epidemija, čustvena stanja, zdravje, mladostniki

Abstract

Theoretical background: Mental health expresses human well-being in many areas, especially as an indicator of people's quality of life. It enables the individual to develop his mental abilities and, thus, to fulfill himself as well as his personal goals of professional and social development. The epidemic changed the course of education, active participation, and socializing for graduates and, thus, greatly affected their personal standard of living. With the paper, we want to present the experience of the COVID 19 situation during the preparation for the graduation exam and the impact on the mental health of the graduates.

Method: A qualitative research approach was used. Interviews were conducted using an open-ended questionnaire with four leading questions and sub-questions. We used a dedicated sample of people we know. 7 fourth-year graduates responded to the invitation. We received written documents with answers. Each document mostly had 1300 words. For the analysis of the obtained material, we used content analysis.

Results: Based on the content analysis, we identified the main category of mental health with the subcategories emotional experience, social life, experiencing an epidemic. Participants experienced distress, sadness, loneliness, and isolation. Restricting social contacts has increased the use of the internet and video calls. They were worried about preparing for the graduation exam and there is a common feeling of helplessness of not influencing the changes.

Discussion: Looking at the mental health of graduates and their experience of the current situation is also very important for health professionals, especially for those who work with families in primary healthcare. The promotion of numerous programs for young people and counseling are important tasks for health professionals, as well as for everyone else. Furthermore, it is important to raise awareness that the epidemic affects every individual with its measures.

Keywords: epidemic, emotional states, health, adolescents

⁸⁶ mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred., Zdravstveni dom Ljubljana, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, jozicaramsakup@gmail.com

⁸⁷ Lana Ramšak, dijakinja Gimnazije Poljane-pravalana@gmail.com

1 Teoretična izhodišča

Epidemija koronavirusa (Covid 19) je povzročila veliko sprememb tako na svetu kot tudi pri populaciji otrok in mladostnikov. Zaradi soočenja s potekom bolezni, smrtnostjo in okužbami, je bila prisiljena tudi Slovenija pristopiti k drastičnim preventivnim ukrepom. Orben in sodelavci (2020) navajajo, da Covid 19 ni tako smrtonosen pri mladostnikih kot pri starejših, pa vendar njegov vpliv na zdravje mladostnikov, kakovost življenja in duševno zdravje, še ni v celoti razjasnjen. Epidemija Covid 19 ima neposreden vpliv na stres in zaskrbljenost ljudi. Ker cepiva ali zdravila proti bolezni Covid 19 v prvem valu še ni bilo, je Slovenija, tako kot številne druge države, sprejela omejitvene ukrepe, kot sta socialna distanca in omejitev gibanja (Sodja, 2020). Vendar pa je ob načrtovanju in sporočanju ukrepov pomembno upoštevati tudi vpliv epidemije, omejevalnih ukrepov in njihovih posledic na duševno zdravje. Zaradi svojih razvojnih značilnosti in potreb so otroci in mladostniki ena najranljivejših skupin, pri kateri se bodo posledice epidemije lahko kazale še dolgo časa (ZKPS, 2020).

Mladi se pojavljajo kot eni izmed največjih poražencev, ki skupaj z brezposelnimi poročajo o najnižji ravni dobrega počutja, kljub nekaterim izboljšavam od začetka pandemije. Medtem ko sta se zadovoljstvo in optimizem v življenju od aprila 2020 povečala, se mladi še vedno počutijo izključene iz družbe in so še vedno najbolj izpostavljeni depresiji, kar kaže, da omejitve med strogimi ukrepi bolj vplivajo na mlade (Eurofound, 2020). Negativni učinki fizičnega distanciranja in socialne izolacije so večji pri mladostnikih v starosti 10–24 let. Mladostniško odraščanje predstavlja občutljivo obdobje še posebej za medosebne interakcije (Orban, et al., 2020). Po opredelitvi (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019) se duševno zdravje razume kot pozitiven odnos do sebe in drugih, sposobnost uspešnega soočanja z izzivi, pozitivna samopodoba, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami. Glede na aktualno situacijo je tudi Unicef (2020), v oktobru 2020 otrokom in mladostnikom namenil dan duševnega zdravja, kjer je pozival k ukrepom, saj ima približno 20% mladostnikov na svetu težave z duševnim zdravjem, samomor pa je med najpogostejšimi vzroki smrti v starosti med 15 in 19 let. Polovica vseh duševnih težav se začne pred 15. letom starosti, 75% vseh duševnih motenj se razvije do 25. leta starosti, vendar je večina primerov neopaženih in nezdravljenih.

Naša raziskovalna tema se dotika duševnega zdravja mladostnikov, zanima nas kako mladostniki doživljajo epidemijo Covid 19 v času njihovega izobraževanja v zadnjem letniku gimnazije.

Namen prispevka je izpostaviti nekaj izhodiščnih dejstev ter prikazati spoznanja in interpretacijo pogleda gimnazijcev na epidemijo, izpostaviti prepoznane teme ter jih podkrepiti z izjavami.

Raziskovalno vprašanje: Kako gimnazijci četrtega letnika doživljajo Covid 19 epidemijo?

2 Metoda

Uporabljen je bil kvalitativen raziskovalni pristop. Uporabili smo odprt vprašalnik z 4 vodilnimi vprašanji in podvprašanji. V prvem delu smo jih povprašali o počutju in doživljanju epidemije ter učenja od doma in o omejitvenih ukrepih, nato o ciljih v prihodnje, v tretjem delu o družabnem življenju in pripravi na maturo ter v zadnjem delu o zdravju in čustvenem doživljanju omejitev in šolanju. Namen smo imeli opraviti intervjuje z osebnim stikom, vendar se nismo uspeli dogovoriti, zato smo sodelujoče povabili k pisnemu sodelovanju. Uporabili smo namenski vzorec poznanih oseb. K intervjuju smo pisno in z izhodiščnimi vprašanji povabili 10 gimnazijcev četrtega letnika različnih gimnazij stanujoče v širši okolici Ljubljane.

Na povabilo se je odzvalo 7 povablencev. Prejeli smo pisne dokumente z odgovori, vsak dokument je v večini imel 1300 besed, kar predstavlja 3 strani.

Za analizo pridobljenega tekstovnega gradiva smo uporabili vsebinsko analizo (Kordeš & Smrdu, 2015). Določili smo enote kodiranja ter pripisali kode. Podobne kode smo združili v podkategorije, jih interpretirali in nato določili kategorijo. Analizirali smo s pomočjo kodiranja, posamezne podkategorije smo podkrepili z izjavami sodelujočih. Intervjuvanci so označeni z številkami od 1 do 7. Dosegli smo nasičenost podatkov, analizo teksta je preveril še drugi raziskovalec.

3 Rezultati

Kot rezultat analize vsebine odgovorov intervjuvancev smo prepoznali osrednjo kategorijo Duševno zdravje in tej pripisali naslednje podkategorije, ki so:

1. Čustveno doživljanje (občutek nemoči, žalost, naveličanost in utrujenost, zapiranje vase, zmanjšana samopodoba, strah-anksioznost)
2. Doživljanje epidemije – pozitivno (več spanja, čas zase, podpora družine, vožnja v šolo) in negativne (naveličanost, prepovedi, monotonost, odvzet čas gimnazijskih doživetij, izguba volje, zaskrbljenost glede mature)
3. Družabno življenje (omejenost na videoklice, odtujenost, oddaljevanje v odnosih in pristnih pogovorih)

3.1 Čustveno doživljanje

Sodelujoči so izpostavili, kako nemočno so se počutili, ker niso imeli možnost vplivati na potek dogodkov. Ko se je ustavilo družbeno življenje, ki je vsem sodelujočim še posebej pomembno, so sledile še same prepovedi. To jim je povzročalo stres, žalost, naveličanost, zapiranje vase, strah, občutek nemoči. Kot je napisala ena izmed sodelujočih, je epidemija vplivala na njeno mentalno počutje predvsem v odnosu do sebe in v zaupanju v druge, postala je bolj zaprta, nezaupljiva do drugih, zahtevna v odnosu do svojega telesa in podobe.

- 1 *»Z drugim valom se je pri meni pojavila še naveličanost in žalost, saj sem večino časa preživljala v stanovanju.« ...imam občutek, da mi je bil del mladosti enostavno odvzet.«*
- 2 *»Vse stvari sem držala v sebi, nisem se veliko pogovarjala o svojih čustvih...drugače je v živo, imela sem odpor, saj v njem nisem videla smisla.« ...moja težava s hrano, veliko ljudi pravi so so skozi karanteno shujšali, obremenjevala sem se s tem. Pričela sem manj jesti in se podhranjevati,...lahko govorim o motnji hranjenja....vsak dan sem razmišljala koliko pojem in ali je to potrebno za moje telo.«*
- 4 *»Stres in strah sem v času epidemije doživljala tudi zaradi širjenja panike preko medijev.«*
- 3 *»...z zaostrovanjem ukrepov in omejevanjem gibanja je pri meni rasla tudi depresivnost in nelagodje... čutim, da sem postala bolj realna, zrela in ne verjamem situaciji samo iz ene strani zgodbe. V tem času sem imela veliko časa sama s sabo, ki sem ga posvetila razmišljanju o nadaljevanju življenja, izoblikovala sem svoje vrednote in cilje.....«*
- 7 *»Počutila sem se zaprto in omejeno, kot da nimam izhoda in možnosti odločanja o mojem življenju. Počutila sem se osamljeno in si govorila, da sem sama kriva, da nimam prijateljev. To je bilo predvsem hudo ko sem na socialnih omrežjih videla kako se družijo, zabavajo, jaz pa sem ostajala doma. Včasih mi je vsega samo*

dovolj, takrat le ležim v postelji in jokam. Vem, da se to sliši grozno a res ni tako, le potrebujem ta čas, oddih da ponovno lahko nadaljujem itd.»

3.2 Doživljanje karantene

Karanteno so sodelujoči različno doživljali, predvsem prvi val je pri skoraj vseh sodelujočih minil dokaj mirno. Nekateri so ga celo doživljali kot kratke počitnice, nekaj novega, priložnost imeti čas zase. Po parih mesecih se je pojavil nov val, ki je prinesel še več omejitev, realnost šole na daljavo v letu ko prihaja matura in pomembna odločitev nadaljnega izobraževanja. Vsi navajajo, da so ostali brez željenih doživetij v šolskih klopeh, obdajal jih je strah, kako bo ob vrnitvi v šolo, kako bo z maturo, ali so dovolj pripravljeni?.... Sodelujoči navajajo, kako so prepovedi vplivale na dožemanje prostosti in svobode gibanja, spoznavanja in navezovanja stikov.

- 2 »So bili večeri, ko sem popolnoma izčrpana ležala v postelji, brez želje po novem dnevu, saj sem vedela, da ne bo nič drugačen od današnjega.«
- 3 »...občutki v času epidemije so bili intenzivni in vihravi....« Glede mature sem se obremenjevala, saj nisem imela občutka kako kvalitetno sem na maturo pripravljena in še pritisk glede sprejema na fakulteto....«
- 4 »V času epidemije sem izgubila koncentracijo in voljo do učenja, težko se spravim k delu, ...strah me je glede tega, da ne bom prišla na željeno fakulteto. Omeniti želim, sedaj ko smo nazaj v šoli, hočejo da opravimo vse kar smo prej spustili....«
- 1 »Sprva sem epidemijo dojemala kot krajše počitnice ob podaljševanju ukrepov znova in znova pa sem dobivala občutek da gre za dolgo kačo, ki se nikoli ne konča. Imela sem stalen občutek zaskrbljenosti, saj nisem vedela na kateri stopnji je moje znanje, imela sem občutek da z snovjo zaostajam.«
- 5 »Zelo dobro, da sem si lahko sama razporedila čas za šolo, pogrešala sem druženje in osebne stike...počutila sem se ujeto zaradi vseh omejitev, vendar sem tudi srečna, da sem čas preživela z družino in hvaležna da imam lagodno življenje.«
- 6 »V času karantene sem doživljala veliko negotovost saj se nisem gibala, kar je povezano s psihičnim zdravjem, doživljala sem stres, vendar menim nepotrebno. Želim pričeti ponovno trenirati, saj sem se pri tem zelo sprostila.«
- 8 »Pogrešala sem veseliti se za nov dan. Vsak dan je bil enak, brez nekega občutka navdušenosti in neučakanosti. V času karantene sem se naučila tudi, da so včasih nekateri dnevi pač slabi in se ne rabim vedno truditi se biti vesela.«

3.3 Družabno življenje

Vsi sodelujoči so svoje družabno življenje v večini vzdrževali preko videoklicev in drugih aplikacij na medmrežju, kar vsi poudarjajo, da ni isto. Sodelujočim manjka osebni stik, prisnost, čustva. Navajajo, da so počasi dobivali občutek odtujenosti, oddaljevali so se njihovi odnosi, pogovori so tekli zgolj o šoli, maturi, ukrepih in malo o osebnih zadevah, kar pa so pogrešali.

- 4 »V času omejitev, so mi manjkali stiki s prijatelji izven moje občine.«
- 3 »Rekla bi, da nisem trpela veliko zaradi pomanjkanja osebnih stikov, v bližini živi prijateljica in to mi je zadostovalo. Pogrešala sem obiske pri babici, ki bi jo lahko obiskala, vendar je pa zaradi odgovornosti - epidemije nisem. Menim, da je to, da sem epidemijo lažje prenašala poskrbela tudi družina, ki nikoli ni komplicirala me omejevala ali paničarila.«

- 1 »Pogrešala sem vsakdanje trenutke – nasmeh prodajalke, odtujenost med ljudmi me je presenetila, pričeli smo se oddaljevati in težko je bilo gledati kako je empatičnost počasi izumrla.«
- 6 »Družila sem se z istimi ljudmi nekaj v živo nekaj preko omrežja. Mislim, da smo se premalo pogovarjali o naših občutkih, kako se počutimo ali smo osamljeni. Stike s prijatelji sem dobro vzdrževala.«
- 7 »Všeč mi je bilo, da sem lahko bila doma, saj se dokaj dobro razumemo, a mi je nekoliko žal, ker smo bili prisiljeni biti ves čas skupaj, to pa se je poznalo na naših odnosih, ki so zato postali slabši. Stvari, ki me prej niso tako motile, so bile vsakič znova vedno bolj nadležne.«
»....Socialna omrežja so mi dale nek občutek normalnosti, kot da ni tako čudno, da se tako počutim.«

4 Razprava

Z raziskavo ugotavljamo, da sodelujoči doživljajo bolj ali manj stroge ukrepe zelo intenzivno. Doživljajo stisko, žalost, osamljenost, izolacijo. Vsi poudarjajo omejevanje družabnih stikov, ki so sedaj vezani na družino ali prijatelje v soseščini ter predvsem na medmrežje in videoklice. Glede na četrti letnik gimnazije intervjuvancev, pri vseh ugotavljamo veliko zaskrbljenosti glede priprave na maturo in tovrstno povezanih problemov. Na epidemijo gledajo tudi kot na nekaj pozitivnega, predvsem v smislu razmišljanja in iskanja samega sebe. Rezultate raziskave ne moremo posploševati in veljajo le za sodelujoče, vendar ugotavljamo, da podobne stiske doživljajo mladostniki tudi v EU (Eurofound, 2020).

Pri intervjuvanih naše raziskave, v izjavah prepoznamo stres, žalost, depresivnost, osamljenost in še druge čustvene znake doživljanja epidemije. Podobne dejavnike stresa in zaskrbljenosti kot so strah pred okužbo in dolgotrajno izolacijo, dolgčas in frustracije, pomanjkanje osebnega prostora, izguba stika z vrstniki in drugimi odraslimi ter materialna preskrbljenost navaja tudi Eurofound (2020). V EU so v povprečju o občutkih napetosti, osamljenosti in potrnosti največkrat poročali anketiranci v starostni skupini med 18–34 let. Klinični psihologi prav tako (ZKPS, 2020) izpostavljajo, da so med vedenjskimi in čustvenimi znaki stiske pogoste predvsem težave s koncentracijo in z osredotočanjem, hitre spremembe v razpoloženju, jokavost, pretirana odvisnost od drugih, izguba zanimanja za dejavnosti in odmikanje od socialnih stikov.

Kot pomembno temo smo ugotovili, da intervjuvani izpostavljajo socialno izoliranost in da slednja vpliva tako na njihovo življenje kot počutje, še posebej pa občutijo omejevanje medosebnih stikov. Tudi Sodja (2020) piše, da so ukrepi fizičnega distanciranja, za preprečevanje širjenja Covid 19, iz življenja ljudi odstranili številne vire osebnih socialne povezanosti, ki bi lahko vplivali na duševno zdravje ljudi, zlasti v adolescenci, obdobju življenja, za katerega je značilna povečana potreba po medsebojnem sodelovanju. Orban in sodelavci (2020) ugotavljajo, da so študije pokazale pomembnost medsebojnega sprejemanja in interakcije vrstnikov v adolescenci. Vendar bi lahko zmanjšanje števila osebnih stikov med mladostniki manj škodilo njihovem razvoju zaradi širokega dostopa do digitalnih oblik socialne interakcije. Ugotavljamo, da so vsi sodelujoči veliko uporabljali video klice in druge oblike komuniciranja na medmrežju.

Polovica intervjuvanih je v svojih izjavah izpostavila pomen podpore družine pri preživljanju omejitvenih ukrepov epidemije. Eurofound (2020) navaja, da omejenost stikov le na člane gospodinjstva lahko pozitivno vpliva na družinsko dinamiko in medsebojno povezanost, lahko pa poslabša že pred epidemijo neurejene družinske odnose. Kot ugotavlja

obsežna študija avtorjev Al Omari in sodelavci (2020) družina lahko igra pomembno vlogo pri zmanjševanju socialne izoliranosti. Starši morajo dopustiti mladim izražati svoje občutke in strahove glede trenutne situacije. Prav tako lahko s skupaj preživetim časom zagotovijo varnost.

Intervjuvani so izpostavili poročanja medijev glede epidemije kot doživljanje nemoči in nenadzora nad obvladovanjem lastne situacije. Slovenska raziskava (Podlessek & Kavcic, 2021) med študenti ravno tako ugotavlja, da je splošna tesnoba in anksioznost študentov podkrepljena z negotovostjo in zaznano neobvladljivostjo razmer. Raziskovalci Chank in sodelavci (2020) izpostavljajo pomen zagotavljanja ustreznih, ciljno usmerjenih in na dokazih temelječih informacij. Ugotavljajo, da je bila ozaveščenost in razumevanje Covid-19 med študenti povezana z manjšo verjetnostjo blage tesnobe.

Pri sodelujoči mladostnikih ugotavljamo, da se pravzaprav vsak odziva na epidemijo in z njo povezanimi ukrepi specifično. Ker večina literature navaja, da je pričakovati posledice na duševnem zdravju mladostnikov, ki se bodo pojavile kasneje, je nujno, da se zdravstvene službe, izobraževalne institucije in drugi deležniki sestanejo za skupno mizo. Mnogo stisk in problemov ostaja ne obravnavanih, poleg zdravstvene službe, ki se trudi tako na primarni kot sekundarni ravni organizirati dostopne točke, bi svetovali učiteljem, staršem, da se čim več poslužujejo svetovalnih telefonov različnih služb.

Zahvala

Iskreno se zahvaljujeva sodelujočim gimnazijcem, da so z nama delili svoje osebne izkušnje, da so nama oprli vrata v njihov svet pogleda na epidemijo in tako omogočili pripraviti prispevek, ki upava, da bo doprinesel k razstiranju duševnega zdravja mladih med epidemijo.

Literatura

- Al Omari, O., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., et al., 2020. Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress among youth at the time of COVID-19: an online cross-sectional multicountry study. *Depression Research and Treatment*, Oct 6; 2020: 8887727. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3306231/> [Accessed 28 March 2021].
- Chang, J., Yuan, Y. & Wang, D., 2020. Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of COVID-19. *Journal of South Medicine University*, 40(2); pp. 171–176.
- Eurofound, 2020. Living, working and COVID-19. *Publications Office of the European Union*. Luxembourg: Eurofound.
- Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Univerze na Primorskem.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019. *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/dusevno-zdravje-otrok-in-mladostnikov-v-sloveniji> [Accessed 21 March 2021].
- Orben, A., Tomova, L. & Blakemore, S.-J., 2020. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adol Health*, 4(8); pp. 634–640.
- Podlessek, A., & Kavcic, V., 2021 Generalised anxiety in Slovenian university students during the Covid-19 pandemic. *Sodobna pedagogika*, 72; pp. 322–341.
- Sodja, U., 2020. *Vpliv Covida 19 na nekatere vidike kakovosti življenja in družbene blaginje. Kratke analize. UMAR*. Available at: https://www.umar.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Vplivi_Covid-19_na_zivljenje_Sodja_Vplivi_Covid-19_na_nekatere_vidike_kakovosti_zivljenja_in_druzbene_blaginje1.pdf [Accessed 10 March 2021].
- Unicef, 2020. Zaskrbljujoče stanje duševnega zdravja otrok in mladih. Available at: <https://www.unicef.si/novice/14304/zaskrbljujocje-stanje-dusevnega-zdravja-otrok-in-mladih> [Accessed 1.3.2021].
- Zbornica kliničnih psihologov Slovenije (ZKPS), 2020. *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v času epidemije Covida 19*. Available at: http://klinicna-psihologija.si/wp-content/uploads/2020/05/ZKP_Dusevno_zdravje_otrok.pdf [Accessed 1 March 2021].

Heteronormativnost in homofobija v zdravstvu – fenomenološka raziskava izkušenj LGBT pacientov z zdravstvenimi delavci

Heteronormativity and homophobia in healthcare – a phenomenological study of the experiences of LGBT patients with healthcare workers

Tilen Tej Krnel⁸⁸
dr. Brigita Skela Savič⁸⁹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Heteronormativnost je kot družbena norma za pričakovane socialne in spolne odnose jasno izražena tudi v zdravstvenem sistemu. Lezbijke, geji, biseksualne in transspolne osebe bolj ali manj pogosto občutijo tudi različne izraze homofobije, ki se v različnih oblikah in različno izrazito pojavlja tudi v zdravstvu.

Metoda: Izvedena je bila kvalitativna deskriptivna raziskava s tehniko pol-strukturiranega intervjuja. Instrument raziskave so bila odprta usmerjevalna vprašanja. Transkript intervjujev je bil analiziran s tehniko tematska analiza besedila. Oblikovane so bile kategorije in tematska področja. Namen raziskave je bil opisati izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci. Cilj raziskave je bil doprinesti k boljšemu razumevanju lezbijk, gejev, biseksualnih in transspolnih posameznikov s strani zdravstvenih delavcev v luči nudenja kulturno kompetentne zdravstvene obravnave.

Rezultati: V prispevku sta predstavljeni dve temi, ki smo ju poimenovali: heteronormativnost zdravstvenega sistema in obrazi homofobije v zdravstvu. Pod oblikovani temi smo združili 7 kategorij: izkušnje heteroseksizma pri zdravstveni oskrbi, spolno binarna zdravstvena oskrba, odklanjanje LGBT posameznikov s strani zdravstvenih delavcev, stereotipne opazke s strani zdravstvenih delavcev, predsodki zdravstvenih delavcev o LGBT posameznikih, občutki stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev in nasilje nad LGBT posamezniki s strani zdravstvenih delavcev.

Razprava: Respondenti zaznavajo zdravstveni sistem kot heteronormativen. Zdravstvena oskrba je spolno binarna. Homofobija sega od različnih občutkov stigmatizacije, pa do različnih oblik diskriminacije, ki jo občutijo pogostejše transspolne in nebinarne osebe. Fizičnega nasilja naši respondenti niso navajali, so pa nekateri izkusili psihično nasilje. Homofobija se torej kaže predvsem skozi heteroseksizem.

Ključne besede: heteroseksizem, spolna binarnost, stigmatizacija, transfobija

Abstract

Theoretical background: The heteronormativity of the healthcare system is clearly expressed. LGBT people also experience different expressions of homophobia more or less often, which also occurs in different forms and different ways in healthcare.

Method: We conducted qualitative descriptive research using the technique of semi-structured interviews. The research instrument was open guidance questions. The transcript of the interviews was analyzed using the thematic text analysis technique. Categories and thematic areas were created. The purpose of the study was to describe the experiences of individuals who deviate from heteronormativity with health professionals. The research aimed to contribute to a better understanding of LGBT individuals by health professionals in the light of providing culturally competent healthcare.

Results: The article presents 2 themes: heteronormativity of the healthcare system and the faces of homophobia in healthcare. Under the formed themes, we combined 7 categories: experiences of heterosexism, gender binary healthcare, rejection of LGBT individuals by healthcare professionals, stereotypical remarks by healthcare professionals, healthcare professionals' prejudices about LGBT individuals, feelings of stigmatization, and violence towards LGBT individuals.

⁸⁸ Tilen Tej Krnel, dipl. zn., mag. zdr. neg., MediCarrera, Švedska, tilen.krnel@gmail.com

⁸⁹ red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet., Fakulteta za zdravstvo Angele Bošklin, Slovenija, bskelasavic@fzab.si

Discussion: Respondents perceive the healthcare system as heteronormative. Healthcare is gender binary. Homophobia ranges from various feelings of stigmatization to various forms of discrimination which are more often experienced by transgender and non-binary persons. Our respondents did not report physical violence but some experienced psychological violence. Homophobia is thus manifested primarily through heterosexism.

Keywords: *heterosexism, gender binarism, stigmatization, transphobia*

1 Teoretični uvod

Številni avtorji ugotavljajo in dokazujejo, da je zdravstveni sistem heteronormativen (Morrison & Dinkel, 2012; Stewart & O'Reilly, 2017; Krnel & Skela Savič, 2020). Heteronormativnost opredelimo kot institucionalizirano heteroseksualnost, ki je konstituirana kot standard za legitimne in pričakovane socialne in spolne odnose (Ingraham, 2011). Z drugimi besedami: »heteroseksualni par je okvir, znotraj katerega družba interpretira in razume samo sebe« (Kuhar, 2010, p. 45). Za koncept se pogosto uporablja sopomenka *heteroseksizem*, kljub temu, da imata nekoliko različen pomen (Morrison & Dinkel, 2012). Heteroseksizem je »ideološki sistem, ki zanika in stigmatizira vse, kar je ne-heteroseksualno, vključujoč vedenje, identiteto, skupnost« (Kuhar, et al., 2011, p. 27). Na drugi strani se »homofobija nanaša na odpor in sovraštvo do homoseksualcev in njihovega načina življenja, skupaj z vedenjem, ki temelji na tem odporu in sovraštvu; je oblika predsodka, ki se odraža ne samo v očitnih dejanjih sovraštva in nasilja, ampak tudi v obliki verbalne zlorabe« (Giddens & Sutton, 2013, p. 645). Kot razlagamo drugje, »homofobija v različnih oblikah ostaja in vztraja tako v družbi na splošno kot tudi znotraj zdravstvenega sistema« (Krnel, 2020, p. 22). Govorimo o t.i. »novi homofobiji«, ki je »veliko bolj prikrita in subtilnejša« (Kuhar, et al., 2011, p. 59). Tezo o prisotnosti nove homofobije v zdravstvu nakazujejo s pilotnimi raziskavami tudi v Sloveniji (Krnel, 2014), čeprav bi bilo potrebno povezavo bolje raziskati. Osebe, ki odstopajo od heteronormativnosti (torej lezbijke, geji, biseksualne in transspolne osebe - v nadaljevanju LGBT), občutijo homofobijo v različnih oblikah in različno izrazito, kadar kot pacienti potrebujejo zdravstveno oskrbo, čeprav imajo z zdravstvenimi delavci večinoma dobre ali korektne odnose (Krnel & Skela Savič, 2020). Posebej je potrebno izpostaviti tudi bifobijo in transfobijo. Kot opozarja Dente (2013), heteroseksizem in homofobija LGBT osebam predstavljata oviro pri dostopanju do zdravstvene oskrbe, saj se, kot razlaga Müller (2017) mnogi izogibajo zdravstvenim storitvam zaradi strahu pred diskriminacijo in homofobijo, kar pa ne velja za večinsko populacijo. Transspolne osebe so soočene s socialnim izključevanjem, diskriminacijo in nasiljem (Lyons, et al., 2015), kar lahko označimo za transfobijo. Margolies in Brown (2019) razlagata, da stališče »vse paciente obravnavam enako« še ne zagotavlja nujno, da se bodo LGBT osebe počutile varno in sprejeto. Zdravstveni delavci zato potrebujejo kulturne kompetence, ki jih »opredelimo kot odnos, znanje in spretnosti, ki so potrebni za zagotavljanje kakovostne skrbi za različne populacije«; kulturno kompetentni zdravstveni delavci pa se na tak način lahko naučijo bolje naslavljanja specifične potrebe vseh uporabnikov zdravstvenega sistema (Kersey-Matusiak, 2013, p. 4). Kot razlaga Cai (2016), morajo medicinske sestre za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege posedovati kulturne kompetence.

2 Metode

2.1 Raziskovalna vprašanja

Izvedena je bila kvalitativna deskriptivna fenomenološka raziskava s tehniko pol-strukturiranega intervjuja. Pred pričetkom raziskave je bilo pridobljeno soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Celotna raziskava (Krnal, 2020) je temeljila na 6. raziskovalnih vprašanjih. Del raziskave, ki je predstavljen v prispevku, odgovarja na dve izmed njih:

1. So posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, pri iskanju zdravstvene oskrbe kdaj občutili ali doživeli stigmatizacijo in/ali diskriminacijo s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev zaradi svoje spolne identitete in/ali usmerjenosti?
2. So bili posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, kdaj žrtev katerekoli oblike nasilja s strani zdravstvenih delavcev ali sodelavcev zaradi svoje spolne identitete?

2.2 Instrument raziskave

Instrument raziskave so bila odprta usmerjevalna vprašanja, ki smo jih povzeli po Lawu in sodelavcih (2015). Pred pričetkom intervjuja smo zbrali nekaj demografskih podatkov (spolna identiteta, spolna usmerjenost, starost, zaposlitveni status). Vodilno usmerjevalno vprašanje se je glasilo: »Ali lahko opišete kakšno svojo izkušnjo z zdravstvenimi delavci?«.

2.3 Vzorec

Namenski vzorec 11 LGBT oseb smo oblikovali z metodo snežne kepe. Za pomoč pri iskanju respondentov smo prosili nekaj nevladnih organizacij s tega področja (Društvo DIH, Zavod Transakcija, Legebitra). Vzorec je bil precej homogen, v njem prevladujejo istospolno usmerjeni moški (6). Vzorec sestavljajo še: dve transspolni osebi, ena istospolno usmerjena ženska ter dve nebinarni osebi. Starost sodelujočih sega od 21 do 61 let. Reprezentativnost vzorca ocenjujemo kot dobro. Zasičenost vzorca je bila dosežena pri 6. zaporedni istospolno usmerjeni moški osebi, pri osebah z ostalimi spolnimi identitetami pa ne.

2.4 Potek raziskave in obdelava podatkov

Intervjuji so bili izvajani v živo od maja do avgusta 2019, bili so snemani in dobesedno prepisani. Izvajali so se na različnih lokacijah v Sloveniji in sicer po izboru respondentov. Pred pričetkom intervjuja je vsaka sodelujoča oseba prejela pisna in ustna pojasnila o raziskavi ter podala ustno in pisno soglasje. Zvočni posnetki so bili sproti ročno prepisovani v program Microsoft Word, pisava Times New Roman, velikost črk 12, brez presledkov med vrsticami. Vsak intervju se je pričel na novi strani, tako je končni tekst za analizo obsegal 55 strani A4 in je bil analiziran s tehniko tematska analiza besedila po smernicah, ki jih opisuje Flick (2018, p. 475) v šestih stopnjah: 1) spoznavanje s podatki, 2) ustvarjanje začetnih kategorij, 3) iskanje tematskih področij, 4) pregled tematskih področij, 5) definiranje in poimenovanje tem ter 6) oblikovanje poročila. Besedilo smo najprej večkrat prebrali kot celoto. Pri tem smo oblikovali hipotetične kategorije. Nato smo pričeli z iskanjem povednih citatov, ki so predstavljali enoto kodiranja. Tematsko podobne citate ($n = 186$) smo nato združevali na induktivni način v kategorije, le-te pa glede na tematiko naprej v tematska področja.

3 Rezultati

Oblikovanih je bilo 23 kategorij, ki smo jih združili v 6 tematskih področjih. V prispevku sta predstavljeni dve tematski področji, ki smo ju poimenovali: 1) *heteronormativnost zdravstvenega sistema* in 2) *obrazi homofobije v zdravstvu*. Pod oblikovani temi smo združili 7 kategorij, ki so predstavljene v Tabeli 1 spodaj.

Tabela 1: Razporeditev kategorij po izbranih temah

Št.	Kategorija	Tematsko področje - tema
1	Izkušnje heteroseksizma pri zdravstveni oskrbi	Heteronormativnost zdravstvenega sistema
2	Spolno binarna zdravstvena oskrba	
3	Odklanjanje LGBT posameznikov s strani zdravstvenih delavcev	Obrazi homofobije v zdravstvu
4	Stereotipne opazke s strani zdravstvenih delavcev	
5	Predsodki zdravstvenih delavcev o LGBT posameznikih	
6	Občutki stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev	
7	Nasilje nad LGBT posamezniki s strani zdravstvenih delavcev	

Spodaj so prikazani po kategorijah razporejeni izbrani citati ($n = 24$), ki utemeljujejo posamezno kategorijo. V skladu s priporočili za kvalitativne raziskave v zdravstveni negi (Matua, 2015) so rezultati poročani evokativno, ekspresivno, transcendentno in poetično, v obliki misli udeležencev raziskave, saj le-te služijo kot gradniki novega znanja.

Kategorija 1: Izkušnje heteroseksizma pri zdravstveni oskrbi

- Citat 1: »... sem imel zelo neprijetno izkušnjo pred samo operacijo, preden so mi dali anestezijo ... sem rekel, da nisem prestrašen, ampak zgrožen zaradi zdravnikovih seksističnih izpadov ...«
- Citat 2: »... Ker nisem z nikomer še imel spolnih odnosov, so imeli potem s tem velike težave in takrat so me zafrkavali ... To so bili vsi blazno presenečeni ...«
- Citat 3: »... zdravnik je predvideval, da bi jaz moral biti kot moški poročen, pa še to verjetno z žensko ...«
- Citat 4: »... moški imate točno določeno in moški se ne bodo obnašali kot ženske, se ne morejo obnašati kot ženske, na ta način ...«

Kategorija 2: Spolno binarna zdravstvena oskrba

- Citat 5: »... kar me je tako zmotilo v tistem trenutku, da je kar predvidevala, da sem heteroseksualen in me je vprašala: s katero si se pa poljubljaj ...«
- Citat 6: »... sestra, ki me je prišla obvestiti, da je prišel prijatelj, ni vedela, kaj naj naredi ... očitno ni vedela, kaj naj reče, fant ali prijatelj. Videla se je tista zadrega ... to njeno obotavljanje ...«
- Citat 7: »... je vprašala, če sem poročen, sem rekel, da ja ... potem jo je zanimalo, kaj žena pravi ...«
- Citat 8: »... vmes se je zataknilo, ker sem nebinarna oseba, ker nisem trans-moški ...«

Kategorija 3: Odklanjanje LGBT posameznikov s strani zdravstvenih delavcev

- Citat 9: »... Ko sem hotel darovati kri ... Tudi tam sem seveda bil odkrit in sem povedal, da imam spolne odnose z moškimi in so me seveda takoj zavrnili ...«
- Citat 10: »Veliko jih ne dobi osebne zdravnika, ker se nočejo ukvarjati z nami ...«

Citat 11: »... In na koncu me ni nihče vzel ... Zaradi tega, ker nisem želel nekoga prisiliti v to, da me obravnava ...«

Citat 12: »... Mi je rekel, da on tega ne bo delal, ker ne vidi razloga zakaj ...«

Kategorija 4: Stereotipne opazke s strani zdravstvenih delavcev

Citat 13: »... osebe je bilo sicer zelo prijazno ... zelo v tem smislu čim prej pridite nazaj, da boste imeli tega otroka, za katerega ste dali zamrzniti celice ...«

Citat 14: »... glede na to, da se maskulino oblačim ... je to definitivno vplivalo na njihov pogled name ... so bila direktna vprašanja, kako se oblačite ... zakaj tako ...«

Citat 15: »... pač igral sem vlogo, za katero sem menil, da me bo najbolj zanesljivo spravila skozi čez ta proces ...«

Kategorija 5: Predsodki zdravstvenih delavcev o LGBT posameznikih

Citat 16: »... sem začutila obsojanje ...«

Citat 17: »... zdravnica me je vprašala, če sem gej ... pa sem jo vprašal, če ima kaj proti temu ... je bila tiho, ampak je avtomatično dala gor rokavice ...«

Citat 18: »... da sem bil indoktriniran, v tem smislu ... in je rekla, da mi priporoča, da naj se ne ukvarjam s svojim spolom in da bo potem vse bolje, na ta način ...«

Citat 19: »... potem te kar dajo v en predalček, aha, gej, promiskuiteten ...«

Kategorija 6: Občutki stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev

Citat 20: »... potem sem dobil od njih nekakšno predavanje o tem, kako se moški obnaša, kako se pač ne joka ... videlo se je v njihovem tonu, videlo se je po govorici telesa, videlo se je tisto ... niso se me hoteli niti dotakniti zares ...«

Citat 21: »... še vedno se mi zdi, da je biti LGBT ... biti pripadnik LGBT plus populacije je še vedno neka stigma v zdravstvu.«

Citat 22: »... jaz sem občutil, da imajo vprašanje in po tem so me postavili v eno »škatlo« ...«

Kategorija 7: Nasilje nad LGBT posamezniki s strani zdravstvenih delavcev

Citat 23: »... ob tem mi je zagrozil, da se tukaj joka ne bo prenašalo, da naj utihnem, uporabil je prav besedo utihni ... je rekel, da če bodo kakršnikoli problemi ... da bodo takoj posredovali ... in me za posteljo privezali ...«

Citat 24: »... in to sem se morala prav boriti z njo ...«

4 Razprava

Zdravstveni sistem se skozi oči naših respondentov kaže kot heteronormativen, zdravstveno oskrbo pa naši respondenti občutijo kot spolno binarno. To potrjuje tudi teoretični uvod (Morrison & Dinkel, 2012; Stewart & O'Reilly, 2017; Krnel & Skela Savič, 2020). Istospolno usmerjene osebe so npr. opisovale, da so zdravstveni delavci samoumevno pričakovali njihovo heteroseksualnost. Nekaj opisov je kazalo na pričakovanja »igranja« stereotipnih vlog, ki so mestoma mejila že na predsodke (npr. pričakovano vedenje in/ali videz pacienta glede na njegov biološki spol). Razumljivo heteronormativnost v večji meri občutijo transspolne in nebinarne osebe, ki so tako v našem vzorcu, kot tujih raziskavah (Hoffkling, et al., 2017), navajale več nerazumevanja v primerjavi z istospolno usmerjenimi osebami iz našega vzorca. Tukaj heteronormativnost prehaja v homofobijo, ki se kaže skozi različne občutke stigmatizacije, ki jih je navajala večina respondentov, vendar samo pri nekaterih zdravstvenih delavcih, pa tudi kot različne oblike diskriminacije, ki jo je sicer

doživela manjšina oseb v našem vzorcu. Najslabše izkušnje imajo transspolne in nebinarne osebe iz našega vzorca, ki se poleg tega soočajo še s predsodki, pa tudi z odklanjanjem in patologizacijo. Podobno ugotavljajo tudi v mednarodnem prostoru (McNeil, et al., 2012). Nebinarne osebe iz našega vzorca so tako opisovale, da težko pridejo do zdravnika, transspolne osebe pa, da so soočene z neustrezno zdravstveno obravnavo, ki je posledica pomanjkanja znanja v zvezi s specifikami transspolnosti ter patologizacijo njihove identitete. S patologizacijo svoje spolne identitete se soočajo tudi nebinarne osebe. Poleg homofobije torej lahko govorimo tudi o transfobiji. Fizičnega nasilja naši respondenti niso navajali, so pa nekateri izkusili psihično nasilje. Kot razlagamo drugje (Krncl, et al., 2015), gre lahko v takih primerih za strpnost na deklarativni ravni – vse zdravstvene delavce zavezujejo etični kodeksi in različni zakonski predpisi, kar pa še ne zagotavlja avtomatskega sprejemanja ali odsotnosti negativnih stališč in prepričanj, s čimer se strinjata tudi Stewart in O'Reilly (2017). Tudi psihično nasilje so v večji meri zaznavale transspolne in nebinarne osebe. Po ugotovitvah slovenske raziskave je 4 % anketiranih LGBT mladih v Sloveniji doživelo nasilje in/ali diskriminacijo s strani zdravstvenega osebja (Perger, et al., 2018). Osebe iz našega vzorca se niso neposredno opredeljevale glede izkušenj diskriminacije (izvzemši primer sistemske diskriminacije v primeru gejev, ki ne smejo darovati krvi), kljub temu pa analiza razkriva trenutke, ki bi lahko kazali na diskriminacijo (npr. odklanjanje nebinarnih oseb ali neustrezna zdravstvena oskrba transspolnih oseb). Različne občutke stigmatizacije so opisovale številne osebe v našem vzorcu. Stigmatizacija posameznikov z različnimi spolnimi identitetami in/ali usmerjenostmi je oblika homofobije, ki še ni diskriminacija, lahko pa vodi do nje (Krncl, 2014), kar podrobneje razlaga Kuhar (2009).

Homofobija se torej pri zdravstvenih delavcih v našem zdravstvenem sistemu, po ugotovitvah naše raziskave, kaže predvsem skozi heteroseksizem. »Heteronormativni družbeni kontekst razumemo kot ključni družbeni okvir vsakdanjega življenja gejev in lezbijk, ki pogosto deluje negativno in hierarhično« (Švab, 2018, p. 233). Tudi Morrison in Dinkel (2012) opozarjata, da zdravstveni delavci, ki navzven ne izražajo homofobije, lahko nevede ustvarjajo ovire pri zdravstveni oskrbi prav skozi prakso heteroseksizma.

Omejitve raziskave so v vzorcu, v katerem prevladujejo istospolno usmerjeni moški, v vzorcu je tudi premalo starejših oseb. Zasičenost podatkov ni dosežena pri vseh spolnih identitetah. Potrebne so nadaljnje raziskave na večjem vzorcu, s katerimi bi lahko natančneje opredelili »koliko« homofobije je prisotne v zdravstvenem sistemu ter v kakšnih oblikah jo LGBT osebe občutijo, ter raziskave, ki bi se usmerjale na biseksualne osebe ter starejše LGBT posameznike, ki so »v senci« tudi znotraj same skupnosti. Tako bi lahko smernice za kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo LGBT oseb izpopolnili v kar največji možni meri.

Na podlagi rezultatov naše raziskave smo oblikovali priporočila zdravstvenim delavcem za kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo LGBT pacientov:

- bodite odprti in dopuščajte možnost različnosti;
- paciente/ke obravnavajte spoštljivo, četudi se z njimi ne strinjate;
- ne uporabljajte seksistične komunikacije;
- uporabljajte nevtralne zaimke in način govora;
- ne predvidevajte, da so vsi/vse pacienti/ke heteroseksualni/e;
- ne kategorizirajte posameznikov/posameznic na podlagi njihovega biološkega spola;
- če vam pacient/ka razkrije svojo različno spolno usmerjenost mu/ji dajte jasno vedeti, da ste informacijo sprejeli, da jo boste varovali in uporabili, če bo to potrebno; vprašajte tudi, ali bi se v zvezi s tem želel/a kaj pogovoriti;

- če vam pacient/ka razkrije svojo različno spolno identiteto, mu/ji dajte jasno vedeti, da ste informacijo sprejeli, da jo boste varovali in uporabili, če bo to potrebno; vprašajte po zaimku, s katerim pacient/ka želi biti naslavljan/a, vprašajte tudi, ali bi se v zvezi s tem želel/a kaj pogovoriti.

Literatura

- Cai, D-Y., 2016. A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3); pp. 268-273.
- Dente, C., 2013. Cultural considerations when working with patients with a sexual orientation that differs from one's own. In: G. Kersey-Matusiak, ed. *Delivering Culturally Competent Nursing Care*. New York: Springer Publishing Company, LLC, pp. 157-196.
- Flick, U., 2018. *An Introduction to Qualitative research*. 6th ed. Los Angeles: SAGE Publications, pp. 473-492.
- Giddens, A. & Sutton, P.W., 2013. Gender and Sexuality. In: A. Giddens & P.W. Sutton, eds. *Sociology*. 7th ed. Cambridge: Polity Press, pp. 621-670.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J., 2017. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(332); pp. 7-20.
- Ingraham, C., 2011. One is not born a bride: how weddings regulate heterosexuality. In: S. Seidman, N. Fischer & C. Meeks, eds. *Introducing the New Sexuality Studies*. 2nd ed. Abingdon: Routledge, pp. 303-307.
- Kersey-Matusiak, G., 2013. Defining Cultural Competency. In: G. Kersey-Matusiak, ed. *Delivering Culturally Competent Nursing Care*. New York: Springer Publishing Company, pp. 1-19.
- Krncl, T.T., 2014. *Odnos medicinskih sester do istospolno usmerjenih pacientov: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, p. 20.
- Krncl, T.T., 2020. *Izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci in sodelavci: magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Krncl, T.T., Babnik, K. & Štemberger Kolnik, T., 2015. Zdravstvena nega v luči obravnave istospolno usmerjenega pacienta. In: B.M. Kaučič, A. Presker Planko, D. Plank & K. Esih, eds. 7. *Študentska konferenca zdravstvenih ved: Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov: zbornik prispevkov z recenzijo*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 380-388.
- Krncl, T.T. & Skela Savič, B., 2020. Experiences of individuals with various sexual orientation with healthcare professionals: integrative literature review. *Obzornik zdravstvene nege* 54(3); pp. 241-250.
- Kuhar, R., 2009. *Na križiščih diskriminacije: večplastna in intersekcijska diskriminacija*. Ljubljana: Mirovni inštitut, pp. 13-15, 78-86.
- Kuhar, R., 2010. *Intimno državljanstvo*. Ljubljana: Škuc, pp. 7-8, 14-59.
- Kuhar, R., Kogovšek Šalamon, N., Humer, Ž. & Maljevac, S., 2011. *Obrazi homofobije*. Ljubljana: Mirovni inštitut, pp. 18-31, 58-61.
- Law, M., Mathai, A., Veinot, P., Webster, F. & Mylopoulos, M., 2015. Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(175); pp. 1-8.
- Lyons, T., Shannon, K., Pierre, L., Small, W., Krüsi, A. & Kerr, T., 2015. A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(17); pp. 1-6.
- Margolies, L. & Brown, C.G., 2019. Increasing cultural competence with LGBTQ patients. *Nursing*, 49(6); pp. 34-40.
- Matua, G.A., 2015. Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. *Nurse Researcher*, 22(4); pp. 30-34.
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J. & Regan, M., 2012. *Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study*. Edinburgh: Scottish Transgender Alliance.
- Morrison, S. & Dinkel, S., 2012. Heterosexism and Health Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 47(2); pp. 123-130.
- Müller, A., 2017. Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(16); pp. 1-10.

- Perger, N., Muršec, S. & Štefanec, V., 2018. *Vsakdanje življenje mladih LGBTIQ+ oseb v Sloveniji, ali: »To, da imam svoje jebene pravice!«: raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Društvo Parada ponosa, pp. 17-18, 25, 31.
- Stewart, K. & O'Reilly, P., 2017. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*, 53(1); pp. 67-77.
- Švab, A., 2018. Vsakdanje življenje gejev in lezbijk v Sloveniji. In: M. Ule, T. Kamin & A. Švab, eds. *Zasebno je politično: kritične teorije vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV: Komisija za ženske v znanosti pri Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport RS, pp. 232-243.

A link between the quality of life and depression in patients with heart failure: a pilot study

Katka Bobcikova⁹⁰
dr. Radka Buzgova⁹¹

Abstract

Introduction: Patients with chronic heart failure face a range of symptoms affecting their quality of life, which could be further negatively impacted by depression that may not be sufficiently diagnosed in these patients.

Methodology: The pilot study with a cross-sectional design assessed the link between the quality of life and depression in patients with chronic heart failure hospitalized at a cardiovascular ward using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Sociodemographic data and information about one's self-sufficiency were also collected through the Barthel Index. The data were collected between July 2020 and October 2020. The research sample included 40 respondents that were 71.8 years old on average (min. 56; max. 91).

Results: The average global score of MLHFQ was 63.8 (SD = 8.82). The average score of the physical dimension of MLHFQ was 29.6 (SD = 5.07) and of the emotional dimension 13.8 (SD = 3.55). Depression was identified in 52.5% of respondents and the average score according to PHQ-9 was 6.9, which represents mild depression. Using Spearman's correlation coefficient, a link was found between the quality of life and depression ($r = 0.5183$; $p < 0.05$) and between the quality of life and self-sufficiency ($r = -0.3563$; $p < 0.05$). Depression is correlated with self-sufficiency ($r = -0.4459$; $p < 0.05$), as well as with age ($r = 0.4700$; $p < 0.05$). A statistically significant correlation was also identified between the quality of life and the patients' age ($p = 0.010$).

Discussion: The quality of life and depression are variables that impact one another. It is particularly important to focus on the detection of depression in patients with chronic heart failure since it may help its timely treatment and then improve the patient's quality of life. The evaluation of the quality of life and depression should become a standard part of clinical practice. However, it is also essential that further research in this field focuses on identifying the methods that may improve the quality of life of patients with heart failure and that could help these patients manage the possible depression.

Keywords: *quality of life, depression, chronic heart failure*

1 Introduction

Quality of life (QoL) is a multidimensional construct that expresses the overall feeling of well-being, including aspects of happiness and satisfaction with one's life. The concept of health-related quality of life and its determinants include the aspects of overall QoL that can be clearly shown to affect physical or mental health. It is a measurable construct that has gradually become an important part of the health monitoring process of the patient and is considered a valid indicator of the need for services and the results of various interventions (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Heart failure (HF) is associated with typical symptoms such as dyspnea, swelling of limbs, and fatigue (Ponikowski, et al., 2014). Advanced HF may also be associated with symptoms such as pain, loss of appetite, anxiety, and depression (Ezekowitz, et al., 2017), which may be overlooked due to the overlapping symptoms (e.g. fatigue) (Koshy, et al., 2020).

Chronic heart failure (CHF) is thus associated with several symptoms that patients perceive as stressful, which negatively affects their QoL (Klocek & Czarnecka, 2013; Koshy, et al., 2020). The presence of depression is also a strong determinant of QoL in these patients (Klocek & Czarnecka, 2013; Newhouse & Jiang, 2014).

⁹⁰ Katka Bobcikova, RN. MSc., Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic, Katka.Bobcikova@osu.cz

⁹¹ dr. Radka Buzgova, Associate Professor, Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic

2 Aim

The aim of this pilot correlation study was to determine the links between QoL, depression, and selected characteristics (age, gender, self-sufficiency) in patients with CHF. This pilot study was realized within the project of evaluation of QoL and psychosocial aspects of the illness (depression, illness perception, and social support) of patients with HF in a selected hospital in Czech Republic. The aim of this study is to verify the means of data collection by selected tools and patient cooperation for the implementation of assessment of these parameters in the clinical practice.

3 Methods

3.1 Sample

In this study was used a convenience sampling method. The research sample consisted of 40 patients who were hospitalized at a cardiovascular ward. Patients that were 18 years of age and older with CHF were included in the study. For patients older than 65, the cognitive function assessment was always added using the Mini Mental State Exam (MMSE). The criterion for exclusion from the research sample was a score below 27 points in MMSE.

The average age in the research sample was 71.8 years (SD = 9.20; Min. 56; Max. 91). The characteristics of the research sample are depicted in Table 1.

Table 1: Characteristics of the research sample

	N	%		N	%
Gender			Health state		
Men	22	55.0	Good	5	12.5
Women	18	45.0	Satisfactory	15	37.5
Age			Poor	16	40
55-64	7	17.5	Very poor	4	10
65-74	18	45	Self-sufficiency acc. to Barthel Index		
75-84	10	25	Highly dependent	5	12.5
85 and older	5	12.5	Mid-level dependence	4	10
Marital status			Moderate dependence	17	42.5
Single	3	7.5	Independent	14	35
Married	22	55	NYHA		
Widow/widower	7	17.5	II	7	17.5
Divorced	8	20	III	22	55
Education			IV	11	27.5
Elementary	7	17.5			
Vocational certificate	11	27.5			
Highschool with graduation exam	13	32.5			
College	7	17.5			
Total	40	100.0	Total	40	100.0

NYHA – New York Heart Association Functional Classification of Heart Failure

3.2 Data collection

Data were collected at the cardiovascular ward of a university hospital in the Czech Republic. Data collection was carried out as a questionnaire survey from July 2020 to the end of October 2020.

The **Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)** was used to assess the QoL. The tool contains 21 items mapping the physical, emotional, and socio-economic consequences of HF. It includes 2 dimensions of evaluation: physical and emotional. Part of it is also an evaluation of some of the symptoms of HF, such as fatigue, shortness of breath, presence of peripheral edema, or mental problems. On a six-point scale (0 – not, 5 – very much), the patient assesses how the HF has affected his/her life during the past 4 weeks. The maximum possible score is 105. The higher the score achieved, the worse the patient's quality of life. The range of the physical subscale is 0-40, the range of the emotional subscale is between 0-25 (Rector, et al., 1987).

There was also used the **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**, a multi-purpose 9-item tool used to detect depression with the potential to diagnose a depressive disorder as well as the degree of depression. It reflects the diagnostic criteria for depressive disorders of DSM-IV. On a scale of 0 to 3 (0 – not at all, 1 – several days, 2 – more than half the days, 3 – nearly every day), the patient evaluates how often the given problems bothered him/her during the last 2 weeks. Based on the score achieved, the category of depression is determined: no depression (0-4 points), mild depression (5-9 points), moderate depression (10-14 points), moderately severe depression (15-19 points) and severe depression (20-27 points) (Kroenke, et al., 2001).

The self-sufficiency in activities of daily living was assessed through the **Barthel Index (BI)**. The tool evaluates 10 activities of daily life: food intake, dressing, locomotion, walking up the stairs, moving from bed to chair, personal hygiene, bathing, toilet use, and urine and stool continence. The patient can score 0-100 points. According to the score achieved, patients can be classified into 4 categories: if the patient gets a score of 0-40 points, he/she is evaluated as highly dependent, score ranging 45-60 points means moderate dependence. If the patient's score is 65-95 points, it is a mild dependence, and the patient with 100 points is rated as independent (Mahoney & Barthel, 1965).

3.3 Data analysis

Descriptive statistics, t-test and Spearman's correlation coefficient were used to describe the data. The significance level was set at 0.05 (5%).

4 Results

The average total MLHFQ score in the research sample was 63.8 (SD = 8.82). The average score in the physical dimension of MLHFQ was 29.6 (SD = 5.07), and in the emotional dimension 13.8 (SD = 3.55). The average PHQ-9 score achieved was 6.9 points (SD = 4.76), which corresponds to mild depression. Table 2 shows the representation of individual categories in the assessment of depression.

Table 2: Frequency of depression according to PHQ-9

Category	Point range	N	%
no depression	0-4	19	47.5
mild depression	5-9	12	30
moderate depression	10-14	5	12.5
moderately severe depression	15-19	3	7.5
severe depression	20-27	1	2.5

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9

Our research revealed a statistical dependence of QoL on the age of patients with HF – younger people achieved lower value of the total score in MLHFQ ($p = 0.010$), i.e. they reported a better quality of life than older people (Table 3).

Table 3: Dependence of quality of life on age

Age	MLHFQ					p-hod.*
	Number	Arithmetic mean	SD	Min.	Max.	
55-74 years	25	61.0	8.45	48	81	0.010
75+ years	15	68.3	7.66	57	84	

MLHFQ – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, SD – standard deviation, Min. – minimum, Max. – maximum, *t-test for two samples

Correlation analysis (Table 4) using Spearman's correlation coefficient showed a link between QoL and depression ($r = 0.5183$; $p < 0.05$), and between QoL and self-sufficiency ($r = -0.3563$; $p < 0.05$). Depression correlated with self-sufficiency ($r = -0.4459$; $p < 0.05$), as well as with age ($r = 0.4700$; $p < 0.05$).

Table 4: Correlation analysis

Spearman's correlation coefficient	BI	Age	MLHFQ-FD	MLHFQ-ED	MLHFQ-total	PHQ-9
BI	1					
Age	-0.6000*	1				
MLHFQ-FD	-0.5947*	0.4450*	1			
MLHFQ-ED	-0.4178*	0.5691*	0.2933	1		
MLHFQ-total	-0.3563*	0.3902*	0.6713*	0.7162*	1	
PHQ-9	-0.4459*	0.4700*	0.5372*	0.3796*	0.5183*	1

* $p < 0.05$, BI – Barthel Index, MLHFQ-FD – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-physical dimension, MLHFQ-ED – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-emotional dimension, MLHFQ-total – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-total score, PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9

5 Discussion

The aim of this pilot study was to determine the connections between QoL, depression, and selected characteristics in patients with CHF. In our study, the average total MLHFQ score was 63.8 (SD = 8.82). Compared to the current scientific findings (Jovanić, et al., 2018; Gallagher, et al., 2019; Gonzalez-Saenz de Tejada, et al., 2019), the QoL of patients

determined in our study was worse. The reason might be an age composition of our sample with average age 71.8 years. Elderly age is connected with disability which affects the QoL.

Some authors point out that the estimates of depression prevalence in individual studies show a significant degree of heterogeneity (Rutledge, et al., 2006; AbuRuz, 2018). A meta-analysis of 36 studies by Rutledge, et al. (2006) reported that clinically significant depression occurs in 21.5% patients with HF. However, the estimates of depression prevalence in individual studies ranged from 9 to 60%. Depression (PHQ-9 score ≥ 5) was found in 52.5% of patients in our study. Similar results had a study by Jani, et al. (2016) which detected depression according to PHQ-9 (PHQ-9 score ≥ 5) in 42.1% of respondents, and AbuRuz study (2018), who found 65% prevalence of depression.

Functional disability is common in patients with HF and there is an association with adverse prognosis (Dunlay, et al., 2015). Disability, which may be defined as difficult performance or need for help in carrying out everyday activities, is a significant medical problem, which decreases the patient's QoL (Carmona-Torres, et al., 2019). In our study, QoL negatively correlated with self-sufficiency scores in activities of daily life. Less dependent patients had better QoL. This is consistent with the study of Kudlová, et al. (2019) in which the most significant influence on the QoL has an increasing NYHA class, followed by disability, retirement, and being a man.

Increasing age positively correlated with QoL (higher score means worse QoL). According to de León, et al. (2006), younger patients reported lower values only in the physical dimension of QoL. The reason should be an increasing incidence of comorbidities and disability with increasing age, which could be connected with physical symptoms of the diseases. Age in our study also correlated positively with depression scores, which is consistent with the AbuRuz study (2018). According to Ola, et al. (2006) and de León, et al. (2006), depression is also associated with worse QoL. Depression is one of the dominant predictors of overall QoL in HF patients (Hwang, et al., 2014).

Limitations of the present pilot study may be the small sample size and setting, because the data was collected in a single hospital. However, they provide valuable information about QoL and depression of CHF patients staying on a cardiovascular ward in a selected health-care facility. Despite limitations, the results may be beneficial for nursing practice in this hospital.

6 Conclusion

Quality of life and depression are variables that interact. It is important to pay attention to the detection of depression in patients with CHF, since it can help its early treatment and improve the overall QoL. The assessment of QoL and the presence of depression should become a routine part of clinical practice. It is also important that further research focuses on finding methods that can improve the QoL of patients with CHF and that can help these patients manage the possible depression.

References

- Aburuz, M.E., 2018. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11; pp. 367-373.
- Carmona-Torres, J.M., Rodríguez-Borrego, M.A., Laredo-Aguilera, J.A., López-Soto, P.J., Santacruz-Salas, E., & Cobo-Cuenca, A.I. 2019. Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLoS One*, 14(7); e0220157.

- Centers for Disease Control and Prevention, 2000. *Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life*. Atlanta: CDC.
- de Leon, C.F., & Grady, K.L., et al., 2009. Quality of life in a diverse population of patients with heart failure: baseline findings from the heart failure adherence and retention trial (HART). *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 29(3); pp. 171-178.
- Dunlay, S.M., Manemann, S.M., Chamberlain, A.M., Cheville, A.L., Jiang, R., Weston, S.A., & Roger, V.L., 2015. Activities of daily living and outcomes in heart failure. *Circulation. Heart failure*, 8(2); pp. 261-267.
- Ezekowitz, J.A., & O'Meara, E., et al., 2017. 2017 Comprehensive update of the Canadian cardiovascular society guidelines for the management of heart failure. *The Canadian journal of cardiology*, 33(11); pp. 1342-1433.
- Gallagher, A.M., Lucas, R., & Cowie, M.R., 2019. Assessing health-related quality of life in heart failure patients attending an outpatient clinic: a pragmatic approach. *ESC heart failure*, 6(1); pp. 3-9.
- Gonzalez-Saenz de Tejada, M., & Bilbao, A., et al., 2019. Responsiveness and minimal clinically important difference of the Minnesota living with heart failure questionnaire. *Health and quality of life outcomes*, 17; pp. 1-8.
- Hwang, S.-L., Liao, W.-C., & Huang, T.-Y., 2014. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan Journal of Nursing Science*, 11; pp. 290-298.
- Jani, B.D., & Mair, F.S., et al., 2016. Comorbid Depression and Heart Failure: A Community Cohort Study. *PloS one*, 11(6); e0158570.
- Jovanić, M., & Zdravković, M., et al., 2018. Exploring the importance of health literacy for the quality of life in patients with heart failure. *International journal of environmental research and public health*, 15(8); pp. 1-13.
- Klocek, M. & Czarnecka, D., 2013. Quality of life in patients with chronic heart failure. In: K. Kawecka-Jaszcz, M. Klocek, et al., eds. *Health-related quality of life in cardiovascular patients*. Milano: Springer-Verlag Italia, pp. 61-73.
- Koshy, A.O., & Gallivan, E.R., et al., 2020. Prioritizing symptom management in the treatment of chronic heart failure. *ESC Heart failure*, 7(5); pp. 2193-2207.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J., 2001. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9); pp. 606-613.
- Kudlová, P., Kočvarová, I., & Burešová, K., 2019. Quality of life in patients with chronic heart failure. *Kontakt*, 21(4); pp. 395-402.
- Mahoney, F.I., & Barthel, D., 1965. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, pp. 56-61.
- Newhouse, A., & Jiang, W., 2014. Heart failure and depression. *Heart failure clinics*, 10(2); pp. 295-304.
- Ola B.A., & Adewuya A.O., et al., 2006. Relationship between depression and quality of life in Nigerian outpatients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(6); pp. 797-800.
- Ponikowski, P., & Anker, S.D. et al., 2014. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*, 1(1); pp. 4-25.
- Rector, T., Kubo, S., & Cohn, J., 1987. Patient's self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure*, 3; pp. 198-209.
- Rutledge, T., & Reis, V.A., et al., 2006. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8); pp. 1527-1537.

Reševanje konfliktov v zdravstveni negi – pregled literature

Conflict resolution in nursing – a literature review

Patricia Bitenc⁹²

Mateja Bahun⁹³

Izvilleček

Teoretična izhodišča: Konflikti imajo lahko pozitivne ali negativne vplive na udeležence, zato je pomembno poznavanje vzrokov in metod s katerimi jih rešujemo. Namen pregleda literature je izpostaviti najpogostejše vzroke za njihov nastanek med izvajalci zdravstvene nege, ter najpogostejše metode za reševanje konfliktov.

Metoda: Izvedli smo pregled literature. Literaturo smo iskali preko podatkovnih baz Cobiss, ProQuest, Wiley Online Library ter Google učenjak. Za iskanje slovenske literature smo uporabili ključne besede: konflikt, zdravstvena nega, vzroki ter reševanje v različnih kombinacijah. Za iskanje tuje literature smo uporabili besedne zveze: conflict in nursing, conflicts resolutions, resolving strategies, causes of conflict, nursing, health care. Iskalna strategija je temeljila na vključitvenih kriterijih: dostopnost v polnem besedilu, slovenski in angleški jezik ter obdobje 2015–2021.

Rezultati: Skupno število zadetkov v podatkovnih bazah je bilo 83.304. V polnem besedilu smo prebrali 25 virov in v pregled literature vključili 15 virov, med njimi je en vir starejši od 5-ih let. Vsi vključeni viri spadajo v posamezne raziskave z opisnimi kvantitativnimi vprašanji. S pomočjo 19-ih kod smo besedila uvrstili v 2 vsebinski kategoriji: vzroki za nastanek konfliktov v zdravstveni negi, metode reševanja konfliktov med zdravstvenimi delavci.

Razprava: Konflikti v zdravstveni negi so pogosti, vzrokov je več. Glavna vzroka za pojav konfliktov sta neučinkovita komunikacija in neugodni delovni pogoji. Najpogostejše se za reševanje konfliktov uporabi integrativno metodo tej sledi izogibanje. Nekateri skušajo konflikte reševati tudi z uporabo mediacije. Sam način reševanja ni toliko pomemben, kot je pomembno, da je konflikt rešen na konstruktiven način.

Ključne besede: nesoglasje, medicinske sestre, kompromis, zdravstvo, odnosi

Abstract

Theoretical background: Conflicts can have positive or negative effects on participants. Therefore, it is important to know the causes and methods by which they are resolved. The purpose of the literature review is to highlight the most common causes of conflicts between nursing providers and the most common methods for their resolution.

Method: We performed a literature review. The literature was collected through databases COBISS, ProQuest, Wiley Online Library, and Google Scholar. We used keywords: conflict, nursing, causes, conflict resolutions, resolving strategies, causes of conflict, nursing, healthcare in various combinations. The search strategy was based on inclusion criteria: full text, Slovenian or English language, and the time period 2015–2021.

Results: The total number of hits in databases was 83,304. We read 25 sources in full text and included 15 of them in the literature review, among which one is older than 5 years. All included sources are individual surveys with descriptive quantitative questions. With 19 codes, we classified the texts into 2 categories. Those categories were causes of conflicts in nursing and methods of resolving conflicts between health professionals.

Discussion: Conflicts in nursing are common and there are several causes. The main causes are inefficient communication and working conditions. The most commonly used conflict resolving methods are integrative method and avoidance. Some also try to resolve conflicts through mediation. The method of resolution is not as important as the conflict must be resolved constructively.

Keywords: disagreement, nurses, compromise, healthcare, relations

⁹² Patricia Bitenc, dipl. m. s., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika - klinični oddelek za bolezni živčevja, patrishaaaaa@gmail.com

⁹³ Mateja Bahun, mag. zdr. neg., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, mbahun@fzab.si

1 Teoretična izhodišča

Definicij besede konflikt je veliko. V grobem besedo konflikt lahko opredelimo kot interaktiven in dinamičen proces (Losa Iglesias & Becerro de Bengoa Vallejo, 2012). V njem prihaja do tekmovanja med ljudmi, ki imajo nasprotujoče si potrebe, ideje, prepričanja, vrednote ter cilje (Khalea, 2017). Ta nasprotovanja so lahko izražena z verbalnimi ali neverbalnimi dejanji (Blair, 2013). Do konfliktov prihaja povsod, kjer je večje število ljudi v istem okolju. Kot navaja Iršič (2010) beseda konflikt ljudem po vsem svetu pomeni nekaj negativnega. Asociira jih na vojno, pretep, bolečino, uničenje, napako, sovraštvo in zločin.

Konflikti so prisotni tudi v zdravstvu, saj zaposleni na delovnem mestu preživijo veliko časa (Godar, 2016). Zdravstveni delavci so izpostavljeni konfliktu, saj nenehno sodelujejo z večjim številom ljudi. Konflikti se pogosto pojavljajo med zaposlenimi v zdravstvu, bodisi med ali z medicinskimi sestrami, zdravniki, pacienti in njihovimi svojci (Johansen, 2012; Higazee, 2015; Kim, et al., 2015). Znotraj zdravstvenega tima je navadno več vzrokov za konflikt. Vsak posameznik znotraj tima ima določene lastnosti, znanje, izkušnje, cilje, vrednote, prepričanja in interese, zaradi teh pride do konflikta. Tudi status, kulturne razlike, gotovost, avtonomnost, povezanost in pravičnost lahko privedejo do konflikta (Freedman, 2019). Do medsebojnih konfliktov lahko pride tudi zaradi nizke tolerance, egoizma, želje po nadvladovanju drugih, nerazumevanja in nespoštovanja drugih, čustvene nezrelosti, pomanjkanja komunikacije ter nezmožnosti odpuščanja (Nikić, 2012). Ključni dejavniki konfliktov so tudi časovne omejitve, konflikti vlog in razlike v moči na delovnem mestu, ki jih ni mogoče obvladati z dobro komunikacijo (Kim, et al., 2015).

Konflikt je zapleten proces in ima lahko tako negativen kot pozitiven učinek (Almost, et al., 2016). Dobro obvladovan konflikt lahko doprinese k močnejši organizacijski povezanosti, večji zavzetosti zaposlenih in uspešnosti. Lahko spodbudi tudi razvoj novih idej in znanja (Rahim, 2011; McKibben, 2017). Nerešen konflikt po drugi strani lahko povzroča motnje pri delu kot so slaba delovna uspešnost, nizko zadovoljstvo in pomanjkanje motivacije, povečuje stiske in izgo-relost, kar lahko vpliva na splošno produktivnost organizacije (Rahim, 2011; Omishore & Abiodun, 2014). Padgett (2015) poudarja, da je reševanje konfliktov v zdravstveni negi ključnega pomena. Pomembno se je s konflikti soočiti in se jim ne izogibati, saj se le tako lahko vzpostavi sodelovanje v timu, to pa omogoča njegovo normalno delovanje. Konflikti v zdravstveni negi se pojavljajo relativno pogosto, zanimalo nas je katere metode reševanja so najpogostejše v zdravstveni negi.

2 Metode

Prispevek temelji na pregledu relevantne znanstvene literature, kjer smo izvedli vsebinsko analizo spoznanj.

2.1 Namen in cilji raziskovanja

Namen prispevka je predstaviti najpogostejše vzroke za nastanek konfliktov v zdravstveni negi ter izpostaviti najpogostejše načine njihovega reševanja.

V ta namen smo si zastavili cilj:

- Ugotoviti vzroke in načine reševanja konfliktov med izvajalci zdravstvene nege.

2.2 Raziskovalna vprašanja

1. Kateri so najpogostejši vzroki za nastanek konflikta v zdravstveni negi?
2. Na kakšen način zaposleni v zdravstveni negi rešujejo konflikte?

2.3 Metode pregleda literature

Pregled literature smo izvedli v marcu in aprilu 2021. Za iskanje slovenske literature smo uporabili podatkovno bazo COBISS. Ključne besedne zveze za iskanje v tej bazi so bile: konflikt, zdravstvena nega, vzroki, reševanje. Za iskanje tuje literature smo uporabili naslednje baze podatkov: ProQuest, Wiley Online Library in Google učenjak. Ključne besedne zveze, ki smo jih uporabili v teh podatkovnih bazah so bile: conflict in nursing, conflicts resolutions, resolving strategies, causes of conflict, nursing, health care, ki smo jih kombinirali z Boolovim operatorjem AND. Iskalna strategija je temeljila na vključitvenih kriterijih: znanstvena revija, recenzirana publikacija, dostopnost v polnem besedilu, kvantitativni podatki, slovenski jezik, angleški jezik ter obdobje 2015–2021.

2.4 Strategija pregleda literature in ocena kakovosti

Skupno število zadetkov v podatkovnih bazah je bilo 83.304. V vsaki podatkovni bazi smo pregledali prvih 10 strani zadetkov, nato so se vsebine odmaknile od našega interesnega področja. Po odstranitvi podvojenih zadetkov, pregledu naslovov in branju izvodkov, nam je ostalo 25 zadetkov. Te smo prebrali v polnem besedilu. V pregled smo vključili 15 virov. Vključili smo en vir iz leta 2011, ki je edini vir, ki opisuje situacijo v slovenski zdravstveni negi, kjer so v vzorec zajeti zaposleni v zdravstveni negi vseh slovenskih bolnišnic. Oceno kakovosti izbranih člankov smo določili po avtorjih Polit & Beck (2018). Vsi vključeni viri spadajo v nivo 6, pod posamezne raziskave z opisnimi kvantitativnimi vprašanji.

2.5 Opis obdelave podatkov pregleda literature

V prispevku smo izbrana besedila analizirali ter jih kodirali. S pomočjo 19-ih kod smo besedila uvrstili v 2 vsebinski kategoriji: vzroki za nastanek konfliktov v zdravstveni negi in metode reševanja konfliktov med zdravstvenimi delavci.

3 Rezultati

V nadaljevanju (Tabela 1) so prikazani avtorji s ključnimi ugotovitvami njihovih raziskav in vzorec na katerem so raziskavo izvedli. V tabeli 2 so predstavljene kode in vsebinske kategorije v katere smo jih združili.

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor, leto	Vzorec	Glavne ugotovitve
Ahanchian, et al., 2015	149 medicinskih sester v intenzivni negi, Iran	Najpogostejši slog obvladovanja konfliktov je bil sodelovanje. Temu so sledili kompromis, prilagoditev, izogibanje in tekmovanje. Moški so bili najbolj naklonjeni slogoma kompromisa in tekmovanju.
Al-Hamdan, et al., 2015	343 medicinskih sester, Jordanija	Najpogostejša metoda reševanja konfliktov je integracija. Prisotne so razlike med spoloma, kjer moški pogosteje uporabljajo integracijo medtem ko ženske prevlado. Medicinske sestre, ki so starejše od 40 let uporabljajo integrativno metodo, kompromis in metodo pomiritve. Medicinske sestre ki so mlajše od 40 let pa metodo prevlade.
Al-Hamdan, et al., 2019	248 vodilnih medicinskih sester, Jordanija	Integrativna metoda je bila najpogosteje uporabljen slog med jordanskimi vodilnimi medicinskimi sestrami. Najmanjkrat uporabijo prevlado. Slogi obvladovanja konfliktov so se razlikovali glede na dolžino delovnih izkušenj. Izogibanje so največkrat uporabile vodje z manj kot 5 let delovnih izkušenj, kompromis pa tiste z več kot 16 leti izkušenj.
Akel & Elazeem, 2015	132 medicinskih sester in 139 zdravnikov, Egipt	Najpogosteje uporabljena metoda pri medicinskih sestrah je prilagajanje (38,6%). Enako pri zdravnikih (28,1%). Medicinske sestre naslednje uporabljajo izogibanje (27,3%), sodelovanje (11,4%), kompromis (10,6 %) in tekmovanje (10,6%).
Baddar, et al., 2016	78 medicinskih sester, Egipt	Kadar se zgodi konflikt med medicinskimi sestrami in pacienti uporabijo drugačne strategije, kot pri konfliktu z zdravniki. Pri zdravnikih uporabijo tekmovanje (43,6%), kompromis in izogibanje v enakem deležu (42,3%), sodelovanje (39,7%) in prilagoditev (38,5%). Pri pacientih uporabijo strategije: prilagoditev (61,5%), sodelovanje (60,3%), kompromis in izogibanje (57,7%), najmanjkrat uporabijo tekmovanje (56,4%).
Bašoğlu & Özgür, 2016	277 medicinskih sester v univerzitetni bolnišnici, Turčija	Medicinske sestre so imele konflikte z medicinskimi sestrami, ki delajo v isti enoti (38,3%), z zdravniki (32,5%), pomožnim osebjem (10,8%) in medicinskimi sestrami v drugih enotah (3,2%). Glede konfliktnih področij v delovnem okolju so medicinske sestre poročale, da so imele konflikte glede delovnih pogojev (52,5%), neravnovesja moči (49,2%), razlike v poklicnih kriterijih in različnih ciljih (36,3%), nezadostne komunikacije (31,8%), nezadostnega sodelovanja (30,2%) in nezadostnih informacij (17,8%). Obvladovanje konfliktov po pogostosti: strategija izogibanja, prevlada, metoda pomiritve, precej redko pa kompromis in integracijo.
Bašoğlu, 2021	228 medicinskih sester iz bolnišnic, Turčija	91,2% medicinskih sester je imelo konflikte. Za reševanje konflikta večinoma uporabljajo metodo kompromisa in integracijsko metodo. 54% jih je doživljalo konflikte glede dolžnosti in odgovornosti, 13,3% jih je imelo konflikte zaradi nepravilnosti in mobinga, 10% zaradi pomanjkanja komunikacije, 8% zaradi pomanjkanja podpore s strani nadrejenih, 6% zaradi organizacije dela in 3% zaradi pomanjkanja kadra.
Chang, et al., 2017	201 operacijskih medicinskih sester, Taivan	Za reševanje konfliktov najpogosteje uporabijo integrativno metodo. Tej metodi sledijo arbitraža, kompromis, izogibanje, prilagajanje in prevlada. Integrativno metodo najpogosteje uporabljajo medicinske sestre na vodstvenih položajih ter tiste, ki so izobražene s področja reševanja konfliktov.
Gokoglan & Bekar, 2021	114 vodij v zdravstveni negi, Turčija	Za obvladovanje konfliktov najpogosteje uporabijo integrativno metodo nato sledijo izogibanje, kompromis, prevlada in najmanj pomiritve.

Avtor, leto	Vzorec	Ključne ugotovitve
Johansen & Cadmus, 2016	222 medicinskih sester, v urgentni ambulanti, New Jersey, USA	28% medicinskih sester konflikt rešuje z izogibanjem. 7 % jih uporabi metodo prevlade. Preostali dve tretjini medicinskih sester uporabljata integrativno metodo ter prilagajanje.
Lahana, et al., 2019	100 medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnici v Grčiji	64% medicinskih sester najpogosteje konflikt rešuje z izogibanjem. 51% jih konflikt poskuša rešiti s sodelovanjem. 15% jih uporabi kompromis, nato sledijo tekmovanje 14%, mediacija 10% ter prilagajanje 8%.
Lorber & Skela Savič, 2011	509 zaposlenih v zdravstveni negi v vseh slovenskih bolnišnicah	Vodje menijo, da konflikte najpogosteje rešujejo z dogovarjanjem. Tej metodi sledita kompromis in prilagajanje. Le redko uporabijo metodi prevladovanja ter izogibanja. Anketirani so menja, da vodje večkrat uporabijo izogibanje. Predvsem jo uporabijo takrat kadar želijo ostati nevtralni ali pa se želijo umakniti nastali situaciji. Prav tako anketirani menijo, da vodje večkrat uporabijo metodo prevladovanja. Kadar uporabijo to metodo izvirajo s svojega položaja in tako uporabijo svojo moč, ki jim jo položaj daje. Vodje metode kompromisa, dogovarjanja ter prilagajanja ocenjujejo z višjo povprečno oceno, kot te načine ocenjujejo anketirani zaposleni.
Mosadeghrd & Mojbaferan, 2017	269 medicinskih sester, vodij, Iran	Medicinske sestre vodje so pri obvladovanju konfliktov večinoma uporabljale strategije sodelovanja, kompromisa in izogibanja. Vodje z več delovnimi izkušnjami in opravljenim tečajem za obvladovanje konfliktov so pomembno pogostejše kot drugi uporabljale strategijo sodelovanja.
Thomas, 2015	100 medicinskih sester Radžastan, Indija	60% anketiranih za reševanje konflikta uporabi metodo prilagajanja. Medicinske sestre običajno uporabljajo to strategijo, kadar želijo ohraniti mirno okolje in okolje primerno za delo. Temu slogu sledijo še izogibanje z 57%, sodelovanje z 47%, kompromis z 46% ter tekmovanje z 41%.
Tuncay, et al., 2018	116 vodilnih medicinskih sester, bolnišnica Turčija	Vodilne medicinske sestre najpogosteje uporabljajo metodo sodelovanja. Tej metodi sledijo kompromis, izogibanje, tekmovanje in prilagoditev.

Thomas in Kilmann sta leta 1974 kategorizirala posameznikovo usmerjenost pri reševanju konfliktov v dve razsežnosti: poudarek osebe na zadovoljevanju lastnih skrbi in poudarek na zadovoljevanju skrbi drugega, ki jo opišeta kot asertivnost in sodelovalnost. Opredelila sta pet prevladujočih usmeritev ali načinov reševanja konfliktov (tekmovanje/prevladovanje, prilagajanje, sodelovanje/dogovarjanje, kompromis in izogibanje) (Možina, et al., 2002). Za bolj primerne metode smo opredelili, te z več sodelovalnosti, kot sta npr. metoda prilagajanja in dogovarjanja, manj primerne pa metode izogibanja in prevladovanja. Manj primerne so zato, ker te metode ne zadovoljujejo potreb vseh udeležencev. Tu problemi trajajo in se poglobljajo. Kompromis je na tej lestvici še najbolj nevtralna metoda. To razdelitev smo uporabili za opredelitev podkategorij, posebej smo opredelili integrativno metodo, ki je Thomas in Kilmann ne opisujete.

Tabela 2: Vsebinske kategorije ter kode

Vsebinske kategorije	podkategorije	Vsebinske kode	reference
Vzroki za nastanek konfliktov v zdravstveni negi	Organizacijske značilnosti	»dolžnosti in odgovornosti« »nepravičnost in mobing« »organizacija dela« »pomanjkanje kadra« »delovni pogoji« »neravnovesje moči« »razlike v poklicnih ciljih« »nezadostno sodelovanje«	Bašoğlu & Özgür, 2016; Bašoğlu, 2021
	komunikacija	»pomanjkanje komunikacije« »pomanjkanje podpore s strani nadrejenih« »nezadostna komunikacija« »nezadostne informacije«	Bašoğlu & Özgür, 2016; Bašoğlu, 2021
Metode reševanja konfliktov med zdravstvenimi delavci	Bolj primerne metode kot prva izbira	»sodelovanje« »prilagajanje« »dogovarjanje« »kompromis«	Ahanchian, et al., 2015; Akel & Elazeem, 2015; Baddar, et al., 2016 (ko medicinske sestre pridejo v konflikt s pacienti); Bašoğlu, 2021; Johansen & Cadmus, 2016; Lorber & Skela Savič, 2011; Mosadeghrd & Mojbafer, 2017; Thomas, 2015; Tuncay, et al., 2018
		»integrativna metoda«	Al-Hamdan, et al., 2015; Al-Hamdan, et al., 2019; Bašoğlu, 2021; Chang, et al., 2017; Gokoglan & Bekar, 2021; Johansen & Cadmus, 2016
	Manj primerne metode kot prva izbira	»tekmovanje/ prevladovanje« »izogibanje«	Baddar, et al., 2016 (ko medicinske sestre pridejo v konflikt z zdravniki); Bašoğlu & Özgür, 2016; Lahana, et al., 2019

4 Razprava

Ponavljajoči konflikti v zdravstveni negi so resen problem (Brinkert, 2010). Do konfliktov v zdravstvu prihaja predvsem zaradi obremenitev na delovnem mestu, preobremenjenosti, dolgega delavnika, več izmenskega dela, hierarhije zaposlenih, neenakomernega delavnika ter nepredvidljivih in stresnih situacij, pomanjkanja izkušenj in znanja, nizkih plač, neustrežne komunikacije, mobinga, poškodb pri delu ter premeščanje kadra (Saje, 2014; Klinar, 2014; Škerjanc, 2018; Kranjc, 2020). Tudi Bašoğlu & Özgür (2016) in Bašoğlu (2021) ugotavljata podobno, da je prihaja do konfliktov zaradi delovnih pogojev, neravnovesja moči, različnih ciljev, nezadostne komunikacije, sodelovanja ter informacij. Pavlakis, et al. (2011) navaja, da do konfliktov prihaja tudi zaradi organizacijskih težav, nejasnosti, slabe komunikacije ter razlik v izobrazbi. V zdravstveni negi jih lahko glede na izvor razdelimo kot na problemih, na ego in na vrednotah temelječe konflikte (Anon., 2019). Poznavanje vzrokov omogoča, da jih skušamo odstraniti oziroma jim zmanjšati njihov vpliv. Obenem njihovo prepoznavanje pripomore tudi k lažjemu reševanju konfliktov (Saje, 2014).

Ugotavljamo da v zadnjih letih zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje rešujejo konflikte z bolj ugodnimi načini, ki privedejo do večjega zadovoljstva vseh vpletenih, to so sodelovanje, prilagajanje, dogovarjanje in kompromis (Ahanchian, et al., 2015; Akel & Elazeem,

2015; Bašoĝul, 2021; Johansen & Cadmus, 2016; Lorber & Skela Savič, 2011; Mosadeghrd & Mojbaſan, 2017; Thomas, 2015; Tuncay, et al., 2018). Baddar, et al. (2016), pa navaja prilagajanje samo v primeru, da medicinske sestre pridejo v konflikt s pacienti, konflikte z zdravniki pa rešujejo na manj ugoden način (trekmovanje/prevladanje). Velikokrat uporabljana je tudi integrativna metoda, ki je ena učinkovitejših metod (Al-Hamdan, et al., 2015; Johansen & Cadmus, 2016; Chang, et al., 2017; Al-Hamdan, et al., 2019; Bašoĝul, 2021; Gokoglan & Bekar, 2021). Integracija je aktivno iskanje informacij o dejstvih in interesih. Prisotna je motivacija in pripravljenost na medsebojno zadovoljive dogovore. To je običajno potrebno za ustvarjanje kakovostnih rešitev konfliktov (Rognes & Schei, 2010). Ta metoda daje priloŹnost za ustvarjanje zaupanja me dvema oseba ali skupinama. Prav tako omogoča izražanje in poslušanje, s tem nam ta metoda omogoči ugotavljanje potreb in interesov druge osebe ali skupine. Obe osebi ali skupini doseŹeta ugoden izid in sta zmagovalca, pri tem pa nihče nič ne izgubi. Tu ne gre za kompromis, saj pri kompromisu vsi nekaj dobijo ter nekaj izgubijo. Integrativna metoda zahteva zaupanje in poštenost, ob tem ohranja odnose in spodbuja sodelovanje (The Conflict Expert, 2019). Pogoji za dogovor je spoštovanje prednosti in slabosti, ki jih nekdo ima. Prav tako tudi poznavanje pravic in dolŹnosti (Grašič, 2010). Tudi mediacija je ena od metod, ki se je posluŹujejo zdravstveni delavci za reševanje konfliktov, ja pa v tem pregledu literature omenjena le enkrat. Mediacija predstavlja alternativno metodo reševanja (Betetto, 2011). V mediacijskem procesu pride do zadovoljevanja pristnih človeških potreb v konfliktnih situacijah. Je zelo fleksibilen, neformalen ter sporazumen proces, ki prikaŹe celotno dimenzijo problema s katerim se nasprotniki soočajo (Bush Baruch & Folger, 2011). Mediacija je proces, kjer tretja oseba pomaga udeleŹencema rešiti spor in doseči sporazum (Crawly & Graham, 2012; Zdoššek, et al., 2015).

Nekateri zaposleni konfliktni situaciji niso kos in se z njo ne znajo spopasti, zato se konfliktu raje izognejo. V kar nekaj raziskavah ugotavljajo, da še vedno prihaja do reševanja konfliktov z manj ugodnimi naćini, ki ne rešijo teŹave, lahko jo na daljši rok še poglobijo. Tako pristopi h konfliktu so tekmovalne/prevladovanje in izogibanje. V nekaterih okoljih oz. situacijah še vedno ostajajo prva izbira (Baddar, et al., 2016; Bašoĝul & Özgür, 2016; Lahana, et al., 2019). Je pa lahko tudi ta izbira v posameznih situacijah primerna, kajti npr. izogibanje bo pozitivno vplivalo na kakovost odnosov, kadar je stopnja konflikta visoka (Lu & Wang, 2017). Ključ do uspešno rešenega konflikta je uspešna komunikacija, izbira metode pa zahteva visoko stopnjo zavedanja katero metodo je smiselno in primerno v posamezni situaciji uporabiti za dosego cilja. Kljub poznavanju vseh metod reševanje konfliktov ni enostavno.

MoŹno je da smo izpustili raziskave, ki so opisale konflikte v zdravstveni negi znotraj drugačnega fokusa, ter smo jih zato spregledali, kar predstavlja omejitev raziskave. Ravno tako smo opazili pomanjkanje slovenskih raziskav. Na izbrano temo je napisanih precej diplomskih in magistrskih del, medtem ko znanstvenih prispevkov v zadnjih nekaj letih nismo našli. V Sloveniji potrebujemo raziskave z velikim vzorcem izvajalcev zdravstvene nege, saj bomo le tako lahko osvetlili posebnosti in naravo konfliktov in tako predlagali metode reševanja konfliktov, ki so primerne za slovenski prostor.

Literatura

- Ahanchian, M.R., Emami Zeydi, A. & Armat, M.R., 2015. Conflict Management Styles Among Iranian Critical Care Nursing Staff. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(3); pp. 140-145.
- Al-Hamdan, Z., Nussera, H., & Masa'deh, R., 2015. Conflict management style of Jordanian nurse managers and its relationship to staff nurses' intent to stay. *Journal of Nursing Management*, 24(2); pp. E137-E145.
- Al-Hamdan, Z., Al-Ta'amneh, A., Rayan, A. & Bawadi, H., 2019. The impact of emotional intelligence on conflict management styles used by Jordanian nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 27(3); pp. 560-566.

- Almost, J., Wolff, A.C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L.G., Strachan, D. & Souza, C., 2016. Managing and mitigating conflict in health care teams: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7); pp. 1490–1505.
- Akel, D.T. & Elezeem, H.A., 2015. Nurses and physicians point of view regarding causes of conflict between them and resolution strategies used. *Clinical Nursing Studies*, 3(4); pp. 112–120.
- Anon, 2019. *Conflict in nursing: types, strategies, and resolutions*. Available at: <https://www.trustedhealth.com/blog/conflict-resolution-in-nursing> [Accessed 10 May 2021].
- Baddar, F., Salem, O.A. & Villagrancia, H.N., 2016. Conflict resolution strategies of nurses in a selected government tertiary hospital in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5); pp. 91–99.
- Basogul, C. & Özgür, G., 2016. Role of emotional intelligence in conflict management strategies of nurses. *Asian Nursing Research*, 10(3); pp. 228–233.
- Bašoĝul, C., 2021. Conflict management and team work in work place from the perspective of nurses. *Perspective in Psychiatric Care*, 57(2); pp. 610–619.
- Betetto, N., 2011. Splošno o mediaciji. In: G. Ristin & Z. Hajtnik, eds. *Mediacija v teoriji in praksi: veliki priročnik o mediaciji*. Ljubljana: Društvo mediatorjev Slovenije, pp. 13–23.
- Blair, P.L., 2013. Lateral Violence in Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 39(5); pp. e75–e78.
- Brinkert, R., 2010. A literature review of conflict communication causes costs benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18(1); pp. 145–156.
- Bush Baruch, A.R. & Folger, P.J., 2011. *Obljuba mediacije. Transformativni pristop k obvladovanju konfliktov*. Ljubljana: Zavod RAKMO.
- Chang, T., Chen, C., & Chen, M., 2017. A Study of interpersonal conflict among operating room nurses. *The Journal of Nursing Research* 25(6); pp. 400–410.
- Crawley, J. & Graham, K., 2012. *Mediacija za menedžerje – reševanje konfliktov in ponovna zgraditev odnosov na delovnem mestu*. Ljubljana: Zavod Rakmo.
- Freedman, B.D., 2019. Risk factors and causes of interpersonal conflict in nursing workplaces: Understandings from neuroscience. *Collegian*, 26(5); pp. 594–604.
- Godar, M., 2016. *Reševanje konfliktov v izbranem podjetju: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko – poslovna fakulteta.
- Gokoglan, E. & Bekar, E.O., 2021. The relationship between nurse managers' personality traits and their conflict management strategy preferences. *Journal of Nursing Management*, DOI: 10.1111/jonm.13262.
- Grašič, K., 2010. *Reševanje konfliktov na delovnem mestu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
- Higazee, M.Z.A., 2015. Types and levels of conflicts experienced by nurses in the hospital settings. *Health Science Journal*, 9(6), p.1.
- Iršič, M., 2010. *Mediacija*. Ljubljana: Zavod Rakmo, Zavod za razvoj kulture medosebnih odnosov in obvladovanja konfliktov, izobraževanje, svetovanje, raziskovanje in založništvo.
- Johansen, M.L., 2012. Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. *Nursing Management*, 43(2); pp. 50–54.
- Johansen, M.L. & Cadmus, E., 2016. Conflict management style, supportive work environments and the experience of work stress in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2); pp. 211–218.
- Khaleda, Y.A., 2017. Work place conflicts: Classifications, causes and management strategies. *International Journal of Academic Research and Development*, 2(4); pp. 210–216.
- Kim, W.S., Nicotera, A.M. & McNulty, J., 2015. Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9); pp. 2073–2083.
- Klinar, K., 2014. *Možnost reševanja konfliktov v skupini in timu s supervizijo: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
- Kranjc, E., 2020. *Konfliktne situacije v zdravstveni negi in strategije njihovega reševanja: diplomsko delo*. Nova Gorica: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Lahana, E., Tsaras, K., Kalaitzidou, A., Galanis, P., Kaitelidou, D. & Sarafis, P., 2019. Conflicts management in public sector nursing. *Journal International Journal of Healthcare Management*, 12(1), pp. 33–39.
- Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 247–252.
- Losa Iglesias, M. & Becerro De Bengoa Vallejo, R., 2012. Conflict resolution styles in the nursing profession. *Contemporary Nurse*, 43(1); pp. 73–80.

- Lu, W. & Wang, J. 2017. The influence of conflict management styles on relationship quality: The moderating effect of the level of task conflict. *International Journal of Project Management*, 35(8); pp. 1483-1494.
- McKibben, L., 2017. Conflict management: importance and implications. *British Journal of Nursing*, 26(2); pp. 100–103.
- Mosadeghrad, A.M. & Mojibafan, A., 2017. Conflict Management Styles of Nurse Managers in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences: 2015. *Iran Journal of Nursing*, 30(107); pp. 62-73.
- Možina, S., Rozman, R., Tavčar, M.I., Pučko, D., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Glas, M., Kralj, J., Tekavčič, M., Dimovski, V. & Kovač, B. 2002. *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
- Nikić, M., 2012. Intrapsihički i interpersonalni konflikti. Dijagnoza i terapija. *Obnovljeni Život*, 67(1); pp. 59–75.
- Omishore, B.O. & Ashimi, R.A., 2014. Organizational conflicts: Causes, effects and remedies. *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences*, 3(6); pp. 118-137.
- Padgett, S.M., 2015. Looking like a bad person: vocabulary of motives and narrative analysis in a story of nursing collegiality. *Nursing Inquiry*, 22(3); pp. 221-230.
- Pavakis, A., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Galanis, P., Sourtzi, P. & Siskou, O., 2011. Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. *International Nursing Review*, 58(2); pp. 242-248.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rahim, M.A., 2011. *Managing Conflict in Organization*. New Brunswick, London: Transaction Publishers.
- Rognes, J.K. & Schei, V., 2010. Understanding the integrative approach to conflict management. *Journal of Managerial Psychology*, 25(1); pp. 82-97.
- Saje, M., 2014. Reševanje konfliktov v medsebojnih odnosih. In: B. Filej, ed. *Zbornik prispevkov 6. dnevnov Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 23. januar 2014*. Novo Mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, Splošna bolnišnica Novo mesto, pp. 68-77.
- Škerjanc, E., 2018. *Vpliv obremenjenosti medicinskih sester na medosebne odnose v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Thomas, C., 2015. Identify conflict resolution styles used by nursing professionals working in clinical and academic settings of selected hospitals and nursing colleges of Southwestern Rajasthan. *International Journal of Advances in Nursing Management*, 3(3); pp. 273-277.
- Tuncay, Ö.F., Yaşar, Ö. & Sevimligül, G., 2018. Conflict management styles of nurse managers working in in patient institutions: the case of Turkey. *Journal of Nursing Management*, 26(8); pp. 945-952.
- The Conflict Expert, 2019. *Distributive v integrative negotiation styles*. [online] Available at: <https://the-conflictexpert.com/2019/03/05/distributive-v-integrative-negotiation-styles/> [Accessed 10 May 2021].
- Zdolšek, M., Stojan, A. & Šporar, P., 2015. *Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije -Mediacija*. [online] Available at: https://zdrzz.si/Mediacija_1/ [Accessed 5 November 2017].

**Razširjeni povzetki /
Extended abstracts**

Prevalence of adverse events in hospitalized patients and unfinished nursing care: preliminary results of czech multicentre study

dr. Renáta Zeleníková⁹⁴

dr. Darja Jarošová⁹⁵

dr. Eva Mynaříková⁹⁶

dr. Ilona Plevová⁹⁷

Miroslava Kachlová⁹⁸

Extended abstract

Highlights: The multicentre study analyzed the prevalence of adverse events in 14 Czech hospitals. The most prevalent adverse events were falls and pressure ulcers. The most frequently reported healthcare-associated infections were urinary tract infections and gastrointestinal tract infections. Correlations have been found between unfinished care and the prevalence of falls with injury.

Introduction: Adverse events are a significant indicator of the quality of care in hospitalized patients. WHO defines the adverse event as an injury related to medical management in contrast to complications of the disease. Medical management includes all aspects of care, including diagnosis and treatment, failure to diagnose or treat, and the systems and equipment used to deliver care. Adverse events may be preventable or non-preventable" (WHO, 2005, p. 8).

Unfinished nursing care is a problem of time scarcity that precipitates the process of implicit rationing through clinical priority setting among nursing staff resulting in care left undone (Jones, 2014). It is believed that nurses working within positive environments are encouraged to work to best practice and work effectively with multidisciplinary team members, which in turn promotes the quality of care provided and results in better patient outcomes (Chau, et al., 2015). There is evidence that unfinished nursing care is associated with healthcare-associated infections and adverse events of hospitalized patients.

Aim: This multicentre study aimed to analyze the prevalence of adverse events in Czech hospitalized patients. The other aim was to find out the association between unfinished nursing care and adverse events as well as healthcare-associated infections.

Material and methods: This cross-sectional multicentre study was conducted in 14 acute care hospitals in the Czech Republic. In total, 105 wards and 805 nurses from these wards participated in this study. Data related to organizational factors (nurse-patient ratio, number of nurses in day/night shifts, number of patients in day/night shifts, new patient admissions in day/night shifts, and patient discharge during the day/night shifts) and data on healthcare-associated infections and other adverse events (pressure ulcers, falls with injury, fall without injury, medication errors, etc) were collected in each ward. The patient adverse events and healthcare-associated infections were retrieved from the patient record, nursing documentation, and through the hospital reporting system.

Perception of unfinished nursing care by nurses was measured using the Czech version (Jarošová & Zeleníková, 2019) of the questionnaire Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA). PIRNCA (Jones, 2014) consisted of 31 items of activities nursing care which were assessed on the scale from 1 (never) to 4 (often) including (0 – not needed). The reliability of PIRNCA measured by Cronbach alpha is 0.97 (Jones, 2014). Data were collected using a paper and pencil questionnaire for one month on each ward in the period between September 2019 and November 2019. A total of 1014 printed questionnaires were distributed. Finally, 805 filled questionnaires were returned. The response rate was 79.39 %.

Sample characteristics and the frequencies of the adverse events, as well as healthcare-associated infections, were analyzed using descriptive statistics. Spearman correlation coefficient was used for measuring

⁹⁴ dr. Renáta Zeleníková, Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic, renata.zelenikova@osu.cz

⁹⁵ prof. dr. Darja Jarošová, Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic
⁹⁶ dr. Eva Mynaříková, University Hospital Ostrava, Czech Republic

⁹⁷ dr. Ilona Plevová, Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic

⁹⁸ Miroslava Kachlová, MSc., Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic, University Hospital Ostrava, Czech Republic

the association between unfinished nursing care and the prevalence of adverse events/healthcare-acquired infections. Statistical analysis was performed in the statistical program Stata v. 14.

Results: Nurses from this sample reported caring for 8.3 ± 3.56 patients on average. The mean number of patients in the unit was 23.5 ± 14.40 during day shifts and 23.3 ± 14.57 during night shifts.

The total adverse events were $27.7 \pm 36.10/100$ hospitalized adult patients. The pressure ulcers (mean $10.4 \pm 31.34/100$ hospitalized adult patients) were the most frequently reported adverse events, followed by falls without injury ($4.5 \pm 6.58/100$) and falls with injury ($1.9 \pm 3.59/100$). From healthcare-associated infections, the most frequently reported were hospital-acquired urinary tract infections ($3.5 \pm 5.74/100$ patients), followed by hospital-acquired gastrointestinal tract infections ($1.5 \pm 3.64/100$ patients) and surgical-site infections ($1.1 \pm 3.53/100$ patients). Statistically significant correlations have been found between unfinished nursing care and the prevalence of falls with injury (0.223) and between hospital-acquired gastrointestinal tract infection and unfinished nursing care (0.194).

Discussion: Unfinished nursing care is a hidden phenomenon in a healthcare setting across the world affecting the quality of care and increasing the prevalence of hospital-acquired infections as well as adverse events. Hospital-acquired urinary tract infections and hospital-acquired gastrointestinal tract infections were the most common healthcare-associated infections in our research sample. Pressure ulcers and falls were the most prevalent adverse events in our sample of hospitalized patients. The omission of care may be a mechanism that links nursing care processes and adverse outcomes (Nelson & Flynn, 2015). In this study, statistically significant positive low correlations have been found between unfinished nursing care and fall with injury and unfinished nursing care and gastrointestinal tract infections. Even though the correlations were low, they can point out to known consequences of missed care. A similar positive relationship between missed care and adverse patient outcomes was confirmed also in other studies (Lucero, et al., 2010; Nelson, & Flynn, 2015).

The consequences of missed nursing care are a higher risk for adverse patient events leading to increased healthcare costs (Mynaříková, et al., 2020). Therefore, the prevention of missed nursing care can decrease the total expenditure for the care of patients. Providing good quality nursing care with satisfactory numbers of staff may decrease the incidence of adverse events including infections acquired in healthcare.

Keywords: adverse events, healthcare-associated infections, unfinished nursing care, hospitalized patients

Acknowledgment

Supported by Ministry of Health of the Czech Republic, grant nr. NV18-09-00420. All rights reserved.

References

- Chau, J.P., Lo, S.H., Choi, K.C., Chan, E.L., McHugh, M.D., Tong, D.W., Kwok, A.M., Ip, W.Y., Lee, I.F. & Lee, D.T., 2015. A longitudinal examination of the association between nurse staffing levels, the practice environment and nurse-sensitive patient outcomes in hospitals. *BMC Health Services Research*, 15; pp. 538.
- Jarošová, D., & Zeleníková, R., 2019. Unfinished nursing care - the first pilot study in the Czech Republic. *Kontakt*, 21(4); pp. 388-394.
- Jones, T.L. 2014. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) Instrument. *Nursing Forum*, 49(2); pp. 77-87.
- Lucero, R.J., Lake, E.T. & Aiken, L.H., 2010. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16); pp. 2185-2195.
- Mynaříková, E., Jarošová, D., Janíková, E., Plevová, I., Polanská, A., & Zeleníková, R. 2020. Occurrence of hospital-acquired infections in relation to missed nursing care: a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(1); pp. 43-49.
- Nelson, S.T., & Flynn, L., 2015. Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatric nursing*, 36(2); pp. 126-130.
- World Health Organization (WHO), 2005. *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. [online] Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1> [Accessed 7 May 2021].

A European study on perceived barriers and enablers of nursing research

dr. Lucia Cadorin⁹⁹
 dr. Brigita Skela Savič¹⁰⁰
 dr. Sanela Pivač¹⁰¹
 dr. Sara Scarsini¹⁰²
 Barbara Narduzzi¹⁰³
 dr. Manuel Lillo-Crespo¹⁰⁴
 dr. Jorge Riquelme Galindo¹⁰⁵
 dr. Christine Fitzgerald¹⁰⁶
 dr. Alice Coffey¹⁰⁷
 dr. Liz Kingston¹⁰⁸
 dr. Alvisa Palese¹⁰⁹
 Mateja Bahun¹¹⁰

Extended abstract

Background: The ability and motivation to manage and encourage nurses to acquire knowledge are very important to their professional development. Further, nursing knowledge that derives from research is crucial and represents the basis for implementing evidence-based practice (EBP) in the clinical setting. Therefore, education in nursing is expected to increase (Prior, et al., 2010) because nurses with a higher level of post-graduate research education also tend to favor EBP more (Weng, et al., 2015). EBP promotes high-value nursing care and healthcare systems' quality and reliability, improves health outcomes, and reduces differences in care and costs (Melnyk, et al., 2014). However, aspects of context that promote and hinder implementation in the clinical setting influence clinical research significantly (Squires, et al., 2019). Bole & Skela Savič (2018) find that the use of EBP in clinical settings is significantly influenced by the attitude of nurses (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017), their knowledge and research skills (Gentizon, et al., 2016), and barriers encountered in implementation in clinical practice (Middlebrooks, et al., 2016). Both barriers and facilitators can stimulate or inhibit the development of good practices and, if known, they can be addressed with adequate strategies. Therefore, this study was designed to answer the following research questions: (1) How do key stakeholders of clinical nursing and education perceive the barriers to nursing research? and (2) How do key stakeholders of clinical nursing and education understand the facilitators of research in nursing? Understanding the barriers and facilitators of research to support future nursing research development in European countries were the main aims.

Methods: A qualitative method was adopted (Waggoner, et al., 2016) to achieve the objectives of this study. Four consensus groups were held in 2019, three of which were national and conducted in Italy, Spain, and Slovenia while the fourth consisted of international experts from four European countries (Ireland, Italy, Spain, and Slovenia). The discussions were audio-recorded and the researchers also took notes to collect comprehensive information. Each discussion ended with a consensus on each barrier and facilitator the researchers identified. The discussions were transcribed and the content analysis method was employed. The coding

⁹⁹ dr. Lucia Cadorin, Research Collaborator, University of Udine, Italy, lucia.cadorin@uniud.it

¹⁰⁰ dr. Brigita Skela Savič, Professor, Research Councilor, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, bskelasavic@fzab.si

¹⁰¹ dr. Sanela Pivač, Assistant Professor, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, spivac@fzab.si

¹⁰² dr. Sara Scarsini, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – Udine, Italy, sara.scarsini@asufo.sanita.fvg.it

¹⁰³ Barbara Narduzzi, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – Udine, Italy, barbara.narduzzi@asufo.sanita.fvg.it

¹⁰⁴ dr. Manuel Lillo-Crespo, Professor, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Alicante, Spain, manuel.lillo@grupohla.com

¹⁰⁵ dr. Jorge Riquelme Galindo, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Alicante, Spain, jorge.riquelme@grupohla.com

¹⁰⁶ dr. Christine Fitzgerald, Post doctoral researcher, Department of Nursing and Midwifery, University of Limerick, Ireland, christine.fitzgerald@ul.ie

¹⁰⁷ dr. Alice Coffey, Professor, Department of Nursing and Midwifery University of Limerick, Ireland, alice.coffey@ul.ie

¹⁰⁸ dr. Liz Kingston, Senior Lecturer, Department of Nursing and Midwifery University of Limerick, Ireland, liz.kingston@ul.ie

¹⁰⁹ dr. Alvisa Palese, Associate Professor, University of Udine, Italy, alvisa.palese@uniud.it

¹¹⁰ Mateja Bahun, Senior Lecturer, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, mbahun@fzab.si

unit was a participant's thought or opinion on a given topic. The highest level of anonymized quotations was employed to protect the participants' identities.

Results: A purposive sample of 23 key stakeholders was recruited (Italy=7, Spain=8, Slovenia=8) for the national consensus who were nursing leaders with different specialties or from different departments including a deputy assistant director of nursing and experts from healthcare organizations, and an educational institution. A total of 11 participants who worked in the clinical setting and educational institution was recruited (Italy=3, Spain=2, Slovenia=2, Ireland=4) for the international consensus group. All participants were experienced and conducted nursing research actively. Six key codes from 38 quotations emerged from the data collected. These included: (1) need for and perceptions of research in nursing, (2) knowledge and material resources, (3) leadership support and financial resources, (4) formal and informal education, (5) cooperation between clinicians and academics, and (6) understanding and applying research knowledge.

Discussion: The research conducted presents respondents' perceptions on barriers and facilitators of nursing research encountered in the clinical setting. The findings show that both barriers and facilitators of nursing research should be considered in raising the profile of such research. Nurses' understanding of research and its importance in nursing practice, leadership support for research in the clinical setting, and cooperation between clinicians and academics on joint projects were significant findings. We found that nurses with a higher level of education, those who expressed greater job satisfaction and those who have their immediate leader's support, tend to favor research more. Our respondents believed that nurses with higher education tend to have more research knowledge (research methods and how to use the results). Yet, they emphasized that existing knowledge depends as well on the faculty where nurses obtained their degrees. Nurses' postgraduate education (specializations, master's degree) can contribute significantly to greater knowledge and application of evidence-based practice and increase the use of scientific evidence in clinical settings (Friesen, et al., 2017). However, nurses have sufficient knowledge of research on completion of undergraduate education but this knowledge appears to fade because it is not applied. Hence, the opportunity for continuous professional development in research should be accessible. Additional barriers are also the inability to understand English, research terminology, and statistics as other studies have documented (Nair, et al., 2021; Squires, et al., 2019). Majid and colleagues (2011) find that the most common barriers for implementing evidence in the clinical environment which nurses encounter are the lack of time to research and seek evidence, misunderstanding of statistics presented in journals, and the lack of research knowledge as confirmed by Farokhzadian and colleagues (2015) which found that it is the lack of research knowledge and interpretation of statistical results that are the most common obstacle to the implementation of evidence in the clinical environment. The work organization and the lack of time for research which is a direct consequence of nurse understaffing was a further perceived obstacle by participants in all countries.

Keywords: barriers, enablers, nursing research, evidence-based practice

References

- Bole, U. & Skela-Savič, B., 2018. Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3); pp. 177–185.
- Farokhzadian, J., Nayeri, N.D., Borhani, F. & Zare, M.R., 2015. Nurse leaders' attitudes, self efficacy and training needs for implementing evidence-based practice: is it time for a change toward safe care. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 7(8); pp. 662–671.
- Gentizon, J., Borrero, P., Vincent-Suter, S., Ballabeni, P., Morin, D. & Eicher, M., 2016. Evidence based practice of nurses working in university hospitals in the French speaking part of Switzerland: a descriptive and correlational study. *Recherche en soins infirmiers*, 127(4); pp. 28–42.
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.L., Chang, Y.K. & Mokhtar, I.A., 2011. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*, 99(3); pp.229–236.
- Middlebrooks, R., Carter-Templeton, H. & Mund, A.R., 2016. Effect of evidence-based practice programs on individual barriers of workforce nurses: an integrative review. *American Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(9); pp. 398–406.
- Melnik, B.M., Gallagher-Ford, L., Long, L.E. & Fineout-Overholt, E., 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1); pp. 5–15.
- Nair, S.P., Panhale, V.P. & Nair, N., 2021. Perceived barriers to evidence-based practice among Physiotherapy students. *Journal of Education and Health Promotion*, 28(10); pp. 17.

- Prior, P., Wilkinson, J. & Neville, S., 2010. Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive survey. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(2); pp. 14–25.
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2016. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: an integrative review. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 56; pp. 128-140.
- Squires, J.E., Aloisio, L.D., Grimshaw, J.M., Bashir, K., Dorrance, K., Coughlin, M., Hutchinson, A.M., Francis, J., Michie, S., Sales, A., Brehaut, J., Curran, J., Ivers, N., Lavis, J., Noseworthy, T., Vine, J., Hillmer, M. & Graham, I.D., 2019. Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: a multi-study analysis. *Implementation Science*, 14(1); pp. 52.
- Waggoner, J., Carline, J.D. & Durning, S.J., 2016. Is There a consensus on consensus methodology? Descriptions and recommendations for future consensus research. *Academic Medicine*, 91(5); pp. 663-668.
- Weng, Y.H., Chen, C., Kuo, K.N., Yang, C.Y., Lo, H.L., Chen, K.H. & Chiu, Y., 2015. Implementation of evidence-based practice in relation to a clinical nursing ladder system: a national survey in Taiwan. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(1); pp. 22–30.

**Strokovni prispevki /
Professional contributions**

Fizioterapija v času epidemije COVID-19

Physiotherapy during the COVID-19 epidemic

Sladana Božič¹¹¹

Izvleček

Epidemija koronavirusne bolezni (COVID-19) se je začela decembra 2019 na Kitajskem (Wuhan). Okužba se je razširila po vsem svetu, kljub strategijam kitajske vlade za zaustavitev tega epidemiološkega pojava. Tri mesece kasneje je Covid-19 postal svetovna pandemija z več kot 353.000 primeri. Svetovna zdravstvene organizacija (WHO) je 11. marca 2020 razglasila za pandemijo bolezen, ki jo povzroča koronavirus (SARS-CoV-2). Koronavirusna bolezen je močno prizadela javno zdravje in zdravstveni sistem. Pandemija COVID-19 je vlade po vsem svetu spodbudila, da sprejmejo stroga pravila, ki omejujejo posameznikovo svobodo in nalagajo socialno distanciranje. Zaradi hitrega prenosa okužbe je bilo bistvenega pomena družbeno oddaljevanje in zapiranje javnih ustanov. Posledično so nekatere zdravstvene usluge postale manj dostopne. Globalna pandemija je poklic fizioterapevta in našo družbo potisnila v prakso fizioterapevta na daljavo oz. telerehabilitacije.

Pri pisanju preglednega članka je bil za osnovo zbiranja in analize podatkov uporabljen pregled literature. Prispevek želi poudariti pomembnost fizioterapevta v času pandemije COVID-19. Delovna skupina Svetovne konfederacije za fizioterapijo (WCPT) je 18.4.2020 prakso digitalnega fizioterapevta opredelila kot zdravstveno storitev, podporo in informacije, ki se zagotavljajo na daljavo prek digitalne komunikacije in naprav. V prispevku je predstavljena vloga fizioterapevta v času pandemije COVID-19 v Sloveniji in širše v svetu. Izpostavljen je pojem telerehabilitacija, ki opredeljuje delo fizioterapevta na daljavo. V Sloveniji so bila sprejeta navodila in priporočila za izvajanje fizioterapevtske dejavnosti na vseh nivojih javne zdravstvene dejavnosti, kot tudi v zasebni praksi v času COVID-19. Vzpostavljeni so bili pogoji, ki izvajalcem fizioterapevtske dejavnosti omogočajo nemoteno delo in hkrati zagotavljajo varnost uporabnikov pred možnostjo okužbe. Uveden je bil vprašalnik za telefonsko konzultacijo pacienta dan pred prihodom na fizioterapijo in vprašalnik o stanju pacienta med terapijo. V prispevku so predstavljeni vsi ukrepi, ki so bili sprejeti za varno izvajanje fizioterapevtske dejavnosti. Vsi ukrepi so bili skladni z epidemiološkimi navodili NIJZ in MZ.

Ključne besede: fizioterapija v času COVID-19, telerehabilitacija, digitalna fizioterapija

Abstract

The coronavirus disease epidemic (COVID-19) began in December 2019 in China (Wuhan). The infection has spread around the world despite the Chinese government's strategies to stop this epidemiological phenomenon. Three months later, COVID-19 became a global pandemic with more than 353,000 cases. The World Health Organization (WHO) declared a coronavirus disease (SARS-CoV-2) pandemic on 11 March 2020. Coronavirus disease has severely affected public health and the healthcare system. The COVID-19 pandemic has encouraged governments around the world to adopt strict rules that restrict an individual's freedom and impose social distancing. Due to the rapid transmission of the infection, social distancing and the closure of public institutions were essential. As a result, some health services have become less accessible. The global pandemic has thrust the physical therapy profession and our society into digital physical therapist practice of physiotherapists and telerehabilitation.

When writing a review article, a literature review was used as the basis for data collection and analysis. The paper seeks to highlight the importance of the physiotherapist during the COVID-19 pandemic. On 18 April 2020, the Working Group of the World Confederation of Physiotherapy (WCPT) defined the practice of a digital physiotherapist as a health service, support, and information provided remotely via digital communication and devices. The paper presents the role of a physiotherapist during the COVID-19 pandemic in Slovenia and beyond. The notion of telerehabilitation is highlighted, which defines the work of a physiotherapist at a distance. In Slovenia, instructions and recommendations for the implementation of physiotherapeutic activity at all levels of public health activity, as well as in private practice during COVID-19, were adopted. Conditions have been established that enable physiotherapists to work smoothly and, at the same time ensure, the safety of users against the possibility of infection. A questionnaire for telephone consultation of the patient the day before arrival for physiotherapy and a questionnaire on the patient's condition during therapy were introduced. The paper presents all the measures that have been taken for the safe implementation of physiotherapy activities. All measures were in accordance with the epidemiological instructions of the NIJZ and the Ministry of Health.

Keywords: physiotherapy during COVID-19, telerehabilitation, digital-physical therapy

¹¹¹ Sladana Božič, dipl.fiziot. mag. organ., Zdravstveni dom Ljubljana Center- fizioterapija, sladjana.bozic@zd-lj.si

1 Uvod

Koronavirusna bolezen (COVID-19) je decembra 2019 izbruhnila na Kitajskem v mestu Wuhan. Hiter prenos okužbe je v svetovnih zdravstvenih sistemih sprožil alarm. Tri mesece kasneje je Covid-19 postal svetovna pandemija z več kot 353.000 primeri, 15.000 smrtnimi primeri in več kot 100.000 izterjanimi primeri po svetu. Pandemija je ustvarila socialno- ekonomsko negotovost in obremenitev zdravstvenega sistema brez primere. Javnost je bila pozvana naj redno umiva roke, nosi obrazne maske in se fizično distancira. Posledično so stroga pravila omejila svobodo posameznika z namenom preprečiti propad nacionalnih zdravstvenih sistemov. Ukrepi so povzročili oviro za zdravstvene delavce, ki so pri svojem delu v tesnem stiku z bolniki, ki potrebujejo nizkointenzivno oskrbo (Dean, et al., 2020).

Covid-19 povzroča hud akutni respiratorni sindrom in motnjo delovanja notranjih organov (Chang, et al., 2020). Večina svetovnih epidemioloških strokovnjakov se strinja, da so si skupne značilnosti prizadetih populacij podobne. Populacije z večjim tveganjem so starejši, bolniki s hipertenzijo, diabetesom ali dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja in bolniki z boleznimi dihal (Jimenez-Pavon, et al., 2020).

1.1 Namen

Namen prispevka je poudariti pomembnost fizioterapije v času epidemije COVID-19. Fizioterapevti Slovenije so na začetku epidemije marca 2020 bili podrejeni odloku o začasnih ukrepih zdravstvene dejavnosti, ki je prekinil večino preventivnih zdravstvenih storitev in rehabilitacije. V prispevku je predstavljena vloga fizioterapevta v rehabilitaciji med pandemijo COVID-19 po svetu in v Sloveniji. Predstavljena so navodila in priporočila za izvajanje fizioterapevske dejavnosti v Sloveniji, ki jih je sprejelo MZ in NIJZ. Predstavljena je pomembnost fizioterapije na daljavo v tujini, ki je zabeležen v pregledani literaturi.

1.2 Metode dela

Osnova zbiranja podatkov in analize virov je bil uporabljen pregled litetature in priporočil fizioterapevske stroke Združenja fizioterapevtov Slovenije. Opisna raziskovalna metoda je bila uporabljena za predstavitev vsebine in pojmov prispevka. Zbiranje podatkov je potekalo od maja do decembra 2020. Pri iskanju virov literature je bila uporabljena baza podatkov Google scholar in PubMed.

Uporabljeni so bili naslednji termini v slovenščini: fizioterapija, koronavirus, priporočila fizioterapevske strokev času epidemije, telerehabilitacija, digitalna fizioterapija. V angleščini so bili uporabljeni naslednji termini: COVID-19 pandemic, digital physical therapy, telerehabilitation.

2 Fizioterapija v času epidemije koronavirusa v Sloveniji

Epidemija Covid-19 je družbo soočila, da se vsak dan izziva s treznimi resničnostmi v gospodarstvu, zdravstvu in politiki. Koronavirusna bolezen se prenaša s kašljanjem, kihanjem, s tesnimi stiki ali preko onesnažene površine. Virus SARS-CoV-2 vstopa v telo preko nosne, ustne ali očesne sluznice, zato je potrebno za preprečevanje širjenja okužbe dosledno upoštevati ukrepe za preprečevanje kapljične ali kontaktne virusne poti. Marca 2020 je pandemija Covid-19 dosegla Slovenijo, zaradi katere je začel veljati odlok o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti. Med te ukrepe štejemo higieno rok, vzdrževanje ustrezne

razdalje med osebami 1,5 do 2 m, ter razkuževanje površin. Epidemija Covid-19 je v Sloveniji posledično povzročila prekinitev izvajanja preventivnih zdravstvenih storitev in rehabilitacije med katere uvrščamo fizioterapevske storitve na primarnem zdravstvenem varstvu. V maju so se fizioterapevske dejavnosti počasi ponovno začele odvijati na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Vodstvo Združenja fizioterapevtov Slovenije je izdalo navodila in priporočila za izvajanje fizioterapevske dejavnosti v času epidemije Covid-19 (RSK za fizioterapijo, 2020).

2.1 Navodila za izvajanje fizioterapevske dejavnosti v času začasnih ukrepov zaradi Covid-19

Ministrstvo za zdravje je 25.4.2020 na podlagi priporočil, ki jih je pripravil Razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo v sodelovanju z Združenjem fizioterapevtov Slovenije, sprejelo navodila in priporočila za izvajanje fizioterapevske dejavnosti v času začasnih ukrepov zaradi COVID-19.

2.1.1 Preprečevanje prenosa okužbe

Za učinkovito izvajanje vseh ukrepov za preprečevanje prenosa okužbe COVID-19 je potrebno vzpostaviti pogoje, ki bodo izvajalcem fizioterapevske dejavnosti omogočali nemoteno delo ter hkrati zagotovili varnost pacientov/uporabnikov in izvajalcev fizioterapevtskih storitev pred možnostjo prenosa okužbe. Ob pojavu okužbe COVID-19 pa morajo z vso odgovornostjo začeti izvajati vse priporočene aktivnosti v skladu z epidemiološkimi navodili NIJZ in MZ (RSK za fizioterapijo, 2020).

2.1.2 Uporaba osebne varovalne opreme

Pri obravnavi vseh pacientov/uporabnikov v času epidemije COVID-19 je zelo pomembno samozaščitno obnašanje in razkuževanje rok in namestitev zaščitne maske vsem pacientom/uporabnikom ob prvem stiku.

Sama oprema ne zagotavlja varnosti, če jo nepravilno uporabljamo. Higiena rok – umivanje, razkuževanje, higiena kašlja, časovna in prostorska razporeditev pacientov/uporabnikov so tisti osnovni ukrepi, ki omogočajo varno delo. Zelo pomembno je tudi obnoviti znanja pri zaposlenih glede pravilne uporabe opreme – oblačenje in slačenje ter s pravilno tehniko umivanja in razkuževanja rok.

Čiščenje prostorov in opreme mora predstavljati kritično točko pri obvladovanju širjenja nalezljivih bolezni. Fizioterapevti oz. bolničarji po končanem delu s pacientom/uporabnikom vedno razkuži površine, opremo, in pripomočke, ki so bili v stiku s pacientom/uporabnikom.

Številni video pripomočki so na voljo na spletu, na svetovnih in domačih straneh, potrebno si je vzeti čas in si to pogledati, po potrebi pa organizirati izobraževanje za zaposlene v fizioterapevtski enoti

2.2 Priporočila za uporabo osebne varovalne opreme (OVO) za fizioterapevte po zdravstvenih ustanovah in glede na epidemiološki status pacientov

Tabela 1: Priporočila za uporabo OVO (Vir: RSK za fizioterapijo, 2020)

Zavod	Pacient s potrjenim Covid- 19 obolenjem	Pacient z negativno epidemiološko anamnezo
Bolnišnice oz. vse podobne oblike zavodov s stacionarnim bivanjem pacientov; inštituti, zdravišča, varstveno delovni centri) DSO	V skladu z navodili organizacije, najmanj pa: - zaščitna maska FFP 2/3, - zaščitna očala, ki tesnijo, - zaščitni plašč-kombinezon, - nitrilne ali kirurške rokavice za jemanje brisa, - zaščitna kapa, - zaščita za obutev.	- kirurška maska 2R - preiskovalne rokavice/razkuževanje rok Pri izvajanju postopkov respiratorne fizioterapije: - zaščitni plašč; plašč obvezno menjamo pri prehajanju iz delovišča na delovišče in p. p.*; - pred fizičnim stikom s pacientom preko plašča oblečemo predpasnik z rokavi. Predpasnik obvezno menjamo med delom s posameznimi pacienti in p. p.* - maska in zaščitna očala ali maska z vizirjem. Masko lahko uporabljamo pri delu z različnimi pacienti. - zaščitne rokavice: zaščitna kapa; lahko uporabljamo pri delu z različnimi pacienti. *p. p. - kadar je OVO vidno umazan ali raztrgan
Zdravstveni dom	Na vstopnih točkah, kjer so lahko potencialno okuženi pacienti: - zaščitna maska FFP 2/3, - zaščitna očala, ki tesnijo, - zaščitni plašč-kombinezon, - nitrilne rokavice, - zaščitna kapa. V fizioterapevtskih ambulantah obravnava okuženih pacientov s Covid- 19 NE POTEKA!	- kirurška maska 2R, - preiskovalne rokavice/razkuževanje rok.
Samostojne zasebne ambulate	Na vstopnih točkah, kjer so lahko potencialno okuženi pacienti: - maska FFP 2/3, - očala, ki tesnijo, - zaščitni plašč-kombinezon, - nitrilne rokavice, - pokrivalo za lase. V fizioterapevtskih ambulantah obravnava okuženih pacientov s Covid- 19 NE POTEKA!	- kirurška maska 2R - preiskovalne rokavice/razkuževanje rok
Centri za krepitev zdravja/ Zdravstveno-vzgojni centri	Na vstopnih točkah, kjer so lahko potencialno okuženi pacienti: - maska FFP 2/3, - očala, ki tesnijo, - zaščitni plašč-kombinezon, - nitrilne rokavice, - pokrivalo za lase. V fizioterapevtskih ambulantah obravnava okuženih pacientov s Covid- 19 NE POTEKA!	- kirurška maska 2R, - preiskovalne rokavice/razkuževanje rok.
Rehabilitacija na domu	Pri potrjenem obolenju Covid-19 se terapija ne izvaja.	- kirurška maska 2R, - preiskovalne rokavice/razkuževanje rok, - zaščitni plašč/kombinezon/predpasnik.

2.3 Operativna navodila za ambulantno fizioterapijo

Združenje fizioterapevtov Slovenije je izdalo tudi navodila za paciente. V navodilih je poudarek na upoštevanju navodil MZ in NIJZ v času epidemije Covid-19. Navodila nalagajo pacientom upoštevanje medsebojne razdalje med terapijo, na terapijo naj hodijo zdravi (brez respiratornih obolenj), v primeru pojava simptomov pa naj ostanejo doma in o tem obvestijo fizioterapevta. Izdelan je tudi vprašalnik za telefonsko konzultacijo pacienta pred prihodom na fizioterapijo, ki se ga udejanji dan pred terapijo. Enak vprašalnik pa se izvaja vsak dan terapije, ko pacient s podpisom jamči za resničnost svojega zdravstvenega stanja.

Decembra 2020 je bil izdan opis storitev in fizioterapevtskih postopkov za obračun na daljavo, ki je uporabljen pri pacientih v karanteni (ZZZS, 2020). Fizioterapevt je edini zdravstveni profil, ki zna pravilno svetovati pacientom glede telesne dejavnosti. Fizioterapevt je edini profil v zdravstvu, ki ima strokovno znanje o pomembnosti telesne aktivnosti, predvsem pa zna svetovati posamezniku, kako s pravilnimi postopki ohranjati ali povečevati telesno aktivnost. Nasveti se nanašajo na količino dnevnega sedenja, počitka in telesne aktivnosti preko dneva. Biti primerno telesno dejaven pomembno zmanjšuje možnost tveganja za virusno okužbo, posledično pa se zmanjša občutek tesnobe, ki je lahko posledica izolacije med karanteno (RSK za fizioterapijo, 2020).

3 Fizioterapija po svetu v času pandemije COVID-19

V času COVID -19 pandemije so države po svetu uvedle karanteno, ki je zahtevala korenito spremembo življenjskega sloga prebivalstva. Spremenjen način življenja in vedenja ljudi po svetu je vključeval omejeno stopnjo telesne aktivnosti. Posledice karantene so imele negativne učinke na kronične bolezni prebivalstva, kot so diabetes, hipertenzija, bolezni dihal ali celo preprosto omejitev aktivnega stanja starejše populacije z namenom zmanjševanja tveganja osteoporoze, sarkopenije in demence. Negativni učinki karantene so vključevali tudi psihološke simptome posttraumatskega stresa na vse generacije, zaradi omejitve gibanja.

Svetovna konfederacija za fizioterapijo (WCPT) je prakso fizioterapevta v času pandemije COVID-19 opredelila kot digitalno fizioterapijo. Digitalna fizioterapija pomeni zdravstvene storitve, podpora in informacije, ki se zagotavljajo prek digitalne komunikacije in naprav (Alan, 2020). Digitalna fizioterapija ponuja uporabnikom, ponudnikom storitev in družbi priložnosti, kot so razširitev dostopa do izvajalcev zdravstvenih storitev, spodbujanje samoupravljanja, večjo prilagodljivost pri izvajanju zdravstvenega varstva in skrajšanje bolniškega staleža (Dantas, et al., 2020). Uvedba telerehabilitacije v času pandemije COVID-19 je omogočila uporabnikom tovrstne storitve ustrezen program vadbe namenjen ohranjanju ali izboljšanju glavnih komponent telesne pripravljenosti. Glavni razlog za uvedbo telerehabilitacije je spodbujanje terapevtske vadbe z namenom vzdrževanja telesne aktivnosti in ohranjanja fiziološke funkcije telesnih sistemov, ter zmanjševanja duševnih stisk. Glavni elementi, ki so bili upoštevani pri oblikovanju ustreznega programa terapevtske vadbe so bili osredotočeni na ciljne skupine uporabnikov. Programi terapevtske vadbe so bili prilagojeni glede na starostno skupino upravnikov in vrsto kroničnega obolenja (Jimenez-Pavon, et al., 2020).

3.1 Italija

V Italii se je epidemija COVID-19 začela najprej v Lombardiji konec februarja 2020. Italija je imela v prvem val epidemije eno največjih svetovnih bremen COVID-19 z več kot 77.635

primeri in 12.428 smrtnimi primeri do 31.3.2020. Povprečna starost umrlih je bila 78 let v 70% moškega spol, od tega je Lombardija zabeležila 66% smrtnih žrtev. Italijansko združenje fizioterapevtov je pripravilo dokument, ki je obsegal operativne predloge o kliničnih primerih, kjer je poseg fizioterapevske stroke še vedno indiciran za obnovitev funkcionalnega stanja pacienta. Ti predlogi so vključevali respiratorno fizioterapijo, nevrofizioterapijo in lokomotorno fizioterapijo pri hospitaliziranih bolnikih. Preoblikovali so vsa nebitvena zdravljena v telerehabilitacijo in svetovanja po telefonu. Glede na smernice združenja Italijanskih fizioterapevtov je veliko zasebnih fizioterapevtov zaustavilo svojo dejavnost z namenom preprečevanja širjenja okužb (Pederesini, et al., 2020).

3.2 Brazilija

Svetovna pandemija COVID-19 je prisilila brazilski zdravstveni sistem, da je sprejel telezdravstvo oz. telerehabilitacijo na različnih področjih zdravstvenega varstva. V Braziliji je bila telerehabilitacija izvedljiva preko brezplačne programske opreme za videokonference, kot so Google Hangouts, Zoom in Skype. Učinkovitost uporabe teleterapije so preučevali pri akutnih in kroničnih mišično-skeletnih stanjih, srčno-žilnih obolenjih, nevroloških težavah, pooperativnih stanjih in respiratornih obolenjih. Obsežno izvajanje telerehabilitacije v Braziliji je predstavljalo velik tehnološki izziv zaradi zastarele digitalne opreme, neizobraženost prebivalstva, internetna nedosegljivost po državi in zaupnosti prebivalstva v telerehabilitacijo. Brazilija in številne druge države Južne Amerike nimajo smernic in zakonodaje, ki opredeljuje obveznosti in pravice uporabnikov telezdravstva (Dantas, et al., 2020).

3.3 Združene države Amerike

Konec maja 2020 je bilo v ZDA zabeleženih več kot 100.000 smrtnih primerov zaradi Covid-19, kar je bilo takrat največ v kateri koli državi. Epidemija je povzročila socialno-ekonomsko negotovost v državi in sprožila izziv farmacevtski stroki za razvoj testa in cepiva za virus. Javnost je bila pozvana naj redno umiva roke, nosi obrazne maske in se fizično distancira. Fizioterapevska stroka se je vključila v edukacijo prebivalstva o zdravem življenjskem slogu, predvsem na področju telesne aktivnosti in gibanja. V ZDA ima 94% tistih, ki so podlegli COVID-19 vsaj eno izmed kroničnih obolenj. Učinkovita zdravstvena vzgoja in izobraževanje o zdravem življenjskem slogu sta edini kompetenci fizioterapevta v času epidemije v ZDA (Alan, 2020).

4 Razprava

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je v času pandemije COVID-19 pozvala Svetovno konfederacijo fizioterapevtov (WCPT), da izdelajo smernice za varno delo fizioterapevtov v kliničnem okolju in na daljavo. WCPT je opredelila vire, vključno s kompletom orodji za izvajanje digitalne prakse v fizioterapiji. Zagotovljeni so bili tudi zakoni o telezdravstvu in smernice za izvajanje fizioterapije na daljavo. V aprilu 2020 so v ZDA centri za storitve Medicare & Medicaid dodali izvajalce fizioterapije kot upravičence zaračunavanja storitev telezdravstva v času trajanja epidemije COVID-19 (Alan, 2020). Predsednica Svetovne zveze fizioterapevtov, profesorica Strokes navaja, da je pred pandemijo le 23 % fizioterapevtov po svetu uporabljalo digitalne platforme na področju fizioterapije. V času pandemije COVID-19, pa se je ta odstotek popolnoma obrnil, saj jih je 77% prešlo na storitve fizioterapije na daljavo. Prav tako je pandemija spodbudila odločevalce, da so omogočili

fizioterapevtom delovati po načelu neposrednega dostopa, zato so se lahko pacienti za fizioterapevtske postopke v večji meri obrnili na fizioterapevta neposredno, brez napotitve drugega zdravstvenega strokovnjaka. Stokesova podarja dejstvo: *»V profesionalni praksi fizioterapevtov se je zadnjem letu zgodilo več novosti, kot se jih je prej v 30 letih. Priča smo ogromnemu napredku na področje fizioterapije v času COVID19«. rehabilitacija in klasična fizioterapija področji, ki sta utrpeli izjemne negativne posledice med bojem proti Covid-19. Pri tem Stokesova navaja podatke anket WCPTe, da so rehabilitacijske storitve v 60 % držav članic EU bile motene, hkrati pa meni, da se ti podatki niso do danes nič izboljšali, kvečjemu poslabšali. Tako je eden največjih izzivov na področju fizioterapije in rehabilitacije, če je sploh mogoče in kako vsaj deloma izpad nadoknaditi. Pri tem je pomembno predvsem dejstvo, da so izjemno omejene možnosti za ljudi, ki so potrebno rehabilitacijo zamudili (Stokes, 2021).*

V Sloveniji pa predsednik Združenja fizioterapevtov Slovenije, dr. Kovačič (2021) navaja, da je epidemija Covid-19 tudi v Slovenijo prinesla uradno storitev Fizioterapija na daljavo, zaradi česar smo se znašli pred izzivi digitalizacije v fizioterapiji, saj potrebujemo sistematični pristop pri uspešni implementaciji eZdravja/telerehabilitacije oz fizioterapije na daljavo v javno zdravje pri čemer je nujno sodelovanje več deležnikov na vseh ravneh zdravstva, visokošolskih institucij, ki izvajajo študijski program fizioterapije, kot ZZZSja ter Ministrstva za zdravje. Kljub temu, da Kovačič (2020) navaja, da se fizioterapija na daljavo izvaja pod okriljem e-zdravja, kar pomeni s pomočjo uporabe elektronskih komunikacijskih tehnologij za izmenjavo informacij ter svetovanja fizioterapevta z namenom izboljšanja pacientovega zdravja. Za fizioterapijo na daljavo potrebujemo v javnem zdravstvenem sistemu ustrezno podporno tehnologijo tako s strani strokovnjakov kot tudi na strani uporabnikov – pacientov. Trenutno v Sloveniji še nimamo implementiranih potrebnih interaktivnih programov za izvedbo fizioterapije na daljavo in e-zdravja na sploh na vseh ravneh zdravstva. Kovačič (2021) poudarja, da fizioterapija na daljavo ne pomeni samo internetne povezave in video konference med fizioterapevtom in pacientom, ampak potrebujemo za izvedbo te vrste rehabilitacije infrastrukturo za IKT po celotni Sloveniji, visoko razvite programe, strežnike in grafične spletne vmesnike. Multimedijske rehabilitacijske vsebine morajo biti nadzorovano dostopne prek varne internetne povezave na oddaljenem multimedijem strežniku. Seveda pa so potrebni tudi stiki s pacientom v živo, saj brez tega ni možna celostna fizioterapevtska ocena niti uspešen fizioterapevtski program. Dejstvo pa je, da imamo pri številnih pacientih, pri katerih bi lahko v času omejevanja socialnih stikov in karantene v času epidemije COVID-19 prišlo do upada funkcijskih sposobnosti, fizioterapevti kot strokovnjaki za gibanje pomembno vlogo tudi z uporabo fizioterapije na daljavo (Kovačič, 2021).

5 Zaključek

Globalna kriza COVID-19 je brez primere postala izjemna priložnost za poklic fizioterapevta, da povdari vlogo fizioterapevtske stroke pri zmanjševanju dovzetnosti za COVID-19, obvladovanje njenega najhujšega izraza akutne respiratorne stiske in maksimiranju funkcionalne donosnosti po hospitalizaciji. Na preprečevanje in negativne posledice COVID-19 bi lahko bistveno vplivalo izkoriščanje neinvazivnih strategij fizioterapevtske stroke, vključno z edukacijo o zdravem življenjskem slogu s področja telesne aktivnosti in počitka (Turola, et al., 2020). Telerehabilitacija ali svetovanje na daljavo v fizioterapiji ne bo rešitev za vse izzive s katerimi se soočajo fizioterapevti pri svetovanju pacientom. Telerehabilitacija je področje, ki v času epidemije lahko zmanjša stroške zdravljenja kroničnih bolnikov, ki so

pripravljeni slediti navodilom fizioterapevta na daljavo. Postavlja pa se vprašanje, koliko pacientov je pripravljeno na tako vrsto fizioterapevtske obravnave.

Literatura

- Alan, C.L., 2020. COVID-19 and the advancement of digital physical therapist practice and Telehealth. *Physical Therapy*, 7, pp. 1054-1057.
- Dantas, L.O., Barreto, R.G. & Ferreira, C.H.J., 2020. Digital physical therapy in the COVID- 19 pandemic. *Physical Therapy*, 5, pp. 381-383.
- Dean, E., Jones, A., Peng-Ming, Y., Gosselink, R. & Skinner, M., 2020. Translating COVID-19 evidence to maximize physical therapists' impact and public health response. *Physical Therapy*, 9, pp. 1458-1464.
- Jimenez- Pavon, D., Carbonell-Baeza, A. & Lavie, C.J., 2020. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: special focus in older people. *Progressive Cardiovascular Diseases J*, 63(3), pp. 386-388.
- Kovačič, T. & Ostanek, A., 2021 Vpliv zamika zdraviliške fizioterapije zaradi Covid-19 na področju dejavnosti in sodelovanja pacientov po vstavitvi totalne endoproteze kolka. In: M. Mertik, ed. 9. *znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik povzetkov. Maribor, 12.-19. marec 2021*. Maribor: AMEU- ECM, Alma Mater Press, pp. 110.
- Ministrstvo za zdravje, 2020. *Navodila in priporočila za izvajanje fizioterapevtske dejavnosti v času začasnih ukrepov zaradi COVID-19, 28 April 2020, št. 164-3/2020/24*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Pedersini, P., Corbellini, C. & Villanfane, J.H., 2020. Italian Physical Therapists' Response to the Novel COVID-19 Emergency. *Physical Therapy*, 7, pp. 1049-1051.
- RKS za fizioterapijo, 2020. *Navodila in priporočila za izvajanje fizioterapevtske dejavnosti v času začasnih ukrepov zaradi COVID-19*. Available at: <https://www.physio.si/navodila-in-priporocila-za-izvajanje-fizioterapevtske-dejavnosti-v-casu-epidemije-mz/> [Accessed 14 Dec. 2020].
- Strokes, E., 2021. Invited Speaker. In: M. Mertik, ed. 9. *znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik povzetkov. Maribor, 12.-19. marec 2021*. Maribor: AMEU- ECM, Alma Mater Press, pp. 91.
- Turolla, A., Rossetini, G., Viceconti, A., Palese, A. & Geri, T., 2020. Musculoskeletal physical therapy during the COVID-19 pandemic: is telerehabilitation the answer? *Physical Therapy*, 2020; 8, pp. 1260-1264.
- Wang, C.C., Chao, J.K., Chang, Y.H., Chou, C.L. & Kao, C.L., 2020. Care for patients with musculoskeletal pain during the Covid-19 pandemic: physical therapy and rehabilitation suggestions for pain management. *J Chin Med Assoc*, 83(9), pp. 822-824.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2020. *Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izbranih materialov, Okrožnica ZAE 12/20*. Available at: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portal/aizv/zdravstvene_storitve/belezenje_in_obracun_zdr_storitev_in_izd_material/navodilo_o_belezenju_obrac_zdr_storitev_izd_materialov!ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08_c29TAwchf3DHMN8gw0NLAz1C7ldFQFthe9V/ [Accessed 12 Dec. 2020].

Seznam avtorjev / Author's Index

A	
Andreou, Panayiota	83
B	
Backović Juričan, Andrea	211
Bahun, Mateja	177, 282, 294
Bitenc, Patricia	282
Bobcikova, Katka	276
Bole, Urban	18
Božič, Slađana	298
Bregar, Brane	98, 114, 255
Buzgova, Radka	276
C	
Cadorin, Lucia	294
Coffey, Alice	294
Č	
Čulić, Armin	255
D	
de Wolf-Linder, Susanne	83
Dečman, Nika	161
Dernovšek, Mojca Zvezdana	40
Djekić, Zoran	33
E	
Efstathiou, Georgios	83
Erjavec, Karmen	91
F	
Filej, Ana	197
Fink, Andrej	220
Fitzgerald, Christine	294
G	
Gorišek, Anja	153
Greblo, Tim	114
Grmek Košnik, Irena	49
H	
Hacin, Maruša	49
I	
Ipavec, Polona	153
J	
Jagodic, Danielle	153, 161
Jarošová, Darja	292
Jeriček Klanšček, Helena	236

Jovanovič Kunstelj, Anja.....	8
-------------------------------	---

K

Kachlová, Miroslava	292
Kaker, Maja	8
Kalender Smajlović, Sedina	18, 20
Kingston, Liz.....	294
Klopčič, Vito.....	57
Kmetec, Sergej.....	227
Kobentar, Radojka.....	203
Kolarič, Nika	161
Košćak Tivadar, Blanka	131
Križnar, Agata	188
Krnel, Tilen Tej.....	268
Krsnik, Sabina	65
Kulašič, Ula	153

L

Lapanja, Aljoša	33
Lasič, Darja	20
Leskovic, Ljiljana	91
Lillo-Crespo, Manuel	294
Logar Čuček, Marjeta	73
Longhini, Jessica.....	83

M

Macur, Mirna.....	169, 177
Mejak, Vesna	98
Mihevc, Matic	105, 120
Misimi Idrizi, Emrije	138
Mynaříková, Eva.....	292

N

Narduzzi, Barbara	294
Nikolič, Suzana.....	146
Novak, Anja	8

P

Pajnkihar, Majda.....	227
Palese, Alvisa	83, 294
Papastavrou, Evridiki.....	83
Pelc, Tajda	153
Pesjak, Katja	18
Petek Šter, Marija	105, 120
Petkovšek-Gregorin, Romana	188
Pivač, Sanela	18, 146, 177, 294
Plevová, Ilona.....	292
Pogačnik, Luka.....	161
Poličnik, Rok.....	211

Prelec, Anita	138
Prešeren, Rebeka	161
Primožič, Zala.....	161
Prusnik, Ema	161

R

Ramšak, Lana	262
Ramšak Pajk, Jožica	242, 262
Rehar, Mateja	227
Riquelme Galindo, Jorge.....	294
Roljič, Slavica	203

S

Scarsini, Sara	294
Schnabl, Marija-Lara	242
Schubert, Maria	83
Skela Savič, Brigita	18, 268, 294
Stemmer, Renate	83
Strgar Ravnik, Mojca	8
Ströhm, Christina.....	83

Š

Šuklar, Suzana	169
----------------------	-----

U

Uršej, Eva	197
------------------	-----

V

Vovk, Andreja	40
Vrbovšek, Sanja	57
Vrdelja, Mitja.....	57
Vukovič, Goran	146

Z

Zadnikar, Monika	161
Zajc, Aleš	255
Zeleníková, Renáta	292
Zupančič Tisovec, Brigita	211
Zupanič, Tina.....	236

