

Opolnomočenje pacientov z antifosfolipidnim sindromom za samokontrolo in samovodenje antikoagulacijskega zdravljenja

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v11i1.153>

Izvirni znanstveni članek

UDK 616.151.-085+613:37

KLJUČNE BESEDE: antikoagulacijsko zdravljenje, zdravstvena vzgoja, edukacija, opolnomočenje, antifosfolipidni sindrom, samokontrola, samovodenje

POVZETEK – Opolnomočenje je temeljnega pomena za paciente z antifosfolipidnim sindromom, za njihovo razumevanje bolezni in za varno ter učinkovito antikoagulacijsko zdravljenje. Strukturirana edukacija, ki je del zdravstvene vzgoje, lahko izboljša opolnomočenje pacienta in ga usposobi za izvajanje samokontrole in samovodenja antikoagulacijskega zdravljenja v domačem okolju. Namen raziskave je bil, da se ugotovi stopnja opolnomočenosti pacientov o antikoagulacijskem zdravljenju na osnovi znanja, ki so ga pridobili v procesu zdravstvene vzgoje na primarni in sekundarni ravni. V raziskavo smo vključili 192 pacientov z antifosfolipidnim sindromom, ki so vodeni v antikoagulacijskih ambulantah. Podatke smo pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika. Pri pacientih smo ocenili stopnjo opolnomočenja in jih razdelili v štiri kategorije. Ugotovili smo, da je porazdelitev pacientov v kategorije med primarno in sekundarno ravno obravnave povsem primerljiva. Raziskava je potrdila, da pacienti tako na primarni kot sekundarni ravni izkazujejo visoko stopnjo opolnomočenja in interes za opolnomočenje za izvajanje samokontrole in samovodenja antikoagulacijskega zdravljenja.

Original scientific article

UDC 616.151.-085+613:37

KEYWORDS: anticoagulation therapy, health education, empowerment, antiphospholipid syndrome, self-monitoring, self-management

ABSTRACT – Empowerment is fundamental for patients with antiphospholipid syndrome, for their understanding of the disease and for safe and effective anticoagulation treatment. Structured education can improve patient empowerment and empower patients to self-monitor and self-manage anticoagulation treatment in the home environment. The aim of the study was to determine the level of empowerment of patients about anticoagulation treatment based on the knowledge they have acquired in the process of health education at the primary and secondary level. We included 192 patients with antiphospholipid syndrome managed in anticoagulation clinics. Data were obtained by means of a questionnaire. Patients were assessed for their level of empowerment and divided into four categories. We found that the distribution of patients in the categories was quite comparable between primary and secondary levels of care. The study has confirmed that patients at both primary and secondary levels show a high level of empowerment and interest in being empowered to perform self-monitoring and self-management of anticoagulation treatment.

1 Uvod

Opolnomočenje (angl. empowerment) je proces, v katerem pacient pridobi znanje in veščine za zdravljenje bolezni ter gradi odnos in samozavedanje o pomenu spreminjanja neugodnih vedenjskih vzorcev, da bi si s tem izboljšal kakovost življenja z

bolezni (Asimakopoulou, Newton, Sinclair in Scambler, 2012; Mandič, 2015; Ministrstvo za zdravje, 2016). Zasnovan je z namenom, da pacientu olajša samooskrbo in izvajanje sprememb v njegovem dosedanjem vedenju, pacient pa ima možnost izbrati ustrezne in realne cilje v skladu s svojimi pričakovanji in prepričanju (Anderson in Funnell, 2010). Koncept opolnomočenja ali krepitve moči je model z več stopnjami, na katerih pacient pridobiva sposobnost nadzora in samoučinkovitosti (Small, Bower, Chew-Graham, Whalley in Protheroe, 2013), in bi ga lahko opisali kot nekaj dolgoročnega, postopnega in vseživljenjskega (Dolinar, 2016).

Asimakopoulou idr. (2012), Small idr. (2013) in Dolinar (2016) menijo, da pacient s kronično boleznijo skozi proces opolnomočenja pridobiva znanja, spretnosti, izkušnje in moč (Zimmerman, 2012) za vodenje svoje bolezni, razvija sposobnosti za samostojno odločanje in prevzema odgovornost za svoje zdravje. V procesu opolnomočenja se vlogi zdravstvenega strokovnjaka in pacienta prerazporedita, pacient pridobi informacije, ki so zanj pomembne, postaja vedno bolj samostojen in prihrani čas zdravstvenemu osebju (Koščak Tivadar in Filej, 2015; Ministrstvo za zdravje, 2016). Na proces opolnomočenja pomembno vplivajo pacientova okolica, njegove delovne razmere, izobrazba ter drugi socialno-ekonomski pogoji (Dolinar, 2016). Angelmar in Berman (2007) navajata štiri pogoje, ki morajo biti prisotni, da pacienti prevzamejo aktivno vlogo v zdravstveni obravnavi. Ti pogoji so: razumevanje svoje vloge, pridobivanje znanja za sodelovanje z izvajalcem zdravstvene oskrbe, razvijanje spretnosti in prebivanje v spodbudnem okolju.

Hibbard idr. (2005) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je proces opolnomočenja pacientov odvisen od pacientovega znanja, sposobnosti, zaupanja in obnašanja. Glede na aktivacijo pacienti prevzemajo naslednje vloge:

- *neaktivni pacienti*: pacienti ne prevzemajo aktivne vloge v zdravstveni oskrbi, imajo negativne emocije;
- *pristop pacientov k aktivnosti*: pacienti imajo premalo znanja in zaupanja, vendar razumejo svoje zdravstveno stanje;
- *aktivacija pacientov*: pacienti imajo znanje, nimajo pa zaupanja vase, pojavlja se pripravljenost za vključitev;
- *velika vključenost pacientov*: pacienti prevzamejo nov način življenja, imajo določene cilje, samozaupanje, aktivno komunicirajo z zdravstvenim osebjem, kritično in razumsko pristopajo k navodilom zdravstvenega osebj.

Zdravstvena vzgoja pomaga pacientom, da razvijejo znanja in spretnosti, ki jih potrebujejo, da učinkovito ohranjajo zdravje in preprečujejo bolezni, s čimer dosežemo opolnomočenje pacienta za življenje s kroničnim obolenjem (Sussex, Herne in Scourfield, 2008). Edukacija je del zdravstvene vzgoje, ki ozavešča pacienta o njegovem zdravstvenem stanju (Janjoš idr., 2012), je proces, pri katerem gre za načrtno poučevanje, izkušnjsko učenje, svetovanje, informiranje o bolezni, učenje veščin in pridobivanje spretnosti z namenom, da bi pacienti pridobili teoretično in praktično znanje (Lesar in Peček-Čuk, 2008; Ambrož, 2010; Ministrstvo za zdravje, 2016). Edukacija je ključnega pomena za nemoten potek obvladovanja bolezni, pri kateri ima pomembno vlogo celoten tim, ki sodeluje pri zdravljenju ter interakciji s pacien-

tom in njegovimi svojci (Gianini, Bratina, Zorc in Smodiš, 2018). Medicinska sestra zdravstveno vzgojo/edukacijo načrtuje s pacientom, ga motivira, da aktivno sodeluje v učno-vzgojnem procesu (Tratnik in Kvas, 2014), in usmerja, pacient pa na podlagi znanja in izkušenj počasi stopa proti cilju – opolnomočenosti (Dolinar, 2016).

Zdravstvena vzgoja v antikoagulacijskih ambulantah po Sloveniji ni poenotena in je zelo različno organizirana. Informacije in veščine za obvladovanje antifosfolipidnega sindroma dobijo pacienti v okviru kontinuirane zdravstvene vzgoje. Zdravstveno vzgojo na primarni in sekundarni ravni trenutno izvajajo medicinske sestre na različne načine (individualno, organizirana skupinska predavanja) in prilagojeno v antikoagulacijskih ambulantah. Ko pride pacient prvič v antikoagulacijsko ambulanto, medicinska sestra izvaja zdravstveno vzgojo, kar pomeni, da ga seznani z jemanjem zdravil, ukrepi v primeru izpuščenih odmerkov, spremljanjem in nadzorovanjem vrednosti INR, vplivom prehrane, alkohola in drugih zdravil na učinek antikoagulacijskega zdravila in z možnimi zapleti in ukrepi ob zapletih ter priporočenimi telesnimi dejavnostmi. Pacientom so podane zgolj teoretične vsebine, o samokontroli pa se govori zelo malo ali pa skoraj nič (Hrovat Bukovšek, 2023).

Pacienta z antifosfolipidnim sindromom (APS) se lahko vodi v antikoagulacijski ambulant ali pri posebej izobraženem zdravniku na primarni ravni in je, glede na metodo antikoagulacijskega zdravljenja (AKZ), popolnoma obravnavan pacient. Pacient pride na meritev vrednosti INR (angl. International Normalized Ratio – mednarodno umerjeno razmerje; venski ali kapilarni odvzem krvi) in določitev terapevtskega odmerka zdravila. Druga možnost pa je, da pacient samokontrolo izvaja na domu (self-monitoring) kot alternativno metodo, kar pomeni, da uporablja prenosni krvni monitor in pripomočke, s pomočjo katerih meri INR iz kapljice kapilarne krvi (Grogan idr., 2017; Hrovat Bukovšek, 2021). Pacient si sam izmeri INR, nato pa kontaktira izbranega zdravnika oz. komunicira po e-pošti ali telefonu, da se mu prilagodi odmerke zdravila. Pri samovodenju (self-management) pa si pacient sam izmeri INR in si z ustreznimi algoritmi prilagodi dnevne odmerke antikoagulacijskega zdravila (Connock idr., 2007; Grogan idr., 2017; Hrovat Bukovšek, 2021). Pri taki obliki zdravljenja pacientom ni potrebno obiskovati ambulate, zdravljenje poteka doma.

Samokontrola in samovodenje sta poti do samostojnosti pri skrbi za lastno bolezen. Paciente je potrebno usposobiti za izvajanje samokontrole, interpretiranje rezultatov, prilagajanje odmerkov zdravila in upoštevanje vseh nefarmakoloških ukrepov (Hrovat Bukovšek, 2021). Za samokontrolo in samovodenje AKZ morajo biti pacienti dovolj samozavestni in zavzeti za zdravljenje, imeti morajo dober vid, motorične sposobnosti in opraviti ustrezno edukacijo glede AKZ. Edukacija pacientov je zelo pomembna, ker bodo pacienti le tako sodelovali pri zdravljenju in bo le-to za njih uspešnejše (Marjanovič, 2016). Študija, ki so jo izvedli McKee idr. (2017), je pokazala, da mora biti dana podpora pacientom, ki opravljajo kontrole v domačem okolju, najmanj enaka tisti, ki jo prejmejo pacienti, obravnavani v bolnišničnem okolju.

V Sloveniji lahko takšno obliko zdravljenja izvaja samo zdravstvenovzgojno poučen in opolnomočen pacient, ki se odloči za samokontrolo in samovodenje ter sam krije stroške nakupa aparata in pripomočkov. V nekaterih državah (Nemčija, Avstrija,

Švica, Danska) sta samokontrola in samovodenje že ustaljeni terapevtski metodi pri različnih diagnozah (npr. atrijska fibrilacija, umetne srčne zaklopke, venska tromboza, APS).

Hrovat Bukovšek (2017) ugotavlja, da so se organizirana predavanja o AKZ izkazala kot učinkovita zdravstvenovzgojna metoda za opolnomočenje pacientov in svojcev. Izboljšave obstoječega stanja so možne s samokontrolo določanja INR iz kapilarne krvi, ki bi jo lahko pacienti opravili kar doma s priročnim aparatom CoaguChek. Naloge medicinske sestre bi bile tako usmerjene v pomoč, informiranje in svetovanje pacientom in svojcem pri vodenju AKZ v domačem okolju.

Z raziskavo, ki smo jo izvedli med pacienti z APS, smo želeli ugotoviti, ali se razlikuje stopnja opolnomočenosti pacientov o AKZ na primarni in sekundarni ravni.

2 Metodologija

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, metodo deskripcije in tehniko anketiranja. Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran instrument v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature (Hibbard idr., 2005; Tratnik in Kvas, 2014; Obamiro idr., 2016; Hrovat Bukovšek, 2017). Vprašanja smo razvrstili glede na vsebinske sklope. Prvi sklop je zajemal demografske podatke o anketirancih (spol, starost, stopnja izobrazbe, zaposlitev, zakonski stan, lokacija bivanja), vprašanja drugega sklopa so se nanašala na poznavanje AKZ, vprašanja tretjega na skrb za varno in učinkovito AKZ ter vprašanja četrtega sklopa na možne zaplete in ukrepe ob zapletih. Vprašalnik je obsegal 30 vprašanj zaprtega tipa ter 30 trditve. Stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami so vključeni v raziskavo izrazili s petstopenjsko Likertovo lestvico.

V raziskavi smo uporabili neslučajni in namenski vzorec ter v raziskavo vključili 192 pacientov z diagnozo APS ne glede na spol, starost in trajanje AKZ. 89 pacientov je bilo s primarne ravni ter 103 pacienti s sekundarne. Na primarni ravni so antikoagulacijske ambulate organizirane v zdravstvenih domovih (v raziskavi je sodelovalo 86 (96,6 %) pacientov) in pri zasebnih izvajalcih (v raziskavi so sodelovali 3 (3,4 %) pacienti). Na sekundarni ravni pa so antikoagulacijske ambulate organizirane v bolnišnicah. Pacienti so vprašalnik izpolnjevali med čakanjem na kontrolni pregled. Izpolnjeno anketo so oddali v namensko škatlo v čakalnici.

Z analizo pridobljenih podatkov smo ugotavljali njihovo stopnjo opolnomočenosti in zanimanje/željo/interes za izvajanje samokontrole in samovodenja AKZ.

Tako na primarni kot sekundarni ravni je v raziskavi sodelovalo več žensk (108; 56,3 %) kot moških (81; 42,2 %), večina sodelujočih je bila stara od 41 do 70 let (144; 74,9 %), imela srednjo strokovno izobrazbo (57; 29,7 %), bila zaposlena (98; 59 %), poročena (142; 74 %), s prebivališčem na deželi (87; 45,3 %) in oddaljena od antikoagulacijske ambulate do 10 kilometrov (117; 60,9 %).

Rezultate smo kot statistično značilne vrednotili pri vrednostih $p < 0,05$. Statistično pomembno razliko v številu opolnomočenih pacientov smo testirali še z ustreznimi statističnimi testi, kot sta hi-kvadrat test in Mann Whitneyjev U-test.

Za anketiranje smo pridobili pisno soglasje etičnih komisij (na sekundarni ravni) oz. vodstev vseh zdravstvenih zavodov (na primarni ravni). Anketirancem smo zagotovili zaupnost, varnost, pravico do popolne pojasnitve, anonimnost in zasebnost. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) ter Oviedsko konvencijo (2009).

Na podlagi raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalno vprašanje in hipotezo:

RV: Kolikšno stopnjo opolnomočenja o AKZ dosegajo pacienti na osnovi znanja, ki so ga pridobili v procesu zdravstvene vzgoje na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva?

H: Pacienti, obravnavani na sekundarni ravni, so v procesu zdravstvene vzgoje statistično pomembno bolj opolnomočeni kot pacienti, obravnavani na primarni ravni.

3 Rezultati

Paciente smo po avtorju Hibbard idr. (2005) razdelili v naslednje kategorije opolnomočenosti: neaktivni pacienti, pristop pacientov k aktivnosti, aktivacija pacientov in velika vključenost pacientov. Ocenjevalno lestvico (od 0 do 18 možnih točk) smo razdelili na 4 enake kategorije. Pacienti, ki so dosegli do 4,5 točke (do 25 % pravilnih odgovorov), so se uvrstili v prvo kategorijo (neaktivni pacienti), tisti s 4,6 do vključno 9 točk (od 26 do 50 % pravilnih odgovorov), v drugo kategorijo (pristop pacientov k aktivnosti), tisti z 9,1 pa do vključno 13,2 točke (od 51 do 75 % pravilnih odgovorov) so se uvrstili v tretjo kategorijo (aktivacija pacientov) in tisti s 13,6 točke in več (od 76 do 100 % pravilnih odgovorov) pa so se uvrstili v četrto kategorijo (velika vključenost pacientov).

Porazdelitev pacientov v kategorije, če primerjamo primarno in sekundarno raven obravnave, je povsem primerljiva: nihče se ni uvrstil v prvo kategorijo, okrog 2 % jih je v drugi kategoriji, dobrih 25 % v tretji kategoriji, večina, okrog 70 %, pa v četrti kategoriji, kar pomeni, da so imeli od 76 do 100 % pravilnih odgovorov (tabela 1).

Tabela 1

Opolnomočenje – število pacientov na primarni in sekundarni ravni, ki so uvrščeni v posamezno kategorijo/Empowerment – Number of Patients at Primary and Secondary Level Classified in Each Category

Opolnomočenje, kategorije		Meritev (n = 192)				Hi-kvadrat statistika oz. Likelihood ratio (p-vrednost)
		Raven				
		Primarna		Sekundarna		
		f	f %	f	f %	
Kategorija 1 Kategorija 2 Kategorija 3 Kategorija 4	do 25 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0,233 (0,890)
	od 26 do 50 %	2	2,2 %	2	1,9 %	
	od 51 do 75 %	25	28,1 %	26	25,2 %	
	76 % ali več	62	69,7 %	75	72,8 %	
	Skupaj	89	100,0 %	103	100,0 %	

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Pravilne odgovore smo sešteli in v nadaljevanju prikazujemo povprečno število doseženih točk glede na raven obravnave pacientov. Preden smo opravili testiranje povprečno doseženih točk, smo testirali normalnost porazdelitve novodobljene spremenljivke in ugotovili, da ta odstopa od normalne porazdelitve ($p < 0,05$), zato smo za testiranje razlik med skupinama uporabili neparametrični test (tabela 2).

Tabela 2

Opolnomočenje – testiranje normalnosti porazdelitve spremenljivke z One-Sample Kolmogorov-Smirnovim testom/Empowerment – Testing the Normality of the Distribution of a Variable with the One-Sample Kolmogorov-Smirnov test**

	Merjenje
	Opolnomočenje – raven znanja
N	192
testna statistika	0,073
p-vrednost	0,015

* Upoštevan je Lilliefors popravek.

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Rezultati Mann Whitneyjevega U-testa niso pokazali statistično značilne razlike med skupinama ($p = 0,226$), povprečno število doseženih točk med pacienti na primarni ravni obravnave znaša 14,32; na sekundarni pa je nekoliko višje in znaša 14,71. Stopnja opolnomočenosti pacientov se med primarno in sekundarno ravno obravnave pacientov ne razlikuje (tabela 3).

Tabela 3

Opolnomočenje – povprečno število zbranih točk glede na raven znanja pri pacientih na primarni in sekundarni ravni/Empowerment – Average Number of Points Scored by Level of Knowledge for Patients at Primary and Secondary Level

	Merjenje			Mann Whitney U (p-vrednost)
	Raven			
	Primarna (n = 89)	Sekundarna (n = 103)	Celotni vzorec (n = 192)	
n	89	103	192	4119,000 (0,226)
Minimum	7,44	7,00	7,00	
Maksimum	17,70	17,70	17,70	
Aritmetična sredina	14,32	14,71	14,53	
Standardni odklon	2,15	2,08	2,12	

Op.: Nihče ni dosegel maksimalnega števila možnih točk (18 točk).

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Tabela 4

*Izkušnje pacientov, ki izvajajo samokontrole AKZ na primarni in sekundarni ravni/
Patients' Experience with Self-Monitoring of ACS at Primary and Secondary Level*

	Merjenje								
	Raven								
	Primarna			Sekundarna			Celotni vzorec		
	n	AS	SD	N	AS	SD	N	AS	SD
Imam aparat in pripomočke za izvajanje samokontrole.	3	4,7	0,6	3	5,0	0,0	6	4,8	0,4
Uporabljam aparat za izvajanje samokontrole.	3	4,0	1,0	3	5,0	0,0	6	4,5	0,8
Znam ravnati z aparatom.	3	5,0	0,0	3	5,0	0,0	6	5,0	0,0
Prilagajam si odmerke zdravila glede na izmerjene vrednosti INR.	3	3,0	1,7	3	4,7	0,6	6	3,8	1,5
Pomembno mi je, da sam skrbim za vodenje AKZ.	3	3,7	1,5	3	5,0	0,0	6	4,3	1,2
Zaskrbljen sem zaradi stroškov vzdrževanja aparata in pripomočkov.	3	4,3	1,2	3	2,3	2,3	6	3,3	2,0
Ob težavah se vedno posvetujem z ambulantno in upoštevam navodila zdravstvenega osebja.	3	4,0	1,7	3	5,0	0,0	6	4,5	1,2
Potrebujem še dodatna znanja/izobraževanja za samokontrolo AKZ.	3	3,0	1,7	3	2,7	1,5	6	2,8	1,5

Legenda: n – število veljavnih odgovorov, AS – aritmetična sredina, SD – standardni odklon; vrednosti, ki se nanašajo na oceno strinjanja s trditvami: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam, 6 – ne vem oz. se ne morem odločiti

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

V raziskavi nismo dokazali bistvenih razlik med pacienti, ki so obravnavani na primarni in sekundarni ravni, niti ni bilo značilne razlike v povprečnem številu doseženih točk, statistično značilne razlike pa smo dokazali le pri dveh obravnavanih vprašanjih, zato hipotezo zavrnamo.

Z raziskavo smo ugotovili, da samo 6 pacientov že uporablja merilnik oz. izvaja samokontrolo AKZ. Vzorec je zelo majhen ($n < 10$), kar je potrebno upoštevati pri interpretaciji rezultatov (tabela 4).

Vsi pacienti so ocenili, da znajo ravnati z aparatom ($AS = 5,0$), visoka je tudi ocena o stopnji uporabe aparata ($AS = 4,5$), ravnanja v primeru težav z aparatom ($AS = 4,5$) ter ocena pomembnosti samostojne skrbi za vodenje AKZ ($AS = 4,3$). V tem sklopu trditev smo najnižjo povprečno oceno zaznali pri trditvi »Potrebujem še dodatna znanja/izobraževanja za samokontrolo AKZ« ($AS = 2,8$), ki nakazuje le delno strinjanje in pomeni, da je samoocena pacientov o svoji usposobljenosti za uporabo merilnika dokaj dobra (tabela 4).

Pri pacientih, ki nimajo doma merilnika in ne izvajajo samokontrol, smo prav tako preverili, ali izkazujejo interes, zanimanje in željo po morebitni uporabi merilnika. Na splošno so ocene po 5-stopenski lestvici dokaj nizke: gibljejo se med 2,5 in 3,5, kar kaže na to, da se anketirani z večino trditev niti strinjajo niti ne strinjajo (tabela 5).

Najvišjo povprečno oceno smo v obeh skupinah zabeležili pri izraženi nameri za opravljanje kontrol INR doma, če bi imeli možnost kadar koli kontaktirati zdravnika ($ASp = 3,2$; $ASs = 3,4$). V skupini pacientov, ki so obravnavani na sekundarni ravni, so podobno visoke ocene še pri oceni o samostojnem izvajanju meritev INR in prilagajanju odmerkov antikoagulacijskega zdravila ($ASp = 2,9$; $ASs = 3,3$) ter o izraženem interesu za uporabo aparata in pripomočkov za samonadzor AKZ ($ASp = 2,8$; $ASs = 3,1$). Ocene pacientov, obravnavanih na primarni ravni, so v obeh primerih nekoliko nižje. V obeh skupinah smo zabeležili najnižje strinjanje pri trditvah o tem, da imajo pacienti znanje za izvajanje samokontrol in samovodenja AKZ ($ASp = 2,1$; $ASs = 2,6$) ter da imajo veščine za izvajanje samokontrol in samovodenja AKZ ($ASp = 2,1$; $ASs = 2,4$), in pri načrtih pacientov o nakupu aparata za samokontrolo in samovodenje AKZ ($ASp = 1,8$; $ASs = 2,1$) (tabela 5).

Tabela 5

*Interes, zanimanje in želja pacientov za izvajanje samokontrole in samovodenja AKZ/
Patients' Interest and Willingness to Exercise Self-Monitoring and Self-Management of ACTs*

	Merjenje								
	Raven								
	Primarna (p)			Sekundarna (s)			Celotni vzorec		
	N	AS	SD	n	AS	SD	n	AS	SD
Poznam možnosti za izvajanje vodenja AKZ v domačem okolju.	76	2,8	1,5	81	2,9	1,5	157	2,8	1,5
Načrtujem nakup aparata za samokontrolo in samovodenje AKZ.	71	1,8	1,0	81	2,1	1,3	152	2,0	1,2
Kontrole INR bi opravljal doma, če bi imel možnost kadar koli kontaktirati zdravnika.	76	3,2	1,5	88	3,4	1,4	164	3,3	1,5
Sposoben sem izvajati meritve INR doma in si prilagoditi odmerke AKZ.	76	2,9	1,4	89	3,3	1,4	165	3,1	1,4
Imam znanje za izvajanje samokontrol in samovodenja AKZ.	77	2,1	1,2	86	2,6	1,3	163	2,3	1,3
Imam veščine za izvajanje samokontrol in samovodenja AKZ.	79	2,1	1,2	87	2,4	1,3	166	2,2	1,3
Zanimam se za uporabo aparata in pripomočkov za samonadzor AKZ.	73	2,8	1,5	86	3,1	1,6	159	2,9	1,5

Legenda: n – število veljavnih odgovorov, AS – aritmetična sredina, AS_p = aritmetična sredina, primarna raven; AS_s = aritmetična sredina, sekundarna raven, SD – standardni odklon; vrednosti, ki se nanašajo na oceno strinjanja s trditvami: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam, 6 – ne vem oz. se ne morem odločiti, 9 – ni odgovora (op.: vrednosti 6 in 9 smo izločili pred izračunom opisnih statistik).

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

4 Razprava

Z raziskavo smo ugotovili, da so pacienti z APS tako na primarni kot tudi na sekundarni ravni dobro opolnomočeni in imajo ustrezno teoretično znanje. Poznajo pravilno jemanje antikoagulacijskih zdravil, vrednosti INR, vedo, kako ukrepati ob pozabljenem odmerku in ob sočasnem jemanju antibiotične terapije, seznanjeni so z vplivi prehrane in alkoholnih pijač na učinek antikoagulacijskega zdravila, prepoznajo

možne zaplete ob APS in zaplete AKZ ter vedo, kako ukrepati ob pojavu zapletov. Porazdelitev pacientov v razrede glede na stopnjo opolnomočenja med primarno in sekundarno ravno obravnave je povsem primerljiva, dobrih 25 odstotkov pacientov smo uvrstili v tretji razred, ki predstavlja aktivacijo pacientov – ti imajo znanje, nimajo pa zaupanja vase, pojavlja se pripravljenost za vključitev. Večino, okrog 70 odstotkov pacientov, smo umestili v četrti razred, kar pomeni, da dosegajo najvišjo stopnjo opolnomočenja. Pri aktivaciji izkazujejo veliko vključenost – prevzeli so nov način življenja, imajo določene cilje, samozaupanje, aktivno komunicirajo z zdravstvenim osebjem in pristopajo kritično ter razumsko k navodilom zdravstvenega osebja (Hibbard idr., 2005). Nihče se ni uvrstil v prvi razred, samo okoli dva odstotka pacientov sta se uvrstila v drugi razred, prav tako nihče od pacientov ni dosegel maksimalnega števila možnih točk. Nismo dokazali, da bi bili pacienti, ki so obravnavani na sekundarni ravni, v procesu zdravstvene vzgoje statistično pomembno bolj opolnomočeni kot pacienti, ki so obravnavani na primarni ravni. Število doseženih točk pri pacientih na sekundarni ravni je bilo višje samo za 0,39 točke.

Znanje je ključni element v procesu opolnomočenja pacienta v zdravstveni negi (Pajnkihar, 2012) in je pomembno za kritično razmišljanje in sprejemanje samostojnih odločitev (Anderson in Funnell, 2010), obvladovanje bolezni (Gianini idr., 2018), izboljšanje znanja, sposobnosti in zaupanja ter za večji nadzor nad lastnim stanjem (Poljanec Bohnec, 2013). Raziskave, ki so proučevale učinke na stopnjo opolnomočenja pri pacientih s sladkorno boleznijo, so pokazale, da je izobraževanje izboljšalo znanje, razumevanje bolezni, ohranjanje znanja (Naik idr., 2011; Li idr., 2011; Flores-Luevano idr., 2020), odnos do bolezni (Cooper idr., 2008), rezultate samoučinkovitosti pri nadzoru bolezni (Cooper idr., 2008; Li idr., 2011; Madmoli idr., 2019; Moguoe idr., 2020) in sposobnost samooskrbe oz. samonadzora (Cooper idr., 2008; Li idr., 2011; Madmoli idr., 2019; Flores-Luevano idr., 2020).

Tratnik in Kvas (2014) menita, da je ključnega pomena, da paciente in njihove svojce pravilno ter na primeren način poučimo o AKZ, upoštevati moramo razlike med spoloma, pripravljenost za sodelovanje in njihovo predznanje. Raziskava, ki so jo izvedli Rihter idr. (2019), je pokazala, da so bile tri četrtine pacientov v večini zadovoljne z vključevanjem v proces zdravstvene vzgoje, z različnimi nasveti zdravstvenih delavcev in z zdravljenjem, saj ocenjujejo, da imajo možnost izražanja mnenja in sprejemanja odločitev. Pacienti so bili tako v večini zadovoljni z odnosom zdravstvenih delavcev, ki se vključujejo v zdravstveno obravnavo, saj jih je 73 % podalo mnenje, da njihovi načrti zdravljenja zrcalijo njihove prioritete, 76 % pa jih je menilo, da imajo dober odnos in dobre izkušnje z zdravstvenimi delavci. Tretjina anketiranih je menila, da nasvete zdravstvenih delavcev vedno upošteva, in skoraj enak odstotek jih upošteva skoraj vedno. Zato lahko glede na dobljene rezultate sklepamo, da so bili ti pacienti v zdravstveni obravnavi aktivni.

Naša raziskava je pokazala, da samo šest pacientov izvaja samokontrolo v domačem okolju: trije na primarni in trije na sekundarni ravni, kar kaže na nezadosten odstotek polne opolnomočenosti. Ugotovili smo, da pacienti niso poznali možnosti za izvajanje samokontrol, menijo, da nimajo ustreznega znanja, veščin, so pa naka-

zali zanimanje za samokontrolo AKZ, če bi imeli možnost, da jim pri tem pomaga zdravstveno osebje in jim nudi podporo. Menimo, da bo potrebno v prihodnje najprej usposobiti medicinske sestre – zdravstvene izobraževalke v antikoagulacijskih ambulantah za kakovostno izvajanje strukturiranega izobraževanja za polno opolnomočenje (prenašanje teoretičnega znanja in praktično usposabljanje) pacientov za samovodenje in samokontrolo AKZ. Avtorica Hrovat Bukovšek (2023) ugotavlja, da željo po opolnomočenju za samokontrolo in samovodenje glede na starost izkazujejo mlajši pacienti, prav tako tudi, da bi kupili aparat za merjenje. Ugotavlja tudi, da pacienti, ki so stari nad 60 let, bistveno manj poznajo možnosti za izvajanje vodenja AKZ v domačem okolju kot mlajši pacienti. Željo po opolnomočenju za samokontrolo in samovodenje glede na izobrazbo izkazujejo bistveno bolj pacienti z višjo (visokošolska, univerzitetna ali podiplomska) izobrazbo, saj se zanimajo za uporabo aparata, izkazujejo višjo stopnjo strinjanja, da so sposobni izvajati samokontrole in samovodenja AKZ, kot jo izkazujejo pacienti z nižjo stopnjo izobrazbe. V metaanalizi Garcia-Alamino idr. (2010) je navedeno, da so glavni razlogi, da pacienti ne izvajajo samovodenja in samokontrole, težave z uporabo aparata, fizična nezmožnost uporabe aparata, nesodelovanje na izobraževanjih in neuspešen zaključek izobraževanja. Grogan idr. (2017) v raziskavi omenjajo, da so pacienti kot glavne prednosti samokontrol navedli zmanjšano breme, večjo avtonomijo, udobje in enostavnost uporabe, kot slabe strani pa stroške, povezane z aparatom in pripomočki, ter težave pri komunikaciji. Avtorica Pušnar (2010) je v raziskavi pri pacientih z različnimi bolezenskimi stanji/indikacijami dokazala, da so pacienti zelo zainteresirani za samokontrolo. Od 135 anketirancev jih je bilo zainteresiranih za samokontrolo kar 99 (70 %), izmed njih kar 55 (39 %) pacientov tudi v primeru, če bi bil nakup aparata samoplačniški.

Glede na nakupe aparatov za samokontrolo AKZ se ocenjuje, da je v Sloveniji 150–200 pacientov (z različnimi indikacijami, med njimi tudi pacienti z APS), ki izvajajo samokontrolo in samovodenje AKZ (Hrovat Bukovšek, 2023). Predvidevamo, da bi se več pacientov z APS odločilo za samokontrolo, če bi merilnik prejeli brezplačno oz. bi imeli krite vsaj stroške testnih lističev.

Prospektivna kohortna študija učinkovitosti izvajanja samokontrole v Združenem kraljestvu, v kateri so sodelovali pacienti z različnimi indikacijami (68 pacientov z atrijsko fibrilacijo; 97 pacientov z umetnimi srčnimi zaklopkami; 106 pacientov z vensko trombozo in pljučno embolijo in 25 pacientov z APS), zanesljivo kaže, da tudi z malo usposabljanja pacienti na oralni antikoagulantni terapiji lahko uspešno samonadzirajo in upravljajo svoj INR (Ward idr., 2015). Tudi raziskava, ki so jo izvedli Grogan idr. (2017) in v katero je bilo vključenih 176 pacientov (34 pacientov z atrijsko fibrilacijo, 34 pacientov z umetno srčno zaklopko, 63 pacientov z vensko trombozo, 28 pacientov s pljučno embolijo, 5 pacientov z APS ter 12 pacientov z drugimi diagnozami), ki izvajajo samokontrolo, je potrdila, da so pacienti zadovoljni s samotestiranjem ter da je izobraževanje pacientov za samokontrolo ustrezno. Pacienti se počutijo dovolj samozavestne za samovodenje AKZ in so zadovoljni s prejeto podporo s strani medicinske sestre, vendar so izrazili potrebo po več informacijah

o podpornih skupinah, stranskih učinkih zdravil, o režimu prehranjevanja in načinu odstranjevanja uporabljenih pripomočkov.

Opolnomočen pacient pridobiva znanje in izkušnje za dobro vodenje bolezni v procesu zdravstvene vzgoje in izobraževanja. Pri tem je zelo pomembna vloga medicinske sestre izobraževalke, ki pacienta vse od odkritja bolezni usmerja proti cilju s procesom opolnomočenja, cilj pa je opolnomočen pacient, ki s svojimi zmožnostmi doseže kar najvišjo stopnjo samooskrbe (Dolinar, 2016). Proces opolnomočenja se začne z odločitvijo medicinske sestre, da pacienta usposobi, da začne nadzorovati svojo bolezen. Znanje mu mora posredovati tako, da se bo zavedal sprememb, ki vplivajo na njegovo življenje z boleznijo (Anderson in Funnell, 2010), odgovornost za zdravje pa je tako porazdeljena med zdravstvene delavce in pacienta (Koščak Tivadar in Filej, 2015). Rihter idr. (2019) so z raziskavo ugotovili, da so pacienti samostojni in dobro opolnomočeni, ampak velikokrat ne znajo svojega znanja uporabiti v vsakdanjem življenju, čeprav poznajo znake in simptome svoje bolezni. Z dobro opolnomočenostjo in poznavanjem svoje bolezni se pacienti lažje vključujejo v proces zdravljenja in soodločanja o svojem zdravju. Opolnomočenje tako prispeva k samostojnemu nadzoru zdravja in spodbuja k prevzemu odgovornosti za svoje zdravje.

Naša raziskava je omejena zaradi relativno majhnega namenskega vzorca, izsledki veljajo za populacijo ozkega geografskega področja s podobnimi socialno-ekonomskimi značilnostmi in življenjskim slogom, kar izključuje medkulturni vpliv na odnos do samozdravljenja in samokontrole. Priporočamo raziskave v smeri izoblikovanja edukacijskega modela, ki bo omogočil polno opolnomočenost pacientov (teoretično znanje in praktično usposobljenost) za samovodenje in samokontrolo AKZ.

5 Zaključek

V skupini 192 pacientov z APS (89 na primarni in 103 na sekundarni ravni) smo ugotavljali raven opolnomočenosti za samokontrolo in samovodenje AKZ. Raziskava je pokazala, da so pacienti z APS tako na primarni kot tudi na sekundarni ravni dobro opolnomočeni s teoretičnim znanjem o naravi bolezni, poznajo vpliv živil/prehrane, alkohola in drugih zdravil na učinek antikoagulacijskih zdravil, potek zdravljenja in so seznanjeni z ambulantnimi kontrolami. Samo 6 (3,1 %) pacientov uporablja merilnik oz. izvaja samokontrolo AKZ, kar kaže na nizko raven opolnomočenja za izvajanje samokontrole in samovodenja AKZ. Dobri primeri iz prakse kažejo, da je ob primerno strukturiranem izobraževanju ob celostnem pristopu možna praktična usposobljenost pacientov za izvajanje samokontrole in samovodenja AKZ v domačem okolju, tudi v slovenskem prostoru. Opolnomočeni pacienti so ključnega pomena za zdravstveni sistem, prevzemajo večjo odgovornost za svoje zdravje, s čimer zmanjšujejo potrebo po hospitalizacijah in urgentnih obravnavah in prispevajo k zmanjševanju stroškov zdravstvene oskrbe.

Andreja Hrovat Bukovšek, PhD, Bojana Filej, PhD

Empowering Patients with Antiphospholipid Syndrome to Self-Control and Self-Administer Anticoagulant Therapy

Empowerment is the process by which a patient acquires the knowledge and skills to treat their illness, and builds attitudes and self-awareness about the importance of changing adverse behaviours in order to improve their quality of life with the illness (Asimakopoulou et al., 2012; Mandic, 2015; Ministry of Health, 2016). It facilitates the patient's self-care and the implementation of changes in their current behaviour, and the patient has the opportunity to choose appropriate and realistic goals in line with their expectations and beliefs (Anderson & Funnell, 2010). In the process of empowerment, the roles of the health professional and the patient are realigned; the patient receives information that is relevant to them, becomes increasingly autonomous, and helps the health professional save time (Koščak Tivadar & Filej, 2015; Ministry of Health, 2016).

Health education helps patients to develop the knowledge and skills they need to effectively maintain health and prevent disease, thereby empowering the patient to live with a chronic condition (Sussex et al., 2008). Education is the part of health education that makes the patient aware of their health condition (Janjoš et al., 2012). It is a process that involves deliberate teaching, experiential learning, counselling, information about the disease, teaching of skills, and acquisition of skills in order for patients to acquire theoretical and practical knowledge (Lesar & Peček-Čuk, 2008; Ambrož, 2010; Ministry of Health, 2016). It improves patient empowerment by empowering patients to perform the self-monitoring and self-management of anticoagulation therapy (ACT) in the home setting.

The nurse plans the health education with the patient, motivates the patient to actively participate in the educational process (Tratnik & Kvas, 2014) and guides the patient, based on knowledge and experience, slowly towards the goal of empowerment (Dolinar, 2016).

In Slovenia, patients with antiphospholipid syndrome (APS) can be treated in an anticoagulation clinic at the primary or secondary level. As Grogan et al. (2017) stated, the second option is for the patient to self-monitor at home (measure the INR – International Normalised Ratio – from a drop of capillary blood and then contact the chosen doctor for dose adjustment). The third option is self-monitoring (the patient measures the INR at home and uses appropriate algorithms to adjust the daily doses of anticoagulants). Hrovat Bukovšek (2021) suggests that in order to perform self-monitoring and self-management of ACTs, patients need to be empowered or trained to perform self-monitoring, interpret the results, adjust the doses of the drug, and comply with all non-pharmacological measures; this can only be achieved through involvement in educational programmes.

The aim of the study was to determine the level of empowerment of patients about ACTs based on the knowledge they acquired in the process of health education at the primary and secondary level.

We used a quantitative research approach, a descriptive method, and a survey technique. The questionnaire was designed based on a review of foreign (Hibbard et al., 2005; Obamiro et al., 2016) and domestic (Tratnik & Kvas, 2014; Hrovat Bukovšek, 2017) authors. The questions were divided into four sections – (1) demographic data of the respondents (sex, age, level of education, employment, marital status, place of residence); (2) knowledge of anticoagulant treatment; (3) concern for safe and effective anticoagulant treatment; (4) possible complications and actions in case of complications.

We used a non-random purposive sample and included 192 patients diagnosed with APS – 89 patients from the primary level and 103 patients from the secondary level. At both primary and secondary levels, more women than men participated in the study, most of them aged 41–70 years, with secondary professional education, employed, married, residing in the country and within 10 km from the anticoagulation clinic.

We obtained written consent from Ethics Committees (at the secondary level) or the management of all healthcare institutions (at the primary level) to conduct the survey.

The questionnaires were distributed to patients with antiphospholipid syndrome regardless of sex, age, and duration of anticoagulant therapy. They were completed while waiting to be treated in the anticoagulation clinic. Based on the results, we defined categories of patient empowerment, which are divided into the following, according to Hibbard et al. (2005): inactive patients – patients who do not take an active role in their care and have negative emotions; patients' approach to activity – patients lack knowledge and self-confidence, but understand their condition; patients' activation – patients have knowledge, but lack self-confidence, and show a willingness to get involved; high patient involvement – the patient has adopted a new lifestyle, has defined goals, self-confidence, actively communicates with healthcare staff, and has a critical and rational approach to instructions from healthcare staff. The rating scale (from 0 to 18 available points) was divided into 4 equal categories (up to 25% correct answers – inactive patients, 26 to 50% correct answers – patients' approach to activity, 51 to 75% correct answers – patient activation, 76 to 100% correct answers – high patient involvement).

The results were evaluated as statistically significant at $p < 0.05$. The statistically significant difference in the number of empowered patients was further tested with the appropriate statistical tests: the chi-square test and the Mann-Whitney U test.

We found that the distribution of patients in the categories between primary and secondary care was quite comparable, with no patients in the first category, around 2% in the second category, just over 25% in the third category, and the majority, around 70%, in the fourth category, which means that they had between 76 and 100% of

correct answers (Table 2). The results of the Mann-Whitney U test showed no statistically significant difference between the two groups ($p = 0.226$), with a mean score of 14.32 in the primary-care group and a slightly higher score of 14.71 in the secondary-care group. The level of patient empowerment does not differ between the primary and secondary levels of patient care (Table 4). The survey found that less than 5% of patients with APS perform self-monitoring of ACS, and patients at both primary and secondary levels show a high level of empowerment and interest in being empowered to perform self-monitoring and self-management of ACS (Tables 5, 6).

A prospective cohort study of the effectiveness of self-monitoring in the UK, involving patients with a variety of indications (68 patients with atrial fibrillation; 97 patients with artificial heart valves; 106 patients with venous thrombosis and pulmonary embolism; and 25 patients with APS), robustly demonstrates that, even with little training, patients on oral anticoagulant therapy can successfully self-monitor and manage their INR (Ward et al., 2015). A study conducted by Grogan et al. (2017) involving 176 patients (34 patients with atrial fibrillation; 34 patients with an artificial heart valve; 63 patients with venous thrombosis; 28 patients with pulmonary embolism; 5 patients with APS; and 12 patients with other diagnoses) performing self-monitoring also confirmed that patients are satisfied with testing themselves and that patient education for self-monitoring is adequate. Patients feel confident enough to self-manage APS and are satisfied with the support received from the nurse, but have expressed the need for more information on support groups, the side effects of medication, the dietary regimen and on how to dispose of used devices.

Research examining the effects on empowerment levels shows that patients who received an education programme demonstrated significantly higher levels of empowerment (Naik et al., 2011; Li et al., 2011; Flores-Luevano et al., 2020), efficacy of self-care in disease control (Cooper et al., 2008; Li et al., 2011; Madmoli et al., 2019; Moguoe et al., 2020), and self-care or self-monitoring competence (Cooper et al., 2008; Li et al., 2011; Madmoli et al., 2019; Flores-Luevano et al., 2020) than those who were not involved in the educational process.

The survey showed that only six patients (three at the primary level, three at the secondary level) practise self-monitoring in the home environment, indicating an insufficient percentage of full empowerment. We believe that in the future it will be necessary to focus on practical training and empower patients to self-monitor and self-manage their ACS. The empowerment process starts with the nurse's decision (Anderson & Funnell, 2010), who guides the patient towards the goal from the moment of disease discovery through a process of empowerment; the goal is an empowered patient who achieves the highest level of self-care with their abilities (Dolinar, 2016).

Our study was limited to a relatively small purposive sample, and the findings apply to a population in a narrow geographical area with similar socioeconomic and lifestyle characteristics, which excludes cross-cultural influences on attitudes towards self-medication and self-control.

LITERATURA

1. Ambrož, A. (2010). Diabetično stopalo. V E. Kavaš (ur.), *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: strokovni seminar*, Murska sobota, 19. April 2010 (str. 49–51). Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.
2. Anderson, M. R. in Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and mis conceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
3. Angelmar, R. in Berman, P. C. (2007). Patient empowerment and efficient health outcomes. *European Health Management Association*.
4. Asimakopoulou, K., Newton, P., Sinclair, A. J. in Scambler, S. (2012). Health care professionals understanding and day-to-day practice of patient empowerment in diabetes; time to pause for thought? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.10.005>
5. Connock, M., Stevens, C., Fry-Smith, A., Jowett, S., Fitzmaurice, D., Moore, D. idr. (2007). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of different models of managing long-term oral anticoagulation therapy: a systematic review and economic modelling. *Health Technology Assessment*, 11(38), 1–6. <https://doi.org/10.3310/hta11380>
6. Cooper, H., Booth, K. in Gill, G. A. (2008). A trial of empowerment-based education in type 2 diabetes-global rather than glycaemic benefits. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 82(2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2008.07.013>
7. Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Oviedska konvencija in dodatni protokoli. (2009). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Oviedska-konvencija-in-protokoli-MZ.pdf>
8. Dolinar, Š. (2016). Proces opolnomočenja bolnika s sladkorno boleznijo skozi oči medicinske sestre. V K. Peklaj (ur.), *Razvoj znanja je nenehno napredovanje proti cilju, čeprav se ves čas izmika: zbornik predavanj: 5. endokrinološki kongres zdravstvene nege*, Portorož, 6. do 8. oktober 2016 (str. 23–26). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.
9. Flores-Luevano, S., Pacheco, M., Shokar, G. S., Dwivedi, A. K. in Shokar, N. K. (2020). Impact of a culturally tailored diabetes education and empowerment program in a Mexican American population along the US/Mexico border: A Pragmatic Study. *Journal of Clinical Medicine Research*, 12(8), 517–529. <https://doi.org/10.14740/jocmr4273>
10. Garcia-Alamino, J. M., Ward, A. M., Alonso-Coello, P., Perera, R., Bankhead, C., Fitzmaurice, D. in Heneghan, C. J. (2010). Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. *Cochrane Database System Review*, 14(4), 1–3. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802010000400015>
11. Gianini, A., Bratina, N., Zurc, J. in Smodiš, M. (2018). Uspešnost edukacijskega programa pri otrocih in mladostnikih s sladkorno boleznijo na Pediatrični kliniki v Ljubljani. V A. Kvas (ur.), *Javno zdravje: zbornik prispevkov z recenzijo: 10. študentska konferenca zdravstvenih ved z mednarodno udeležbo*, Ljubljana, 18. maj, 2018. (str. 184–192). Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta.
12. Grogan, A., Coughlan, M., Prizeman, G., OConnell, N., OMahony, N., Quinn, K. idr. (2017). The patients' perspective of international normalized ratio self-testing, remote communication of test results and confidence to move to self-management. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4379–4389. <https://doi.org/10.1111/jocn.13767>
13. Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J. in Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Services Research*, 40(6), 1918–1930. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x>
14. Hrovat Bukovšek, A. (2017). Osveščenost pacientov o antikoagulacijskem zdravljenju. *Journal of Health Sciences*, 4(1), 108–126.
15. Hrovat Bukovšek, A. (2021). Antifosfolipidni sindrom. Navodila in priporočila pacientom za varno in učinkovito antikoagulacijsko zdravljenje. Društvo internistov savinjske regije in Celje (DISC).

16. Hrovat Bukovšek, A. (2023). Edukacijski model za izboljšanje opolnomočenja pacientov na antikoagulacijskem zdravljenju [Doktorska disertacija, Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede].
17. Janjoš, T., Klavs, J., Kosmlina Novak, V., Peternej, K., Peklaj, K., Poljanec Bohnc, M. idr. (2012). Kurikulum za edukacijo o oskrbi odraslih bolnikov s sladkorno boleznijo. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.
18. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
19. Koščak Tivadar, B. in Filej, B. (2015). Empowerment of the patient to increase healthcare treatment quality. https://www.researchgate.net/publication/277952477_Empowerment_of_the_Patient_to_Increase_Healthcare_Treatment_Quality
20. Lesar, I. in Peček-Čuk, M. (2008). Pojem »edukacija« – rešitev ali poglabitev zadreg pri opredeljevanju vzgoje in izobraževanja. V P. Javrh (ur.), Vseživljenjsko učenje in strokovno izrazje (str. 95–107). Pedagoški inštitut.
21. Li, T., Wu, H. M., Wang, F. Huang, C. Q., Yang, M. idr. (2011). Education programmes for people with diabetic kidney disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(6), CD007374. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007374.pub2>
22. Madmoli, M., Madmoli, M., Aliabad, M. A., Khodadadi, M. in Ahmadi, F. P. (2019). A systematic review on the impact of empowerment in improving self-care behaviors and some other factors in diabetic patients. *International Journal of Health and Biological Sciences*, 2(1), 11–16. <https://doi.org/10.22259/2637-5362.0301002>
23. Mandič, S. (2015). Opolnomočenje kot nova paradigma spreminjanja družbe in potencial v Sloveniji. *Teorija in praksa*, 52(5), 825–843.
24. Marjanović, I. (2016). Sistematični pregled in metaanaliza samovodenja in samokontrole antikoagulacijskega zdravljenja z antagonisti vitamina K [Magistrsko delo, Fakulteta za farmacijo].
25. McKee, G., Grogan, A., Coughlan, M., Prizeman, G., O'Connell, N., O'Mahony, N., Quinn, K. in McKee, G. (2017). The patients perspective of self testing while on warfarin therapy. *European Heart Journal*, 38(1). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx504.P2984>
26. Ministrstvo za zdravje. (2016). Predlog modela edukacije za sladkorno bolezen. V K. Peklaj, (ur.), Razvoj znanja je nenehno napredovanje proti cilju, čeprav se ves čas izmika: zbornik predavanj: 5. endokrinološki kongres zdravstvene nege, Portorož, 6. do 8. oktober 2016 (str. 11–22). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.
27. Moguoe, A., Omenka, C. O., Hatem, M. in Defo, B. K. (2020). Effectiveness of interventions based on patient empowerment in the control of type 2 diabetes in sub-Saharan Africa: A review of randomized controlled trials. *Endocrinology Diabetes & Metabolism*. <https://doi.org/10.1002/edm2.174>
28. Naik, A. D., Teal, C. R., Rodriguez, E. in Haidet, P. (2011). Knowing the ABCs: a comparative effectiveness study of two methods of diabetes education. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 383–389.
29. Obamiro, K. O., Chalmers, L. in Bereznicki, L. R. E. (2016). Development and validation of an oral anticoagulation knowledge tool (AKT). *PLoS ONE*, 11(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158071>.
30. Pajnikihar, M. (2012). Modeli in kriteriji za analizo in vrednotenje teorij zdravstvene nege. V B. Skela-Savič (ur.), Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, povezovanje in multiprofesionalno povezovanje: zbornik prispevkov: 5. Mednarodna zdravstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 7. in 8. junij 2012 (str. 77–85). Visoka šola za zdravstveno nego.
31. Poljanec Bohnc, M. (2013). Principi edukacije bolnikov s sladkorno boleznijo. V S. Vujičić (ur.), Sladkorna bolezen: priročnik za zdravstvene delavce (str. 223–238). Slovensko osteološko društvo.

32. Pušnar, M. (2010). Ocena možnosti uvajanja samokontrole koagulacije krvi pri pacientih z različnimi bolezenskimi stanji [Diplomska naloga, Visoka šola za zdravstvo Izola].
33. Rihter, I., Lorber, M. in Kegl, B. (2019). Samoocena opolnomočenosti pacientov s kronično boleznijo. V T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas in A. Prelec (ur.), *Medicinske sestre in babice zagovornice zdravja za vse: zbornik prispevkov z recenzijo: 12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Kongresni center Brdo, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2019* (str. 147–152). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
34. Small, N., Bower, P., Chew-Graham, A. C., Whalley, D. in Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, 13(263), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-263>
35. Sussex, F., Herne, D. in Scourfield, P. (2008). *Advanced health and social care for NVQ Level 4 and foundation degree*. Ashford Colour Press. Ltd.
36. Tratnik, M. in Kvas, A. (2014). Zdravstvena vzgoja pacientov v Trombotični ambulanti Ajdovščina. V T. Štemberger Kolnik (ur.), *Zdravstvena nega v javnem zdravju: zbornik prispevkov z recenzijo: 2. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar, 2014* (str. 225–233). Založba Univerze na Primorskem.
37. Ward, A., Tompson, A., Fitzmaurice, D., Sutton, S., Perera, R. in Heneghan C. (2015). Cohort study of Anticoagulation Self-Monitoring (CASM): a prospective study of its effectiveness in the community. *British Journal of General Practice*, 65(636), 428–437. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685633>
38. Zimmerman, M. A. (2012). Empowerment theory psychological, organizational and community levels of analysis. https://www.researchgate.net/publication/232549776_Empowerment_Theorypdf

Dr. Andreja Hrovat Bukovšek, višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju
E-naslov: andreja.hrovat-bukovsek@fzvc.si

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