

SIMULACIJSKA MOBILNA ENOTA



Nase usposabljanje pripeljemo na vaša lokacija

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

UVODNI
ZA IZBOLJŠANJE
MEDICINSKIH
DELOVNIH

KONGRES ZDRAVSTVENE IN
BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

Zdravstvo v luči globalnih sprememb -

Skupaj še močnejši!

8. IN 9. MAJ 2025 | KONGRESNI CENTER BRDO | BRDO PRI KRANJU

ZBORNIK
RECENZIRANIH PRISPEVKOV
IN POVZETKOV

ZBORNİK RECENZIRANIH PRISPEVKOV IN POVZETKOV

Uredniki: izr. prof. dr. Boris Miha Kaučič, doc. dr. Andreja Kvas,
Suzana Majcen Dvoršak, Anita Prelec

Strokovno-organizacijski odbor: Monika Ažman,
mag. Janez Kramar, Metka Plesničar, Barbara Luštek, Alenka Bijol,
mag. Peter Požun, Renata Batas, Andreja Žertuš, Irena Potočar,
Anita Prelec, Gordana Lokajner, izr. prof. dr. Boris Miha Kaučič,
doc. dr. Andreja Kvas, Suzana Majcen Dvoršak, Matic Pacek,
doc. dr. Tine Kovačič in doc. dr. Katarina Galof

Recenzenti prispevkov in povzetkov: doc. dr. Andreja Kvas,
doc. dr. Mojca Dobnik, doc. dr. Katarina Galof, doc. dr. Nino Fijačko,
viš. pred. mag. Jožica Ramšak Pajk, doc. dr. Marija Milavec Kapun,
viš. pred. Andreja Ljubič, doc. dr. Tine Kovačič,
pred. Gordana Lokajner, izr. prof. dr. Polona Mivšek,
izr. prof. dr. Igor Karnjuš, pred. dr. Manca Pajnič,
doc. dr. Andreja Hrovat Bukovšek, viš. pred. mag. Marija Zrim,
doc. dr. Helena Kristina Halbwachs, viš. pred. Mateja Bahun,
doc. dr. Lucija Gosak, viš. pred. Nataša Vidnar, pred. Nataša Kreft,
doc. dr. Ljiljana Leskovic, doc. dr. Mateja Berčan,
doc. dr. Nataša Mlinar Reljič, viš. pred. mag. Brigita Putar,
izr. prof. dr. Sabina Ličen, izr. prof. dr. Dominika Vrbnjak,
pred. Karmen Panikvar, doc. dr. Saša Kadivec,
viš. pred. Tita Stanek Zidarič, Janez Špoljar,
doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik, Rosemari Franc,
viš. pred. Anita Prelec

Lektorica za slovenski jezik: Jelica Žalig Grce

Grafično oblikovanje: Barbara Kralj, PRELOM, d.o.o.

Založila in izdala: Zbornica zdravstvene in babiške nege
Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije

Za založnika: Anita Prelec

Zbornik dostopen na: [https://zbornica-zveza.si/wp-content/
uploads/E-zbornik-15.-Kongres-2025-230126.pdf](https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/E-zbornik-15.-Kongres-2025-230126.pdf)

*Avtor/ji nosijo odgovornost za vsebino prispevka, kot uporabo
znanstvenega aparata in navajanja literature.*

DOI: <https://doi.org/10.14528/kongres25>

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in
univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 264560899
ISBN 978-961-273-310-0 (PDF)



vabljeni

PLENARNI
PREDAVATELJI



DR. *Paul* DE RAEVE

Dr. Paul De Raeve je leta 1989 diplomiral na oddelku za zdravstveno nego Free University v Bruslju. Doktoriral je na Univerzi King's College v Londonu.

Od leta 1984 je Paul De Raeve delal kot diplomirani zdravstvenik v centru za otroke z mišičnimi motnjami. Med letoma 1990 in 1992 je bil glavna medicinska sestra neonatologije v bolnišnici All Hada v Savdski Arabiji. Po vrnitvi z Bližnjega vzhoda je bil imenovan za vodjo zdravstvene nege na bruseljski Free University in za polovični delovni čas na ministrstvu za zdravje in okolje. Odgovoren je bil za razvoj nacionalne primerljive baze podatkov zdravstvene nege, uvedbo kvalitativnih kazalnikov v sistem financiranja bolnišnic in zagotavljanje podatkov za sprejemanje političnih odločitev. Leta 2002 je bil Paul De Raeve imenovan za generalnega sekretarja Evropske zveze združenj medicinskih sester (EFN). Dejavnosti EFN se nanašajo na spodbujanje in zaščito medicinskih sester in zdravstvenih poklicev, s posebnim poudarkom na Evropski uniji in Evropi. Prizadevanje za to poslanstvo vključuje zagotavljanje osrednjega pomena zdravstvene nege pri razvoju, izvajanju in vrednotenju evropske zdravstvene politike na področju izobraževanja, delovne sile, kakovosti in varnosti. Rezultati se odražajo v doseženih partnerstvih z drugimi izvajalci zdravstvenih storitev, organizacijami pacientov, civilno družbo in številnimi drugimi evropskimi organizacijami.

Paul De Raeve graduated from the Nursing Department of the Free University of Brussels in 1989. He obtained his PhD at King's College University, London.

Since 1984, Paul De Raeve has worked as a registered nurse in a centre for children with muscular disorders. From 1990 to 1992, he was head nurse in neonatology at All Hada Hospital in Saudi Arabia. After his return from the Middle East, he was appointed Head of Nursing Staff at the Brussels Free University Hospital and worked part-time at the Ministry of Health and Environment. He was responsible for the development of a national comparable nursing database, the introduction of quality indicators in the hospital financing system and the provision of data for policy decision-making. In 2002, Paul De Raeve was appointed Secretary General of the European Federation of Nurses' Associations (EFN). The EFN's activities relate to the promotion and protection of nurses and the healthcare professions, with a focus on the European Union and Europe. The pursuit of this mission involves ensuring that nursing plays a central role in the development, implementation and evaluation of European health policy in the areas of education, workforce, quality and safety. The results are reflected in the partnerships that have been established with other healthcare providers, patient organisations, civil society and many other European organisations.



PROF. DR.

Jacqueline
DUNKLEY BENT

Profesorica Jacqueline Dunkley-Bent OBE je prva glavna babica (chief midwife) Mednarodne konfederacije babic. Njena strast je podpirati babice in zdravstvene sisteme, da bi vsem ženskam in osebam različnih spolov zagotovili enake porodne izkušnje in rezultate kot tistim, ki imajo najboljše. Štiri leta je bila prva glavna babiška uradnica za NHS v Angliji in ena od dveh nacionalnih prvakov za varnost v porodništvu, ki ju je imenovalo Ministrstvo za zdravje in socialno varstvo. Jacqueline je diplomirana medicinska sestra in babica ter gostujoča profesorica babištva na Kings College London in London South Bank University. Opravljal je vodstvene funkcije v klinični praksi, izobraževanju, vodenju in upravljanju, med drugim je bila babica svetovalka, direktorica babištva, vodja zdravstvene nege, višja predavateljica, vodja učnega programa, vodja babic za področje izobraževanja, profesorica babištva. S prispevki na konferencah in publikacijami je podpirala izobraževanje babic na mednarodni ravni.

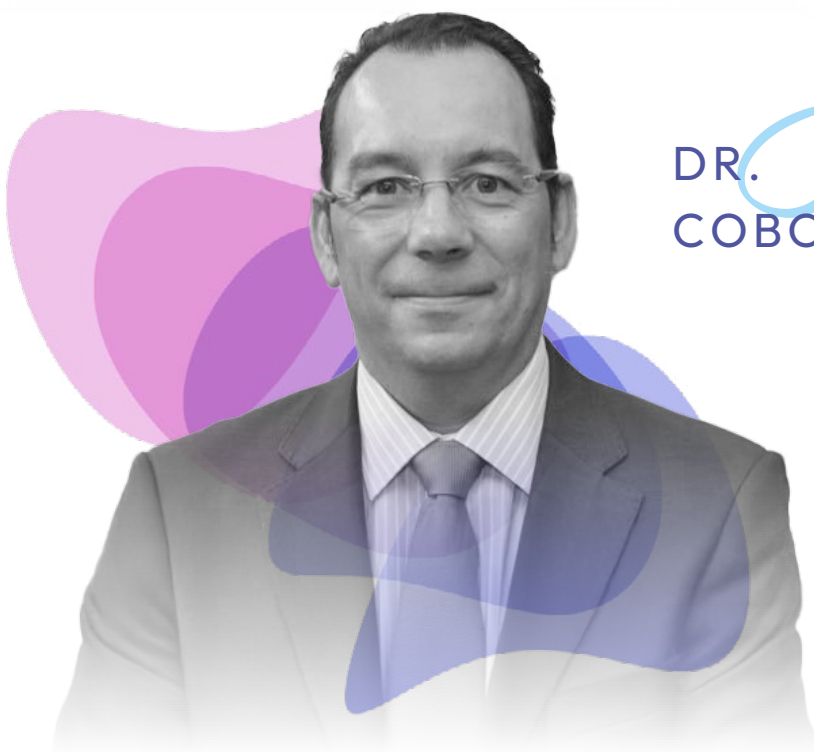
Je predsednica svetovalne skupine za materinstvo pri Health and Race Observatory v Angliji, članica upravnega odbora Women of the Year, ambasadorica babištva pri dobrodelni organizaciji Saying Goodbye, pokroviteljica Baby Lifeline in Caribbean and African Health Network ter svetovalka za babištvo pri RCN Foundation.

V letih 2020, 2021 in 2022 ter 2024 je bila uvrščena med najvplivnejše ljudi v zdravstvu revije Health Service Journal (HSJ), med več kot 100 nominacijami pa je bila izbrana tudi za uvrstitev na seznam Nursing Times' Leaders 2015, ki slavi medicinske sestre in babice, ki so pionirji, podjetniki in navdihujoči vzorniki v svojem poklicu. Ob praznovanju 75. obletnice NHS v Angliji leta 2023 jo je Nursing Times prepoznal kot eno od 75 medicinskih sester in babic, ki so pomembno prispevale k NHS. Leta 2024 ji je bil podeljen častni doktorat Univerz Worcester in Winchester v Združenem kraljestvu.

Professor Jacqueline Dunkley-Bent OBE, is the first Chief Midwife for the International Confederation of Midwives. She has a passion for supporting midwives and health systems to ensure that all women and gender diverse people have the same maternity experiences and outcomes as those who have the best. She served for four years as the first Chief Midwifery Officer for the NHS in England and was one of two National Maternity Safety Champions appointed by the Department for Health and Social Care. Jacqueline is a registered nurse and midwife and a visiting Professor of Midwifery at Kings College London and London South Bank University. She has held senior positions in clinical practice, education, leadership and management including: Consultant Midwife, Director of Midwifery, Head of Nursing, Senior Lecturer, Curriculum Leader, Lead Midwife for Education, Professor of Midwifery. She has supported the education of Midwives Internationally through conference contributions and publications.

She is the chair of the maternity advisory group for the Health and Race Observatory in England, a member of the Women of the Year management committee, Midwifery Ambassador for the 'Saying Goodbye' charity, Patron for Baby Lifeline and the Caribbean and African Health Network and midwifery advisor for the RCN Foundation.

Noted as one of the Health Service Journal's (HSJ) most influential people in health, in 2020, 2021 and 2022 and 2024, she was also selected from over 100 nominations for inclusion in the Nursing Times' Leaders 2015 list, that celebrates nurses and midwives who are pioneers, entrepreneurs, and inspirational role models in their profession. In celebration of the 75th anniversary of the NHS in England in 2023, she has been recognised by the Nursing Times as one of 75 nurses and midwives who have contributed in a significant way to the NHS. In 2024, she was awarded an honorary doctorates from Worcester and Winchester University in the UK.



DR. *José Luis*
COBOS SERRANO

Dr. José Luis Cobos Serrano je diplomiral, magistriral in z odliko doktoriral na Univerzi Complutense v Madridu. Trenutno je zaposlen kot tretji podpredsednik Generalnega sveta medicinskih sester Španije (španskega regulativnega telesa). Je član Upravnega odbora Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN) in član skupščine generalnega sveta zdravstvene nege Španije. Je predstavnik Španije v Evropski fundaciji za raziskovanje na področju zdravstvene nege, strokovni član Evropske agencije za zdravila ter strokovnjak za biološko varnost. Imenovan je tudi v odbor za standardizacijo na nacionalni (UNE – Špansko združenje za standardizacijo) in mednarodni ravni (ISO – Mednarodna organizacija za standardizacijo).

Je sodelujoči profesor na različnih fakultetah za zdravstveno nego v Španiji. Je recenzent pri reviji *International Nursing Review*, *Metas de Enfermería* in član uredniškega odbora revije *Enfermería Facultativa*.

Dr. José Luis Cobos Serrano holds a Bachelor's degree, a Master's degree and a doctorate with distinction from the Complutense University of Madrid. He is currently Third Vice President of the General Council of Nurses of Spain (the Spanish regulatory body). He is a member of the Board of Directors of the International Council of Nurses (ICN) and a member of the Assembly of the General Council of Nursing of Spain. He is the Spanish representative in the European Foundation for Nursing Research, an expert member of the European Medicines Agency and an expert in biosafety. He is also a member of the standardisation committee at national (UNE – Spanish Association for Standardisation) and international level (ISO – International Organisation for Standardisation).

He is a collaborating professor at various nursing faculties in Spain. He is a reviewer for the International Nursing Review, Metas de Enfermería and a member of the Editorial Board of Enfermería Facultativa.



PROF. DR. *Miha* ŠKERLAVAJ

Dr. Miha Škerlavaj je redni profesor za področje managementa na Ekonomski fakulteti v Ljubljani in pridružen redni profesor vodenja in organizacijskega vedenja na BI Norwegian Business School. Je cenjeni predavatelj, moderator delavnic in nagrajeni raziskovalec z objavami v prestižnih mednarodnih znanstvenih revijah, kot so Academy of Management Journal, Harvard Business Review, Journal of Organizational Behavior, Leadership Quarterly in Human Resource Management. Objavil in uredil je tudi knjigi Post-heroic Leadership in Capitalizing on creativity ter študijo primera o Outfit7 prek ugledne mednarodne založbe INSEAD Case Publishing. Njegove raziskave so pozele zanimanje vodilnih svetovnih medijev, kot sta npr. Forbes in The New York Times. Vključen je v več mednarodnih raziskovalnih projektov s sodelavci iz vodilnih svetovnih poslovnih šol. Ima obsežne mednarodne praktične izkušnje preko delavnic, usposabljanj in svetovanj strankam v Skandinaviji, Srednji in Vzhodni Evropi in na Kitajskem. Poučuje na doktorskih, Executive MBA in magistrskih programih v Evropi in Aziji in redno moderira delavnice s praktiki na temo organizacijskega razvoja in sprememb, razvoja vodij, ravnanja z ljudmi pri delu, ustvarjalnosti in inovativnosti.

Dr. Miha Škerlavaj is a professor of management at the Faculty of Economics and business, University of Ljubljana, Slovenia and adjunct professor of management and organisational behaviour at BI Norwegian Business School. He is a respected lecturer, workshop facilitator and award-winning researcher with publications in prestigious international academic journals such as Academy of Management Journal, Harvard Business Review, Journal of Organizational Behavior, Leadership Quarterly and Human Resource Management. He has also published and edited the books Post-heroic Leadership and Capitalizing on creativity and a case study on Outfit7 through the renowned international publishing house INSEAD Case Publishing. His research has attracted interest from leading global media such as Forbes and The New York Times. He is involved in several international research projects with colleagues from leading business schools worldwide. He has extensive international practical experience through workshops, training and consulting to clients in Scandinavia, Central and Eastern Europe, and China. He teaches on PhD, EMBA, Executive, and Masters programmes in Europe and Asia and regularly facilitates workshops with practitioners on organisational development and change, leadership development, people at work, creativity and innovation.



PROF. DR. *Lučka*
KAJFEŽ BOGATAJ

Dr. Lučka Kajfež Bogataj kot zaslužna profesorica sodeluje pri podiplomskem študiju na Biotehniški fakulteti Univerze v Ljubljani in predava tudi na Univerzi v Mariboru. Ob pedagoškem delu se posveča raziskavam s področja podnebnih sprememb in trajnostnega razvoja. Delovala je kot članica Medvladnega odbora za podnebne spremembe pri OZN v Ženevi, članica upravnega odbora GWP (Globalno partnerstvo za vodo) v Stockholmu in kot članica skupine za etiko in podnebne spremembe pri UNESCO.

Lučka Kajfež Bogataj is Professor Emeritus at the Faculty of Biotechnology, University of Ljubljana, and lectures at the University of Maribor. In addition to her teaching work, she is involved in research on climate change and sustainable development. She has served as a member of the Intergovernmental Panel on Climate Change at the UN in Geneva, as a member of the Board of the GWP (Global Water Partnership) in Stockholm and as a member of the Ethics and Climate Change Group at UNESCO.



DR. *Melita* STOJANOVIĆ VUJNOVIĆ

Dr. Melita Stojanović Vujnović je zdravnica, ki je leta 1985 diplomirala na Medicinski fakulteti Univerze v Beogradu v Srbiji, pridobila certifikat o upravljanju mednarodnih kompleksnih humanitarnih nesreč (2001), certifikat o upravljanju zdravstvenega sistema - prestrukturiranje bolnišnic, European Observatory of Health Systems (2006) in diplomu specialiste za upravljanje zdravstvenega sistema - osredotočenost na nacionalne strategije za preprečevanje in nadzor nenalezljivih bolezni, ECPD Beograd, Srbija (2009).

Poklicno pot je začela kot zdravnica splošne medicine v službah primarnega zdravstvenega varstva, medicine dela in urgentne medicine. Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO) se je pridružila leta 1997 in opravljala različne funkcije v uradu SZO v Beogradu v Srbiji, vključno z mestom uradnika za zvezo med letoma 2006 in 2011. Mednarodno kariero je začela na položajih predstavnice SZO v Kazahstanu 2011-2017, vršilke dolžnosti predstavnice SZO v Tadžikistanu (2016), predstavnice SZO v Ruski federaciji 2017-2024 in predstavnice SZO v Sloveniji od 2024 naprej.

Bila je članica uredniškega odbora publikacij SZO ter avtorica in soavtorica znanstvenih člankov o nenalezljivih boleznih, politikah zdravstvenega sistema, duševnem zdravju in uporabi zdravil.

Tekoče govori angleško, nemško, rusko in srbsko.

Dr. Melita Stojanovic Vujnovic is a medical doctor graduated from Medical Faculty, University of Belgrade, Serbia in 1985, with certificate on Management of International Complex humanitarian disasters (2001), certificate on health system management – hospital restructuring, European Observatory of Health Systems (2006) and graduate diploma of Specialist in Health System management – focus National Strategies for prevention and control of NCDs, ECPD Belgrade, Serbia (2009).

She started career as medical doctor – general practitioner in primary health care, occupational health and emergency medicine services. She joined the World Health Organization in 1997 and held various positions in the WHO office in Belgrade, Serbia including the position of liaison officer 2006 – 2011. She has started international career with positions of WHO Representative in Kazakhstan 2011–2017, acting WHO Representative in Tajikistan (2016), WHO Representative in the Russian Federation 2017–2024, and WHO Representative in Slovenia from 2024.

She has been member of the editorial board of WHO publications, and authored and co-authored scientific articles on NCDs, health system policies, mental health and use of medicines.

She is fluent in English, German, Russian and Serbian.



DOC. DR. *Helena* HALBWACHS

Helena Kristina Halbwachs je doktorica socialne gerontologije in docentka na področju zdravstvene nege. Redno je zaposlena kot vodja kakovosti za Adriatic regijo v skupini SeneCura, kjer aktivno deluje na področju izboljševanja kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. Poleg tega predava na Univerzi Alma Mater Europaea ter na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju, občasno pa sodeluje tudi z drugimi visokošolskimi ustanovami s področja zdravstvene nege.

Med svojo 35-letno kariero je pridobivala znanje in izkušnje na področju zdravstvene nege v številnih državah. Poleg Slovenije je živela v Kanadi, Nemčiji in Avstriji, službeno pa je delovala tudi v drugih državah po svetu. Ta bogata mednarodna izkušnja ji omogoča širši vpogled v različne prakse zdravstvene nege, kulturno raznolikost in razvoj kakovosti v globalnem kontekstu.

Kot zunanja predavateljica Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) sodeluje v programu pridobivanja kulturnih kompetenc za centre za krepitev zdravja, kjer prispeva k razvoju strokovnih veščin za delo v raznolikih okoljih. Je tudi aktivna članica Častnega razsodišča 1. stopnje pri Zbornici zdravstvene in babiške nege. V okviru tega je kot vodja delovne skupine lani sodelovala pri prenovi kodeksa v zdravstveni negi, kar odraža njeno zavezanost krepitvi etičnih standardov v stroki.

Je avtorica številnih znanstvenih in strokovnih člankov, v katerih se osredotoča na aktualne izzive zdravstvene nege, kot so dokumentacija zdravstvene nege, oskrba ran, kakovost, etika ter razvoj kulturnih kompetenc. S svojim strokovnim delom in pedagoškim angažmajem pomembno prispeva k razvoju zdravstvene nege v Sloveniji in širše.

Helena Kristina Halbwachs holds a doctorate in social gerontology and is an assistant professor in nursing. She is regularly employed as a quality manager for the Adriatic region in the SeneCura Group, where she is actively involved in improving the quality of long-term care services. She also lectures at the University Alma Mater Europaea and at the Faculty of Health Sciences in Celje and occasionally collaborates with other higher education institutions in the field of long-term care.

In her 35-year career, she has gained knowledge and experience in nursing in many countries. In addition to Slovenia, she has lived in Canada, Germany and Austria and worked in other countries around the world. This rich international experience gives her a broader insight into different nursing practises, cultural diversity and quality development in a global context.

As an external lecturer at the National Institute of Public Health (NIJZ), she participates in the Cultural Competence for Health Promotion Centres programme, where she contributes to the development of professional skills for working in diverse settings. She is also an active member of the First Degree Court of Honour at the Nurses and Midwives Association of Slovenia. As part of this, she was involved in the revision of the Code of Nursing last year as head of a working group, reflecting her commitment to strengthening ethical standards in the profession.

Helena Kristina Halbwachs is the author of numerous scientific and professional articles dealing with current nursing challenges such as nursing documentation, wound care, quality, ethics and the development of cultural competencies. Through her professional work and commitment to teaching, she has made an important contribution to the development of nursing in Slovenia and beyond.



ZNANSTVENI IN STROKOVNI

prispevki

POVEZANOST VODSTVENIH STILOV VODIJ V ZDRAVSTVENI NEGI S KULTURO KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI ORGANIZACIJI

The Relationship Between Leadership Styles of Nurse Leaders and the Quality Culture in a Healthcare Organization

IZVLEČEK

Uvod: V zahtevnem zdravstvenem okolju imata vodenje in kultura kakovosti ključno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacientov in izboljševanju oskrbe. Uspeh zdravstvenih organizacij temelji na procesnem načinu dela, opolnomočenju zaposlenih ter spodbujanju timskega sodelovanja za doseg skupnih ciljev. Namen raziskave je raziskati povezanost vodstvenih stilov vodij v zdravstveni negi in organizacijsko kulturo kakovosti. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno-eksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja, ki je temeljila na anketnem vprašalniku. Pridobljeni podatki so grafično in tabelarno predstavljeni s pomočjo programa Microsoft Excel, statistično analizirani s programom IBM SPSS Statistics Version 26. Rezultati merjenih dimenzij so predstavljeni z aritmetično sredino in standardnim odklonom. **Rezultati:** Transformacijski stil vodenja je pozitivno povezan s kulturo kakovosti ($r = 0,630$; $p = 0,028$), transakcijski stil ni statistično pomembno povezan s kulturo kakovosti ($r = 0,562$; $p = 0,057$), medtem ko je pasivno-izogibajoči stil negativno povezan s kulturo kakovosti ($r = -0,735$; $p = 0,006$). **Diskusija in zaključek:** Transformacijski stil vodenja se je izkazal za učinkovitega pri spodbujanju kulture kakovosti, medtem ko so transakcijski in pasivno-izogibajoči stili vodenja manj učinkoviti. To kaže, da mora organizacija pri izvajanju izboljšav in pri upravljanju tveganj izbrati vodstvene stile, ki spodbujajo sodelovanje in vključevanje zaposlenih ter pozitivno vplivajo na kakovost delovanja.

Ključne besede: vodenje v zdravstvu; stili vodenja; organizacijska kultura kakovosti; zdravstvena nega.

ABSTRACT

Introduction: In a demanding healthcare environment, leadership and quality culture play a crucial role in ensuring patient safety and improving care. The success of healthcare organizations is based on process-oriented work, employee empowerment, and the promotion of teamwork to achieve common goals. The purpose of the research is to explore the relationship between leadership styles of nurse leaders and the organizational quality culture. **Methods:** A descriptive and causal–non-experimental empirical research method was used, based on a survey questionnaire. The collected data were presented graphically and in tables using Microsoft Excel and statistically analyzed with IBM SPSS Statistics Version 26. The results of the measured dimensions are presented with the arithmetic mean (M) and standard deviation (SD). **Results:** The transformational leadership style is positively associated with the quality culture ($r=0.630$; $p=0.028$), the transactional style is not statistically significantly associated with the quality culture ($r=0.562$; $p=0.057$), while the passive–avoidant style is negatively associated with the quality culture ($r=-0.735$; $p=0.006$). **Discussion and Conclusion:** The transformational leadership style proved to be effective in promoting a quality culture, whereas the transactional and passive–avoidant leadership styles were less effective. This indicates that, in implementing improvements and managing risks, organizations should adopt leadership styles that encourage collaboration and employee involvement and have a positive impact on operational quality.

Key words: healthcare leadership; leadership styles; organizational quality culture; nursing.

UVOD

Vodje imajo ključno vlogo pri oblikovanju kulture organizacije, izboljševanju kakovosti oskrbe in zagotavljanju varnosti pacientov (Alloubani, Akhu – Zaheya, Abdelhafiz & Almatari, 2019). Kakovostna oskrba, ki vključuje načrtovanje, usposobljen kader in kulturo kakovosti, je bistvena za uspeh zdravstvenih organizacij ter jo je mogoče meriti s kazalniki kakovosti (Elmontsri, Almashrafi, Banarsee & Majeed 2017; Horvat & Filipović, 2018; Beaussier, Demeritt, Griffiths & Rothstein, 2020). Vodenje in kultura kakovosti sta ključna dejavnika za uspešno delovanje zdravstvenih organizacij, zlasti v kontekstu zdravstvene nege (ZN), kjer varnost pacientov ostaja osrednji del sistema zdravstvenega varstva (Hamdan, Jaaffar, Khraisat, Issa & Jarrar, 2024). Stili vodenja vplivajo na organizacijsko kulturo, pri čemer vodje prilagajajo svoj pristop glede na vrednote, prepričanja in norme okolja (Thusini & Mingay, 2019). Transformacijsko vodenje je tesno povezano s timsko organizacijsko kulturo in zmanjšanjem neželenih rezultatov za paciente (Ree & Wiig, 2019; Vatnøy et al., 2022). Literatura poudarja, da je kombinacija transformacijskega in transakcijskega vodenja prilagodljiva situacijam in organizacijskim zahtevam, pri čemer kulturna inteligenca moderira njun vpliv na uspešnost pri delu (Mahmoodzadeh, 2017). Raziskave kažejo, da učinkovito vodenje spodbuja kulturo kakovosti in zagotavlja boljše izide pacientov, medtem ko pomanjkanje učinkovitega vodenja vodi v škodljive rezultate (Duggar, 2017). Stalni razvoj vodstvenih sposobnosti je nujen v dinamičnem zdravstvenem okolju, kjer mora vodenje podpirati prilagodljivost, integriteto in zaupanje za doseganje trajnostne kakovosti oskrbe.

Transformacijsko vodenje pozitivno vpliva na organizacijsko kulturo in kakovost zdravstvene oskrbe, saj prispeva k zadovoljstvu zaposlenih in pacientov ter spodbuja varnostno kulturo (ALFadhalah & Elamir, 2021; Rizkia et al., 2022; Harsvardhan, Singh, Patnaik & Khatun, 2023;

Syabanasyah, Rachmawati & Hartono, 2023). Neposredno in posredno izboljšuje delovno okolje zaposlenih v ZN, zmanjšuje neželene izide pri pacientih in krepi kakovost zdravstvene oskrbe (Asif, Jameel, Hussain, Hwang & Sahito, 2019; Alanazi, Alshamlani & Baker, 2023; Gebreheat, Teame & Costa, 2023; Ystaas et al., 2023). Raziskave potrjujejo povezavo med transformacijskim vodenjem in varnostjo pacientov, saj omogoča odprto komunikacijo in zmanjšuje kulturo krivde (Murray, Sundin & Cope, 2018). Negativni vidiki vodstvenih praks so povezani s povečanim številom neželenih dogodkov (Labrague, 2021). Transformacijsko vodenje je učinkovito tako v bolnišnicah kot v domovih za ostarele in oskrbi na domu, kjer se izkaže kot ključni dejavnik pri spodbujanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe (Lavoie-Tremblay et al., 2016; Sfantou et al., 2017; Seljemo, Viksveen & Ree, 2020; Zonneveld, Pittens & Minkman, 2021).

Če povzamemo, literatura skupaj poudarja transformativni potencial stilov vodenja, zlasti transformacijskega vodenja, pri oblikovanju kulture kakovosti v zdravstvenih organizacijah in varne zdravstvene oskrbe.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti poglobljeno razumevanje povezanosti vodstvenih stilov vodij v ZN in vodenje kulture kakovosti, z namenom povezani cilji raziskave so raziskati povezanost med stilom vodenja vodij v ZN in kulturo kakovosti v splošni bolnišnici. Analizirati, kako vodje v ZN uporabljajo transformacijski stil vodenja za izboljšanje kakovosti storitev.

Raziskovalno vprašanje, ki smo si ga postavili, se glasi:

Kakšna je povezava med stilom vodenja vodij v ZN in vodenjem kulture kakovosti v zdravstveni organizaciji?

Hipoteze se glasijo:

H1: Transformacijski stil vodenja je pozitivno povezan z vodenjem kulture kakovosti v ZN.

H2: Transakcijski stil vodenja je negativno povezan z vodenjem kulture kakovosti v ZN.

H3: Pasivno-izogibajoči stil vodenja je negativno povezan z vodenjem kulture kakovosti v ZN.

METODE

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu ter deskriptivni in kavzalno neeksperimentalni metodi dela. Primarne podatke smo pridobili s tehniko anketiranja, sekundarne podatke pa z analizo domače in tuje strokovne in znanstvene literature.

Opis instrumenta

Anketni vprašalnik raziskave je obsegal tri sklope. V prvem sklopu so bili demografski podatki. Drugi sklop je zajemal stile vodenja (izpolnjujejo samo vodje), uporabili smo mersko orodje Multifactor Leadership Questionnaire – MLQ 5x (Bass & Avolio, 1995), ki predstavlja standardni instrument za ocenjevanje pasivno-izogibajočega (8 trditev), transformacijskega (20 trditev) in transakcijskega (8 trditev) stila vodenja ter učinkovitost, zadovoljstvo in dodatni trud vodje (9 trditev) in je preveden v slovenski jezik. Za potrebe raziskave smo uporabili samo trditve, ki merijo stile vodenja. Trditve v tem sklopu so ovrednotene od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenila sploh se ne strinjam, 5 pa popolnoma se strinjam, in sicer v obliki Likertove lestvice. MLQ 5x je široko uporabljen, potrjen in prilagojen instrument, ki se uporablja v različnih kulturah, vzorcih in okoljih (Avolio & Bass, 1999; Northouse, 2021), vključno z zdravstveno

nego (Kanste, Miettunen & Kyngäs, 2007; Cummings et al., 2018). Tretji sklop vprašalnika je bil sestavljen iz 6 trditev, ki se nanašajo na vodenje kulture kakovosti, povzeto po dostopni literaturi: (Asif et al., 2019; Vatnøy et al., 2022; Syabanasyah et al., 2023).

Opis vzorca

Vzorec je zajemal zaposlene na področju kirurškega in medicinskega sektorja na področju ZN v splošni bolnišnici. V času raziskave je bilo na kirurškem sektorju skupaj 133 zaposlenih v ZN, in sicer 67 tehnikov ZN in 66 MS z visokošolsko strokovno izobrazbo oziroma bolonjskim magisterijem. Na medicinskem sektorju je bilo v času raziskave 134 zaposlenih, in sicer 68 tehnikov ZN in 66 MS z visokošolsko izobrazbo oziroma bolonjskim magisterijem. V vzorec so bili vključeni zdravstveni delavci, ki so se razlikovali v številu let zaposlitve v zdravstvu. Največ, natančneje 17 anketirancev (28 %), je zaposlenih do 10 let, sledijo jim zaposleni od 11 do 20 let, in sicer jih je 16 (27 %), 15 anketirancev (25 %) je zaposlenih 31 let in več in 12 udeležencev (20 %) je zaposlenih od 21 do 30 let. Približno polovica oziroma 27 anketirancev (45 %) je imela dokončano srednješolsko izobrazbo, višjo strokovno šolo 4 (7 %), visokošolsko strokovno izobrazbo 20 (33 %), univerzitetno izobrazbo oz. bolonjski magisterij pa 9 anketirancev (15 %). V vzorec je bilo vključenih 16 vodij v ZN, ki so predstavljali 27 % celotnega vzorca ter 44 (73 %) ostalih zaposlenih v ZN. Za potrebe raziskave smo razdelili 60 anketnih vprašalnikov na oddelke kirurškega in medicinskega sektorja. Delež anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi, znaša 22,5 % vseh zaposlenih na kirurškem in medicinskem sektorju in tako presega 5 % vseh zaposlenih na področju ZN na obeh sektorjih v splošni bolnišnici, zato lahko odgovore posplošimo na vse zaposlene na področju ZN kirurškega in medicinskega sektorja v splošni bolnišnici.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala novembra 2024 v splošni bolnišnici, s pridobljenim soglasjem zdravstvene organizacije in zagotovljeno anonimnostjo ob upoštevanju etičnih smernic Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024).

Pridobljeni podatki so opisani z računalniškim programom Microsoft Office Word, grafično in tabelarno predstavljeni s pomočjo programa Microsoft Excel, statistično s programom IBM SPSS Statistics Version 26. Rezultati merjenih dimenzij so predstavljeni z aritmetično sredino (M) in standardnim odklonom (SD). Za statistično preverjanje hipotez smo uvodoma opravili preverjanje normalne porazdeljenosti spremenljivk s Shapiro-Wilkovim preizkusom, ki je pokazal, da spremenljivke niso normalno porazdeljene. Zato v nadaljevanju za preverjanje hipotez uporabimo Spearmanov koeficient korelacije.

REZULTATI

Izmerili smo zanesljivost vprašalnika oziroma Cronbachov koeficient alfa, ki se pri empiričnih raziskavah uporablja za merjenje stopnje soglasja med več vprašanji v vprašalniku (DeVillis & Thorpe (2021)). Cronbachov koeficient alfa znaša 0,888, kar pomeni, da je vprašalnik MLQ 5x zelo zanesljiv.

Za sklop trditev glede vodenja kulture kakovosti smo izračunali Cronbach alfa koeficient zanesljivosti, ki je znašal 0,990 in je pomenil odlično zanesljivost sklopa trditev. Na podlagi tega smo bili upravičeni do združevanja trditev v skupno lestvico, ki smo jo poimenovali »Vodenje kulture kakovosti«. Lestvična vrednost je bila pri vsakem posamezniku izračunana kot povprečje

odgovorov na posamezne trditve. Ugotovili smo, da anketirani vodje v povprečju ocenjujejo vodenje kulture kakovosti kot zelo kakovostno, pri čemer je povprečna vrednost $M = 4,22$ s $SD = 0,71$.

Analiza raziskovalnih vprašanj in hipotez

Shapiro-Wilkov test ($p = 0,796$; $p = 0,749$) potrjuje, da spremenljivki nista normalno porazdeljeni, zato je uporabljena Spearmanova korelacija. Rezultati kažejo (Tabela 1) statistično pomembno, srednje močno pozitivno povezavo med transformacijskim vodenjem in vodenjem kulture kakovosti ($r = 0,630$, $p = 0,028$), kar pomeni, da višja raven transformacijskega vodenja spremlja višjo stopnjo kulture kakovosti.

Tabela 1: Rezultati Spearmanovega koeficienta korelacije za obe spremenljivki

		Transformacijsko vodenje	Vodenje kulture kakovosti
Transformacijsko vodenje	Spearmanov koeficient	1,000	0,630
	Sig. (2-tailed)	.	0,028
	N	12	12
Vodenje kulture kakovosti	Spearmanov koeficient	0,630	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,028	.
	N	12	12

Legenda: r = Spearmanov koeficient. p = statistična pomembnost. N = število anketirancev

Shapiro-Wilkov test ($p = 0,855$; $p = 0,749$) potrjuje, da spremenljivki nista normalno porazdeljeni, zato je uporabljena Spearmanova korelacija. Rezultati kažejo (Tabela 2) srednje močno pozitivno povezavo med transakcijskim vodenjem in vodenjem kulture kakovosti ($r = 0,562$), ki pa ni statistično pomembna ($p = 0,057$).

Tabela 2: Rezultati Spearmanovega koeficienta korelacije za obe spremenljivki

		Transakcijsko vodenje	Vodenje kulture kakovosti
Transakcijsko vodenje	Spearmanov koeficient	1,000	0,562
	Sig. (2-tailed)	.	0,057
	N	12	12
Vodenje kulture kakovosti	Spearmanov koeficient	0,562	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,057	.
	N	12	12

Legenda: r = Spearmanov koeficient. p = statistična pomembnost. N = število anketirancev.

Shapiro-Wilkov test ($p = 0,860$; $p = 0,749$) potrjuje, da spremenljivki nista normalno porazdeljeni, zato je za analizo uporabljena Spearmanova korelacija. Rezultati kažejo (Tabela 3) močno negativno povezanost med pasivno-izogibajočim stilom vodenja in vodenjem kulture kakovosti ($r = -0,735$, $p = 0,006$), kar pomeni, da višja raven pasivnega vodenja vodi v nižjo stopnjo kulture kakovosti.

Tabela 3: Rezultati Spearmanovega koeficienta korelacije za obe spremenljivki

		Pasivno-izogibajoče vodenje	Vodenje kulture kakovosti
Pasivno-izogibajoče vodenje	Spearmanov koeficient	1,000	-0,735
	Sig. (2-tailed)	.	0,006
	N	12	12
Vodenje kulture kakovosti	Spearmanov koeficient	-0,735	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,006	.
	N	12	12

Legenda: r = Spearmanov koeficient. p = statistična pomembnost. N = število anketirancev.

DISKUSIJA

V raziskavi smo ugotavljali povezanost med transformacijskim, transakcijskim in pasivno-izogibajočim stilom vodenja in kulturo kakovosti. Najprej smo ugotovili, da prevladuje transformacijski stil vodenja, sledi transakcijsko vodenje in kot zadnje pasivno-izogibajoče vodenje. Rezultati raziskave so v skladu z delom Avolia & Bassa (1995), pa tudi z raziskavami, opredeljenimi v literaturi (Akpaprep, Jengre & Mogre, 2019; Lan, Chang, Ma, Zhang & Chuang, 2019; Cahyadi et al., 2022; Cui, Lim & Song, 2022). Rezultati so pokazali srednje močno pozitivno povezanost med transformacijskim stilom vodenja in kulturo kakovosti. To pomeni, da transformacijski vodje, ki navdihujejo in motivirajo zaposlene, hkrati spodbujajo razvoj in ohranjanje kulture kakovosti v ZN. Kot navajajo Ystaas et al. (2023), transformacijsko vodenje spodbuja zaposlene v ZN, da se bolj osredotočajo na varnost pacientov in zmanjšanje napak, kar izboljša varnostno kulturo in pacientovo izkušnjo. Rezultati potrjujejo prvo hipotezo, da transformacijski stil pozitivno vpliva na vodenje kulture kakovosti. Vodje v ZN, ki uporabljajo transformacijski stil vodenja, ustvarjajo transformacijsko organizacijsko kulturo, kot ugotavljata ALFadhalah & Elamin (2021), Kramar Zupan (2018) doda, da transformacijski stil vodenja spodbuja inovacije in prilagajanje, kar vpliva na celotno strukturo bolnišnic, zlasti v Sloveniji, kjer se poudarja procesni način poslovanja, usposabljanje zaposlenih ter timsko delo. Dodatno raziskava (Hughes et al., 2018) kaže, da transformacijski stil spodbuja inovacije in učenje, kar ustvarja temelje za trajno izboljševanje kakovosti.

Povezanost med transakcijskim vodenjem in kulturo kakovosti je bila pozitivna, vendar statistično nepomembna, medtem ko sta Kankisingi & Dhliwayo (2022) ugotovila, da zaposleni, ki se jim trud in delo priznata in jih nagradijo, so bolj produktivni in vključeni v svoje naloge, kar posledično vpliva na boljšo kakovost in zadovoljstvo strank, avtorji Çakır, Karwowski, Marek, Jaworek & Wrobel, 2020; Davidescu, Apostu, Paul & Casunean, 2020; Leitão, Correia,

Teixeira & Campos 2022; Setiawan & Mardiana, 2022 pa tudi poudarijo, da so plačilo, delovno okolje in priznanje dejavniki, ki največ prispevajo k motivaciji zaposlenih. Drugo hipotezo, ki je predvidevala, da je transakcijski stil vodenja negativno povezan z vodenjem kulture kakovosti v ZN, zato zavračamo.

Rezultati so pokazali močno negativno povezanost med pasivno-izogibajočim stilom vodenja in kulturo kakovosti. Pasivni vodje, ki se izogibajo odločanju in odgovornosti, neposredno ovirajo vzpostavitev in razvoj kulture kakovosti v ZN (Sfantou idr., 2017). Ti rezultati podpirajo tretjo hipotezo, ki je predvidevala, da je pasivno-izogibajoči stil negativno povezan s kulturo kakovosti. Pomanjkanje usmerjanja in odzivnosti vodij zmanjšuje motivacijo zaposlenih in vodi v nejasne standarde kakovosti, kar negativno vpliva na celotno organizacijsko uspešnost (Kiwanuka, Nanyonga, Sak – Dankosky, Muwanguzi & Kvist, 2021).

ZAKLJUČEK

Raziskava poudarja ključno vlogo stila vodenja in kulture varnosti pri izboljšanju kakovosti zdravstvenih organizacij. Transformacijsko vodenje se izkazuje kot osrednji dejavnik pri spodbujanju pozitivnih sprememb v kulturi kakovosti, varnosti pacientov in zadovoljstvu zaposlenih. Vodenje s transformacijskim pristopom je pomembno povezano z zaznavanjem učinkovitosti sistemov kakovosti, varnosti in upravljanja s tveganji, kar potrjuje potrebo po nadaljnjem raziskovanju v specifičnih kontekstih slovenskega zdravstvenega sistema.

Analiza potrjuje, da transformacijski stil vodenja pozitivno oblikuje kulturo kakovosti, medtem ko pasivno-izogibajoči stil povzroča škodljive posledice. Transakcijski stil sicer ne škodi, vendar ne prispeva bistveno k trajnostni kulturi kakovosti. Za izboljšanje kakovosti v ZN je ključno spodbujanje transformacijskih pristopov, ki vključujejo vizijo, podporo in navdihovanje zaposlenih, hkrati pa zmanjšanje pasivnega vedenja vodij z ustreznim izobraževanjem in organizacijsko podporo.

Ugotovitve imajo pomembne implikacije za razvoj vodstvenih praks in usposabljanj v ZN ter prispevajo k boljšemu razumevanju vpliva različnih stilov vodenja na kakovost zdravstvenih storitev. Poudarjajo potrebo po celovitem pristopu, ki vključuje aktivno podporo vodstva, sodelovanje in kulturo stalnega učenja za trajnostne izboljšave v zdravstvenem sektorju.

LITERATURA

- Akpaprep, J., Jengre, E., & Mogre, A. (2019) The Influence of Leadership Style on Organizational Performance at Tuma-Kavi Development Association, Tamale, Northern Region of Ghana. *Open Journal of Leadership*, 8, 1-22. <https://doi.org/10.4236/ojl.2019.81001>
- Alanazi, N. H., Alshamlani, Y., & Baker, O. G. (2023). The association between nurse managers' transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *International nursing review*, 70(2), 175–184. <https://doi.org/10.1111/inr.12819>
- ALFadhalah, T., & Elamir, H. (2021). Organizational Culture, Quality of Care and Leadership Style in Government General Hospitals in Kuwait: A Multimethod Study. *Journal of healthcare leadership*, 13, 243–254. <https://doi.org/10.2147/JHL.S333933>
- Alloubani, A., Akhu-Zaheya, L., Abdelhafiz, I. M., & Almatari, M. (2019). Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *International journal of health care quality assurance*, 32(6), 1022–1033. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2018-0138>
- Asif, M., Jameel, A., Hussain, A., Hwang, J., & Sahito, N. (2019). Linking Transformational Leadership with Nurse-Assessed Adverse Patient Outcomes and the Quality of Care: Assessing the Role of Job Satisfaction and Structural Empowerment. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132381>
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (1995). Individual consideration viewed at multiple levels of analysis: A multi-level framework for examining the diffusion of transformational leadership. *The leadership quarterly*, 6(2), 199–218. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(95\)90035-7](https://doi.org/10.1016/1048-9843(95)90035-7)

- Avolio, B.J., & Bass, B.M. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *J Occup Organ Psychol*. 72:441–62. <https://doi.org/10.1348/096317999166789>
- Bass, B., & Avolio, B (1995). Multifactor Leadership Questionnaire. Mind Garden.
- Beaussier, A. L., Demeritt, D., Griffiths, A., & Rothstein, H. (2020). Steering by their own lights: Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(5), 501–510. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.012>
- Cahyadi, A., Marwa, T., Hagen, I., Siraj, M. N., Santati, P., Poór, J., & Szabó, K. (2022). Leadership Styles, High-Involvement Human Resource Management Practices, and Individual Employee Performance in Small and Medium Enterprises in the Digital Era. *Economies*, 10(7), 162. <https://doi.org/10.3390/economies10070162>
- Çakıt, E., Karwowski, W., Marek, T., Jaworek, M., & Wrobel, G. (2020). A Cross-Sectional Study of the Relationships between Work-Related Affective Feelings Expressed by Workers in Turkey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9470. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249470>
- Cui, F., Lim, H., & Song, J. (2022). The Influence of Leadership Style in China SMEs on Enterprise Innovation Performance: The Mediating Roles of Organizational Learning. *Sustainability*, 14(6), 3249. <https://doi.org/10.3390/su14063249>
- Cummings, G.G., Tate, K., Lee, S., Wong, C.A., Paananen, T., & Micaroni, S.P.M. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018;85:19–60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19781702/>
- Davidescu, A. A., Apostu, S. A., Paul, A., & Casuneanu, I. (2020). Work Flexibility, Job Satisfaction, and Job Performance among Romanian Employees—Implications for Sustainable Human Resource Management. *Sustainability*, 12(15), 6086. <https://doi.org/10.3390/su12156086>
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*. Sage publications. <https://doi.org/10.1177/109821409301400212>
- Duggar, S. B. (2017). *Transformational leadership assessment of nurse managers and assistant nurse managers*. Gardner-Webb University. https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/275/
- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. *BMJ open*, 7(2), e013487. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013487>
- Gebreheat, G., Teame, H., & Costa, E. I. (2023). The Impact of Transformational Leadership Style on Nurses' Job Satisfaction: An Integrative Review. *SAGE open nursing*, 9, 23779608231197428. <https://doi.org/10.1177/23779608231197428>
- Hamdan, M., Jaaffar, A. H., Khraisat, O., Issa, M. R., & Jarrar, M. (2024). The Association of Transformational Leadership on Safety Practices Among Nurses: The Mediating Role of Patient Safety Culture. *Risk management and healthcare policy*, 17, 1687–1700. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S458505>
- Harsvardhan, R., Singh, D., Patnaik, S. K., & Khatun, S. Study on Identifying the Leadership Style of Nurse Managers and the Impact of Leadership Style on Patient Safety Culture, Organizational Citizenship Behavior, and Job Satisfaction to Propose Evidence-Based Information for Developing Guidelines for Training Nurse Leaders Working in a Superspecialty Tertiary Healthcare Institute in Northern India. *Journal of the Indira Gandhi Institute of Medical Sciences* 9(1):p 56-61. DOI: 10.4103/jigims.jigims_3_23. https://journals.lww.com/jigim/fulltext/2023/09010/a_study_to_identify_leadership_style_of_nurse.10.aspx
- Horvat, A., & Filipovic, J. (2018). Healthcare system quality indicators: the complexity perspective. *Total Quality Management & Business Excellence*, 31(1–2), 161–177. <https://doi.org/10.1080/14783363.2017.1421062>
- Hughes, D. J., Lee, A., Tian, A. W., Newman, A., & Legood, A. (2018). Leadership, creativity, and innovation: A critical review and practical recommendations. *The Leadership Quarterly*, 29(5), 549–569. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.03.001>
- Imran, M. K., Ilyas, M., & Aslam, U. (2016). Organizational learning through transformational leadership. *The learning organization*, 23(4), 232–248. https://www.researchgate.net/profile/Usman-Aslam-4/publication/303496979_Organizational_learning_through_transformational_leadership/links/5b0c2306aca2725783ebd72f/Organizational-learning-through-transformational-leadership.pdf
- Kankisingi, G. M., & Dhliwayo, S. (2022). Rewards and Innovation Performance in Manufacturing Small and Medium Enterprises (SMEs). *Sustainability*, 14(3), 1737. <https://doi.org/10.3390/su14031737>
- Kanste, O., Miettunen, J., & Kyngäs, H. (2007). Psychometric properties of the Multifactor Leadership Questionnaire among nurses. *J Adv Nurs*. 57:201–12. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04100.x>
- Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., Sak-Dankosky, N., Muwanguzi, P. A., & Kvist, T. (2021). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. *Journal of nursing management*, 29(2), 133–142. <https://doi.org/10.1111/jonm.13151>
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kramar Zupan, M. (2018). Koristi in pomen uvajanja kakovosti v zdravstvu. V *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov / 10. dnevi Marije Tomšič (str. 43-55)*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

- Labrague, L. J. (2021). Influence of nurse managers' toxic leadership behaviours on nurse-reported adverse events and quality of care. *Journal of nursing management*, 29(4), 855–863. <https://doi.org/10.1111/jonm.13228>
- Lan, T. S., Chang, I. H., Ma, T. C., Zhang, L. P., & Chuang, K. -C. (2019). Influences of Transformational Leadership, Transactional Leadership, and Patriarchal Leadership on Job Satisfaction of Cram School Faculty Members. *Sustainability*, 11(12), 3465. <https://doi.org/10.3390/su11123465>
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of advanced nursing*, 72(3), 582–592. <https://doi.org/10.1111/jan.12860>
- Leitão, M., Correia, R. J., Teixeira, M. S., & Campos, S. (2022). Effects of leadership and reward systems on employees' motivation and job satisfaction: an application to the Portuguese textile industry. *Journal of Strategy and Management*, 15(4), 590–610. <https://doi.org/10.1108/JSMA-07-2021-0158>
- Mahmoodzadeh, N. (2017). The Moderating Effect of Cultural Intelligence on the Relationship Between Transformational and Transactional Leadership Styles and Job Performance. <https://eprints.utm.my/81766/1/NegarMahmoodzadehPFM2017.pdf>
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1287–1293. <https://doi.org/10.1111/jocn.13980>
- Northouse, P. G. (2021). *Leadership: Theory and practice*. Sage publications.
- Ree, E., & Wiig, S. (2019). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC health services research*, 19(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8>
- Rizkia, D., Girsang, A., Kusumapradja, R., Hilmy, M., Pamungkas, R., & Dewi, S. (2022). The Effect of Interprofessional Collaboration and Transformational Leadership on Patient Safety with Work Motivation as an Intervening Variable. *Riset: Jurnal Aplikasi Ekonomi Akuntansi Dan Bisnis*, 4(2), 039 - 053. <https://doi.org/10.37641/riset.v4i2.156>
- Seljemo, C., Viksveen, P., & Ree, E. (2020). The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 20(1), 799. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05671-y>
- Setiawan, A.M., & Mardiana, N. (2022). The Effect Of Motivation And Reward System On Employee Performance With Commitment As A Mediation Variable. *International Journal of Science, Technology & Management*, 3(2), 563-573. <https://doi.org/10.46729/ijstm.v3i2.495>
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>
- Syabanasyah, I., Rachmawati, E., & Hartono, B. (2023). The Influence of Transformational Leadership on Patient Safety Efforts. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 10(2), 150-161. <https://doi.org/10.32668/jitek.v10i2.1008>
- Thusini, S., & Mingay, J. (2019). Models of leadership and their implications for nursing practice. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 28(6), 356–360. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.356>
- Vatnøy, T. K., Dale, B., Sundlisaeter Skinner, M., & Karlsen, T. I. (2022). Associations between nurse managers' leadership styles, team culture and competence planning in Norwegian municipal in-patient acute care services: A cross-sectional study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(2), 482–492. <https://doi.org/10.1111/scs.13064>
- Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The Impact of Transformational Leadership in the Nursing Work Environment and Patients' Outcomes: A Systematic Review. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>
- Zonneveld, N., Pittens, C., & Minkman, M. (2021). Appropriate leadership in nursing home care: a narrative review. *Leadership in health services (Bradford, England)*, 16–36. <https://doi.org/10.1108/LHS-04-2020-0012>

doc. dr. Tine Kovačič, dipl. fiziot., višji svetovalec^{1,2}
Adrijana Podpečan, dipl. fiziot., dipl. delovni terapevt, samostojna svetovalka¹
Marija Grm, viš. med. ses., višja svetovalka¹

¹Center za usposabljanje, delo in varstvo Dobrna, Zdravstvena služba

²Univerza Alma Mater Europaea

Fakulteta ECM

tine.kovacic@cudv-dobrna.si ali tine.kovacic@almamater.si

MEDPOKLICNO SODELOVANJE ZAPOSLENIH V SLUŽBI MEDICINSKE REHABILITACIJE IN SLUŽBI ZDRAVSTVENE NEGE PRI UPORABNICI S KOMPLEKSNI MI NEVROLOŠKIMI STANJI S POŠKODBO ZARADI PRITISKA

**Interprofessional collaboration
between staff members of the medical
rehabilitation service and the nursing
care service in managing a patient with
complex neurological conditions and
pressure injury**

IZVLEČEK

Uvod: Poškodba zaradi pritiska predstavlja resno težavo, pri negi imobiliziranih uporabnikov s kombiniranimi razvojnimi motnjami zahteva celosten pristop, ki vključuje strokovnjake medicinske rehabilitacije in zdravstvene nege. Namen poročila o primeru je bil raziskati in preučiti učinkovitost interdisciplinarnega pristopa pri obravnavi uporabnice s kompleksnimi

nevrološkimi stanji (KNS), kjer je klinično vodenje zahtevnejše. Takšni primeri niso opisani v literaturi, zato vsako poročilo pomembno prispeva k razumevanju specifičnih potreb pri rehabilitaciji in zdravstveni negi te skupine pacientov. **Metode:** V poročilo o primeru je bila vključena 45-letna pacientka s spastično obliko cerebralne paralize, težko motnjo v duševnem razvoju ter pridruženim Arnold-Chiarijevim sindromom, ki je zaradi večkratnih hospitalizacij in dolgotrajne nepokretnosti razvila dve poškodbi zaradi pritiska. Pacientka je bila v obdobju od oktobra do novembra 2024 večkrat hospitalizirana zaradi levostranske pljučnice, respiratorne insuficience, uroinfekta ter težav z odvajanjem blata, kar je poslabšalo njeno splošno zdravstveno stanje in povečalo tveganje za nastanek preležanin. V center je bila odpuščena z obsežnejšo poškodbo zaradi pritiska sakralno ter na levem spodnjem stranskem delu goleni. Oskrbljena je bila z blazino proti preležaninam. Uporabljeni postopki zdravstvene nege: diplomirane medicinske sestre so v skladu s kliničnimi smernicami (Anderson, Cowan & McCrory, 2010; Alderden & Whitney, 2015; Kottner et al., 2019) zagotavljale ustrezno nego rane, preveze na trtici z Aquacel Ag oblogo ter preveze na goleni, menjavo telesnih položajev, spremljanje infekcij ter prehransko podporo. Napredek so redno spremljali z uporabo lestvice PUSH. Uporabljeni fizioterapevtski postopki: dipl. fizioterapevti s specialnimi znanji pa so v skladu s kliničnimi smernicami (Kottner et al., 2019) in na podlagi z dokazi podprte praske (Smith, Brown & Clarke, 2015) uporabili učinkovite postopke za zmanjšanje bolečine. Obravnava je zajemala intenzivno lasersko terapijo (vsak delovni dan od 13. 11. do 31. 12. z visokoenergijskim laserjem (High Intensity Laser – HIL, BTL 600) z namenom biostimulacije poškodovanega področja. Terapijo so izvajali s programoma L-7157 in L-7158 z naslednjimi parametri: moč 1 W, frekvenca kontinuirana, delež delovnega cikla (duty factor) kontinuiran. Pri preiskovaniki so fizioterapevti izvedli tudi tehnike dermonevromodulacije za pospeševanje regeneracije tkiva in zmanjšanje bolečine ter postopke kinezioterapije ter v funkcijo usmerjene vadbe. Postopki delovne terapije so obsegali aktivnosti za izboljšanje tolerance do sedenja, vključno s postopnim podaljšanjem časa sedenja z rednimi odmori za razbremenitev pritiska, trening aktivnosti vsakodnevnega življenja (npr. osebna higiena, oblačenje, hranjenje, premeščanje s postelje na invalidski voziček idr.) z uporabo prilagojenih tehnik in pripomočkov ter prilagoditev okolja (npr. ureditev spalnega in bivalnega prostora za lažje izvajanje dnevnih aktivnosti z minimalnim tveganjem za poškodbe kože) (Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg & Gittens, 2007). Omenjeni tim je izvedel poučevanje preiskovanke in njenih skrbnikov ter drugih zaposlenih o pravilni oskrbi poškodbe. **Rezultati:** Po štirih tednih intenzivne interdisciplinarne obravnave sta bili rani na trtici in goleni popolnoma zaceljeni (PUSH ocena 0 točk), subjektivno zaznavanje bolečine po VAS lestvici se je zmanjšalo z ocene 10 na 2. Rezultat je presegel pričakovani čas celjenja dekubitusa 2. stopnje, ki po literaturi znaša od 4 do 6 tednov. Uporaba omenjenih postopkov je znatno pospešila proces regeneracije. **Diskusija:** Prikazani pristop predstavlja zgled učinkovitega medpoklicnega sodelovanja v klinični praksi, ki je vključeval sodobne metode dela in z dokazi podprto prakso. **Zaključek:** Poročilo o specifičnem primeru tako predstavlja pomembno izhodišče za klinična preskušanja in razvoj novega znanja, ki lahko prispeva k oblikovanju izboljšanih kliničnih smernic za obravnavo pacientov s kompleksnimi nevrološkimi stanji.

Ključne besede: dekubitus/poškodba zaradi pritiska, interdisciplinarna obravnava, laserska terapija, dermonevromodulacija, lestvica PUSH

ABSTRACT

Introduction: Pressure injuries represent a serious challenge in the care of immobilized patients with combined developmental disorders and require a comprehensive approach that involves professionals in both medical rehabilitation and nursing care (Anderson, Cowan & McCrory, 2010; Kottner et al., 2019). The aim of this case report was to explore and examine the effectiveness of an interdisciplinary approach in managing a female patient with complex neurological conditions (CNC), where clinical management is particularly demanding. Such cases are rarely described in the literature, and each report contributes significantly to the understanding of the specific needs in the rehabilitation and care of this patient population.

Methods: The case report focused on a 45-year-old female patient with spastic cerebral palsy, profound intellectual disability, and associated Arnold-Chiari malformation. Due to repeated hospitalizations and prolonged immobility, she developed two pressure injuries. Between October and November 2024, she was hospitalized multiple times for left-sided pneumonia, respiratory insufficiency, urinary tract infection, and bowel elimination problems, which worsened her general health condition and increased the risk of pressure ulcer development. She was discharged to the center with a substantial pressure injury in the sacral area and on the lower lateral aspect of the left leg. An anti-decubitus mattress was provided. Nursing procedures: Registered nurses, following clinical guidelines (Anderson, Cowan & McCrory, 2010; Alderden & Whitney, 2015; Kottner et al., 2019), provided appropriate wound care, including sacral dressings with Aquacel Ag, leg wound dressings, regular repositioning, infection monitoring, and nutritional support. Wound healing progress was regularly monitored using the PUSH tool. Physiotherapy interventions: physiotherapists with specialized knowledge, in accordance with clinical guidelines (Kottner et al., 2019) and evidence-based practice (Smith, Brown & Clarke, 2015), implemented effective pain-reduction interventions. The treatment included high-intensity laser therapy (HIL, BTL 600) administered daily from November 13 to December 31 for biostimulation of the injured areas. The protocols L-7157 and L-7158 were used with the following parameters: power 1 W, continuous frequency, and continuous duty factor. Physiotherapists also applied dermoneuromodulation techniques to accelerate tissue regeneration and alleviate pain, as well as kinesiotherapy and functionally oriented exercises. Occupational therapy interventions: The focus was on improving sitting tolerance through gradually increased sitting durations with regular pressure relief breaks, training in activities of daily living (e.g., personal hygiene, dressing, eating, transferring from bed to wheelchair, etc.) using adaptive techniques and assistive devices, and environmental modifications (e.g., optimizing the sleeping and living spaces to support daily activities with minimal risk of skin injury) (Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg & Gittens, 2007). The interdisciplinary team also provided education for the patient, her caregivers, and other staff members on proper wound care. **Results:** After four weeks of intensive interdisciplinary treatment, the sacral and leg wounds were completely healed (PUSH score: 0), and subjective pain levels decreased from 10 to 2 on the Visual Analogue Scale (VAS). The healing time exceeded expectations for Stage 2 pressure injuries, which are typically cited in the literature as requiring 4–6 weeks. The applied interventions significantly accelerated tissue regeneration. **Discussion:** The approach presented in this case serves as an example of effective interprofessional collaboration in clinical practice, incorporating modern methods and evidence-based interventions. **Conclusion:** This case report provides a valuable starting point for clinical trials and the development

of new knowledge that can contribute to the formulation of improved clinical guidelines for managing patients with complex neurological conditions.

Key words: Pressure injury; interdisciplinary management; high-intensity laser therapy; dermoneuromodulation; Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

UVOD

Poškodbe zaradi pritiska ostajajo ena najpogostejših in najtežjih komplikacij pri nevroloških pacientih s pridruženimi zdravstvenimi težavami in motnjami, še posebej pri osebah s cerebralno paralizo, s pridruženo težko motnjo v duševnem razvoju, prirojenimi ali pridobljenimi deformacijami in dolgotrajno nepokretnostjo (Anderson, Cowan, & McCrory, 2010; Kottner et al., 2019). Patogeneza preležanin je večdejavnostna in vključuje kombinacijo delovanja mehanskih, vaskularnih, nutritivnih, senzoričnih in sistemskih dejavnikov, ki so pri populaciji s kompleksnimi nevrološkimi stanji pogosto prisotni hkrati (Alderden & Whitney, 2015). Pri takih pacientih je tveganje dodatno povečano zaradi spastičnosti, motenj zaznavanja bolečine, neustreznega položaja telesa, zmanjšane sposobnosti samostojnega gibanja ter pogosto tudi zaradi pridruženih somatskih zapletov, kot so respiratorne in presnovne motnje.

Vlogo pri preprečevanju in zdravljenju poškodb zaradi pritiska že tradicionalno prevzema interdisciplinarni tim strokovnjakov, kjer ima fizioterapija pomembno vlogo (Furieri et al., 2015). Z dokazi podprte fizioterapevtske intervencije, kot so aktivne in pasivne gibalne tehnike, pozicioniranje, spastičnostno usmerjene terapije in manualne tehnike, pomembno prispevajo k ohranjanju integritete kože ter k spodbujanju mikrocirkulacije, s čimer pospešujejo tudi celjenje ran (Furieri et al., 2015; Bhagdevani et al., 2022). Posebno zanimanje v zadnjih letih vzbuja integracija laserske terapije v sestavljen fizioterapevtski program, ki ob ustrezno izbranih parametrih kaže obetavne učinke pri pospeševanju celjenja kroničnih poškodb zaradi pritiska (Bhagdevani et al., 2022). Klinične izkušnje in številne študije dodatno kažejo, da lahko kombinacija fizioterapevtskih postopkov prispeva k skrajšanju časa celjenja ter k zmanjšanju bolečine (Anderson, Cowan & McCrory, 2010; Berlowitz et al., 2014; Kottner et al., 2019). Kljub pozitivnim izsledkom pa ostajajo podatki o učinkovitosti teh intervencij, zlasti v populaciji oseb s kompleksnimi nevrološkimi stanji, še vedno omejeni. Poleg specifičnih terapevtskih metod ima ključno vlogo tudi načrtovanje obravnave, ki mora biti individualizirano in prilagojeno glede na bolnikovo osnovno nevrološko okvaro, stopnjo nepokretnosti, stopnjo spastičnosti ter prisotnost drugih pridruženih dejavnikov tveganja (Osmanov et al., 2022). Namen poročila o primeru je zato predstaviti učinke interdisciplinarno zasnovane rehabilitacije, ki je vključevala fizioterapevtske, negovalne, delovno terapevtske in druge specializirane postopke, vključno z visokointenzivno lasersko terapijo, pri odrasli pacientki z več motnjami, ki je po epizodi akutne respiratorne insuficience razvila dve poškodbi zaradi pritiska. Poročilo o primeru ponuja vpogled v smiselno integracijo različnih pristopov ter njihov vpliv na celjenje, lajšanje bolečine in preprečevanje zapletov.

METODE

Preiskovanec:

V poročilo o primeru je bila vključena 45-letna preiskovanka s spastično obliko cerebralne paralize s težko motnjo v duševnem razvoju (TMDR) ter pridruženim Arnold Chiarijevim sindromom, ki je bila v obdobju od 6. 10. do 12. 11. 2024 večkrat hospitalizirana v Splošni bolnišnici

Celje zaradi pljučnice, akutne respiratorne odpovedi tipa, uroinfekta ter težav z odvajanjem blata. Od 6. do 18. 10. 2024 je bila hospitalizirana na infekcijskem oddelku zaradi levostranske pljučnice z akutno respiratorno insuficienco, nato odpuščena v oskrbo v center. Od 16. do 29. 10. je bila drugič hospitalizirana zaradi levostranske pleuropneumonije in nato odpuščena. Tretjič je bila hospitalizirana od 10. do 12. 11. zaradi zmerne respiracijske insuficience in nato odpuščena v center z obsežnejšo poškodbo zaradi pritiska sakralno ter na levem spodnjem stranskem delu goleni. Oskrbljena je bila z blazino proti preležaninam. Ob sprejemu v center je bila poškodba kože na trtici, ocenjena po PUSH lestvici 5 točk in na goleni 6 točk, zmerna količina eksudata in 100 % granulacijskega tkiva. Uporabljeni postopki zdravstvene nege: diplomirane medicinske sestre so v skladu s kliničnimi smernicami (Anderson, Cowan & McCrory, 2010; Alderden & Whitney, 2015; Kottner et al., 2019) zagotavljale ustrezno nego rane, preveze na trtici z oblogo Aquacel Ag ter preveze na goleni, menjavo telesnih položajev, spremljanje infekcij ter prehransko podporo. Napredek so redno spremljali z uporabo lestvice PUSH. Uporabljeni fizioterapevtski postopki: dipl. fizioterapevti s specialnimi znanji pa so v skladu s kliničnimi smernicami (Kottner et al., 2019) in na podlagi z dokazi podprte praske (Smith, Brown & Clarke, 2015) uporabili učinkovite postopke za zmanjšanje bolečine. Obravnava je zajemala intenzivno lasersko terapijo (vsak delovni dan od 13. 11. do 31. 12. z visokoenergijskim laserjem (High Intensity Laser – HIL, BTL 600) z namenom biostimulacije poškodovanega področja. Terapijo so izvajali s programoma L-7157 in L-7158 z naslednjimi parametri: moč 1 W, frekvenca kontinuirana, delež delovnega cikla (duty factor) kontinuiran. Terapija je potekala v počasnih, vzporednih linijah, pri čemer je bil upoštevan potek mišičnih vlaken v območju aplikacije, s čimer smo zagotovili optimalno prodiranje laserske energije in spodbudili regeneracijo tkiva. Pri preiskovanki so fizioterapevti izvedli tudi tehnike dermonevromodulacije za pospeševanje regeneracije tkiva in zmanjšanje bolečine ter postopke kinzioterapije ter v funkcijo usmerjene vadbe. Postopki delovne terapije so obsegali izvajanje aktivnosti za izboljšanje tolerance do sedenja, vključno s postopnim podaljšanjem časa sedenja z rednimi odmori za razbremenitev pritiska, trening aktivnosti vsakodnevnega življenja (npr. osebna higiena, oblačenje, hranjenje, premeščanje s postelje na invalidski voziček idr.) z uporabo prilagojenih tehnik in pripomočkov ter prilagoditev okolja (npr. ureditev spalnega in bivalnega prostora za lažje izvajanje dnevnih aktivnosti z minimalnim tveganjem za poškodbe kože) (Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg & Gittens, 2007). Omenjeni tim je preiskovanko in njene skrbnike ter druge zaposlene poučil o pravilni oskrbi poškodbe.

Ob vrnitvi v center je bil opravljen celostni interdisciplinarni pregled, ki je vključeval oceno funkcijskega stanja, klinično oceno ran po lestvici PUSH, oceno bolečine po lestvici VAS, klinično presojo prisotnosti respiratornih in infekcijskih dejavnikov tveganja.

Po oceni je bila ugotovljena prisotnost dveh poškodb zaradi pritiska, in sicer v sakralnem področju (PUSH ocena 5 točk) ter na področju leve goleni (PUSH ocena 6 točk), obe zmerne količine eksudata in s 100 % granulacijskega tkiva.

Zdravstvena nega

Diplomirane medicinske sestre so izvajale celovito zdravstveno nego skladno s kliničnimi smernicami (Kottner et al., 2019; Anderson, Cowan & McCrory, 2010), kot je vsakodnevna oskrba ran (sakralna rana – Aquacel Ag, golen – vlažne obloge), natančno načrtovano pozicioniranje, menjava položaja vsaki dve uri, uporaba antidekubitusnih blazin in blazin za podporo

spodnjih okončin, spremljanje vitalnih znakov in znakov okužbe, prehranska podpora za izboljšanje nutritivnega statusa. Napredek je bil tedensko dokumentiran z ocenjevanjem ran po lestvici PUSH.

Fizioterapevtski postopki

Fizioterapevti so v skladu z aktualnimi priporočili (Bhagdevani et al., 2022; Furieri et al., 2015) izvedli celostni fizioterapevtski program, ki je vključeval vsakodnevno kinezioterapijo z aktivno-pasivnimi vajami za izboljšanje trofike kože in vzdrževanje gibljivosti, visokoenergijsko lasersko terapijo (HILT, BTL 600) s programoma L-7157 in L-7158, moč 1 W, kontinuirani način, ciljna aplikacija vzdolž poškodovanih tkiv, dermonevromodulacijske tehnike za zmanjšanje bolečine in izboljšanje senzorične integracije, v funkcijo usmerjeno vadbo, prilagojeno toleranci pacientke, izobraževanje o varnem izvajanju transferjev in preventivnih postopkov.

Delovna terapija

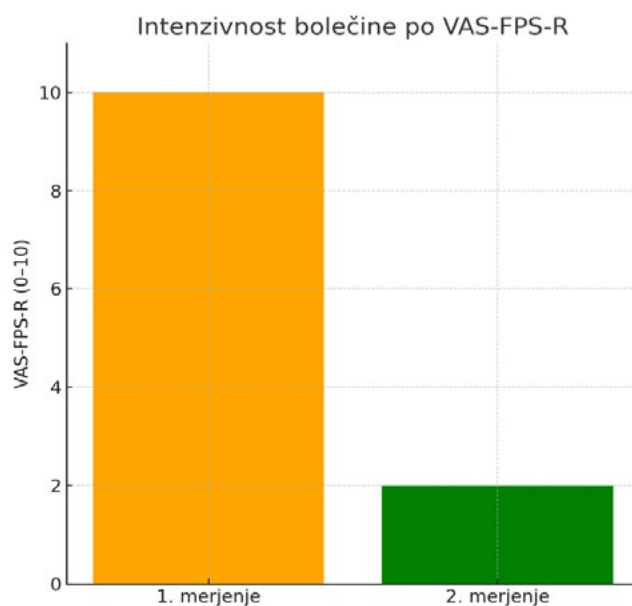
Delovni terapevti so načrtovali in izvajali aktivnosti za postopno izboljšanje tolerance sedenja, trening osnovnih aktivnosti vsakodnevnega življenja (higiena, hranjenje, oblačenje), prilagoditve okolja (nameščanje mehkih podlog, ureditev bivalnega prostora), sodelovali s skrbniki pri učenju prilagojenih tehnik in uporabi pripomočkov.

Standardizirana merilna orodja

Uporabljena so bila naslednja standardizirana orodja: PUSH lestvica (NPUAP, 1997) za oceno stanja ran, FPS-R (Faces Pain Scale - Revised) (Hicks et al., 2001) – prilagojena šeststopenjska vizualno-analogna lestvica z obraznimi izrazi, ki omogoča ocenjevanje bolečine pri osebah s težavami v komunikaciji. Lestvica omogoča oceno bolečine od 0 do 10 s stopnjami: 0, 2, 4, 6, 8, 10. Pri preiskovanki smo dokumentirali toleranco do obremenitve, položajnih sprememb, sedenja in mobilnosti.

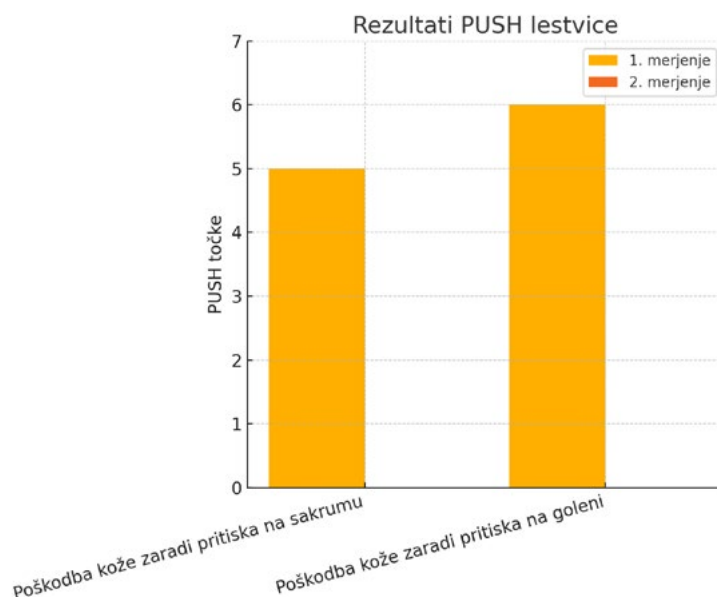
REZULTATI

V obdobju šesttedenske interdisciplinarne obravnave so bila dosežena vidna izboljšanja na področju celjenja poškodb zaradi pritiska, zmanjšanja bolečine ter povečanja funkcionalne tolerance na sedenje. Ocenjevanje subjektivnega zaznavanja intenzivnosti bolečine s pomočjo prilagojene vizualno-analogne lestvice z obraznimi izrazi (FPS-R) je ob sprejemu pokazalo visoko intenziteto bolečine (ocena 10/10). Po zaključku obravnave je preiskovanka subjektivno ocenjevala bolečino z oceno 2/10, kar predstavlja pomembno zmanjšanje nelagodja in povečano toleranco do izvajanja terapevtskih in negovalnih postopkov (Slika 1).



Slika 1: Primerjava rezultatov subjektivnega doživljanja intenzivnosti bolečine po VAS-FPS-R med 1. in 2. ocenjevanjem

Ob začetku obravnave je bila poškodba kože zaradi pritiska na sakralnem področju, ocenjena s 5 točkami po lestvici PUSH, poškodba kože zaradi pritiska na goleni pa s 6 točkami. Po šestih tednih celostne rehabilitacijske obravnave sta bili obe poškodbi popolnoma zaceljeni (PUSH ocena = 0), kar je razvidno iz slike 2.



Slika 2: Primerjava rezultatov lestvice PUSH Poškodba kože zaradi pritiska na sakrumu in subjektivnega doživljanja intenzivnosti bolečine po VAS-FPS-R med 1. in 2. ocenjevanjem

DISKUSIJA

Pri obravnavani pacientki z diagnozo spastične oblike cerebralne paralize, težko motnjo v duševnem razvoju ter pridruženim Arnold-Chiarijevim sindromom so rezultati pokazali pomembne pozitivne učinke celostnega interdisciplinarnega pristopa. Glede na kompleksnost zdravstvenega stanja, ki vključuje kombinacijo spastičnosti, nevroloških okvar, deformacij skeleta, respiratornih zapletov in težav pri komunikaciji, predstavlja dosežena stabilizacija in izboljšanje kliničnega stanja pomemben uspeh. Celjenje poškodb zaradi pritiska pri pacientki ni bilo zgolj posledica ustrezne lokalne nege ran, temveč predvsem rezultat sinergije več sočasnih ukrepov. Poškodbe zaradi pritiska so namreč večdimenzionalen problem, pri katerem ima poleg lokalne terapije ključno vlogo ohranjanje hemodinamike, trofike tkiv ter vpliv na nevro-mišični tonus (Bhagdevani et al., 2022). Uporaba visokoenergijske laserske terapije (HILT) je verjetno prispevala k pospešenemu celjenju ran preko biostimulacijskih učinkov na fibroblaste, povečanje mikrocirkulacije in modulacijo vnetnih procesov, kot to potrjujejo tudi rezultati raziskav (Bhagdevani et al., 2022; Osmanov et al., 2022). Ključen dejavnik napredka je bila tudi zmanjšana spastičnost, dosežena z redno izvajano dermonevromodulacijo in kinezioterapijo. Senzorična stimulacija kože, sklepov in fascij preko teh tehnik zmanjšuje prekomerno aktivnost spinalnih refleksnih lokov in spodbuja supraspinalno inhibicijo (Hassett & Johnson, 2024), kar vodi v boljšo elastičnost mehkih tkiv, izboljšano gibljivost in s tem zmanjšanje točkovnih obremenitev kože. Primerljivo ugotavljajo tudi Furieri et al. (2015) ter Anderson et al. (2010), ki poudarjajo, da fizioterapevtski program s kombinacijo postopkov, ki smo jih uporabili v našem primeru preiskovanke s kompleksnimi nevrološkimi stanji pomembno zmanjša tveganje za nastanek in napredovanje poslabšanja poškodbe kože zaradi pritiska. Prav tako se izboljšanje respiratornega statusa pacientke brez novih infekcij uvršča med pomembne rezultate. Respiratorna fizioterapija je omogočila vzdrževanje ustrezne dihalne funkcije kljub visoki stopnji tveganja za respiratorne okužbe, kar je v skladu z ugotovitvami Proesmans (2016) in Seddon & Khan (2003), ki poudarjata, da je pri bolnikih z nevrološkimi motnjami vzdrževanje respiratorne higiene bistveno za preprečevanje funkcijskega poslabšanja. Zmanjšanje subjektivno zaznane bolečine po FPS-R lestvici (z 10 na 2) najverjetneje odraža kombiniran učinek zmanjšanja spastičnosti, izboljšanja tkivne trofike ter lajšanja lokalne bolečine z uporabo intenzivne laserske terapije z visokoenergijskim laserjem (High Intensity Laser – HIL, BTL 600) HILT in dermonevromodulacije. Ta učinek je klinično izjemno pomemben, saj je bolečina eden glavnih dejavnikov, ki omejujejo sodelovanje pacientov pri rehabilitaciji (Bhagdevani et al., 2022; Hicks et al., 2001). Doseženo izboljšanje rezultatov lestvice PUSH in FPS-R lestvice so skladni z ugotovitvami predhodnih raziskav (Bhagdevani et al., 2022; Furieri et al., 2015; Osmanov et al., 2022), vendar pa ima ta primer izjemno dodatno vrednost prav zaradi izjemne kompleksnosti več diagnoz, kot so spastična cerebralna paraliza, težka motnja v duševnem razvoju, Arnold-Chiarijev sindrom ter več dejavnikov, kot so dolgotrajna nepokretnost, respiratorni zapleti ter pogoste hospitalizacije. V literaturi ni bilo zaslediti nobenih poročil o primerih, ki bi natančno obravnavali učinkovito interdisciplinarno intervencijo v podobno zahtevnih okoliščinah. Pomen tega poročila o primeru je prav v tem, da dokazuje, da je tudi pri 45-letni preiskovanki s spastično obliko cerebralne paralize s težko motnjo v duševnem razvoju (TMDR) ter pridruženim Arnold Chiarijevim sindromom z izrazito omejenimi možnostmi funkcionalnega napredka mogoče s skrbno načrtovano, interdisciplinarno in z dokazi podprto prakso doseči klinično pomembne cilje.

ZAKLJUČEK

Predstavljeno poročilo o primeru prikazuje, da lahko tudi pri pacientih z izjemno kompleksno klinično sliko, ki vključuje spastično obliko cerebralne paralize, težko motnjo v duševnem razvoju, pridruženi Arnold-Chiarijev sindrom ter pogoste respiratorne zaplete, z interdisciplinarnim in z dokazi podprtim pristopom dosežemo pomembne rezultate. Stabilizacija zdravstvenega stanja, popolno celjenje poškodb kože zaradi pritiska, zmanjšanje subjektivnega zaznavanja intenzivnosti bolečine in izboljšanje tolerance sedenja predstavljajo klinično pomembne dosežke, še posebej ob upoštevanju visokega tveganja za zaplete, značilnega za tovrstno populacijo. S kombinacijo zdravstvene nege, fizioterapije, delovne terapije in edukacije nam je uspelo zmanjšati dejavnike tveganja za poslabšanje funkcijskega stanja. Posebna vrednost tega poročila je v prikazu, kako lahko tudi v okoliščinah, kjer so možnosti funkcionalnega napredka omejene, celostno načrtovana, interdisciplinarna in individualizirana obravnava učinkovito prepreči zaplete, stabilizira bolnikovo stanje ter prispeva k zmanjšanju bolečine in povečanju varnosti obravnave. Primer osvetljuje pomen z dokazi podprte prakse, ki ne temelji le na doseganju funkcionalnih ciljev, temveč tudi na ohranjanju vitalnih funkcij, preprečevanju zapletov in izboljšanju osnovnih pogojev za kakovost življenja pacientov z najtežjimi oblikami nevroloških in razvojnih motenj brez bolečin in poškodb kože zaradi pritiska.

LITERATURA

- Alderden, J., & Whitney, J. D. (2015). Pressure ulcers in the intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 310–326. Retrieved from 20.12.2024 <https://doi.org/10.1111/jocn.12625>
- Anderson, M., Cowan, L. J., & McCrory, D. (2010). Interdisciplinary rehabilitation teams for treating pressure ulcers in veterans with spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing*, 35(6), 231–239. Retrieved from 21.12.2024 <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00154.x>
- Berlowitz, D., Van Deusen Lukas, C., Parker, V., Niederhauser, A., Silver, J., Logan, C., & Ayello, E. A. (2014). Preventing pressure ulcers in hospitals: A toolkit for improving quality of care. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Retrieved from 21. 12. 2024 <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/pressure-ulcer/tool/index.html>
- Bhagdevani, T., Dhanraj, D., John, J., & Sarkar, S. (2022). Role of physiotherapy in the management of pressure ulcers. *Journal of Wound Care*, 31(6), 456–462.
- Furieri, L. B., Fustinoni, S. M., & Rodrigues, R. C. (2015). Physiotherapy in pressure ulcer prevention and treatment: A literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2), 383–389.
- Hassett, L., & Johnson, E. (2024). *Physiotherapy management of neurological conditions: Evidence-based guidelines* (2nd ed.). Routledge.
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale – Revised. *Pain*, 93(2), 173–183.
- Osmanov, E., et al. (2022). Modern physical methods in the management of chronic wounds. *Journal of Wound Care*, 31(11), 875–881.
- Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, Litchford M, Mitchell P, Moore Z, Pittman J, Sigaudou-Roussel D, Yee CY, Haesler E. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *J Tissue Viability*. 2019 May;28(2):51-58. Retrieved from 21. 12 2024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30658878/>
- Proesmans, M. (2016). Respiratory disease in children with neurodisability. *European Respiratory Review*, 25(141), 292–299.
- Seddon, P. C., & Khan, Y. (2003). Respiratory problems in children with neurological impairment. *Archives of Disease in Childhood*, 88(1), 75–78.
- Sharp, C. A., Novak, C. B., Aarons, C. B., Wittenberg, J., & Gittens, J. L. (2007). Occupational therapy's role in pressure ulcer management and prevention: A review of the evidence and best practices. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 446–455. Retrieved from 21.12.2024 <https://doi.org/10.5014/ajot.61.4.446>
- Smith, D. M., Brown, P. R., & Clarke, L. J. (2015). The role of laser therapy in wound healing: A systematic review. *Journal of Wound Care*, 24(4), 157–164. Retrieved from 21.12.2024 <https://doi.org/10.12968/jowc.2015.24.4.157>

Tina Burgar, dipl. m. s.

Jerica Kuhar, mag. zdr. neg.

Zdravstveni dom Kranj, Ambulanta družinske medicine

tina.burgar@zd-kranj.si

POMEN DUHOVNE IN PSIHOSOCIALNE PODPORE PACIENTOM S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO IN NJIHOVIM DRUŽINAM

The importance of spiritual and psychosocial support for patients with chronic obstructive pulmonary disease and their families

IZVLEČEK

Uvod: Kronična obstruktivna pljučna bolezen je kompleksna kronična bolezen, ki vpliva na fizično, čustveno, socialno in duhovno blagostanje pacientov ter njihovih družin. V Sloveniji prizadene 5 do 8 % prebivalstva, letno zaradi nje umre okoli 450 ljudi. Namen tega znanstvenega prispevka je raziskati potrebe pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo in njihovih družin, poudariti pomen celostne podpore ter osvetliti vlogo čustvene, socialne in duhovne podpore pri izboljšanju kakovosti življenja. **Metode:** Izveden je bil sistematični pregled literature v bazah Medline, PubMed, SAGE in Science Direct. Za metodološko vrednotenje sta bili uporabljeni orodji Joanna Briggs Institute in The Mixed Methods Appraisal Tool. **Rezultati:** Iskanje je prineslo 529 zadetkov, v končno analizo je bilo vključenih 17 člankov. Celostna podpora pacientom in svojcem vključuje čustveno, psihološko, duhovno in socialno podporo. Čustvena podpora pomaga pri depresiji, anksioznosti in samopodobi, duhovna pa pri iskanju smisla in notranjega miru. Socialna podpora z vključevanjem družine in skupnosti olajša življenje s to boleznijo. **Diskusija in zaključek:** Zgodnja integracija psihološke, socialne in duhovne

podpore izboljša telesno, čustveno in eksistencialno kakovost življenja ter olajša soočenje z boleznijo. Celostna podpora je ključnega pomena za izboljšanje blagostanja pacientov s kronično obstruktivno boleznijo pljuč in njihovih družin.

Ključne besede: holistična oskrba, čustvena stabilnost, socialna vključenost, paliativni pristopi, kakovost življenja

ABSTRACT

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease is a complex chronic disease that affects the physical, emotional, social and spiritual well-being of patients and their families. It affects 5-8% of the population in Slovenia and kills around 450 people a year. The aim of this scientific article is to explore the needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their families, to highlight the importance of holistic support, and to shed light on the role of emotional, social and spiritual support in improving quality of life. **Methods:** A systematic literature search was conducted in Medline, PubMed, SAGE and Science Direct. For methodological assessment, we used Joanna Briggs Institute and The Mixed Methods Appraisal Tool. **Results:** the search resulted in 529 hits and 17 articles were included in the final analysis. Integrated support for patients and relatives includes emotional, psychological, spiritual and social support. Emotional support helps with depression, anxiety and self-esteem, while spiritual support helps with finding meaning and inner peace. Social support makes living with the illness easier by involving family and community. **Discussion and conclusions:** Early integration of psychological, social and spiritual support improves physical, emotional and existential quality of life and facilitates coping with the disease. Integrated support is essential to improve the well-being of COPD patients and their families.

Key words: holistic care, emotional stability, social inclusion, palliative approaches, quality of life

UVOD

Kronična obstruktivna pljučna bolezen je progresivna bolezen dihal, ki močno vpliva na kakovost življenja (Joshi et al., 2021). Od prve uporabe izraza KOPB leta 1965 se je znanje o bolezni in njenem zdravljenju razvijalo, kar je omogočilo učinkovitejše terapevtske pristope (Tobias & Won, 2019). Revidirana definicija iz leta 2023 jo opisuje kot heterogeno bolezen s kroničnimi simptomi, kot so dispneja, kašelj in izkašljevanje sluzi, ki vodijo v postopno omejitev pljučne funkcije (Venkatesan, 2023).

Poleg fizičnih simptomov kronična obstruktivna pljučna bolezen vpliva tudi na psihosocialno in duhovno blagostanje pacientov in njihovih družin (Marx et al., 2016). Napredovanje bolezni pogosto povzroča anksioznost, depresijo in eksistencialno negotovost, kar vodi v socialno izolacijo in izgubo smisla (Potočnik Kodrun & Ravnjak, 2013; Ek et al., 2015). Zato celostna oskrba ne zajema le medicinske obravnave, temveč tudi psihosocialno in duhovno podporo, ki pripomore k boljši prilagoditvi na bolezen ter izboljšanju kakovosti življenja (Zanolari et al., 2023).

Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da je duhovna oskrba bistveni del paliativne oskrbe, saj pacientom pomaga pri iskanju notranjega miru in sprejemanju življenjskih sprememb (Nissen et al., 2021). Orodja za oceno duhovnih potreb, kot so FICA, HOPE in SPIRIT, omogočajo boljšo prilagoditev oskrbe posamezniku (Puchalski et al., 2014). Psihosocialna podpora zmanjšuje depresijo in anksioznost ter krepi socialno vključenost bolnikov s kronično

obstruktivno pljučno boleznijo. Intervencije, kot so čustvena podpora, terapevtski pogovor in vključevanje družin, so ključne za celostni pristop k oskrbi (Gergianaki et al., 2019). Pomen duhovne in psihosocialne podpore presega zgolj obvladovanje simptomov, saj bistveno prispeva k boljšemu splošnemu blagostanju pacientov in njihovih družin.

Namen in cilji

Celostna oskrba pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo zahteva prepoznavanje njihovih duhovnih in psihosocialnih potreb ter ovir pri zagotavljanju ustrezne podpore. Namen pregleda literature je raziskati pomen teh vidikov oskrbe ter opredeliti ključne dejavnike, ki izboljšujejo kakovost življenja pacientov in njihovih družin. Cilji raziskave so analizirati prednosti in ovire pri zagotavljanju duhovne in psihosocialne podpore v obravnavi bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. S pregledom literature želimo odgovoriti na raziskovalno vprašanje: *Kakšno duhovno in psihosocialno podporo potrebujejo pacienti s kronično obstruktivno pljučno boleznijo in njihove družine?*

METODE

Izvedli smo sistematični pregled literature o pomenu duhovne in psihosocialne podpore pacientom s kronično obstruktivno pljučno boleznijo ter njihovim družinam. Uporabili smo metodo pregleda, analize in sinteze znanstvenih virov ter metodo komparacije za primerjavo raziskav. Sistematični pregledi omogočajo celovito iskanje, sintezo ugotovitev in oceno kakovosti dokazov, pomembnih za raziskovalno vprašanje (Siddaway et al., 2019).

Iskalna strategija

Literaturo smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah Medline, PubMed, SAGE in ScienceDirect s ključnimi besedami *patients with COPD, families, spiritual support, psychosocial support* in njihovimi sopomenkami, pri čemer smo uporabili Boolove operatorje AND in OR.

Vključitveni in izključitveni kriteriji

Pregled je zajemal članke v angleškem jeziku, ki temeljijo na kvantitativni, kvalitativni ali mešani metodologiji in obravnavajo duhovno ter psihosocialno podporo pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo in njihovih družinah. Izključili smo nerelevantne raziskave, dela v drugih jezikih, pregledne članke in duplikate. Časovne omejitve iskanja nismo uvedli.

Ocena moči dokazov in kakovosti člankov

Članke smo razvrstili po hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2021) in ocenili njihovo kakovost z orodji Joanna Briggs Institute (JBI) ter The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Raziskave smo razvrstili v štiri skupine glede na odstotek kakovosti: nizka (60–69 %), zmerna (70–79 %), visoka (80–89 %) in odlična (≥ 90 %).

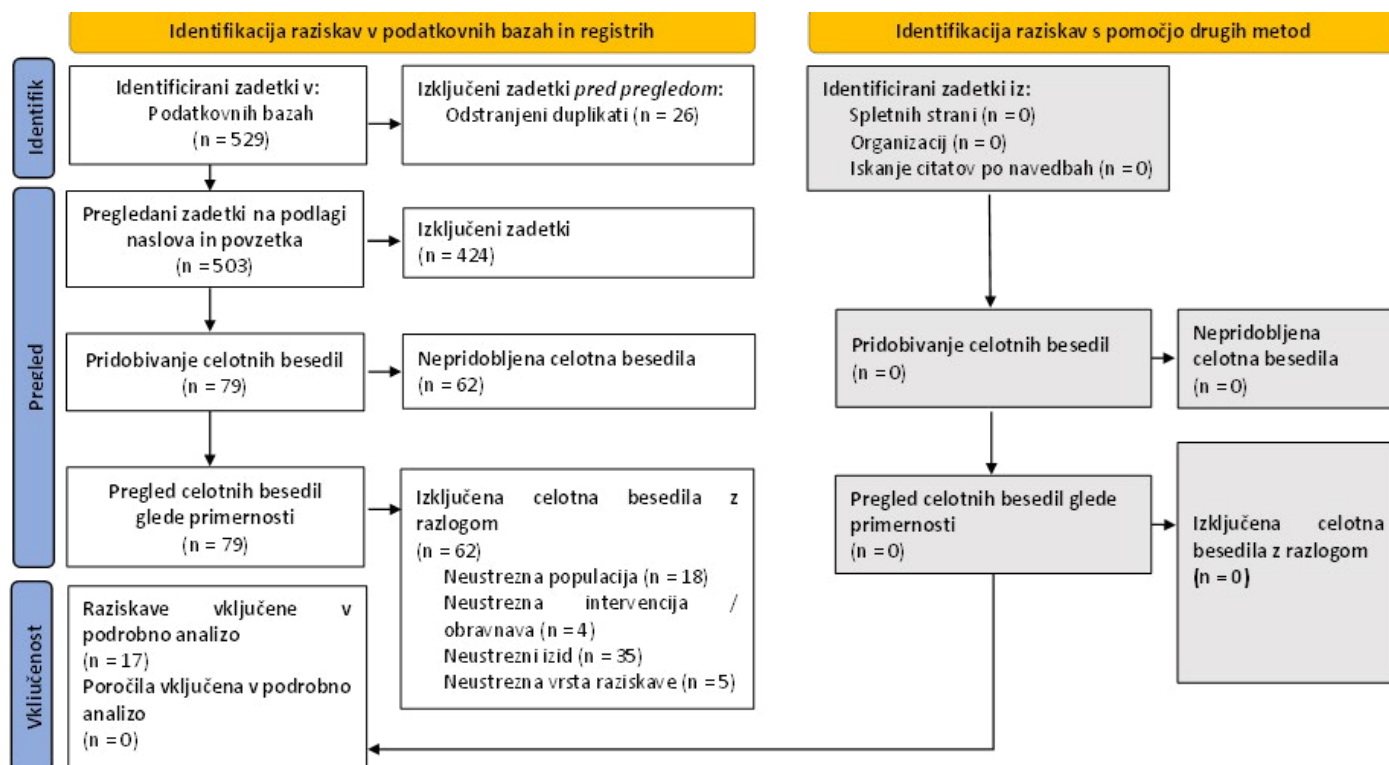
Analiza in sinteza podatkov

Ekstrakcijo podatkov smo izvedli na način opisne predstavitve skupnih značilnosti izbrane literature, to je avtor, leto, država, metodologija, vzorec raziskave, glavni rezultati. Za sintezo podatkov smo uporabili narativno sintezo po Popay et al. (2006).

REZULTATI

Rezultati pregleda literature

V podatkovnih bazah Medline, PubMed, SAGE in ScienceDirect smo identificirali 529 člankov. Po odstranitvi duplikatov ($n = 26$) in pregledu naslovov ter povzetkov smo izločili 424 člankov. Po vsebinski analizi smo iz nadaljnje obravnave izključili še 62 člankov, v končno analizo pa vključili 17 raziskav. Postopek izbora literature s pomočjo diagrama PRISMA (Page, et al., 2021) je prikazan na Sliki 1.



Slika 1: Prikaz procesa pregleda in izbora literature s pomočjo diagrama PRISMA (Page et al., 2021)

Za prikaz verodostojnosti ocene moči dokazov smo vseh 17 člankov razvrstili po hierarhiji dokazov avtoric Polit & Beck (2021). V končno analizo smo vključili en članek 2. ravni, en članek 3. ravni, osem člankov 5. ravni ter sedem člankov 7. ravni.

Rezultati analize in sinteze identificiranih virov

Analiza metodoloških pristopov je pokazala, da večina raziskav temelji na kvantitativnih metodah ($n = 9$), manjši delež na kvalitativnih ($n = 7$), ena pa uporablja mešane metode. Raziskave, izvedene v ZDA, Kanadi, Belgiji, Švedski, Tajvanu in Veliki Britaniji, so zajele skupno 2348 pacientov s KOPB in njihovih družinskih članov, tako moških kot žensk.

Rezultate smo najprej kodirali, identificirali proste kode, jih združili v podkategorije in oblikovali osrednjo temo: »Celostna podpora pacientom s kronično obstruktivno pljučno boleznijo in

njihovim družinam.« Ta izhaja iz podteme »Psihosocialna in duhovna podpora,« ki vključuje tri ključne vidike: čustvena in psihološka podpora, duhovna podpora ter socialna podpora. Takšen pristop omogoča poglobljeno razumevanje najnujnejših potreb pacientov in njihovih svojcev ter poudarja pomen celostne oskrbe.

Ključne ugotovitve

Pregled literature potrjuje, da psihosocialna in duhovna podpora pomembno prispevata k obvladovanju kronično obstruktivno pljučno boleznijo in izboljšanju kakovosti življenja pacientov ter njihovih družin. Identificirane so bile tri ključne dimenzije podpore:

Čustvena in psihološka podpora – Pacienti s kronično obstruktivno pljučno boleznijo pogosto doživljajo anksioznost, depresijo in občutek osamljenosti (Husain et al., 2021). Strah pred zadušitvijo in negotovost glede prihodnosti povečujeta stres, zato so učinkovite metode kognitivno-vedenjska terapija, sprostitvene tehnike in psihoterapija (Blinderman et al., 2009; Skingley et al., 2018). Empatični pogovori in podpirne skupine izboljšujejo psihološko počutje, izobraževanje skrbnikov pa zmanjšuje tveganje za izgorelost (Strang et al., 2014; Cain & Wicks, 2000).

Duhovna podpora – Duhovnost pomaga pacientom in njihovim družinam pri iskanju notranjega miru (Chou et al., 2013). Svetovanje z duhovnimi voditelji, molitev in druge duhovne prakse prinašajo občutek tolažbe, še posebej v paliativni oskrbi (Narsavage et al., 2017; Gergianaki et al., 2019).

Socialna podpora – Socialna izolacija je pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo pogosta, zato je spodbujanje družbenih stikov ključnega pomena (Lenferink et al., 2018). Skupinske aktivnosti in podpirne skupine zmanjšujejo osamljenost ter krepijo občutek pripadnosti (Aravantinou-Karlatou et al., 2023). Družinska in skupnostna podpora izboljšujeta psihosocialno počutje ter prispevata k boljšemu obvladovanju bolezni (Marques et al., 2015).

Celostna oskrba, ki združuje čustveno, duhovno in socialno podporo, bistveno izboljšuje kakovost življenja pacientov s KOPB ter omogoča lažje soočanje z boleznijo.

DISKUSIJA

Diskusija izpostavlja ključne ugotovitve raziskave, ki poudarjajo nujnost celostne oskrbe pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. Rezultati potrjujejo, da integrirana podpora, ki združuje psihološke, duhovne in socialne vidike, bistveno prispeva k izboljšanju kakovosti življenja bolnikov ter zmanjšanju bremena njihovih družin.

Ti izsledki so skladni s predhodnimi študijami, ki kažejo, da psihološka podpora zmanjšuje anksioznost in depresijo pri bolnikih ter preprečuje izgorelost pri njihovih oskrbovalcih (Panagioti et al., 2014; Nakken et al., 2015; Rzakiewicz & Nasiłowski, 2019). Cain & Wicks (2000) ter Kotlińska-Lemieszek et al. (2022) poudarjajo, da bolniki in njihove družine pogosto doživljajo čustvene in duševne obremenitve, zaradi česar je ključnega pomena zagotavljanje celostne oskrbe. Prav tako se potrjuje pomen duhovne oskrbe pri premagovanju eksistencialnih stisk, na kar so opozorili Puchalski et al. (2016), vendar naš pregled literature dodatno poudarja potrebo po izobraževanju zdravstvenih delavcev na tem področju (O'Brien et al., 2019; Diaz-Lobato et al., 2015).

Ugotovljeno je bilo, da se dostopnost integriranih modelov oskrbe razlikuje glede na zdravstvene sisteme. Medtem ko so v Evropi ti modeli vključeni v javno zdravstvo, jih v ZDA omejujejo zavarovalniški sistemi (Han et al., 2016; Janssen et al., 2023; Powell et al., 2017). V Aziji in Afriki je dostopnost še nižja, predvsem zaradi pomanjkanja infrastrukture in kulturnih dejavnikov (Mokgobi, 2014; Soroka et al., 2019; Singh & Harding, 2015).

Dodatno so raziskave pokazale, da socialna podpora bistveno vpliva na zmanjšanje občutka osamljenosti pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (Bouloukaki et al., 2024). Obiski na domu in podporne skupine so se izkazali za učinkovite pri izboljšanju duševnega zdravja bolnikov (Barton et al., 2015; Rhee et al., 2019). Integrirani modeli oskrbe, ki vključujejo psihološko in socialno komponento, prispevajo k zmanjšanju hospitalizacij in izboljšanju terapevtskih izidov (Gainza-Miranda et al., 2023; Rush et al., 2017).

Kljub pozitivnim ugotovitvam ima raziskava določene omejitve. Ena izmed njih je geografska omejenost vzorca, kar lahko vpliva na širšo veljavnost rezultatov. Prav tako temelji predvsem na subjektivnem poročanju podatkov, kar odpira možnost pristranskosti pri ocenah vpliva psihosocialne in duhovne podpore. Poleg tega se raziskava ni osredotočala na dolgoročne učinke integriranih modelov oskrbe, kar predstavlja pomembno izhodišče za prihodnje študije.

Glede na rezultate je priporočeno, da zdravstvene politike prednostno obravnavajo celostno oskrbo pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. Poseben poudarek bi morali nameniti izboljšanju dostopnosti storitev, izobraževanju zdravstvenih delavcev in razvoju trajnostnih modelov, ki upoštevajo tako medicinske kot tudi psihosocialne in duhovne potrebe bolnikov ter njihovih družin. Nadaljnje raziskave naj se osredotočijo na učinkovitost različnih modelov integrirane oskrbe v različnih zdravstvenih sistemih in njihov dolgoročni vpliv na kakovost življenja pacientov.

ZAKLJUČEK

Kronična obstruktivna pljučna bolezen ne vpliva le na telo, temveč globoko prizadene tudi čustveno in duhovno stanje pacientov ter njihovih družin. Rezultati raziskave potrjujejo, da celostna in sočutna oskrba, ki presega zgolj obvladovanje simptomov, igra ključno vlogo pri izboljšanju kakovosti življenja bolnikov. Psihosocialna in duhovna podpora pacientom omogočata, da se počutijo slišane, spoštovane in cenjene, kar jim pomaga pri soočanju z negotovostjo in bolečino.

Kljub tem ugotovitvam ostajajo nekatera odprta vprašanja. Eden ključnih izzivov je neenak dostop do celostne oskrbe, ki je močno odvisen od geografskih, ekonomskih in sistemskih dejavnikov. Poleg tega je treba v prihodnjih raziskavah podrobneje preučiti dolgoročne učinke integriranih modelov oskrbe ter oblikovati smernice za njihovo učinkovito vključitev v različne zdravstvene sisteme.

Zdravstveni sistem mora ustvariti okolje, kjer pacienti in njihove družine niso prepuščeni sami sebi, temveč prejmejo tako zdravljenje kot človeško in duhovno oporo. Tak pristop ne le zmanjšuje breme kronične bolezni, temveč omogoča tudi bolj človeško in dostojanstveno oskrbo.

LITERATURA

- Aravantinou-Karlatou, A., Bouloukaki, I., Christodoulakis, A., & Tsiligianni, I. (2023). The Influence of Social Support in PROMs of Patients with COPD in Primary Care: A Scoping Review. *Healthcare (Switzerland)*, 11(24), 1–14. <https://doi.org/10.3390/healthcare11243141>
- Barton, C., Effing, T. W., & Cafarella, P. (2015). Social support and social networks in COPD: A scoping review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12(6), 690–702. <https://doi.org/10.3109/15412555.2015.1008691>
- Blinderman, C. D., Homel, P., Andrew Billings, J., Tennstedt, S., & Portenoy, R. K. (2009). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.006>
- Bouloukaki, I., Christodoulakis, A., Margetaki, K., Aravantinou Karlatou, A., & Tsiligianni, I. (2024). Exploring the Link between Social Support and Patient-Reported Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Cross-Sectional Study in Primary Care. *Healthcare (Switzerland)*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/healthcare12050544>
- Cain, C. J., & Wicks, M. N. (2000). Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 46–68. <https://doi.org/10.1177/107484070000600104>
- Chou, W. C., Lai, Y. Te, Huang, Y. C., Chang, C. L., Wu, W. S., & Hung, Y. S. (2013). Comparing end-of-life care for hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer in Taiwan. *Journal of Palliative Care*, 29(1), 29–35. <https://doi.org/10.1177/082585971302900105>
- Diaz-Lobato, S., Smyth, D., & Curtis, J. R. (2015). Improving palliative care for patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 46(3), 596–598. <https://doi.org/10.1183/13993003.00987-2015>
- Ek, K., Andershed, B., Sahlberg-Blom, E., & Ternstedt, B. M. (2015). The unpredictable death - The last year of life for patients with advanced COPD: Relatives' stories. *Palliative and Supportive Care*, 13(5), 1213–1222. <https://doi.org/10.1017/S1478951514001151>
- Gainza-Miranda, D., Sanz-Peces, E. M., Varela Cerdeira, M., Prados Sanchez, C., & Alonso-Babarro, A. (2023). Effectiveness of the integration of a palliative care team in the follow-up of patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: The home obstructive lung disease study. *Heart and Lung*, 62(July), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.07.006>
- Gergianaki, I., Kampouraki, M., Williams, S., & Tsiligianni, I. (2019). Assessing spirituality: is there a beneficial role in the management of COPD? *Npj Primary Care Respiratory Medicine*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.1038/s41533-019-0134-x>
- Han, M. L. K., Martinez, C. H., Au, D. H., Bourbeau, J., Boyd, C. M., Branson, R., Criner, G. J., Kalhan, R., Kallstrom, T. J., King, A., Krishnan, J. A., Lareau, S. C., Lee, T. A., Lindell, K., Mannino, D. M., Martinez, F. J., Meldrum, C., Press, V. G., Thomashow, B., ... Dransfield, M. T. (2016). Meeting the challenge of COPD care delivery in the USA: A multiprovider perspective. *The Lancet Respiratory Medicine*, 4(6), 473–526. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)00094-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)00094-1)
- Husain, M. O., Chaudhry, I. B., Blakemore, A., Shakoor, S., Husain, M. A., Lane, S., Kiran, T., Jafri, F., Memon, R., Panagioti, M., & Husain, N. (2021). Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease and their association with psychosocial outcomes: A cross-sectional study from Pakistan. *SAGE Open Medicine*, 9. <https://doi.org/10.1177/20503121211032813>
- Iyer, A. S., Sullivan, D. R., Lindell, K. O., & Reinke, L. F. (2022). The Role of Palliative Care in COPD. *Chest*, 161(5), 1250–1262. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.10.032>
- Janssen, D. J. A., Bajwah, S., Boon, M. H., Coleman, C., Currow, D. C., Devillers, A., Vandendungen, C., Ekström, M., Flewett, R., Greenley, S., Guldin, M. B., Jácome, C., Johnson, M. J., Kurita, G. P., Maddocks, M., Marques, A., Pinnock, H., Simon, S. T., Tonia, T., & Marsaa, K. (2023). European Respiratory Society clinical practice guideline: palliative care for people with COPD or interstitial lung disease. *European Respiratory Journal*, 62(2). <https://doi.org/10.1183/13993003.02014-2022>
- Joshi, Y., Saklani, S., & Bisht, S. (2021). Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: A global review. *Research and Development in Pharmaceutical Science (Volume II)* (ISBN: 978-81-953600-6-2), 51–68
- Kotlińska-Lemieszek, A., Fopka-Kowalczyk, M., & Krajnik, M. (2022). Spirituality in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease – challenge for more effective interventions, support, and healthcare education: Mini-review. *Frontiers in Medicine*, 9(December), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.954519>
- Lenferink, A., van der Palen, J., & Effing, T. (2018). The role of social support in improving chronic obstructive pulmonary disease self-management. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 12(8), 623–626. <https://doi.org/10.1080/17476348.2018.1489723>
- Marques, A., Jácome, C., Cruz, J., Gabriel, R., Brooks, D., & Figueiredo, D. (2015). Family-Based Psychosocial Support and Education as Part of Pulmonary Rehabilitation in COPD: A Randomized Controlled Trial. *Chest*, 147(3), 662–672. <https://doi.org/https://doi.org/10.1378/chest.14-1488>
- Marx, G., Nasse, M., Stanze, H., Boakye, S. O., Nauck, F., & Schneider, N. (2016). Meaning of living with severe chronic obstructive lung disease: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(12), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011555>
- Mokgobi, M. G. (2014). Demographic determinants of health care practitioners' intentions to work with traditional healers. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, 20(sup-2), 35–44.

- Nakken, N., Janssen, D. J. A., Van Den Bogaart, E. H. A., Wouters, E. F. M., Franssen, F. M. E., Vercoulen, J. H., & Spruit, M. A. (2015). Informal caregivers of patients with copd: Home sweet home? *European Respiratory Review*, 24(137), 498–504. <https://doi.org/10.1183/16000617.00010114>
- Narsavage, G. L., Chen, Y. J., Korn, B., & Elk, R. (2017). The potential of palliative care for patients with respiratory diseases. *Breathe*, 13(4), 278–289. <https://doi.org/10.1183/20734735.014217>
- Nissen, R. D., Viftrup, D. T., & Hvidt, N. C. (2021). The Process of Spiritual Care. *Frontiers in Psychology*, 12(September), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>
- O'Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E., & Jack, B. A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1–2), 182–189. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.14648>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Panagioti, M., Scott, C., Blakemore, A., & Coventry, P. A. (2014). Overview of the prevalence, Impact, And management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, 9, 1289–1306. <https://doi.org/10.2147/COPD.S72073>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. A product from the ESRC methods programme Version, 1(1), b92.
- Potočnik Kodrun, D., Ravnjak, T., & Slovenije, R. (2013). Prilagoditev družine na napredovalo maligno bolezen. *Adaptation of the family to an advanced malignant disease. Rehabilitacija*, 2.
- Powell, R. A., Ali, Z., Luyirika, E., Harding, R., Radbruch, L., & Mwangi-Powell, F. N. (2017). Out of the shadows: Non-communicable diseases and palliative care in Africa. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(2), 128–132. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000751>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Puchalski, C. M., Ferrell, B. R., & O'Donnell, E. (2016). Spiritual issues in palliative care. *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care*, 257–272.
- Rhee, C. K., Chau, N. Q., Yunus, F., Matsunaga, K., & Perng, D. W. (2019). Management of COPD in Asia: A position statement of the Asian Pacific Society of Respiriology. *Respirology*, 24(10), 1018–1025. <https://doi.org/10.1111/resp.13633>
- Rush, B., Hertz, P., Bond, A., McDermid, R. C., & Celi, L. A. (2017). Use of Palliative Care in Patients with End-Stage COPD and Receiving Home Oxygen: National Trends and Barriers to Care in the United States. *Chest*, 151(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.06.023>
- Rzadkiewicz, M., & Nasiłowski, J. (2019). Psychosocial interventions for patients with severe COPD—an up-to-date literature review. *Medicina (Lithuania)*, 55(9), 1–22. <https://doi.org/10.3390/medicina55090597>
- Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019). How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annual Review of Psychology*, 70, 747–770. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102803>
- Singh, T., & Harding, R. (2015). Palliative care in South Asia: A systematic review of the evidence for care models, interventions, and outcomes. *BMC Research Notes*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1102-3>
- Skingley, A., Clift, S., Hurley, S., Price, S., & Stephens, L. (2018). Community singing groups for people with chronic obstructive pulmonary disease: participant perspectives. *Perspectives in Public Health*, 138(1), 66–75. <https://doi.org/10.1177/1757913917740930>
- Soroka, J. T., Collins, L. A., Creech, G., Kutcher, G. R., Menne, K. R., & Petzel, B. L. (2019). Spiritual Care at the End of Life: Does Educational Intervention Focused on a Broad Definition of Spirituality Increase Utilization of Chaplain Spiritual Support in Hospice? *Journal of Palliative Medicine*, 22(8), 939–944. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0579>
- Strang, S., Farrell, M., Larsson, L. O., Sjöstrand, C., Gunnarsson, A., Ekberg-Jansson, A., & Strang, P. (2014). Experience of Guilt and strategies for coping with guilt in patients with severe copd: A qualitative interview study. *Journal of Palliative Care*, 30(2), 108–115. <https://doi.org/10.1177/082585971403000206>
- Tobias, L., & Won, C. (2019). Lung Diseases. *Handbook of Sleep Disorders in Medical Conditions*, 8(02), 121–151. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813014-8.00006-8>
- Venkatesan, P. (2023). GOLD COPD report: 2023 update. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 11(1), 18. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00494-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00494-5)
- Zanolari, D., Händler-Schuster, D., Clarenbach, C., & Schmid-Mohler, G. (2023). A qualitative study of the sources of chronic obstructive pulmonary disease-related emotional distress. *Chronic Respiratory Disease*, 20, 1–10. <https://doi.org/10.1177/14799731231163873>

Barbara Grabljevec Kranjc, mag. zdr. nege

Stanko Grabljevec, dipl. zn.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

barbara.kranjc@kclj.si

UPORABA VAX LESTVICE ZA RAZISKOVANJE STALIŠČ MEDICINSKIH SESTER DO CEPLJENJA

Using the VAX Scale to Explore Nurses' Attitudes Towards Vaccination

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

38

IZVLEČEK

Uvod: Svetovna zdravstvena organizacija je odpor do cepljenja uvrstila na seznam desetih največjih groženj svetovnemu zdravju. Merjenje in razumevanje odpora do cepljenja je ključno za uspešno izvedbo cepilnih kampanj. Namen raziskave je bil, da se v slovenščino prevede lestvica Vaccination Attitudes Examination za ugotavljanje stališč do cepljenja in da se testira na vzorcu medicinskih sester. **Metode:** Uporabila se je kvantitativna paradigma raziskovanja. Podatki so se zbrali z anketnim vprašalnikom na vzorcu medicinskih sester v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana maja in oktobra 2024. Statistične analize so se izvedle na odgovorih 143 respondentov, 78,3 % jih je bilo ženskega spola. Podatki so se obdelali in statistično analizirali s programom IBM SPSS Statistics, verzija 22. **Rezultati:** Potrdila se je faktorska struktura izvirne lestvice Vaccination Attitudes Examination. Stališča do cepljenja se niso statistično pomembno razlikovala glede na spol. Medicinske sestre, ki so se cepile ali se nameravajo cepiti proti sezonski gripi, so statistično pomembno bolj naklonjene cepljenju kot tiste, ki se niso ali se ne nameravajo cepiti proti sezonski gripi. **Diskusija in zaključek:** Slovenski prevod lestvice Vaccination Attitudes Examination se je izkazal za obetavno orodje za ugotavljanje stališč do cepljenja. Raziskavo bi bilo treba ponoviti na večjem vzorcu.

Ključne besede: sezonska gripa; analiza glavnih komponent

ABSTRACT

Introduction: Vaccine hesitancy was named as one of the top 10 threats to global health by the World Health Organization. Measuring and understanding the vaccine hesitancy is key to successful vaccination campaigns. The purpose of the study was to translate the Vaccination Attitudes Examination scale for assessing attitudes towards vaccination into Slovenian and

1 5 . K O N G R E S

to test it on a sample of nurses. **Methods:** A quantitative research paradigm was used. Data were collected using a questionnaire survey on a sample of nurses at the University Medical Centre Ljubljana in May and October 2024. Statistical analyses were performed on the responses of 143 respondents, 78.3% of whom were female. Data were processed and statistically analyzed using IBM SPSS Statistics, version 22. **Results:** The factor structure of the original Vaccination Attitudes Examination scale was confirmed. Attitudes towards vaccination did not differ statistically significantly by gender. Nurses who had been vaccinated or were planning to be vaccinated against seasonal influenza were statistically significantly more in favor to vaccination than those who had not been vaccinated or were not planning to be vaccinated against seasonal influenza. **Discussion and conclusion:** The Slovenian translation of the Vaccination Attitudes Examination scale has proven to be a promising tool for assessing attitudes towards vaccination. The research should be repeated on a larger sample.

Key words: seasonal influenza, principal component analysis

UVOD

Cepljenje se je izkazalo za stroškovno učinkovito zdravstveno intervencijo, ki rešuje življenja. S pomočjo cepiv se uspešno borimo proti nalezljivim boleznim, kot so poliomielitis, hepatitis, influenza idr. (Nandi & Shet, 2020). Pandemija covida-19 je pokazala velik pomen cepljenja (Loftus, Sahm & Fleming, 2021), a je sprožila tudi veliko odpora do cepljenja, kar je postala globalna težava. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je odpor do cepljenja uvrstila na seznam desetih največjih groženj svetovnemu zdravju (SZO, 2025). Merjenje in razumevanje tega odpora je ključno za uspešno izvedbo cepilnih kampanj. Lestvico VAX (iz angl. Vaccination Attitudes Examination) za merjenje stališč do cepljenja sta izdelala Martin in Petrie (2017). Testirana je bila na vzorcu prebivalcev v ZDA. Štiridimenzionalna VAX lestvica je bila razvita za merjenje stališč do cepljenja na splošno, ni namenjena izrecnemu merjenju stališč do cepljenja proti določenemu obolenju. VAX lestvico so prevedli iz angleščine v kar nekaj drugih jezikov. Večino prevodov so tudi že validirali. Prevodi in validacijske študije so objavljeni na spletni strani VAX Scale (2025). Na tej spletni strani je zapisano dovoljenje avtorjev originalne VAX lestvice za njeno prevajanje iz angleščine v druge jezike in poziv za objavo prevoda in pripadajoče validacijske študije na tej spletni strani.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil, da VAX lestvico prevedemo v slovenščino in s testiranjem na vzorcu diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih zdravstvenikov, zdravstvenih tehnic in tehnikov (v nadaljevanju medicinske sestre) preverimo ujemanje latentne faktorske strukture z izvirno lestvico in da preverimo njeno notranjo konsistentnost. Cilj je bil, da z uporabo VAX lestvice izboljšamo razumevanje stališč medicinskih sester do cepljenja. Boljše razumevanje stališč do cepljenja nam bo v pomoč pri izboljšanju aktivnosti za povečanje naklonjenosti medicinskih sester cepljenju. Ena od ponavljajočih se težav je nizek delež medicinskih sester, ki se cepijo proti sezonski gripi. Postavili smo naslednje hipoteze:

- H1: Testiranje v slovenščino prevedene VAX lestvice na vzorcu naših medicinskih sester bo potrdilo faktorsko strukturo izvirne VAX lestvice.
- H2: Z VAX lestvico izmerjena naklonjenost cepljenju ne bo pokazala statistično pomembne razlike glede na spol.
- H3: Medicinske sestre, ki so se cepile proti sezonski gripi v sezoni 2023/24, bodo merjeno z VAX lestvico statistično pomembno bolj naklonjene cepljenju kot tiste, ki se niso cepile proti sezonski gripi.
- H4: Medicinske sestre, ki se nameravajo v sezoni 2025/26 cepiti proti sezonski gripi, bodo merjeno z VAX lestvico statistično pomembno bolj naklonjene cepljenju kot tiste, ki se ne nameravajo cepiti proti sezonski gripi.

METODE

Uporabili smo kvantitativno raziskovalno paradigmo. Podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom.

Opis merskega instrumenta

VAX lestvica (Martin & Petrie, 2017) vsebuje 12 trditve, ki so razdeljene v štiri podlestvice, vsaka od njih vsebuje tri trditve. V Tabeli 1 je slovenski prevod. Prevod sta izvedla avtorja raziskave. Pri prevajanju sta poleg angleške izvirne VAX lestvice uporabila še prevoda v hrvaški in nemški jezik, ki sta dosegljiva na spletni strani VAX Scale (2025). Avtorja originalne angleške VAX lestvice sta za merjenje strinjanja s trditvami uporabila šeststopenjsko Likertovo lestvico. V naši raziskavi smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam. Prve tri trditve so usmerjene pozitivno, ostalih devet negativno. Zadnje smo prekodirali, tako je višja številčna vrednost v razponu od ena do pet pomenila večjo naklonjenost cepljenju. Anketirance smo vprašali, ali so se v sezoni 2023/24 cepili proti sezonski gripi in ali se nameravajo cepiti proti sezonski gripi v sezoni 2025/26. Pred anketiranjem smo izvedli pilotno testiranje vprašalnika v skupini desetih medicinskih sester. Na osnovi pilotnega testiranja smo naredili nekaj manjših pravopisnih popravkov.

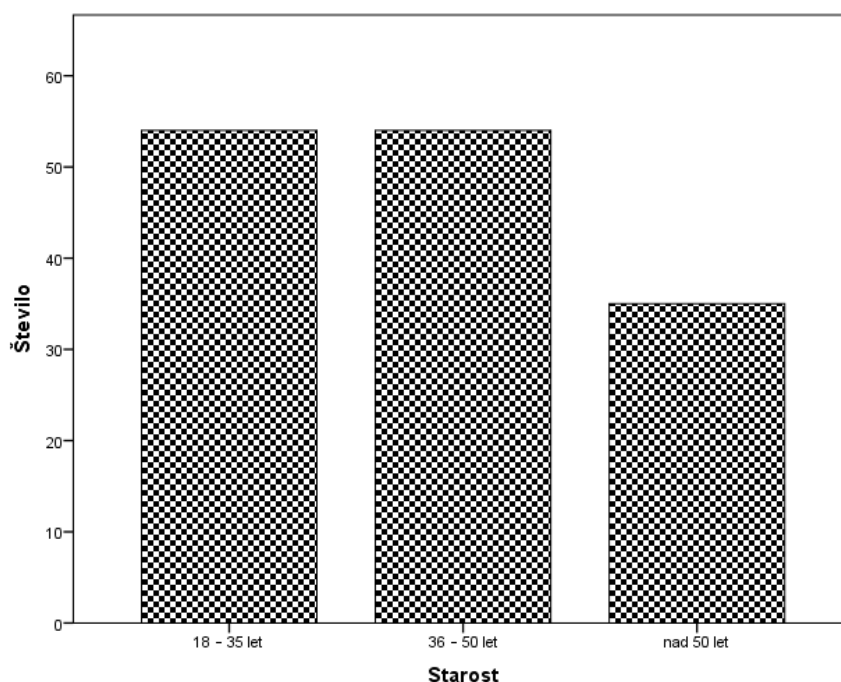
Tabela 1: Slovenski prevod VAX lestvice

Trditve	Dimenzije
Cepljenje se mi zdi varno.	Zaupanje v cepljenje
Verjamem, da lahko cepiva preprečijo resne nalezljive bolezni.	
Po cepljenju se počutim zaščenega pred boleznijo.	
Kljub temu da je večina cepiv varnih, se lahko pojavijo neželeni stranski učinki, ki še niso znani.	Zaskrbljenost glede stranskih učinkov
Cepiva lahko pri otrocih povzročijo nepredvidljive stranske učinke.	
Skrbijo me stranski učinki novih cepiv RNK (npr. covid-19 cepivo)*.	
Cepiva prinašajo velike dohodke farmacevtski industriji, za večino ljudi pa niso koristna.	Zaskrbljenost glede zaslužkarstva
Oblasti promovirajo cepljenje zaradi finančnih koristi in ne zaradi zdravja ljudi.	
Programi cepljenja so velika prevara.	
Naravno pridobljena imunost traja dlje kot imunost po cepljenju.	Dajanje prednosti naravni imunosti
Naravna izpostavljenost virusom in bakterijam nudi najbolj varno zaščito.	
Naravna izpostavljenost bolezni je za imunski sistem varnejša od cepljenja.	

*V izvorni lestvici se trditev glasi: *I worry about the unknown effects of vaccines in the future*

Opis vzorca

Anketno raziskavo smo izvedli v dveh organizacijskih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Anketa je bila posredovana 429 medicinskim sestram, izpolnilo jo je 160 medicinskih sester (37,3 %). Analiza glavnih komponent je občutljiva na ekstremne vrednosti, zato smo izločili 17 vprašalnikov, ki so glede odgovorov na VAX lestvico predstavljali osamelce. V raziskavo je bilo tako vključenih 143 vprašalnikov brez manjkajočih vrednosti. 78,3 % sodelujočih je bilo ženskega spola. Slika 1 prikazuje starostno strukturo respondentov.



Slika 1: Starostna struktura anketirancev

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anonimno anketiranje je bilo izvedeno pisno in elektronsko v maju in oktobru 2024, zadnje z aplikacijo 1K. Raziskavo sta odobrili vodstvi obeh organizacijskih enot. Ocenili smo, da za tovrstno raziskavo etična odobritev ni potrebna.

Obdelavo podatkov in statistične analize smo izvedli s programom IBM SPSS Statistics, verzija 22. Deskriptivna statistika je bila uporabljena za opis vzorca in rezultatov VAX lestvice. Z neparametričnim Mann-Whitney testom, ki smo ga uporabili zaradi nenormalne razporeditve nekaterih spremenljivk, smo ugotavljali morebitne statistično pomembne razlike povprečnih vrednosti VAX lestvice med cepljenimi in necepljenimi proti sezonski gripi v sezoni 2023/24 ter med tistimi, ki se nameravajo ali ne nameravajo cepiti proti sezonski gripi v sezoni 2025/26. Zanesljivost VAX lestvice smo preverili s testom Cronbach alfa. Konfirmativno analizo za štiridimenzionalni konstrukt izvirne VAX lestvice smo izvedli z metodo glavnih komponent. Uporabili smo metodi vrtenja oblimin in varimax. Z obema smo dobili podobne rezultate, predstavili bomo rezultate varimax metode. Predhodno smo preverili korelacijsko matriko ter vrednosti KMO testa in Barlettovega testa sferičnosti. Ustrezna povezanost med trditvami, KMO 0,8 in signifikantnost Barlettovega testa ($p = 0,001$) so potrjevali faktorabilnost.

Rezultati

Deskriptivna statistika za posamezne dimenzije in celotno VAX lestvico je v Tabeli 2. Anketiranci v povprečju še najbolj verjamejo v koristi cepljenja, največ pomislekov imajo glede stranskih učinkov. Deskriptivna statistika za posamezne trditve je v Tabeli 3.

Tabela 2: Deskriptivna statistika dimenzij in cele VAX lestvice

Dimenzija		s	Min	Max
Zaupanje v cepljenje	3,7	0,60	2,3	5,0
Zaskrbljenost glede stranskih učinkov	2,1	0,62	1,0	3,7
Zaskrbljenost glede zaslužkarstva	3,5	0,75	2,0	5,0
Dajanje prednosti naravni imunosti	3,2	0,76	1,7	5,0
Skupno	3,2	0,51	2,1	4,5

Legenda: – aritmetična sredina, s – standardni odklon, Min – minimum, Maks – maksimum

Tabela 3: Deskriptivna statistika postavk VAX lestvice

Trditve		s	Min	Max
Cepljenje se mi zdi varno.	3,7	0,80	2	5
Verjamem, da lahko cepiva preprečijo resne nalezljive bolezni.	4,3	0,62	3	5
Po cepljenju se počutim zaščenega pred boleznijo.	3,7	0,69	2	5
Kljub temu da je večina cepiv varnih, se lahko pojavijo neželeni stranski učinki, ki še niso znani.	1,8	0,66	1	4
Cepiva lahko pri otrocih povzročijo nepredvidljive stranske učinke.	2,2	0,79	1	4
Skrbijo me stranski učinki novih cepiv RNK (npr. covid-19 cepivo).	2,2	0,99	1	5
Cepiva prinašajo velike dohodke farmacevtski industriji, za večino ljudi pa niso koristna.	3,1	1,00	1	5
Oblasti promovirajo cepljenje zaradi finančnih koristi in ne zaradi zdravja ljudi.	3,5	0,89	1	5
Programi cepljenja so velika prevara.	4,0	0,72	2	5
Naravno pridobljena imunost traja dlje kot imunost po cepljenju.	3,0	0,96	1	5
Naravna izpostavljenost virusom in bakterijam nudi najbolj varno zaščito.	3,3	0,85	2	5
Naravna izpostavljenost boleznim je za imunski sistem varnejša od cepljenja.	3,3	0,85	1	5

Legenda: – aritmetična sredina, s – standardni odklon, Min – minimum, Maks – maksimum

Relativno visoke vrednosti Cronbach alfe (Tabela 4) kažejo na notranjo konsistentnost vprašalnika.

Tabela 4: Cronbach alfa vrednosti za dimenzije in skupno VAX lestvico

Dimenzija	Cronbach alfa
Zaupanje v cepljenje	0,78
Zaskrbljenost glede stranskih učinkov	0,62
Zaskrbljenost glede zaslužkarstva	0,82
Dajanje prednosti naravni imunosti	0,83
Skupno	0,85

Analiza glavnih komponent je pokazala, da štiri komponente pojasnijo skorajda 72 % celotne variance (Tabela 5) in potrdila faktorsko identičnost originalne VAX lestvice in njenega slovenskega prevoda (Tabela 6).

Tabela 5: Lastne vrednosti in pojasnjena varianca izločenih komponent VAX lestvice

Komp.	Začetne lastne vrednosti			Ekstrahirana vsota kvadriranih uteži		
	Skupno	% variance	kumul.%	Skupno	% variance	kumul.%
1	4,7	39,5	39,5	4,7	39,5	39,5
2	1,7	13,9	53,4	1,7	13,9	53,4
3	1,4	11,4	64,7	1,4	11,4	64,7
4	0,9	7,1	71,8	0,9	7,1	71,8
5	0,8	6,7	78,5			
6	0,5	4,5	83,0			
7	0,5	3,9	87,0			
8	0,4	3,5	90,4			
9	0,4	3,1	93,5			
10	0,3	2,5	96,0			
11	0,3	2,4	98,4			
12	0,2	1,6	100,0			

Tabela 6: Rotirana matrica uteži

	Komponente			
	1	2	3	4
Cepljenje se mi zdi varno.	0,78	0,13	0,22	0,16
Verjamem, da lahko cepiva preprečijo resne nalezljive bolezni.	0,78	0,01	0,23	0,00
Po cepljenju se počutim zaščenega pred boleznijo.	0,79	0,19	0,09	0,16
Kljub temu da je večina cepiv varnih, se lahko pojavijo nezaželeni stranski učinki, ki še niso znani.	-0,08	-0,02	0,02	0,86
Cepiva lahko pri otrocih povzročijo nepredvidljive stranske učinke.	0,24	0,08	0,15	0,80
Skrbijo me nezaželeni stranski učinki novih cepiv RNK (npr. covid-19 cepivo).	0,37	0,16	0,28	0,48
Cepiva prinašajo velike dohodke farmacevtski industriji, za večino ljudi pa niso koristna.	0,16	0,19	0,85	0,19
Oblasti promovirajo cepljenje zaradi finančnih koristi in ne zaradi zdravja ljudi.	0,37	0,15	0,81	0,14
Programi cepljenja so velika prevara.	0,58	0,34	0,53	-0,04
Naravno pridobljena imunost traja dlje kot imunost po cepljenju.	0,01	0,81	0,17	0,03
Naravna izpostavljenost virusom in bakterijam nudi najbolj varno zaščito.	0,15	0,88	0,14	0,02
Naravna izpostavljenost bolezni je za imunski sistem varnejša od cepljenja.	0,23	0,82	0,10	0,11

Mann-Whitney test ni pokazal statistično pomembnih razlik aritmetičnih sredin rezultatov glede na spol niti za celotno VAX lestvico niti za katerokoli od njenih posameznih dimenzij.

V sezoni 2023/24 se je od 143 cepilo samo 12 (8,4 %) medicinskih sester proti sezonski gripi, v sezoni 2025 se jih namerava 25 (17 %), 81 (57 %) ne, 37 (26 %) ne vejo. Medicinske sestre, ki so se cepile proti sezonski gripi v sezoni 2023/24, so imele statistično pomembno višje aritmetične vrednosti naklonjenosti cepljenju v primerjavi s tistimi, ki se niso: celotna VAX lestvica (3,6 proti 3,1; $p = 0,01$), zaupanje v koristi cepljenja (4,3 proti 3,7; $p = 0,001$) in zaskrbljenost glede zaslužkarstva (4,1 proti 3,5; $p = 0,002$). Medicinske sestre, ki se nameravajo v sezoni 2025/26 cepiti proti gripi, so v primerjavi s tistimi, ki se ne nameravajo, dosegle statistično pomembno ($p = 0,001$) višje vrednosti aritmetičnih sredin naklonjenosti v skupnem VAX rezultatu (3,6 proti 3,0), kakor tudi po vseh podskalah: zaupanje v cepljenje (4,2 proti 3,5), bojazen glede stranskih učinkov (2,4 proti 1,9), zaskrbljenost glede zaslužkarstva (4,1 proti 3,3) in dajanje prednosti naravni imunosti (3,6 proti 3,0).

DISKUSIJA

Z raziskavo smo potrdili našo prvo hipotezo, da bomo na našem vzorcu medicinskih sester s slovenskim prevodom VAX lestvice potrdili, da je 12 trditev VAX lestvice, ki so jo izvorno testirali na prebivalcih zahodnega dela ZDA, smiselno razdeliti v štiri vsebinsko različne, a med seboj povezane komponente. Potrdili smo drugo hipotezo, da ni statistično pomembne razlike

v naklonjenosti cepljenju glede na spol, kar se je pokazalo tudi v raziskavi, ki so jo naredili v Italiji (Bruno et al., 2022). Ugotovili smo, da so medicinske sestre, ki so se ali se nameravajo cepiti proti sezonski gripi, statistično pomembno bolj naklonjene cepljenju kot tiste, ki se ne cepijo in se ne nameravajo cepiti. S tem smo potrdili tudi tretjo in četrto hipotezo. Prav tako se je pokazalo, da ima VAX lestvica visoko stopnjo notranje konsistentnosti in da model štirih komponent razloži visok, 72-% delež variance. Rezultati se nam zdijo zelo obetavni, ker kažejo, da je s pomočjo VAX lestvice možno identificirati, kakšna stališča do cepljenja ima določena subpopulacija medicinskih sester in kje tičijo razlogi za morebitno odklonilno stališče do cepljenja. Na osnovi tega je možno izvesti ciljano, vsebinsko ustrezno cepilno kampanjo.

Zavedamo se, da je bila naša raziskava narejena na dokaj majhnem, za slovensko populacijo medicinskih sester nereprezentativnem vzorcu. Menimo, da bi bilo vredno raziskavo ponoviti na reprezentativnem vzorcu, saj bi tako lahko prišli do bolj zanesljivih podatkov, s pomočjo katerih bi lahko bolje »uglasili« VAX lestvico in jo naredili za močno orodje izboljševanja stališč do cepljenja pri slovenskih medicinskih sestrah. Poleg tega bi bilo zanimivo in koristno narediti raziskavo tudi na reprezentativnem vzorcu splošne slovenske populacije. Koristno bi bilo ugotoviti, ali med tema dvema populacijama obstajajo bistvene razlike. Pojavlja se vprašanje, ali bi bilo treba štiri komponente VAX lestvice ustrezno ponderirati glede na vrsto populacije, vrsto cepiva, specifično epidemiološke situacije idr., da bi bila na osnovi tega VAX lestvica kar se da koristen pripomoček za izboljšanje situacije v povezavi s cepljenji pri nas. Pomanjkljivost naše raziskave je, da čez nekaj časa nismo izvedli ponovnega testa, s čimer bi preverili časovno (ne)stabilnost VAX lestvice. Poleg tega bi bilo treba preveriti prevod in ga revidirati v skladu s priporočeno metodologijo (Cruchinho et al., 2024).

ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da je VAX lestvica lahko koristen pripomoček za ugotavljanje stališč do cepljenja in razlogov za odklonilno stališče. Nakazuje se, da bi bilo moč z uporabo VAX lestvice napovedati odzivnost na določeno cepljenje v določenem okolju. Raziskavo bi bilo treba ponoviti na večjih, reprezentativnih vzorcih, če bi želeli izdelati res dobro »uglašeno« VAX lestvico, ki bi imela veliko dodano vrednost na področju cepljenja v Sloveniji.

LITERATURA

- Bruno, F., Laganà, V., Pistininzi, R., Tarantino, F., Martin, L. & Servidio, R. (2022). Validation and psychometric properties of the Italian Vaccination Attitudes Examination (VAX-I) scale. *Curr Psychol*, 27, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03209-5>
- Cruchinho, P., López-Franco, MD., Capelas, ML., Almeida, S., Bennett, PM., Miranda da Silva, M., Teixeira, G., Nunes, E., Lucas, P., Gaspar, F. (2024). Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *J Multidiscip Healthc*. 17, 2701-2728. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>
- Loftus, R., Sahm, L.J. & Fleming, A. (2021). A qualitative study of the views of healthcare professionals on providing vaccines information to patients. *Int J Clin Pharm*, 43(6), 1683-1692. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01299-y>
- Martin, LR. & Petrie, KJ. (2017). Understanding the Dimensions of Anti-Vaccination Attitudes: the Vaccination Attitudes Examination (VAX) Scale. *Ann Behav Med*, 51(5), 652-660. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9888-y>
- Nandi, A., Shet, A. (2020). Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 16(8), 1900-1904. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1708669>
- SZO (2025). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019/>
- VAX Scale (2025). *VAX Scale*. <https://www.vax-scale.com/services/>

doc. dr. Tine Kovačič, dipl. fiziot. višji svetovalec ^{1,2}
Adrijana Podpečan, dipl. fiziot., dipl. delovni terapevt, samostojna svetovalka ¹
Marija Grm, viš. med. sestra, višja svetovalka ¹

¹CUDV Dobrna (zdravstvena služba)

²Univerza Alma Mater Europaea, Fakulteta ECM
tine.kovacic@cudv-dobrna.si

MEDPOKLICNO SODELOVANJE PRI REHABILITACIJI 16-LETNEGA DEČKA Z NEZGODNO MOŽGANSKO POŠKODBO

Interprofessional collaboration in the rehabilitation of a 16-year old boy with traumatic brain injury

IZVLEČEK

Uvod: Nezgodna možganska poškodba (NMP) pri mladostnikih predstavlja izziv, ki zahteva celostno interdisciplinarno obravnavo. Uspešna nevrorehabilitacija temelji na medpoklicnem sodelovanju strokovnjakov, kot so nevrologi, medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, logopedi idr. S tem pristopom se upoštevajo ne le motorični vidiki poškodbe, temveč tudi kognitivne, komunikacijske in druge posledice, kar je še posebej pomembno pri mladostnikih, kjer se okrevanje odvija v kontekstu razvoja in socialne integracije (Tukhtanboev, 2025). **Metode:** V poročilu o primeru je sodeloval 16-letni preiskovanec po NMP s spastično tetraparezo s težko motnjo v duševnem razvoju (TMDR), opredeljen kot otrok z več motnjami. Preiskovanec je v vseh življenjskih aktivnostih popolnoma odvisen od tuje nege in pomoči. Cilj načrta oskrbe pod okriljem nevrorehabilitacije je preprečevanje poškodbe kože zaradi pritiska ob zdravljeni osteoporozi, preprečevanje respiratornih infektov, protibolečinska terapija ter vzdrževanje obstoječega stanja gibljivosti sklepov hrbtenice. Uporabljeni fizioterapevtski

postopki: dipl. fizioterapevti so v skladu s kliničnimi smernicami (Hassett & Johnson 2024) in na podlagi z dokazi podprte prakse (Young, Cawood, Mares, Duschinsky, & Hardeman, 2024) najprej ocenili in vrednotili stanja – začetno, vmesno ali končno, ki je vključeval pregled medicinske dokumentacije, anamnezo, inspekcijo, palpacijo, meritve in testiranja (pulzna oksimetrija, frekvenca dihanja, pljučni zvoki, testiranje zmogljivosti dihalnih mišic, meritve ekscurzij prsnega koša, testiranje učinkovitosti in ocena značilnosti kašlja) ter dokumentiranje in vrednotenje rezultatov izida respiratorne fizioterapije. Obravnava je zajemala tehnike respiratorne fizioterapije, kinezioterapijo, tehnike razvojno nevrološke obravnave (RNO) za zmanjšanje spastičnosti, tehnike miofascialnega sproščanja (Quatman-Yates et al., 2020). Uporabljeni postopki zdravstvene nege: diplomirane medicinske sestre so v skladu s kliničnimi smernicami (Carney et al. 2017; Picetti, Iaccarino & Servadei, 2017; Damkhang, Considine, Kent & Street, 2015) zagotavljale ustrezno zdravstveno nego, spremljanje vitalnih funkcij, redno menjavo položajev ter uporabo posebnih blazin in vzmetnice, ki zmanjšujejo pritisk na kožo in mehka tkiva, aspiracijo dihalnih poti ter prehransko podporo. Napredek so redno spremljali z uporabo lestvice PUSH. Uporabljeni postopki delovne terapije: uporabljene so bile klinične smernice za delovno terapijo (Wheeler & Acord-Vira, 2023), ki se osredotočajo na izboljšanje otrokovih funkcionalnih sposobnosti skozi igro in prilagojene naloge, ki spodbujajo motorični, kognitivni in čustveni razvoj. Uporabljeni postopki logopedije so igrali ključno vlogo pri obvladovanju težav z govorom, jezikom in požiranjem (Mei, Anderson, Waugh, Cahill & Morgan, 2018). **Rezultati:** Medpoklicno sodelovanje je bilo usmerjeno v celostno obravnavo, kar je pripeljalo do uspešnega doseganja zastavljenih ciljev. V šolskem letu po rehabilitaciji je preiskovanec ostal brez respiratornih infekcij, kožne poškodbe zaradi pritiska niso nastale, prav tako ni prišlo do poslabšanja torakolumbalne kifoskolioze, saj so bili pravilni položaji dosledno vzdrževani. Interdisciplinarni tim je s svojim usklajenim pristopom in strokovno obravnavo popolnoma realiziral cilje zdravljenja, kar je pripomoglo k stabilizaciji in ohranjanju pacientovega zdravstvenega stanja. **Diskusija in zaključek:** Pri nevrorehabilitaciji 16-letnega dečka z nezgodno možgansko poškodbo je bilo medpoklicno sodelovanje ključno za doseganje celostnega okrevanja in je omogočilo učinkovito premostitev med različnimi strokovnimi pristopi in zagotovilo, da so bili vsi vidiki preiskovančevega okrevanja obravnavani na usklajeni način. Integriran pristop, ki temelji na sodelovanju različnih strok, je ključnega pomena za optimalno rehabilitacijo pri mladostnikih z nezgodno možgansko poškodbo, saj omogoča obravnavo vseh vidikov NMP in prispeva k izboljšanju kakovosti življenja preiskovanca.

Ključne besede: nezgodna možganska poškodba, interdisciplinarna obravnava, preprečevanje zapletov

ABSTRACT

Introduction: Traumatic brain injury (TBI) in adolescents presents a significant challenge that necessitates a comprehensive interdisciplinary approach. Successful neurorehabilitation is grounded in interprofessional collaboration among experts such as neurologists, nurses, physiotherapists, occupational therapists, speech and language therapists, and others. This approach addresses not only the motor aspects of the injury but also cognitive, communicative, and other consequences, which is especially important in adolescents, where recovery occurs in the context of ongoing development and social integration (Tukhtanboev, 2025).

Methods: This case report involved a 16-year-old male patient with TBI resulting in spastic tetraparesis and profound intellectual disability, classified as a child with multiple disabilities.

The patient was entirely dependent on others for all activities of daily living. The neurorehabilitation care plan aimed to prevent pressure injuries in the context of treated osteoporosis, avoid respiratory infections, manage pain, and maintain existing spinal joint mobility. Physiotherapy interventions: physiotherapists, following clinical guidelines (Hassett & Johnson, 2024) and evidence-based practices (Young, Cawood, Mares, Duschinsky, & Hardeman, 2024), conducted initial, intermediate, and final assessments, including medical record review, anamnesis, inspection, palpation, measurements, and testing (pulse oximetry, respiratory rate, lung sounds, respiratory muscle performance, chest expansion measurements, cough efficacy testing). All outcomes of respiratory physiotherapy were documented and evaluated. The treatment included respiratory physiotherapy techniques, kinesiotherapy, neurodevelopmental treatment (NDT) techniques to reduce spasticity, and myofascial release techniques (Quatman-Yates et al., 2020). Nursing care interventions: registered nurses, in accordance with clinical guidelines (Carney et al., 2017; Picetti, Iaccarino & Servadei, 2017; Damkliang, Considine, Kent & Street, 2015), provided comprehensive nursing care, including monitoring of vital signs, regular repositioning, use of specialized cushions and mattresses to reduce pressure on the skin and soft tissues, airway aspiration, and nutritional support. Progress was monitored regularly using the PUSH scale. Occupational therapy interventions: following current occupational therapy guidelines (Wheeler & Acord-Vira, 2023), the intervention focused on enhancing the child's functional abilities through play and adapted tasks that promote motor, cognitive, and emotional development. Speech and language therapy interventions: speech-language pathologists played a key role in managing challenges related to speech, language, and swallowing (Mei, Anderson, Waugh, Cahill & Morgan, 2018). **Results:** The interprofessional approach enabled a holistic treatment plan that led to the successful achievement of therapeutic goals. In the academic year following the rehabilitation, the patient remained free from respiratory infections, did not develop any pressure injuries, and there was no worsening of thoracolumbar kyphoscoliosis due to consistent maintenance of proper positioning. The coordinated, expert care of the interdisciplinary team fully achieved the therapeutic objectives, contributing to the stabilization and maintenance of the patient's health status. **Discussion and conclusion:** In the neurorehabilitation of a 16-year-old boy with traumatic brain injury, interprofessional collaboration was crucial for achieving comprehensive recovery. This approach facilitated effective integration of diverse professional perspectives, ensuring all aspects of the patient's recovery were addressed in a coordinated and cohesive manner. An integrated, team-based approach is essential for optimal rehabilitation in adolescents with traumatic brain injury, as it enables a multidimensional response to TBI and contributes significantly to improving the patient's quality of life.

Key words: Traumatic brain injury, interdisciplinary care, complication prevention

UVOD

V zadnjem desetletju se vse več raziskav osredotoča na preprečevanje preležanin pri bolnikih, nameščenih na oddelkih intenzivne nevrološke terapije. Bolniki z nevrološkimi poškodbami pogosto predstavljajo posebej ranljivo skupino, saj se zaradi zmanjšane mobilnosti, spremenjene senzorične funkcije ter pogosto prisotnih pridruženih zdravstvenih zapletov tveganje za razvoj preležanin izrazito poveča. Študije so pokazale, da so lahko določeni ukrepi učinkoviti, vendar njihova uspešnost ni univerzalna. Uporaba gela z metinim oljem je npr. pomembno zmanjšala pojavnost preležanin v primerjavi s placebom (Hassan Babamohamadi et al., 2019).

Prav tako se je uporaba neprevlečenega papirja na sakralnem področju izkazala za učinkovito pri izboljšanju vlažnosti kože in zmanjšanju tveganja za poškodbe, četudi ni vplivala na pogostost samega pojava preležanin (Choi & Kim, 2021). Zelo obetavna so tudi orodja za spremljanje vlažnosti kože in tlačnega pritiska, ki lahko tveganje zmanjšajo kar za 88 % (Walia et al., 2016). Po drugi strani pa se večplastni penasti povoji niso izkazali za učinkovitejše od gel blazin zlasti pri nevroloških pacientih (Richard-Denis et al., 2017). Otroci z nezgodno možgansko poškodbo in pridruženo težko motnjo v duševnem razvoju in večkratnimi oviranostmi ter nevrološkimi okvarami se pogosto srečujejo z resnimi respiratornimi zapleti, ki pomembno vplivajo na njihovo kakovost življenja in življenjsko dobo (Proesmans et al., 2015; Seddon & Khan, 2003). Respiratorne težave v tej populaciji nastajajo zaradi več dejavnikov, kot so tveganje za aspiracijo, neučinkovit kašelj, obstrukcija zgornjih dihal in napredujoča kifoskolioza (Proesmans, 2016). Prav kompleksna prepletenost teh dejavnikov zahteva celosten in večdisciplinarni pristop k diagnostiki in obravnavi otrok s tovrstnimi težavami (Proesmans, 2016). Ob tem ostaja ključno, da obravnava otroka temelji na natančni oceni specifičnih omejitev in individualno prilagojenih intervencijah (Seddon & Khan, 2003). Respiratorne okužbe so še posebej pogoste tudi pri otrocih z nezgodno možgansko poškodbo, kjer dodatno tveganje za smrtnost predstavlja pljučnica (Hamele et al., 2016). Najpogostejši povzročitelji tovrstnih okužb so *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* in *Streptococcus pneumoniae* (Hamele et al., 2016), medtem ko v širši pediatrični populaciji izstopata tudi *Pseudomonas aeruginosa* in *Staphylococcus aureus* (Łukowicz et al., 2011). Učinkovito obvladovanje ponavljajočih se okužb dihal zahteva celovit pristop, ki vključuje upoštevanje imunskega odziva otroka, prisotnosti mikroorganizmov in vpliva okoljskih dejavnikov (Zhamankulov et al., 2024). V vsakodnevni praksi se vse bolj uveljavlja celostni, družinsko usmerjen pristop, ki vključuje z dokazi podprte intervencije, ustrezno zdravljenje ter izobraževanje staršev in skrbnikov (Cilar et al., 2021). Cilj teh pristopov je zmanjšati število okužb, izboljšati izide zdravljenja ter zmanjšati obremenitev zdravstvenega sistema.

Kljub pomembnim ugotovitvam teh raziskav pa njihova uporabnost ostaja vprašljiva pri kompleksnih primerih, kot je primer pacienta – dečka z nezgodno travmatsko poškodbo in težko motnjo v duševnem razvoju ter pridruženimi zdravstvenimi težavami opredeljen kot otrok z več motnjami. Gre za edinstveni primer, kjer se prepletajo številni dejavniki tveganja (dolgotrajna nepokretnost, motnje zavesti, vedenjske in senzorne posebnosti ter težje presnovne motnje). Zaradi kompleksnosti primera in pomanjkanja specifičnih raziskav za takšne populacije je priprava poročila o primeru izjemno pomembna. Na ta način lahko prispevamo k razumevanju praktične uporabe že znanih strategij in prilagoditev ter opozorimo na nujnost individualiziranega pristopa v luči z dokazi podprte prakse tudi pri kompleksnih primerih, kot je 16-letni pacient z nezgodno poškodbo možganov, težko motnjo v duševnem razvoju ter številnimi pridruženimi zdravstvenimi dejavniki, postane skrbno spremljanje in preverjanje učinkovitosti respiratorne fizioterapije in drugih fizioterapevtskih postopkov izjemno pomembno. Prav zaradi pomanjkanja specifičnih podatkov o učinkovitosti respiratorne fizioterapije v tovrstnih kompleksnih primerih ima poročilo o primeru dodano vrednost, saj prispeva k bogatitvi kliničnega znanja in nudi smernice za obravnavo podobnih otrok v prihodnje.

METODE

Opis preiskovanja

V poročilo o primeru je bil vključen 16-letni deček po nezgodni možganski poškodbi (NMP) s spastično tetraparezo in težko motnjo v duševnem razvoju (TMDR), opredeljen kot otrok z več motnjami. Preiskovanec je v vseh življenjskih aktivnostih popolnoma odvisen od tuje nege in pomoči. Prisotna so bila še številna pridružena stanja: osteoporoza, napredujoča torakolumbalna kifoskolioza, pogoste respiratorne okužbe, omejena gibljivost in tveganje za nastanek preležanin. Interdisciplinarni rehabilitacijski načrt je bil oblikovan z naslednjimi ključnimi cilji: preprečevanje poškodb kože zaradi pritiska, preprečevanje respiratornih okužb, protibolečinska terapija ter vzdrževanje obstoječega stanja gibljivosti hrbtenice in okončin.

Tabela 1: Pregled terapevtskih in negovalnih intervencij pri dečku z nezgodno možgansko poškodbo s težko motnjo v duševnem razvoju in pridruženimi zdravstvenimi težavami

Področje	Ključni postopki	Smernice na podlagi dokazov	Namen
Fizioterapija	Ocena, respiratorna fizioterapija, kinezioterapija, razvojno nevrološka obravnava, miofascialno sproščanje	Hassett & Johnson (2024); Young et al. (2024)	Preprečevanje respiratornih zapletov, izboljšanje gibljivosti, zmanjšanje spastičnosti
Zdravstvena nega	Preprečevanje preležanin, aspiracija, prehranska podpora	Carney et al. (2017); Picetti et al. (2017); Damkliang et al. (2015)	Ohranitev integritete kože, respiratorna varnost, ustrezna prehrana
Delovna terapija	Aktivnosti igre, senzomotorična stimulacija, edukacija staršev in osebja	Wheeler & Acord-Vira (2023)	Vzdrževanje funkcijskih sposobnosti in kakovosti življenja
Logopedija	Ocena požiranja, varno hranjenje, podpora komunikacija	Mei et al. (2018)	Preprečevanje aspiracije, podpora komunikaciji

Iz Tabele 1 so razvidne osnovne terapevtske in negovalne intervencije pri dečku z nezgodno možgansko poškodbo, ki so v nadaljevanju podrobno opisane.

Fizioterapevtska obravnava

Diplomirani fizioterapevti so izvajali fizioterapevtsko obravnavo v skladu s kliničnimi smernicami (Hassett & Johnson, 2024) in na podlagi z dokazi podprte prakse (Young et al., 2024). Ocena preiskovanja je bila izvedena na začetku, vmesno in ob zaključku obravnave ter je obsegala pregled medicinske dokumentacije in anamnezo, klinično opazovanje drže in dihalnega vzorca, palpacijo prsnega koša, mišičnega tonusa in kože, vitalne funkcije (pulzna oksimetrija,

frekvenca dihanja, saturacija), avskultacijo pljučnih zvokov, testiranje zmogljivosti dihalnih mišic, meritve ekskurzij prsnega koša, oceno kašlja (moč, prisotnost, značilnosti izmečka), dokumentacijo in analizo izidov. Fizioterapevtska obravnava je zajemala respiratorno fizioterapijo (pozicioniranje, dihalne tehnike, tehnike stimulacije kašlja, vibracije, asistirana ekspektoracija), kinezioterapijo (vzdrževanje gibljivosti, preprečevanje kontraktur), principi razvojno nevrološke obravnave (RNO) za zmanjšanje spastičnosti, miofascialno sproščanje, kar je v skladu s smernicami (Quatman-Yates et al., 2020).

Zdravstvena nega

Diplomirane medicinske sestre so izvajale zdravstveno nego v skladu s kliničnimi smernicami za bolnike z NMP (Carney et al., 2017; Picetti et al., 2017; Damkhang et al., 2015). Obravnava je vključevala redno spremljanje vitalnih funkcij, redno menjavo položajev in ustrezno pozicioniranje, uporabo antidekubitusnih blazin in vzmetnic, aspiracijo dihalnih poti, prehransko podporo, spremljanje stanja kože (PUSH lestvica).

Delovna terapija

Delovna terapija je bila usmerjena v ohranjanje preostalih funkcionalnih sposobnosti, spodbujanje igre in senzomotorične stimulacije v skladu s smernicami (Wheeler & Acord-Vira, 2023). Obravnava je vključevala individualizirane aktivnosti igre, spodbujanje kognitivnih, senzoričnih in motoričnih funkcij, izobraževanje družine za izvajanje aktivnosti v domačem okolju.

Logopedska terapija

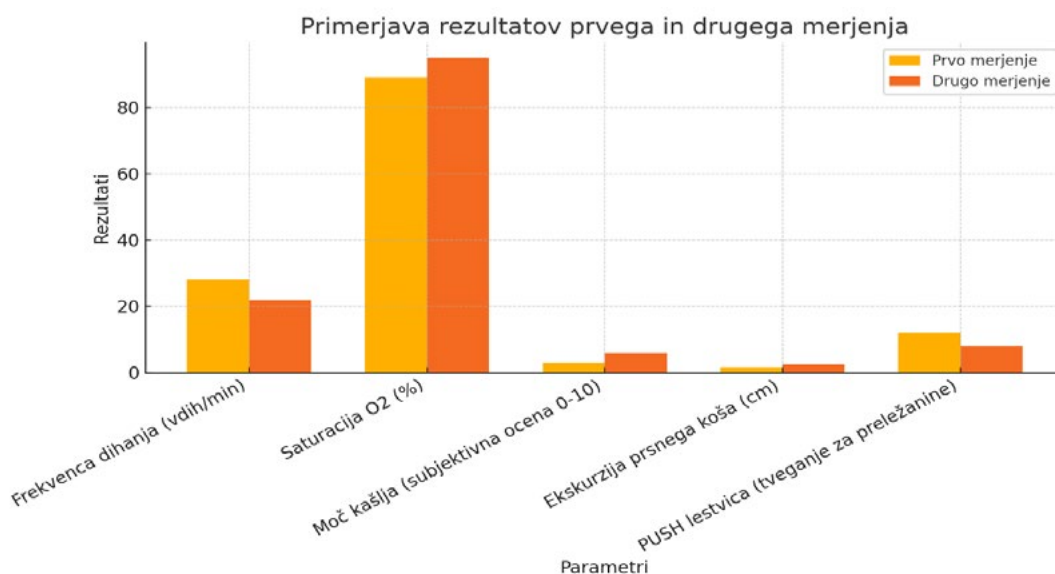
Logopedska obravnava je bila ključna zaradi prisotnih težav s požiranjem in komunikacijo (Mei et al., 2018). Intervencije so vključevale oceno tveganja za aspiracijo, prilagoditev prehrane, podporo pri varnem hranjenju, osnovno komunikacijsko podporo (mimika, glasovi, simboli).

Standardizirana merilna orodja

Napredek je bil spremljan kontinuirano s pomočjo ocene kože z lestvico PUSH, ocene respiratornega statusa (št. respiratornih infekcij, kakovost kašlja, potreba po aspiraciji), ocene pasivne gibljivosti, sprotnega ocenjevanja odzivov s strani družine in celotnega tima.

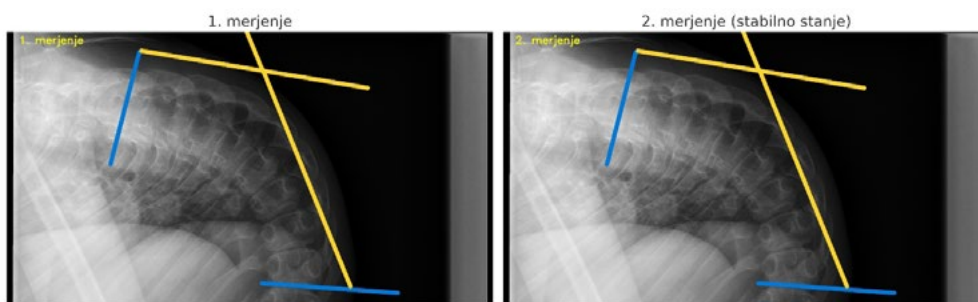
REZULTATI

Ob zaključku interdisciplinarne obravnave so bile pri dečku z nezgodno možgansko poškodbo zaznane pomembne spremembe ključnih parametrov. Povprečna saturacija kisika v krvi je v prvem mesecu obravnave znašala 89 %, kar kaže na zmerno kronično hipoksemijo, pogosto prisotno pri otrocih z več motnjami in respiratornimi težavami. Ob zaključku desetega meseca obravnave, torej ob drugem merjenju, se je povprečna saturacija zvišala na 95 %, kar kaže na izboljšano oksigenacijo in večjo respiratorno stabilnost. Ta napredek je še posebej pomemben, saj izboljšana saturacija prispeva k zmanjšanju utrudljivosti, boljšemu delovanju organov in večji splošni stabilnosti zdravstvenega stanja.



Slika 1: Primerjava rezultatov frekvenca dihanja, saturacije kisika, moči kašlja, ekskurzije prsnega koša, lestvice PUSH pri prvem in drugem ocenjevanju (po 10 mesecih)

Napredek je bil zabeležen tudi pri drugih kazalnikih, razvidnih iz Slike 1. Frekvenca dihanja se je znižala z 28 na 22 vdihov/min, moč kašlja se je povečala s 3/10 na 6/10, ekskurzija prsnega koša se je izboljšala z 1,5 cm na 2,5 cm, tveganje za preležanine (PUSH lestvica) pa se je znižalo z 12 na 8 točk. V času celotne obravnave ni bilo zabeleženih respiratornih infekcij, kožnih poškodb ali poslabšanja torakolumbalne kifoskolioze.



Slika 2: Primerjava posnetkov RTG med 1. in 2. ocenjevanjem krivin hrbtenice

Iz Slike 2 je razvidno, da na podlagi primerjave začetnega in kontrolnega posnetka RTG torakolumbalne hrbtenice v obdobju desetih mesecev ni prišlo do povečanja skoliotičnega Cobbovega kota. Vrednost kota ostaja stabilna, kar je v skladu s cilji nevrorehabilitacije, ki so bili usmerjeni predvsem v vzdrževanje funkcionalnega stanja in preprečevanje napredovanja ortopedskih deformacij. V okviru obravnave ni bilo zaznanih znakov progresije deformacije.

DISKUSIJA

Rezultati predstavljene obravnave potrjujejo, da lahko interdisciplinarno zasnovan in z dokazi podprt rehabilitacijski program pomembno vpliva na izboljšanje funkcijskega stanja tudi pri

izjemno kompleksnem primeru 16-letnega dečka z nezgodno možgansko poškodbo, spastično tetraparezo, težko motnjo v duševnem razvoju ter številnimi pridruženimi zdravstvenimi zapleti. Na podlagi analize rezultatov ugotavljamo, da je prišlo do izboljšanja respiratornega statusa, kar nakazuje postopno zvišanje povprečne saturacije kisika z 89 % na 95 %, zmanjšanje frekvence dihanja ter povečanje učinkovitosti kašlja in ekskuzije prsnega koša, kaže na pozitivne učinke respiratorne fizioterapije. Ta napredek ni naključen, temveč je posledica kombinacije več mehanizmov, ki so temeljno povezani z nevrofiziologijo dihanja in motoričnega učenja. Respiratorna fizioterapija preko senzornih in mehaničnih dražljajev spodbuja aktivacijo preostalih funkcionalnih nepoškodovanih nevronov v možganskem deblu in spinalnih respiratornih centrov (Proesmans, 2016). Z vztrajno ponavljajočimi se tehnikami respiratorne fizioterapije, položajne drenaže, vibracij in izkašljevanja se spodbuja plastičnost centralnega živčnega sistema ter reorganizacija nevroloških mrež, ki so še ohranjene. Dodatno k temu prispeva tudi izboljšana biomehanika prsnega koša, saj je prišlo s pomočjo uporabe manualnih tehnik miofascialnega sproščanja in RNO do zmanjšanja spastičnosti in izboljšanja elastičnosti prsnega koša, kar je dečku omogočilo večjo amplitudo dihalnih gibov in posledično boljšo ventilacijo. Na podlagi analize rezultatov Pridobljena izboljšanja v funkciji dihalnega sistema so imela pri tem pacientu tudi izjemno pomembno sekundarno vlogo zmanjšanje tveganja za respiratorne infekcije, kar je ključno za zmanjšanje morbiditete in hospitalizacij pri otrocih z več motnjami. Znano je, da so ponavljajoče se okužbe glavni vzrok za poslabšanja in hospitalizacije pri otrocih s PIMD (Seddon & Khan, 2003; Flórez & Aloy, 2006), zato je že stabilizacija respiratornega statusa klinično izjemno pomembna. Ohranitev stabilnega Cobbovega kota pri preiskovancu s hudo spastično tetraparezo in večkratnimi motnjami je klinično pomemben dosežek. Pri otrocih s kombinacijo nezgodne možganske poškodbe, globoke motnje v duševnem razvoju in ortopedskih deformacij je znano, da torakolumbalne skolioze pogosto napredujejo, še posebej ob prisotnosti dolgotrajne nepokretnosti in spastičnosti (Proesmans, 2016). Dejstvo, da v obdobju desetih mesecev ni prišlo do povečanja Cobbovega kota, nakazuje, da so bili ukrepi sekundarne preventive (pravilno pozicioniranje, redna kinezioterapija, zmanjševanje spastičnosti ter respiratorna fizioterapija) učinkoviti. Nevrofiziološko gledano lahko stabilnost deformacije pripišemo vplivu dolgotrajne senzorične in motorične stimulacije ter vzdrževanju biomehanske simetrije preko pravilnega pozicioniranja in zmanjševanja mišičnih kontraktur. Rezultat potrjuje, da tudi pri otrocih z izrazito kompleksnimi potrebami, kjer so funkcionalne izboljšave omejene, ostaja ključen cilj nevrorehabilitacije preprečevanje poslabšanja sekundarnih deformacij. Pomemben učinek ima tudi sistematično izvajanje ukrepov za preprečevanje preležanin in kontraktur, kjer so se fizioterapevtski, negovalni in delovno terapevtski postopki dopolnjevali. Redno pozicioniranje, uporaba antidekubitusnih blazin in specialnih vzmetnic ter kinezioterapija so bistveno prispevali k ohranjanju integritete kože in stabilnosti hrbtenice. Tudi tukaj so v ozadju nevrofiziološki mehanizmi, saj redna aktivacija receptorjev v koži, sklepih in mišicah preko različnih obravnav vpliva na tonus, propriopcijo in zmanjšanje spastičnosti preko spinalnih refleksnih lokov in supraspinalnih poti (Hassett & Johnson, 2024).

Posebnost in pomen tega poročila o primeru izhaja iz dejstva, da gre za dečka s pridobljeno nezgodno možgansko poškodbo z več motnjami, pri katerem so prisotni skoraj vsi klasični dejavniki tveganja od globoke motnje zavesti, spastičnost, nepokretnost, deformacije skeleta, respiratorna insuficienca, motnje požiranja in izrazita funkcijska odvisnost od tuje nege in pomoči. Kljub temu je bilo z natančno zasnovano interdisciplinarno obravnavo doseženo stabilizirano stanje brez respiratornih infekcij, brez preležanin in brez poslabšanja

ortopedskega statusa. S tem primer dokazuje, da je tudi pri bolnikih, kjer je funkcionalna rehabilitacija omejena, izjemno pomembna usmerjenost k preprečevanju zapletov in vzdrževanju življenjskih funkcij. Rezultati frekvence dihanja, saturacije kisika, moči kašlja, ekskurzije prsne-ga koša, lestvice PUSH so skladni z ugotovitvami raziskav (Proesmans et al., 2015; Young et al., 2024; Cilar et al., 2021), ki poudarjajo pomen personaliziranih, prilagojenih intervencij za otroke z več motnjami. Vendar pa ta primer posebej pokaže, da so znotraj z dokazi podprte prakse potrebne še dodatne klinične prilagoditve, ki upoštevajo specifiko pacientovega stanja in kontekst izvajanja (npr. izobraževanje drugega osebja ter družine, motivacijski in etični vidiki). Zato ima ta primer visoko aplikativno vrednost, saj prikazuje realno možnost zmanjševanja zapletov tudi pri najzahtevnejših nevroloških bolnikih. Hkrati opozarja na pomembnost integracije različnih strok ter upoštevanja nevrofizioloških načel (plastičnost, senzorni input, spinalni in supraspinalni vplivi) tudi pri ciljih, ki niso zgolj izboljšanje funkcije, temveč predvsem ohranjanje vitalnih funkcij in preprečevanje komplikacij.

ZAKLJUČEK

Predstavljeno poročilo o primeru prikazuje, da lahko tudi pri bolnikih z nezgodno možgansko poškodbo (NMP), težko motnjo v duševnem razvoju in pridruženimi večkratnimi zdravstvenimi zapleti interdisciplinarna in z dokazi podprta obravnava doseže pomembne cilje, kot so stabilizacija respiratornega stanja, preprečevanje preležanin in ohranitev ortopedskega statusa. Kljub visoki stopnji spastične tetrapareze, prisotni torakolumbalni skoliozi in številnim dodatnim dejavnikom tveganja je bil po desetih mesecih sistematične nevrorehabilitacije dosežen stabilen Cobbov kot brez napredovanja deformacije. Prav tako v obdobju spremljanja ni bilo zabeleženih respiratornih zapletov ali poškodb kože zaradi pritiska. Posebna vrednost poročila o primeru je v tem, da dokumentira učinke interdisciplinarne obravnave v populaciji, kjer je tveganje za zaplete izrazito visoko, literatura pa ponuja omejeno število primerov s podrobnimi evalvacijami. V praksi so tovrstni pacienti pogosto obravnavani z osredotočenostjo na lajšanje simptomov, manj pa je sistematičnih pristopov k sekundarni preventivi. Naš primer jasno pokaže, da tudi pri pacientih z omejenim rehabilitacijskim potencialom nevrorehabilitacija ostaja ključnega pomena, saj lahko prepreči ali vsaj upočasni napredovanje sekundarnih zapletov. V kontekstu z dokazi podprte prakse prispeva poročilo k boljšemu razumevanju pomena individualiziranih intervencij, ki temeljijo na nevrofizioloških mehanizmih ter koordinaciji med različnimi strokami, kot so fizioterapija, zdravstvena nega, delovna terapija, logopedija. Posebej pomembno je, da primer prikazuje praktično vrednost spremljanja rezultatov s standardiziranimi merilnimi orodji, kar omogoča objektivno oceno napredka in načrtovanje nadaljnjih intervencij. Obstoječe poročilo o primeru potrjuje, da so pri dečku z nezgodno možgansko poškodbo in pridruženimi več motnjami prav interdisciplinarni in ciljno usmerjeni programi temelj za ohranjanje kakovosti življenja, zmanjšanje tveganja za zaplete in izboljšanje stabilnosti osnovnega zdravstvenega stanja.

LITERATURA

- Hassett, L., & Johnson, L. (2024). Australian Physical Activity Clinical Practice Guideline for people with moderate to severe traumatic brain injury: Technical Report. Retrieved from 21.12.2024 <https://hdl.handle.net/2123/32165>
- Young D, Cawood S, Mares K, Duschinsky R, & Hardeman W. (2024) Strategies supporting parent-delivered rehabilitation exercises to improve motor function after paediatric traumatic brain injury: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 66(7), 836–848.
- Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W., Bell, M. J. & Ghajar, J. (2017). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. *Neurosurgery*, 80(1), 6–15.

- Mei, C., Anderson, V., Waugh, M. C., Cahill, L., & Morgan, A. T. (2018). Evidence-and consensus-based guidelines for the management of communication and swallowing disorders following pediatric traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 33(5), 326–341.
- Picetti, E., Iaccarino, C., & Servadei, F. (2017). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury fourth edition. *Neurosurgery*, 81(1), E2.
- Tukhtanboev, I. (2025). Neurorehabilitation Approaches In Children: An Overview. *Multidisciplinary Journal of Science and Technology*, 5(1), 48–53.
- Quatman-Yates, C. C., Hunter-Giordano, A., Shimamura, K. K., Landel, R., Alsalaheen, B. A., Hanke, T. A., ... & Silverberg, N. (2020). Physical therapy evaluation and treatment after concussion/mild traumatic brain injury: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the academy of orthopaedic physical therapy, American Academy of sports physical therapy, academy of neurologic physical therapy, and academy of pediatric physical therapy of the American Physical therapy association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(4), CPG1-CPG73.
- Wheeler, S., & Acord-Vira, A. (2023). Occupational therapy practice guidelines for adults with traumatic brain injury. *The American Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 7704397010.
- Choi, J., & Kim, H. S. (2021). Effects of uncoated paper on skin moisture and pressure injury risk in immobile patients. *International Wound Journal*, 18(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/iwj.13457>
- Hassan Babamohamadi, H., Negarandeh, R., Sadooghi, A., & Ebadi, A. (2019). The effect of peppermint oil on pressure ulcer development in ICU patients: A randomized clinical trial. *Contemporary Nurse*, 55(2-3), 209–222. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1644771>
- Richard-Denis, A., Thompson, C., Thompson, R., & Harvey, M. P. (2017). Effectiveness of multi-layer foam dressing versus gel pads in preventing sacral pressure ulcers in spinal cord injury patients: A randomized controlled trial. *Spinal Cord*, 55, 16–21. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.97>
- Walia, G. S., Wong, A. L., Lo, A. Y., & Huang, A. H. (2016). Using pressure and moisture monitoring to reduce sacral pressure injuries in a neurologic intensive care unit. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 43(3), 1–7. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000225>
- Wheeler, M., & Acord-Vira, A. (2023). Occupational therapy for children and youth with multiple disabilities: A clinical guide (4th ed.). Slack Incorporated.
- Cilar, L., Maček, T., & Ferkolj, T. (2021). Family-centered approach in the management of upper respiratory tract infections in children. *Slovenian Journal of Public Health*, 60(2), 125–130. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0016>
- Flórez, J., & Aloy, M. (2006). Respiratory syncytial virus in children with neurological impairment. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42(11), 667–673. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2006.00938.x>
- Hamele, M., Hudgins, J. D., & Pineda, J. A. (2016). Ventilator-associated pneumonia in critically ill children with traumatic brain injury. *Neurocritical Care*, 24, 456–463. <https://doi.org/10.1007/s12028-015-0206-9>
- Łukowicz, M., et al. (2011). Etiology and antibiotic susceptibility of pathogens isolated from children with respiratory tract infections. *Przegląd Epidemiologiczny*, 65(2), 307–312.
- Proesmans, M. (2016). Respiratory disease in children with neurodisability. *European Respiratory Review*, 25(141), 292–299. <https://doi.org/10.1183/16000617.00012115>
- Proesmans, M., et al. (2015). The management of respiratory problems in children with severe neurological impairment. *Pediatric Pulmonology*, 50(5), 508–519. <https://doi.org/10.1002/ppul.23167>
- Seddon, P. C., & Khan, Y. (2003). Respiratory problems in children with neurological impairment. *Archives of Disease in Childhood*, 88(1), 75–78. <https://doi.org/10.1136/adc.88.1.75>
- Zhamankulov, S., et al. (2024). Recurrent respiratory infections in children: Diagnostic challenges and management. *Pediatric Pulmonology*, 59(1), 27–35. <https://doi.org/10.1002/ppul.26314>

NA OSEBO Z DEMENCO OSREDINJENA OBRAVNAVA: PRIMERJALNA ANALIZA PRISTOPOV

Person-centred care for person with dementia: a comparative analysis of approaches

IZVLEČEK

Uvod: Kakovostna oskrba osebe z demenco temelji na celostnem, osebi prilagojenem pristopu, ki upošteva njene specifične potrebe, želje in življenjske izkušnje. Namen prispevka je primerjati tri ključne teoretične pristope pri obravnavi osebe z demenco: model McCormack & McCance, Kitwoodov koncept osredotočene obravnave ter Ekmanov koncept. **Metode:** Izveden je bil pregled literature po PRISMA modelu, pri čemer smo analizirali raziskave, osredotočene na čustvene, socialne in kognitivne vidike oskrbe. Članki so bili ocenjeni glede na metodološke pristope in ugotovitve o učinkovitosti modelov v praksi. **Rezultati:** V končni pregled smo vključili 15 člankov (2016–2024). McCormack & McCance poudarjata spoštovanje identitete in življenjskih izkušenj, kar omogoča prilagojeno oskrbo. Kitwoodov pristop poudarja ohranjanje čustvenega dostojanstva, gradnjo socialnih interakcij in preprečevanje stigmatizacije. Ekmanov koncept poudarja pomen zgodbe, partnerskega odnosa in dokumentiranja za boljše razumevanje potreb osebe z demenco. **Diskusija in zaključek:** Integracija teh modelov omogoča večdimenzionalno razumevanje osebe z demenco. Kombinacija čustvene, socialne in kognitivne obravnave izboljšuje kakovost življenja ter prispeva k bolj učinkoviti in sočutni oskrbi. Razumevanje teh teorij je ključno za razvoj interdisciplinarnih pristopov, ki podpirajo dostojanstvo osebe z demenco.

Ključne besede: demenca, interdisciplinarna obravnavna, Kitwood, McCormack & McCance, Ekman

ABSTRACT

Introduction: High quality dementia care is based on a holistic, person-centred approach that takes into account the specific needs, preferences and life experiences of the individual. This paper compares three key theoretical approaches to dementia care: McCormack & McCance's model, Kitwood's person-centred approach and Ekman's concept. **Methods:** A scoping review was conducted using the PRISMA model, analysing studies that address the emotional, social and cognitive aspects of dementia care. The articles were evaluated based on their methodological approaches and the findings on the effectiveness of these models in practise.

Results: Fifteen articles (2016–2024) met the inclusion criteria. McCormack & McCance emphasise respect for identity and life experiences, which enables personalised care. Kitwood's approach emphasises emotional dignity, social interaction and avoidance of stigma. Ekman's approach emphasises the role of storytelling, partnerships and documentation in understanding the needs of person with dementia. **Discussion and conclusion:** The integration of these models provides a multidimensional understanding of person with dementia. A combination of emotional, social and cognitive approaches improves quality of life and contributes to more effective and compassionate care. Understanding these theories is critical to developing interdisciplinary approaches that preserve the dignity of person with dementia.

Key words: dementia, interdisciplinary care, Kitwood, McCormack & McCance, Ekman

UVOD

Demenca je sindrom, ki povzroča napredujoči upad kognitivnih funkcij, kot so spomin, mišljenje, orientacija in jezik (World Health Organization, 2021). To vpliva na kakovost življenja posameznika in bližnjih ter predstavlja izziv za formalne oskrbovalce. Na osebo osredinjena obravnava je ključna za raziskovanje in prakso pri delu z osebami z demenco. Vedenjske spremembe, kot so apatija, blodnje, depresija in tavažno vedenje, so pogoste ter vplivajo na kakovost oskrbe in pospešujejo premestitev v domove za starejše (Mast et al., 2022). Čeprav so kognitivne spremembe v središču raziskav, imajo vedenjske spremembe večji vpliv na posameznika in njegove bližnje (Kales et al., 2015).

Pri preučevanju demence so se razvili različni teoretični pristopi, ki poudarjajo osebnostne, čustvene in socialne vidike oskrbe.

Teoretični okviri

McCormack in McCance (2003) opozarjata na pomen odnosov pri oskrbi oseb z demenco. Njuna teorija osredotočene obravnave temelji na petih ključnih elementih: predpogoji, delovno okolje, procesi osredotočene obravnave, temeljna načela oskrbe in izidi (McCormack & McCance, 2017). Predpogoji, kot so znanje in vrednote oskrbovalcev, vplivajo na kakovost oskrbe. Proces osredotočene obravnave omogočajo doseganje boljših izidov, kar vodi v bolj smiselno in celostno oskrbo.

Kitwoodov pristop temelji na ohranjanju osebnosti in razumevanju demence kot interakcije med nevrološkimi spremembami, psihološkimi dejavniki in socialnim okoljem (Kitwood, 1997). V nasprotju z biomedicinskim modelom, ki demenco obravnava kot nevrodegenerativno motnjo, Kitwood poudarja psihosocialne dejavnike, ki vplivajo na izraženost simptomov. Maligna socialna psihologija, kot so stigmatizacija, ignoriranje in infantilizacija, lahko poslabša

simptome demence in pospeši kognitivni upad. Nasprotno pa vključujoča oskrba izboljša počutje, zmanjša vedenjske simptome in upočasni napredovanje bolezni (Kitwood, 1997).

Ekmanov model oskrbe temelji na partnerstvu med osebo in zdravstvenimi delavci ter poudarja prilagajanje oskrbe posamezniku (Ekman et al., 2011). Model izvira iz skandinavskega zdravstvenega sistema in vključuje ključne koncepte, kot so spoštovanje posameznikovih vrednot, vključevanje osebe z demenco v odločitve o oskrbi in celostni pristop k obravnavi. Partnerstvo med oskrbovalci, družinskimi člani in osebo z demenco prispeva k bolj kakovostni oskrbi (Edvardsson et al., 2010; Ekman et al., 2011).

Namen in cilji

Namen raziskave je prispevati k razumevanju uporabe teoretičnih pristopov McCormacka & McCancea, Kitwooda in Ekmana pri obravnavi osebe z demenco. Cilj je ugotoviti, katerim elementom teh pristopov formalni oskrbovalci namenjajo največ pozornosti pri svojem delu.

Raziskovalno vprašanje se glasi: Kaj je do zdaj znanega o uporabi treh izbranih teoretičnih konceptov pri delu z osebo z demenco in kako se njihova uporaba odraža v praksi formalnih oskrbovalcev?

METODE

Razširjeni pregled literature je bil izveden po metodologiji Joanna Briggs Institute (2015), ki temelji na modelu Arksey in O'Malley (2005) z nadgradnjami O'Brien et al. (2016). Ta pristop je bil izbran, ker izbrana vsebina še ni bila celovito obravnavana, je heterogena in ni primerna za sistematični pregled. Pregled je vključeval štiri faze: iskanje literature, izbor virov, ekstrakcijo podatkov in sintezo ugotovitev.

Vključitveni kriteriji

Udeleženci: Oseba z demenco v institucionalni ali bolnišnični oskrbi, ki prejema podporo strokovno usposobljenih zdravstvenih ali socialnih delavcev. Pregled zajema študije, ki preučujejo uporabo elementov pristopov McCormack & McCance, Kitwood ali Ekman pri delu formalnih oskrbovalcev.

Kontekst: Institucionalna oskrba v domovih za starejše, bolnišnicah ali domačem okolju v okviru zdravstvene oskrbe in v okviru socialnovarstvenih storitev.

Izključitveni kriteriji

Viri, objavljeni pred letom 1992, saj se koncept Kitwoodovega pristopa prvič pojavi v tem letu. Študije, ki niso v angleškem jeziku.

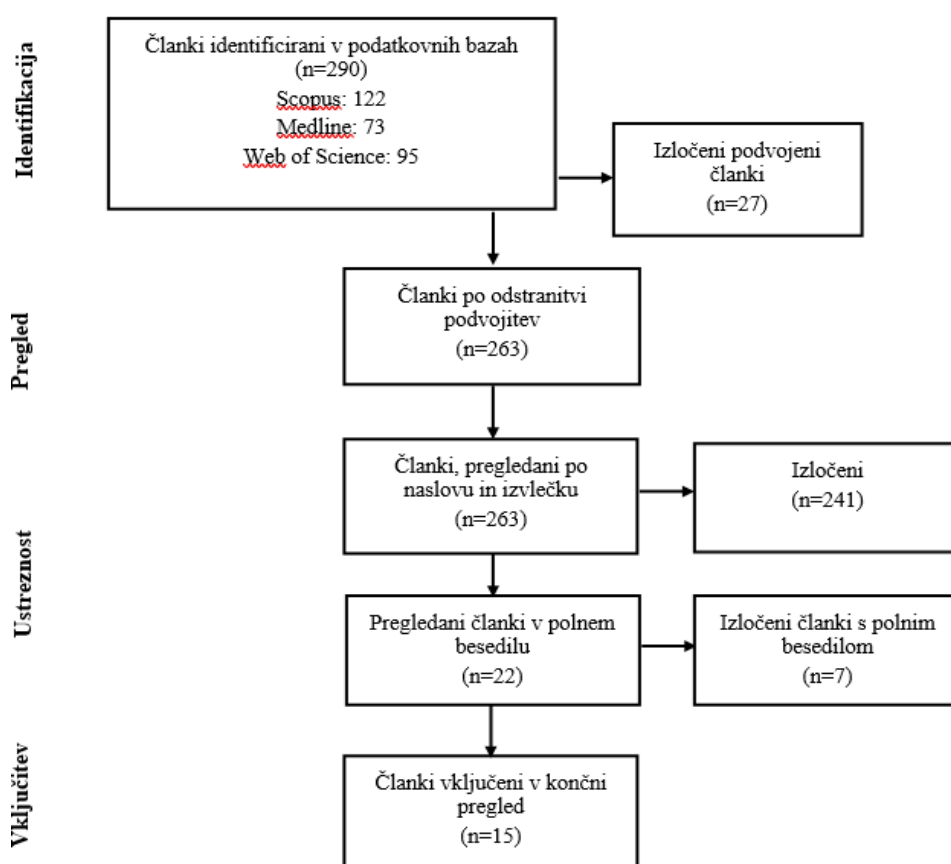
Iskalna strategija

Iskanje literature je bilo izvedeno novembra 2024 v bazah Scopus, Medline in Web of Science. Uporabljena je bila kombinacija ključnih besed, povezanih z Boolovim operaterjem AND: (dementia) AND (formal care) AND (person-centred care).

Z iskanjem smo identificirali 290 virov. Po odstranitvi podvojitvev v orodju Mendeley in pregledu naslovov ter povzetkov smo ohranili 22 člankov, od katerih je bilo na podlagi vsebinske analize v končni pregled vključenih 15 študij. Proces izbire je prikazan s PRISMA diagramom (Moher et al., 2009) (Slika 1) in upoštevajoč vključitvene ter izključitvene kriterije (Tabela 1).

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriteriji/ Criteria	Vključitveni kriteriji/ Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji/ Exclusion criteria
Tema	Person centred care	Ostale oblike dela
Populacija	Obravnava osebe z demenco	Ostale vrste obravnave osebe
Časovni okvir	Po letu 1992	Pred letom 1992
Jezik	Angleščina	Vsi ostali jeziki
Dostopnost člankov	Brez omejitve	Omejen dostop



Slika 1: Diagram poteka pregleda literature po metodologiji PRISMA (Moher et al., 2009)

Rezultati pregleda

V celoti smo prebrali 22 člankov, od katerih smo v končno analizo vključili 15 virov, objavljenih med 2016 in 2024 v naslednjih znanstvenih revijah: Journal of Transcultural Nursing (Bentwich et al., 2018), Journal of Applied Gerontology (Caspar et al., 2019; Mundadan et al., 2023), European Journal for Person-Centered Healthcare (Jones et al., 2016), PLoS ONE (Kadri et al., 2018), Dementia (Kunz et al., 2022), International Journal of Geriatric Psychiatry (Sampson et al., 2020a), Research in Gerontological Nursing (Savundranayagam et al., 2021),

Sociology of Health and Illness (Scales et al., 2017), Gerontologist (Staehler et al., 2022), Geriatric Nursing (Stuart-Röhm et al., 2023), Health Expectations (Stuart-Röhm et al., 2024a), Journal of Music Therapy (Stuart-Röhm et al., 2024b), BMC Geriatrics (Tan et al., 2022), Scandinavian Journal of Caring Sciences (Terkelsen et al., 2020)

Pregledane študije vključujejo različne metodološke pristope: pregled literature (Terkelsen et al., 2020), randomizirana kontrolirana študija (Tan et al., 2022), intervjuji in fokusne skupine (Bentwich et al., 2018; Kadri et al., 2018; Savundranayagam et al., 2021; Stuart-Röhm et al., 2023; Stuart-Röhm et al., 2024b), uporaba avdio- in videoposnetkov (Mundadan et al., 2023), etnografske študije (Scales et al., 2017; Staehler et al., 2022), anketni vprašalniki (Caspar et al., 2019; Kunz et al., 2022), mešane metode (Jones et al., 2016; Sampson et al., 2020a; Stuart-Röhm et al., 2024a).

Za analizo podatkov smo uporabili metodo kodiranja (Vogrinc, 2008), s katero smo besedilo povezali s koncepti posameznih teorij proučevanih pristopov. Tako smo prepoznali ključne elemente McCormack & McCanceovega, Kitwoodovega in Ekmanovega modela, kar odraža osrednji namen naše raziskave.

REZULTATI

V Tabeli 2 so prikazana ključna spoznanja pregledanih virov, vključno z avtorji, raziskovalnim dizajnom in vzorcem.

Identificirali smo 104 kode, ki smo jih združili v pet kategorij:

Osebnostne lastnosti oskrbovalcev – Empatičen pristop in kakovostna komunikacija izboljšujeta oskrbo osebe z demenco (Sampson et al., 2020; Savundranayagam et al., 2021). Oseбно usmerjena komunikacija in intervencije, kot sta petje in uporaba osebnih fotografij, spodbujajo interakcije in povezovanje (Tan et al., 2022; Stuart-Röhm et al., 2024a).

Delovno okolje – Neurejeni delovni pogoji, pomanjkanje osebja in visoke obremenitve vplivajo na kakovost oskrbe. Ključna je podpora vodstva in uporaba učinkovitih strategij za zmanjševanje stresa (Caspar et al., 2019; Stuart-Röhm et al., 2024b).

Zagotavljanje ohranjanja osebnosti osebe z demenco – Individualizirana oskrba in socialni stiki prispevajo k ohranjanju dostojanstva ter zmanjšanju stigme (Mundadan et al., 2023; Caspar et al., 2019). Orodja za načrtovanje oskrbe pomagajo spremljati potrebe in analizirati vedenjske vzorce (Jones et al., 2016; Tan et al., 2022).

Psihosocialni dejavniki – Osredotočenost na posameznika omogoča ohranjanje identitete osebe z demenco in bolj prilagojene oskrbovalne strategije (Bentwich et al., 2018; Terkelsen et al., 2020). Pomemben je kakovosten odnos med oskrbovalcem in osebo z demenco (Mundadan et al., 2023).

Integrirana oskrba – Sodelovanje med izvajalci oskrbe izboljšuje kakovost in zmanjšuje stres pri osebi z demenco in njihovih svojcih (Scales et al., 2017; Sampson et al., 2020). Uporaba glasbe in interdisciplinarno sodelovanje prispevata k boljšemu terapevtskemu učinku (Stuart-Röhm et al., 2024a).

Sinteza analiziranih člankov potrjuje pomen na osebno z demenco osredinjene obravnave, kjer sta ključna celostni pristop in prilagajanje individualnim potrebam osebe z demenco.

Tabela 2: Avtorji, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja

Avtor/ Author	Raziskovalni dizajn/ Research design	Vzorec/ Sample	Ključna spoznanja/ Key insights
Bentwich et al., 2018	Kvalitativna metoda: intervjuji in tematska analiza	20 oskrbovalcev iz 3 kulturnih skupin: židje, rojeni v Izraelu; Arabci, rojeni v Izraelu; ruski priseljenci	Vključevanje strategije normalnosti pripomore k izboljšanju kakovosti življenja osebe z demenco. Poudarja pomembnost čustvenega in socialnega konteksta, da se zmanjša stigma, da se ohranita dostojanstvo in razumevanje ob naslavljanju potreb osebe z demenco.
Caspar et al., 2019	Kvantitativna metoda: anketni vprašalnik	131 oskrbovalcev iz neprofitnih organizacij ZDA in zahodna Kanada	Motivirani negovalci imajo večjo avtonomijo pri odločanju, so bolj senzibilni za individualne potrebe osebe z demenco, kar omogoča, da se oskrba izboljša (pomen dostojanstva in socialne vključenosti).
Jones et al., 2016	Mešana raziskovalna metoda – anketni vprašalnik in serija poglobljenih intervjujev	98 zdravstvenih ali socialnih delavcev 21 udeležencev intervjujev Združeno kraljestvo	Za pripravo načrta prepoznavanja potreb osebe z demenco zaposleni potrebujejo znanje in čas. Za tovrsten način dela je pomembna podpora vodstva in sodelavcev. Prejemanje povratnih informacij o lastnem delu izboljša skrb za osebe z demenco in spodbuja osebje, da izvedejo refleksijo svojega dela.
Kadri et al., 2018	<i>Kvalitativna metoda: polstrukturirani intervjuji</i>	25 zaposlenih v 6 domovih Anglija	Vloga oskrbovalcev v procesu oskrbe je pomembna, a pogosto prezrta. Za uspešno izvajanje tovrstne oskrbe je treba ustvariti delovno okolje, ki oskrbovalcem zagotavlja podporo, usposabljanje in jim da ustrezno priznanje za opravljeno delo.
Kunz et al., 2022	Kvantitativna metode: dve presečni raziskavi z uporabo anketnih vprašalnikov	221 oskrbovalcev Nemčija	Prepričanja oskrbovalcev o demenci vplivajo na način izvajanja oskrbe. Pozitivna miselnost oskrbovalcev zmanjšuje negativne čustvene odzive in spodbuja njihovo empatijo za delo.
Mundadan et al., 2023	Kvalitativna metoda: avdio- in videoposnetki rutin, transkripti in tematska analiza	Posnete rutine med 11 izvajalci oskrbe in 12 uporabniki London, Ontario, Kanada	Pri izvajanju formalnih intervencij z osebo z demenco naj osebje izvaja prilagojeno in usmerjeno komunikacijo, ki je emocionalno podprta, upošteva jezikovne prilagoditve, za kar naj bi se oskrbovalci v skladu s smernicami tudi usposabljali.
Sampson et al., 2020a	Mešane metode: študija izvedljivosti in randomizirana pilotska študija	Osebe z demenco in njihovi oskrbovalci Združeno kraljestvo	Zavedanje pomena izvajanja integrirane oskrbe omogoča neprekinjeno oskrbo, v katero so vključeni različni zdravstveni in socialni sistemi, kar izboljša kakovost življenja osebe z demenco in zagotavlja čustveno podporo svojcem.

Savundra-nayagam et al., 2021	Interpretativna kvalitativna raziskava s fokusnimi skupinami	39 oskrbovalcev Kanada	Delovne pogoje oskrbovalcev, kot sta preobremenjenost in čustvena izčrpanost, je mogoče izboljšati z usposabljanji, kot je usmerjena komunikacija. Ob tem je pomembno upoštevati izzive ob implementaciji naučenega v vsakodnevno delo.
Scales et al., 2017	Kvalitativna metoda: etnografska študija (opazovanje in poglobljeni intervjuji)	Oskrbovalci zaposleni v: - 20 postelj bolnišnične nastanitve; - 65 postelj domska nastanitve Vzhodna Anglija	V praksi je opaziti razkorak med načeli na osebo z demenco osredinjene obravnave in dejanskimi delovnimi pogoji. Ker vloga oskrbovalcev vpliva na kakovost oskrbe, jih je treba opolnomočiti za delo v praksi in ustvariti delovno okolje, ki spodbuja spoštovanje, empatijo in sodelovanje.
Staehler et al., 2022	Kvalitativna metoda: etnografska študija (avdiovizualno opazovanje)	33 posnetkov 9 oseb z demenco v domovih za starejše pri aktivnosti interakcije v času kosila	Za zagotavljanje kakovostne oskrbe je potrebno prepoznavanje in interpretiranje tako verbalnih kot neverbalnih izrazov osebe z demenco ter usposabljanje oskrbovalcev za opazovanje in empatijo.
Stuart-Röhm et al., 2023	Kvalitativna metoda: fokusne skupine polstrukturirani intervjuji opazovanje	8 oskrbovalcev v 2 domovih za ostarele Južna Afrika	Na osebo z demenco osredinjeni protokol obravnave vključujoč glasbeno terapijo v vsakodnevno nego izboljša večino oskrbovalcev, počutje osebe z demenco, medsebojne odnose in olajša oskrbovanje.
Stuart-Röhm et al., 2024a	Mešane metode: delavnice in anketni vprašalnik zaprtega tipa	41 oskrbovalcev v delavnicah in 37 rešenih vprašalnikov Južna Afrika, Cape Town	Na osebo z demenco osredinjena obravnava pomaga implementirati uporabo tehnik terapije z glasbo, kar se kaže v uporabnikovem dobrem počutju, medsebojni povezanosti in izvedljivosti negovanja kljub pomanjkljivemu znanju oskrbovalcev na področju glasbe.
Stuart-Röhm et al., 2024b	Kvalitativna metoda: tematske analize s polstrukturiranimi intervjuji	8 oskrbovalcev v 2 domovih za ostarele Južna Afrika	Izkušnje oskrbovalcev odražajo njihovo znanje in razumevanje bolezni, ko skozi glasbo, upoštevajoč na osebo z demenco osredinjeno obravnavo, spodbujajo izražanje čustev, samozavedanja in samoučinkovitosti.
Tan et al., 2022	Kvantitativna metoda: randomizirana kontrolna študija	90 stanovalcev in njihovih oskrbovalcev iz 14 domov Nizozemska	Uporaba digitalnih fotoaktivnosti spodbudi socialno interakcijo med osebami z demenco in oskrbovalci ter omogoča ustvarjanje globljih povezav pri razumevanju življenjske zgodbe in identitete posameznika.
Terkelsen et al., 2020	Kvalitativna metode: razširjeni pregled literature	19 vključenih člankov od 154 zadetkov	Ne glede na izziv je pri implementaciji Kitwoodovega pristopa za delo z osebami z demenco le-ta ključen za izboljšanje kakovosti njihovega življenja ter za povezovanje osebe z demenco in oskrbovalcev.

DISKUSIJA

Oskrba osebe z demenco se v sodobni praksi vedno bolj usmerja v osebi prilagojene pristope, ki temeljijo na spoštovanju identitete posameznika, njegovih vrednot ter potreb (McCormack & McCance, 2017). Kot poudarjajo Kitwood (1997) in njegovi sodobni nasledniki (Edvardsson et al., 2008; Sampson et al., 2020b), demenca ni zgolj nevrološka motnja, temveč kompleksen psihosocialni pojav, pri katerem kakovost oskrbe, odnosi in okolje pomembno vplivajo na koristi osebe z demenco.

Strokovna usposobljenost in empatija oskrbovalcev sta ključna dejavnika za kakovost oskrbe. Raziskave potrjujejo, da osebnostne lastnosti, kot so empatija, čustvena inteligenca in sposobnost prilagajanja, pomembno vplivajo na zagotavljanje oskrbe, osredinjene na osebo (Savundranayagam et al., 2021). Poleg individualnih značilnosti oskrbovalcev pa je bistvenega pomena tudi podporno delovno okolje. Pomanjkanje osebja, visoka delovna obremenitev ter neurejeni delovni pogoji pogosto vodijo v izgorelost in zmanjšano kakovost oskrbe (Scales et al., 2017). Učinkovito vodstvo in organizacijska podpora, vključno z rednim usposabljanjem in čustveno podporo zaposlenim, dokazano izboljšujeta izvajanje oskrbe, usmerjene na osebo z demenco (McCormack & McCance, 2017).

Ker je vsaka oseba z demenco edinstvena, je ključno razvijati individualizirane pristope, ki ne obravnavajo zgolj kognitivnih težav, temveč upoštevajo tudi socialne in čustvene potrebe (Mundadan et al., 2023). Ohranjanje socialnih interakcij in dostojanstva bistveno vpliva na psihološko stabilnost in splošno počutje osebe z demenco (Sampson et al., 2020). Pri tem ima pomembno vlogo osebno usmerjena komunikacija, ki vključuje tako verbalne kot neverbalne izraze, saj ti služijo kot pokazatelji kakovosti oskrbe (Staehler et al., 2022).

Raziskave potrjujejo, da individualizirani pristopi zmanjšujejo pojav negativnih vedenjskih simptomov, kot sta agitacija in apatija, ter spodbujajo boljšo povezanost med oskrbovalcem in osebo z demenco (Terkelsen et al., 2020). Dodatno so se kot učinkovite izkazale inovativne metode, kot sta uporaba petja in osebnih fotografij, ki prispevajo k poglobljeni socialni interakciji ter izboljšanju kakovosti odnosov (Tan et al., 2022; Stuart-Röhm et al., 2024a).

Ena ključnih ugotovitev sodobnih raziskav je potreba po integrirani oskrbi, ki združuje interdisciplinarno sodelovanje, kontinuirano podporo oskrbovalcem ter večjo vključenost družinskih članov v proces oskrbe (Edvardsson et al., 2008). Študije potrjujejo, da usklajeno delovanje različnih strokovnjakov zmanjšuje stres pri osebi z demenco in njihovih svojcih, obenem pa prispeva k bolj konsistentni in kakovostni oskrbi (McCormack & McCance, 2017).

Učinkovita oskrba temelji na partnerskem pristopu, ki omogoča večjo vključenost osebe z demenco v odločitve o lastni oskrbi, v kolikor je to mogoče (Ekman et al., 2011). Uporaba osebno usmerjene komunikacije, ki temelji na globokem razumevanju čustvenih potreb osebe z demenco, še dodatno krepi pozitiven odnos med oskrbovalci in osebo z demenco, kar vodi k izboljšani kakovosti življenja (Mundadan et al., 2023).

Struktura in organizacija zdravstvene oskrbe imata ključno vlogo pri uspešni implementaciji teoretičnega okvira oskrbe, osredinjene na osebo, kot sta ga razvila McCormack in McCance, saj model ni uporaben le v raziskovalnem kontekstu, temveč tudi v vsakodnevni zdravstveni praksi (Mayer et al., 2020). Njegova široka uporabnost je bila potrjena v različnih kliničnih okoljih, kar poudarjajo tudi Slater in sodelavci (2017).

Kitwoodov model je postal temelj sodobne oskrbe osebe z demenco, saj opozarja na vpliv psihosocialnih dejavnikov in poudarja spoštovanje, dostojanstvo ter individualizirano obravnavo kot ključne sestavine kakovostne oskrbe. Njegov teoretični okvir še danes oblikuje razvoj raziskav, klinične prakse in inovativnih pristopov k oskrbi, osredinjeni na osebo. Številne sodobne študije podpirajo prehod od biomedicinskega modela k celostnemu modelu oskrbe, ki poleg kliničnih simptomov obravnava tudi psihosocialne in čustvene potrebe posameznika (Spector & Orrell, 2010).

V tem kontekstu model Ekmanove in sodelavcev (2011) poudarja, da mora biti oskrba prilagojena posamezniku, pri čemer sta spoštovanje avtonomije in partnerstvo v oskrbi ključna elementa. McCormack in McCance (2017) prav tako izpostavljata, da je učinkovita oskrba, osredotočena na osebo, mogoča le ob kompetentnem in razgledanem zdravstvenem osebju, ki razume kompleksnost potreb osebe z demenco. Pomembno je ustvarjanje podpornega okolja, ki upošteva vedenjske in čustvene spremembe osebe z demenco, kar izboljšuje tako njeno kakovost oskrbe kot njeno dobro počutje (Slater et al., 2017).

Ena izmed ključnih omejitev raziskave je jezikovna omejitev, saj je pregled literature zajemal izključno angleške vire, kar lahko vodi v izpustitev relevantnih raziskav, objavljenih v drugih jezikih. Poleg tega je bila raziskava omejena na izbrane podatkovne baze, kar lahko vpliva na celovitost zbranih podatkov. Prav tako so lahko izbrana ključna iskalna gesla omejila širino pregleda in potencialno izključila nekatere pomembne študije.

Kljub tem omejitvam ugotovitve pregleda prispevajo k boljšemu razumevanju naraščajočega izziva oskrbe osebe z demenco, ki postaja vse bolj pereča tako zaradi naraščanja incidence demence kot zaradi pomanjkanja formalno usposobljenega kadra za izvajanje oskrbe, osredinjene na osebo. Rezultati raziskave napeljujejo na nujnost izboljšanja izobraževanja in usposabljanja strokovnega osebja, sistemske podpore oskrbovalcem ter razvoja celostnih strategij za izboljšanje kakovosti oskrbe osebe z demenco, da se razširi uporabnost predstavljenih konceptov v praksi.

ZAKLJUČEK

Izvedeni pregled literature nam omogoča lažje razumevanje uporabe teoretičnih pristopov na osebo osredinjene obravnave, ki so jim avtorji člankov namenili največ pozornosti. Načela na osebo z demenco osredinjene oskrbe temeljijo na osebnih lastnostih oskrbovalcev in so odraz primerno urejenega in podpornega delovnega okolja vseh vključenih v oskrbo. Sistemsko usklajena na posameznika osredinjena oskrba omogoča zagotavljanje in ohranjanje osebnosti osebe z demenco in naslavljanje psihosocialnih dejavnikov, kot so socialne, čustvene ter psihološke potrebe osebe z demenco.

Za nadaljnje izboljšave v oskrbi je nujno razvijati strategije, ki omogočajo večjo vključenost osebe z demenco v sooblikovanje lastne oskrbe, hkrati pa izboljšati delovne pogoje oskrbovalcev, saj le-ti bistveno vplivajo na kakovost in kontinuiteto oskrbe. Dolgoročno bo učinkovita implementacija osebni prilagojenih in inovativnih pristopov omogočila dvig standardov oskrbe ter prispevala k boljšemu psihosocialnemu počutju tako osebe z demenco kot oskrbovalcev.

LITERATURA

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bentwich, M. E., Dickman, N., Oberman, A., & Bokek-Cohen, Y. (2018). "I Treat Him as a Normal Patient": Unveiling the Normalization Coping Strategy Among Formal Caregivers of Persons With Dementia and Its Implications for Person-Centered Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(5), 420–428. <https://doi.org/10.1177/1043659617745137>
- Caspar, S., Le, A., & McGilton, K. S. (2019). The Influence of Supportive Supervisory Practices and Health Care Aides' Self-Determination on the Provision of Person-Centered Care in Long-Term Care Facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 38(11), 1564–1582. <https://doi.org/10.1177/0733464817750275>
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 9(9), 868–875. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70193-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70193-6)
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2010). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 9(9), 868–875. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70193-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70193-6)
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centred care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Jones, S., Assistant, R., Hamilton, J., & Surr, C. (2016). Monitoring and improving the quality of person-centred care in health and social settings using Dementia Care Mapping (DCM): Staff experiences of implementation barriers and supports Suggested running title: Quality monitoring and improvement with DCM. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1(4), 17–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.5750/ejpc.v4i1.1042>
- Kadri, A., Rapaport, P., Livingston, G., Cooper, C., Robertson, S., & Higgs, P. (2018). Care workers, the unacknowledged persons in person-centred care: A secondary qualitative analysis of UK care home staff interviews. *PLoS ONE*, 13(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200031>
- Kales, S., Strang, V. R., Strang, S., & Ternestedt, B. M. (2015). Meaning of dignity for older adults with dementia in nursing home care. *Dementia*, 14(2), 241–257. <https://doi.org/10.1177/1471301213499003>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Kunz, L. K., Scheibe, S., Wisse, B., Boerner, K., & Zemlin, C. (2022). From dementia mindsets to emotions and behaviors: Predicting person-centered care in care professionals. *Dementia*, 21(5), 1618–1635. <https://doi.org/10.1177/14713012221083392>
- Mast, B. T., Ertle, E. M., Kolanowski, A., Mountain, G., Moniz-Cook, E., & Halek, M. (2022). Person-centered assessment of apathy and resistance to care in people living with dementia: Review of existing measures. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*, 8(1). <https://doi.org/10.1002/trc2.12316>
- Mayer, H., McCance, T., & McCormack, B. (2020). Approaches to sustaining person-centred care in healthcare organisations: A qualitative case study. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1305–1315. <https://doi.org/10.1111/jonm.12999>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley Blackwell.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., Gøtzsche, P. C., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. In *PLoS Medicine* (Vol. 6, Issue 7). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mundadan, R. G., Savundranayagam, M. Y., Orange, J. B., & Murray, L. (2023). Language-Based Strategies that Support Person-Centered Communication in Formal Home Care Interactions with Persons Living with Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 42(4), 639–650. <https://doi.org/10.1177/07334648221142852>
- O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Baxter, L., Tricco, A. C., Straus, S., Wickerson, L., Nayar, A., Moher, D., & O'Malley, L. (2016). Advancing scoping study methodology: A web-based survey and consultation of perceptions on terminology, definition and methodological steps. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1579-z>
- Sampson, E. L., Anderson, J. E., Candy, B., Davies, N., Ellis-Smith, C., Gola, A., Harding, R., Kenten, C., Kupeli, N., Mead, S., Moore, K. J., Omar, R. Z., Sleeman, K. E., Stewart, R., Ward, J., Warren, J. D., & Evans, C. J. (2020a). Empowering Better End-of-Life Dementia Care (EMBED-Care): A mixed methods protocol to achieve integrated person-centred care across settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(8), 820–832. <https://doi.org/10.1002/gps.5251>
- Sampson, E. L., Anderson, J. E., Candy, B., Davies, N., Ellis-Smith, C., Gola, A., Harding, R., Kenten, C., Kupeli, N., Mead, S., Moore, K. J., Omar, R. Z., Sleeman, K. E., Stewart, R., Ward, J., Warren, J. D., & Evans, C. J. (2020b). Empowering Better End-of-Life Dementia Care (EMBED-Care): A mixed methods protocol to achieve integrated person-centred care across settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(8), 820–832. <https://doi.org/10.1002/gps.5251>

- Savundranayagam, M. Y., Docherty-Skippen, S. M., & Basque, S. R. (2021). Qualitative insights into the working conditions of personal support workers in long-term care in the context of a person-centered communication training intervention. *Research in Gerontological Nursing*, 14(5), 245–253. <https://doi.org/10.3928/19404921-20210708-01>
- Scales, K., Bailey, S., Middleton, J., & Schneider, J. (2017). Power, empowerment, and person-centred care: using ethnography to examine the everyday practice of unregistered dementia care staff. *Sociology of Health and Illness*, 39(2), 227–243. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12524>
- Slater, P., McCance, T., & McCormack, B. (2017). The development and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). *International Journal of Nursing Studies*, 76, 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnur-stu.2017.08.005>
- Spector, A., & Orrell, M. (2010). Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 957–965.
- Staehler, M., Benson, C., Block, L., Roberts, T., & Gilmore-Bykovskyi, A. (2022). Verbal and Nonverbal Expressions of Persons Living With Dementia as Indicators of Person-Centered Caregiving. *Gerontologist*, 62(9), 1299–1310. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac012>
- Stuart-Röhm, K., Clark, I., & Baker, F. A. (2023). Development of a person-centered caregiver singing model for formal caregivers of people living with dementia in South Africa: Caregiver-led singing to support person-centered dementia care. *Geriatric Nursing*, 53, 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.08.004>
- Stuart-Röhm, K., Clark, I. N., & Baker, F. A. (2024a). Person-centred caregiver singing for people living with dementia in South Africa: A mixed methods evaluation of acceptability, feasibility, and professional caregivers' experiences. *Health Expectations*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/hex.13915>
- Stuart-Röhm, K., Clark, I. N., & Baker, F. A. (2024b). 'Caregivers' Experiences of a Singing Training Program to Support Person-Centered Dementia Care. *Journal of Music Therapy*. <https://doi.org/10.1093/jmt/thae007>
- Tan, J. R. O., Boersma, P., Ettema, T. P., Aëgerter, L., Gobbens, R., Stek, M. L., & Dröes, R. M. (2022). Known in the nursing home: development and evaluation of a digital person-centered artistic photo-activity intervention to promote social interaction between residents with dementia, and their formal and informal carers. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02632-w>
- Terkelsen, A. S., Petersen, J. V., & Kristensen, H. K. (2020). Mapping empirical experiences of Tom Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. A scoping review. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 34, Issue 1, pp. 6–22). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/scs.12709>
- The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute reviewer's manual: 2015 edition/supplement. The Joanna Briggs Institute.
- Vogrinc, J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- World Health Organization. (2021). Dementia. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

dr. Zalka Drglin
Anja Bohinec, mag. soc. del.
Nacionalni inštitut za javno zdravje
zalka.drglin@nijz.si

NAPREDNE PRAKSE V BABIŠTVU: ZAVEZA ŽENSKAM IN DRUŽINAM

Advanced practices in midwifery: a commitment to women and families

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

67

IZVLEČEK

Uvod: Babištvo definiramo kot strokovno podporo fiziološkim potekom nosečnosti, poroda in porodnega obdobja. Aktualno je raziskovanje razcepa med medikalizirano in spoštljivo, na znanstvenih izsledkih temelječo oskrbo. Slovenija sodeluje v mednarodni raziskavi izkušenj žensk pri porodu IMAGiNE EURO med pandemijo covid-19 in po njej. **Metode:** Prikazani so izbrani rezultati presečne študije o porodni oskrbi v Sloveniji, kot jo doživljajo porodnice, ki so rodile med 1. 3. 2020 in 1. 7. 2021. Zbiranje podatkov poteka s strukturiranim spletnim vprašalnikom; vzorec zajema 2.035 žensk. Raziskavo je odobril institucionalni nadzorni odbor koordinacijskega centra IRCCS Burlo Garofolo Trieste. **Rezultati:** Polovica žensk se med porodom ni smela gibati; 61,4 % ni mogla izbirati porodnega položaja; 30,9 % so naredili epiziotomijo; 31,1 % poroča o nejasni in neučinkoviti komunikaciji, 17,7 % o pomanjkljivem zagotavljanju zasebnosti; 31,1 % ni bilo vključenih v informirano izbiro, 21,5 % ni bilo deležnih spoštljivosti in ohranjanja dostojanstva. **Diskusija in zaključek:** Navedeni izsledki, nacionalni podatki in druge raziskave so skladni; kažejo na potrebo po nadgradnji v napredno babiško prakso. Nujno je poznavanje priporočil SZO in koncepta spoštljive obporodne oskrbe, ki vključujejo: premišljeno rabo smiselnih posegov in opustitev nepotrebnih; uveljavljanje podpore fiziološkemu procesom; dosledno zagotavljanje pravic porodnice. Pogoji za uveljavitev napredne babiške prakse so specifično znanje in veščine babic ter ustrezni pogoji dela. Smiselne bi bile smernice za podporo fiziološkemu porodu, temelječe na izsledkih, vključno z odnosnim vidikom. Potrebne so obdobje raziskave za spremljanje napredka.

Ključne besede: obporodna oskrba, babiška praksa, porodnišnica

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

ABSTRACT

Introduction: Midwifery is defined as professional care for the physiological processes of pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Exploring the divide between medicalized and respectful, evidence-based care is a pertinent and significant area of research. Slovenia is part of the international research project on women's childbirth experiences during the covid-19 pandemic and beyond – IMAGiNE EURO. **Methods:** This study presents selected results from a cross-sectional study on maternity care in Slovenia, as experienced by women who gave birth between March 1, 2020, and July 1, 2021. Data collection is done using a structured online questionnaire; the sample includes 2.035 women. Survey was approved by the Institutional Review Board of the Coordinating Centre The IRCCS Burlo Garofolo Trieste. **Results:** Half of the women had no freedom to move during birth; 61.4% could not choose their birth position; 30.9% had an episiotomy; 31.1% reported unclear and ineffective communication, 17.7% reported insufficient protection of privacy; 31.1% were not involved in informed decision; 21.5% did not experience respect and were not treated with dignity. **Discussion and conclusion:** The reported results, national data, and other studies are consistent and indicate a need for upgrading to advanced midwifery practice. It is crucial to know WHO recommendations and the concept of respectful maternity care, which includes: thoughtful use of meaningful interventions and the elimination of unnecessary ones; support for physiological processes; and consistent protection of women's rights. Guidelines to support physiological childbirth, based on research findings, including relational aspects, would be valuable. Further studies are required to monitor progress.

Key words: Maternity care, midwifery practice, maternity hospital

UVOD

Babištvo definiramo predvsem kot strokovno podporo fiziološkim potekom nosečnosti, poroda in porodnega obdobja. V mednarodnem prostoru se aktualno raziskovanje intenzivno posveča razcepu med še vedno prevladujočo medikalizirano porodno oskrbo in s tem povezanimi neprimernimi praksami in strukturnim nasiljem ter spoštljivo, na znanstvenih izsledkih temelječo obporodno oskrbo. Svetovna zdravstvena organizacija (2018) in Mednarodna zveza babic (2017) poudarjata pomen slednje in si prizadevata za babištvo, osredinjeno na žensko in otroka. Kadar zdrava nosečnica želi fiziološko rojevati in pričakujemo rojstvo zdravega donošenega otroka, je pomembno zagotoviti babiško podporo in oskrbo, ki takemu porodu ustreza. Slovenija sodeluje v mednarodni raziskavi IMAGiNE EURO, v kateri med drugim raziskujemo izkušnje žensk s porodno oskrbo v porodnišnicah med pandemijo covid-19 in po njej. Raziskovanje pomembno prispeva k razumevanju značilnosti sodobne porodne oskrbe, vključno z babištvom.

METODE

V mednarodnem projektu IMAGiNE EURO – Improving Maternal Newborn carE in the European Region smo raziskovali dostopnost, kakovost in vzdržnost zdravstvenih storitev za matere in novorojenčke med pandemijo covid-19. Izvedli smo presečno študijo, ki je bila zasnovana v skladu s smernicami STROBE za presečne študije (von Elm, Altman, Egger, Pocock, Gøtzsche & Vandenbroucke, 2007). Raziskava temelji na kvantitativnem pristopu.

Opis instrumenta

Podatke smo zbirali s strukturiranim spletnim vprašalnikom, ki temelji na dokumentu Svetovne zdravstvene organizacije: *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities* (2016). Vprašalnik je vključeval 40 vprašanj, razdeljenih v štiri glavne kategorije: zagotavljanje oskrbe, izkušnje z oskrbo, razpoložljivost človeških in drugih virov, dodatno področje pa se osredotoča na ključne organizacijske spremembe v povezavi s pandemijo covid-19. Poleg vprašanj o sociodemografskih podatkih je bilo vključeno tudi vprašanje odprtega tipa, v katerem smo ženske povprašali o morebitnih predlogih za izboljšanje kakovosti oskrbe v porodnišnici, kjer so rodile, ali pa za izboljšanje vprašalnika. Podatke smo beležili z uporabo centralizirane platforme za zbiranje podatkov REDCap 8.5.21 - © 2021 Vanderbilt University.

Opis vzorca

K sodelovanju v raziskavi smo povabili ženske, stare 18 let ali več. V vzorec so vključene ženske iz Slovenije, ki so rodile v porodnišnici med 1. 3. 2020 in 1. 7. 2021. Ženske, ki niso izpolnjevale meril ter ženske, ki so rodile zunaj porodnišnice, so bile izključene. Vzorec zajema 2.035 žensk. V raziskavo smo vključili ženske, ki so izpolnjevale določena merila (starost 18 let ali več, razumevanje slovenskega jezika), gre torej za priložnostni in priročni vzorec. Fricker in Schonlau (2002) pojasnjujeta, da so spletne ankete enako veljavne kot druge metode, pri katerih se uporabljajo priložnostni in priročni vzorci; hkrati pa opozarjata, da priročni vzorec omejuje možnost posploševanja rezultatov na širšo populacijo, kar je treba smiselno upoštevati.

Opis poteka raziskave

Raziskavo je odobril nadzorni odbor pri WHO Collaborating Center for Maternal and Child Health Trieste Itay, IRCCS Burlo Garofolo. Pogoji za izpolnjevanje vprašalnika je bila predhodna privolitev ženske v sodelovanje, na voljo so bile vse potrebne informacije. Podatkov, ki bi lahko razkrili osebno identiteto anketirank, nismo zbirali. Anketni vprašalnik smo promovirali na socialnih omrežjih Nacionalnega inštituta za javno zdravje ter na spletni strani programa ZDAJ.

Obdelava podatkov

Najprej smo izvedli deskriptivno analizo, pri kateri smo izračunali absolutne frekvence in odstotke za sociodemografske spremenljivke ter za kazalnike kakovosti (40 kazalnikov, razdeljenih v 4 kategorije). Za namene tega prispevka smo analizirali rezultate kategorij Zagotavljanje oskrbe in Izkušnje z oskrbo. Za dodatno osvetlitev numeričnih podatkov prikazujemo tudi nekatere izbrane odgovore žensk na odprto vprašanje: »Ali imate kakšne predloge za izboljšanje kakovosti oskrbe v ustanovi, kjer ste rodili?« Natančna analiza presega namen tega prispevka. Tu predstavljamo tiste, ki so povezani z babiško oskrbo. Prosti odgovori žensk so označeni z zaporednimi števkami glede na datum izpolnjevanja vprašalnika.

REZULTATI

Najprej prikazujemo izbrane rezultate kategorije Zagotavljanje oskrbe. O opravljeni epiziotomiji – prerezu presredka poroča kar 30,9 % žensk. Na vprašanje »Ali ste imeli v prvi uri po porodu možnost kožnega stika s svojim otrokom?« je 8,8 % žensk odgovorilo z ne. Na vprašanje »Ali ste v prvi uri po porodu poskušali dojiti svojega otroka?« je 8,4 % žensk odgovorilo z ne. V povezavi z dojenjem smo ženske vprašali, ali so se čutile dovolj podprte s strani zdravstvenih strokovnjakov, da bi dojile svojega novorojenčka, 22,6 % jih poroča, da niso bile dovolj/ustrezno

podprte. Ženske smo vprašali, ali so na poporodnem oddelku sobivale z dojenčkom, 23,3 % jih poroča, da dojenčka niso imele pri sebi. Majhen odstotek žensk (4,3 %) poroča, da po porodu niso bile z dojenčkom toliko časa, kot so si želele. 31,7 % žensk poroča, da niso prejele takojšnje pozornosti zdravstvenih strokovnjakov, ko so jo potrebovale.

V nadaljevanju prikazujemo izbrane rezultate kategorije Izkušnje z oskrbo. 51,7 % žensk poroča, da se med porodom niso mogle prosto gibati. Več kot polovica (61,4 %) žensk poroča, da niso imele svobodne izbire glede porodnega položaja. Ženske smo vprašali, ali so zdravstveni strokovnjaki z njimi vzpostavili učinkovito in jasno komunikacijo (npr., ali so zdravstveni strokovnjaki govorili jasno in tako, da so jih razumele, ali so v dialogu preverjali, ali razumejo, kaj so jim povedali), 31,1 % žensk je poročalo o nejasni in neučinkoviti komunikaciji. Enak odstotek žensk je poročal, da niso bile vključene v odločitve, ki se tičejo njih samih; torej da jih zdravstveni strokovnjaki niso vprašali za soglasje, da niso upoštevali njihove avtonomije ter da jim niso dali jasnih pojasnil glede oskrbe in zdravljenja. 21,5 % žensk poroča, da niso bile deležne dostojanstvene in spoštljive obravnave. 29,9 % žensk poroča, da med porodom niso prejele čustvene podpore in da zdravstveni strokovnjaki niso pokazali pozornosti ali empatije do njihovega čustvenega stanja ter da jim niso nudili podpore, da bi se počutile bolje. Ženske smo vprašali, ali so zdravstveni delavci varovali njihovo zasebnost; npr., ali so se pogovarjali o zasebnih informacijah, tako da jih drugi niso mogli slišati. 17,7 % žensk poroča o pomanjkljivem varovanju zasebnosti. Anketirane smo vprašali, ali so bile deležne kakršnekoli oblike telesne zlorabe (neprimerno dotikanje in/ali dotikanje brez dovoljenja, potiskanje, pretepanje, udarjanje, ščipanje, fizično omejevanje ali zapiranje ust), verbalne zlorabe (kričanje, žaljenje, grobo govorjenje) ali čustvene zlorabe (npr. zanemarjanje, norčevanje ali da so nanje »pozabili«); 11 % žensk poroča o tovrstni zlorabi/nasilju s strani zdravstvenih strokovnjakov.

Ženske v svojih pripombah in predlogih na odprto vprašanje *»Ali imate kakšne predloge za izboljšanje kakovosti oskrbe v ustanovi, kjer ste rodili?«* poudarjajo predvsem odnosni vidik – omenjajo potrebo po več človeškosti, na primer: *»Da bi starejše babice bile bolj vljudne, razumljive in človeške do svojih pacientov.«* (1170) Ali: *»Prisotnost partnerja bi morala biti omogočena ves čas, odnos babice bi lahko močno spremenil mojo izkušnjo s porodom ... zaradi nje je bila zelo negativna. Na oddelku neprimeren odnos sester in nič pomoči pri dojenju.«* (1497) S kakovostjo odnosa je povezana tudi možnost vzpostavitve in ohranjanja sodelovanja v obliki neprekinjene babiške oskrbe, kot povzema ena izmed anketirank: *»Uvedba kontinuirane babiške oskrbe. Avtonomija babicam.«* (1115) Nekatere izpostavljajo svoje zadovoljstvo: *»Kljub situaciji sem bila z vsemi zaposlenimi zelo zadovoljna, posebno z babico ♥.«* (381) V prostih odgovorih ženske izražajo tudi potrebo po večji čustveni podpori, na primer: *»Pričakovala sem več čustvene podpore in razumevanja sebe kot osebe, več komunikacije s strani osebja o poteku poroda«* (980), ali: *»Bolj prijazne nekatere babice, ki nas imajo za številko in hitijo naprej brez občutka, da gremo prvič skozi tako stresno situacijo. Sestre na oddelku (predvsem glavna) bi lahko razvile čut za empatijo, si vzele minutko več za pogovor in pomoč.«* (1039)

DISKUSIJA

Izsledki raziskave IMAGiNE EURO o praksah porodne oskrbe in odnosu, kot so jih doživele porodnice, nacionalni podatki in druge raziskave na tem področju so medsebojno skladni in kažejo na potrebo po nadgradnji babiške obravnave (Drglin, 2007; NIJZ, 2020; Drandić idr., 2022). Za to potrebujemo poglobljeno poznavanje priporočil Svetovne zdravstvene organizacije in drugih relevantnih smernic za fiziološki porod (WHO, 2018; NICE, 2023). Ti usmerjajo v

bolj premišljeno rabo smiselnih postopkov in posegov, kot je na primer epiziotomija, in opustitev nepotrebnih; v aktivnejša prizadevanja za polno uveljavljanje praks porodne oskrbe, ki so dokazano v podporo fiziološkim procesom; kot so omogočanje gibanja in različnih položajev med porodom ter takojšnjega in dolgotrajnega neposrednega kožnega stika med materjo in novorojenčkom.

Sodobna znanstvena spoznanja so nedvoumna: porodna oskrba kratkoročno in dolgoročno vpliva na zdravje in kakovost življenja matere in otroka (WHO, 2018). Dobra babiška porodna oskrba mora temeljiti na potrebah porodnice in novorojenčka. Babica naj bi prisluhnila posameznici in njenim vedno individualnim lastnostim in okoliščinam in ustrezno prilagodila porodno podporo in pomoč; tako bo vstop v materinstvo kakovostnejši. Temeljni pogoj za dobro obporodno skrb je spoštljivo sodelovanje med porodnico in zdravstvenimi strokovnjaki, skupen cilj vseh sodelujočih pa je varna in učinkovita oskrba porodnice in otroka. V sodobni strokovni in znanstveni literaturi je spoštljiva obporodna skrb deležna velike pozornosti in predstavlja nadgradnjo prizadevanj za dobre zdravstvene izide poroda. Izboljševanju kakovosti porodne oskrbe se posveča tudi Svetovna zdravstvena organizacija (2018), ki poudarja, da pri izidih poroda poleg telesnega zdravja matere in novorojenčka šteje tudi njeno in otrokovo duševno zdravje in dobro počutje, ki so povezani s tem, kako zadovoljujoča je porodna izkušnja.

Podatki raziskave IMAGiNE EURO o izkušnjah z oskrbo kažejo številne vrzeli na področju odnosa: mdr. pomanjkljivosti glede zagotavljanja dostojanstva, informirane izbire, spoštovanja, učinkovite in jasne komunikacije. Anketiranke odnos tudi v prostih odgovorih še posebej izpostavljajo, poudarjajo potrebo po empatiji, čustveni podpori in spoštovanju, kar je v skladu z drugimi raziskavami (Bohren idr., 2015). Ko ženske opisujejo svoje doživljanje babice, jasno kažejo, kako pomembna je babiška vloga v teh izjemnih življenjskih izkušnjah: porodnice govorijo o izrednem pomenu povezanosti s tistimi, ki so jo obkrožali med porodom, o hvaležnosti za podporo, o izpolnitvi in globokem občutenju moči ali pa o neustreznem odnosu, zaradi katerega so oškodovane in globoko ranjene ali celo travmatizirane. Kakovosten odnos mora vključevati pravice porodnice, ki poudarjajo avtonomijo ženske. Pravice porodnice so neodtujljive, ženski pripadajo brezpogojno, vključujejo sodobna in strokovno utemeljena zdravstvena priporočila, temeljijo na človekovih in pacientovih pravicah ter reproduktivnih pravicah žensk, mednarodnih resolucijah in priporočilih SZO (2018), UNICEF & SZO (2018), ICM (2017), FIGO (2021).

Raziskava je bila izvedena v času pandemije covid-19, ko so bili nekateri pogoji za zagotavljanje optimalne porodne oskrbe težje uresničljivi. Vpliv izrednih epidemioloških razmer, vključno z omejitvijo prisotnosti partnerja pri porodu in obveznim nošenjem mask, je do določene mere sooblikoval izkušnje porodnic; kar je smiselno upoštevano pri interpretaciji rezultatov.

ZAKLJUČEK

Izsledki mednarodne raziskave IMAGiNE EURO o porodnih praksah v Sloveniji potrjujejo obstoj razcepa med medikalizirano in spoštljivo, na znanstvenih izsledkih temelječo oskrbo. Za babištvo je ključna zavezanost med žensko in otrokom. Sestavni deli napredne babiške prakse, ki jo potrebujemo tudi v Sloveniji, so na izsledkih utemeljeno babištvo, spoštljiva obporodna oskrba ter dosledno zagotavljanje pravic porodnice. Nujna je krepitev aktivnosti za njeno uveljavljanje, pogoj so specifično znanje in veščine babic ter ustrezni pogoji babiškega dela. Smiselne bi bile smernice za podporo fiziološkemu porodu, temelječe na izsledkih, vključno z odnosnim vidikom. Pomembne so obdobje raziskave za spremljanje napredka.

LITERATURA

- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Drandić, D., Hartmann, K., Barata, C., & Torguet, R. (2022). Parent organizations' experiences of the pandemic response in maternity care in thirteen European countries. *European journal of midwifery*, 6, 71. <https://doi.org/10.18332/ejm/156902>
- Drglin, Z. (2007). Rojstna mašinerija teče častni krog. Prispevki k teoriji rojstva. V Z. Drglin (ur.), *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem* (str. 9-13). Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales.
- Fricker, R. D., & Schonlau, M. (2002). Advantages and Disadvantages of Internet Research Surveys: Evidence from the Literature. *Field Methods*, 14(4), 347-367. Pridobljeno 14. 2. 2025 s <https://doi.org/10.1177/152582202237725>
- International Confederation of Midwives. (2017). *Bill of Rights for Women and Midwives*. International Confederation of Midwives. Pridobljeno 14. 2. 2025 s https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/cd2011_002-v-2017-eng-bill_of_rights-2.pdf
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2021). *FIGO Statement: Ethical Framework for Respectful Maternity Care During Pregnancy and Childbirth*. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Pridobljeno 12. 2. 2025 s https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Ethical-Framework-Respectful-Maternity-Care-During-Pregnancy-Childbirth_0.pdf
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). *Porodi in rojstva v Sloveniji 2016 – 2018*. Pridobljeno 18. 4. 2025 s https://nizj.si/wp-content/uploads/2022/07/porodi_in_rojstva_v_sloveniji_2007-2018.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum Care*. National Institute for Health and Care Excellence. Pridobljeno 14. 2. 2025 s <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
- Unicef, World Health Organization. (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Unicef, World Health Organization. Pridobljeno 11. 2. 2025 s <https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Annals of internal medicine*, 147(8), 573–577. Pridobljeno 10. 2. 2025 s <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
- World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. World Health Organization. Pridobljeno 14. 2. 2025 s <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
- World Health Organization. (2018). *WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. Pridobljeno 14. 2. 2025 s <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

viš. pred. dr. Vesna Čuk¹
doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik¹
doc. dr. Tanja Rupnik Vec^{1,2}

¹ Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

² Andragoški center Slovenije
cukawa@gmail.com

SAMOOCENA KOMUNIKACIJSKIH VEŠČIN ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE

Nursing students' self-assessment of therapeutic communication competencies

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I I

73

IZVLEČEK

Uvod: Veščča, učinkovita in empatična komunikacija je ena temeljnih vešččin zdravstvenih delavcev, zato predstavlja ključni koncept učenja študentov zdravstvene nege. Vešččina jasnega in natančnega, obenem pa empatičnega komuniciranja je bistvenega pomena za varno in učinkovito oskrbo pacientov. V raziskavi ugotavljamo samooceno komunikacijskih vešččin študentov, njihova prepričanja o vlogi komunikacije v odnosu s pacientom ter stopnjo empatije. Zanimale so nas razlike na lestvicah med študenti glede na status (redni in izredni), delovne izkušnje ter starost. **Metode:** Izvedena je bila kvantitativna raziskava, na vzorcu 56 študentov dodiplomskega študija zdravstvene nege. Študenti so po opravljenih predavanjih in vajah pri predmetu Komunikacija v zdravstveni negi izpolnili tri merske instrumente: Vprašalnik samoocene komunikacijskih vešččin, Vprašalnik prepričanj o vlogi komunikacije v zdravstveni negi ter Vprašalnik empatije. Vsi trije instrumenti so izkazali visoko notranjo konsistentnost, kar kaže na visoko zanesljivost merskih instrumentov. Izvedene so bile deskriptivne in inferenčne statistične metode. **Rezultati:** Izračuni so pokazali, da študentje zdravstvene nege visoko vrednotijo lastne komunikacijske vešččine. Našli smo statistično značilne razlike na lestvici komunikacijskih vešččin in prepričanj o vlogi komunikacije med rednimi in izrednimi študenti, pri čemer dosegajo redni študentje na obeh lestvicah višje rezultate od izrednih študentov ($t_{SKV} = 2,95$, $p = 0,005$; $t_{PoK} = 2,97$, $p = 0,006$). Velikost razlike sodi med velike učinke ($d_{SKV} = 0,80$, $d_{PoK} = 0,78$). **Diskusija in zaključek:** Iz rezultatov so razvidne visoke samoocene študentov pri vseh treh faktorjih, obenem pa se postavlja vprašanje, kako učinkoviti so v resničnih situacijah. Učenje komunikacije je za vzpostavljanje strokovne, varne in učinkovite obravnave ključno. Izsledki raziskave tako lahko nudijo dragocene smernice za vključevanje osredotočene intervencije za krepitev komunikacijskih kompetenc.

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

Ključne besede: komunikacijske veščine, medsebojni odnosi, študij zdravstvene nege, prilagodljivost, učenje

ABSTRACT

Introduction: Skilled, effective, and empathetic communication is one of the core competencies of healthcare professionals and thus represents a key concept in nursing education. The ability to communicate clearly and accurately, while maintaining empathy, is essential for ensuring safe and effective patient care. This study investigates nursing students' self-assessment of communication skills, their beliefs about the role of communication in patient relationships, and their levels of empathy. We also examined differences across scales based on student status (full-time vs. part-time), work experience, and age. **Methods:** A quantitative study was conducted with a sample of 56 undergraduate nursing students. After completing lectures and practical sessions in the course »Communication in Nursing«, students filled out three measurement instruments: the Self-Assessment of Communication Skills Questionnaire, the Beliefs about the Role of Communication in Nursing Questionnaire, and the Empathy Questionnaire. All three instruments demonstrated high internal consistency, indicating strong reliability. Descriptive and inferential statistical analyses were performed. **Results:** Findings indicate that nursing students rated their communication skills highly. Statistically significant differences were found in communication skills and beliefs about communication between full-time and part-time students, with full-time students scoring higher on both scales ($t_{SKV}=2.95$, $p=0.005$; $t_{PoK}=2.97$, $p=0.006$). The effect sizes were large ($d_{SKV} = 0.80$, $d_{PoK} = 0.78$). **Discussion and conclusion:** The results show high self-assessments across all three factors, raising the question of how these competencies translate into real-life practice. Learning communication skills is crucial for delivering professional, safe, and effective care. The findings provide valuable guidance for incorporating targeted interventions to strengthen communication competencies in nursing education.

Key words: communication skills, interpersonal relationships, nursing education, adaptability, learning

UVOD

Medicinske sestre in drugi izvajalci zdravstvene nege opravljajo širok spekter nalog, ki vključujejo varovanje zdravja, izvajanje zdravstvene nege in oskrbe ter uporabo specifičnih znanj, veščin in načel pri vsakodnevnem delu s pacienti (Ažman & Prestor, 2021; European Federation of Nurses Associations, 2015). Ker je zdravstvena nega poklic, ki temelji na neposrednem stiku z ljudmi, je razvoj in poučevanje komunikacijskih veščin ena izmed temeljnih kompetenc, ki jih v času izobraževanja pridobijo študenti. Klinično usposabljanje omogoča prenos teoretičnih znanj v prakso, pri čemer se študenti srečujejo z realnimi situacijami, ki zahtevajo učinkovito komunikacijo in sposobnost interakcije s pacienti ter zdravstvenim timom (Mercan & Mersi, 2025). Lin et al., (2024) in Amsari et al., (2024) poudarjajo, da je učenje proces trajnih sprememb v vedenju, znanju, razumevanju in spretnostih, ki niso zgolj posledica fizičnega razvoja, temveč rezultat aktivnega udejstvovanja v učnem procesu. Študijsko okolje mora zato študentom omogočiti aktivno učenje, pri čemer klinični mentorji in učitelji igrajo ključno vlogo pri zagotavljanju podpornega okolja za razvoj profesionalnih kompetenc, da lahko prevzemajo nadzor nad svojim učenjem in prenosom znanje v prakso (Berg & Lepp, 2023). Teorija medosebni odnosov Hildegard Peplau predstavlja temeljni okvir za razumevanje in razvijanje

komunikacijskih veščin v klinični praksi študentov zdravstvene nege (Peplau, 1952). Ta model poudarja dinamičnost odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom, ki se razvija skozi več faz interakcije in temelji na aktivnem poslušanju, empatiji ter zaupanju (Atta et al., 2024). Proces učinkovite komunikacije ni zgolj prenos informacij, temveč vključuje tudi razumevanje čustev, potreb in doživljanja pacienta ter ustrezne odzive zdravstvenega delavca (Bregar, 2022), kar študenti lahko izkusijo le v kliničnem okolju, kjer so v dejanskem stiku s pacientom. Študenti zdravstvene nege se učijo, kako uporabiti verbalne in neverbalne komunikacijske strategije za vzpostavljanje terapevtskega odnosa s pacienti. Pomembno je, da razvijejo sposobnost prepoznavanja pacientovih potreb, izražanja empatije in vzdrževanja jasne, razumljive ter spoštljive komunikacije (Babai et al., 2021). Samoocenjevanje komunikacijskih veščin je ključni element reflektivne prakse in omogoča študentom, da analizirajo lastne izkušnje, prepoznajo področja, kjer so uspešni, ter tiste, ki jih je treba izboljšati (Patel, 2023). Poleg tega jim omogoča vpogled v lastne komunikacijske vzorce in prispeva k njihovemu profesionalnemu razvoju. Učinkovita komunikacija v zdravstveni negi je ključni element kakovostne in varne oskrbe, saj vpliva na terapevtski odnos s pacientom, preprečevanje nesporazumov in izboljšanje zdravstvenih izidov (Mersha et al., 2023). Zato je nujno, da študenti zdravstvene nege že v času izobraževanja aktivno izvajajo samorefleksijo in samovrednotenje svojih komunikacijskih veščin, kar jim omogoča kontinuirano ali nenehno izboljševanje in profesionalno rast v prihodnji praksi. Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege. Temeljni namen raziskave je ugotoviti, kako študentke in študentje ocenjujejo lastne komunikacijske veščine.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativna metoda.

Opis instrumenta

Vprašalnik je bil sestavljen iz 53 postavk, ki so vključevale tri lestvice ter sklop sociodemografskih vprašanj. Na vsaki postavki je vprašani ocenil stopnjo strinjanja na 5-stopenjski lestvici.

- **Lestvica samoocene veščin komunikacije** (25 postavk, npr.: »Pacientu pomagam pri identifikaciji problemov in ciljev zdravljenja«, »Pacienta spodbujam, da govori o sebi, svojih čustvih in občutkih«, »Pacientu dajem konstruktivno povratno informacijo«), vprašani lahko na tej lestvici doseže od 25 do 125 točk.
- **Lestvica prepričanj o komunikaciji** (11 postavk, npr.: »Pristno zanimanje za pacienta je temelj zaupanja«, »Zdravstveni delavci morajo pri obravnavi pacienta upoštevati vse dejavnike, ki vplivajo na njihove odločitve«), vprašani je na tej lestvici lahko dosegel od 11 do 55 točk.
- **Lestvica sposobnosti vživljanja oz. empatije** (11 postavk, npr.: »Skušam razumeti razloge za čustvovanje drugega« ali »Vedno si prizadevam razumeti situacijo s perspektive sogovornika«), vprašani lahko doseže od 11 do 55 točk.
- **Sociodemografske karakteristike vprašanega** (6 postavk): status študenta (redni/izredni), zaposlenost, spol, delovna doba, starost, izkušnja s terapevtsko komunikacijo.

Instrument ima vsebinsko veljavnost, postavke izhajajo iz teorije o medosebni komunikaciji v terapevtskem okolju (Peplau, 1952) in poznavanja komunikacijskih veščin ter značilnosti empatije (Myrick D. & Erney T, 1984 v Varcarolis, 2006). Trditve smo konstruirali na temelju teorije, udeleženci raziskave pa so na 5-stopenjski lestvici ocenjevali strinjanje z njimi. Cronbach alfa za posamezne lestvice znaša: Samoocena komunikacijskih veščin (SKV): Cronbach α = 0,987; Prepričanja o komunikaciji (PoK): Cronbach α = 0,977; Empatija (E): Cronbach α = 0,726).

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili 56 študentk in študentov prvega letnika v programu Zdravstvena nega. Vključili smo študente rednega študijskega programa ($n = 23$) in študente izrednega študijskega programa ($n = 33$). V vzorcu je bilo 8 moških in 48 žensk, z delovno dobo od 0 do 25 let. O izkušnji z uporabo terapevtske komunikacije je poročalo 52 anketiranih.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Z raziskavo je soglašala etična komisija Fakultete za zdravstvene vede v Celju. Študentke in študentje so bili k reševanju vprašalnika povabljeni v kontekstu predmeta Komunikacija v zdravstvu. Spletni vprašalnik smo oblikovali v aplikaciji 1KA. Podatke smo izvozili v program SPSS27 za okolje Windows ter jih statistično obdelali. Uporabili smo deskriptivne in inferenčne statistične metode: frekvenčna distribucija, aritmetično sredino, standardno deviacijo, T-test za neodvisne vzorce, Cohenov d koeficient ter regresijsko analizo. Kot mejo statistične značilnosti smo postavili 0,05.

REZULTATI

Samoocena komunikacijskih veščin, prepričanja o vlogi komunikacije ter samoocena empatije

Na lestvici komunikacijskih veščin dosegajo študentje v povprečju 109,73 ($n=56$, $SD = 9,94$) od 125 možnih točk (74,73 %), na lestvici samoocene empatije dosegajo v povprečju 44,43 ($n = 55$, $SD = 4,83$) od 55 točk (75,97 %), na lestvici prepričanj o vlogi komunikacije pa 50,00 ($n = 56$, $SD = 4,43$) od 55 točk (88,6 %). Na lestvici samoocene veščin komunikacije je najnižji dosežek 82 (57 %), najvišji pa 125 točk (100 %), na lestvici empatije je najnižji dosežek 34 oz. 52,27 % točk ($n = 55$, $SD = 4,83$ %), najvišji pa 54 (97,7 % točk), na lestvici prepričanj o vlogi komunikacije v odnosu pacient – zdravstveni delavec je najnižji rezultat 41 (68,18 % točk, najvišji pa 55 (100 %) vseh možnih točk.

Iz rezultatov je razvidno, da študentje v povprečju zelo visoko samoocenjujejo poznavanje veščin terapevtske komunikacije kot tudi uporabo empatične komunikacije v kliničnem okolju.

Razlike v samooceni na treh lestvicah glede na študijski status ter delovne izkušnje

V drugem delu nas je zanimalo, ali so razlike med študenti v samooceni na treh preučevanih lestvicah glede na študentski status, delovne izkušnje in starost statistično značilne ter kakšna je velikost teh razlik.

Glede na študijski status (redni vs. izredni študentje) smo našli statistično značilne razlike na lestvici samoocene komunikacijskih veščin ter lestvici prepričanj o pomenu komunikacije med pacientom in zdravstvenim delavcem (Tabela 1). Lastne komunikacijske veščine v povprečju višje ocenjujejo redne študentke in študentje ($= 114,13$, $SD = 9,09$, $n= 23$) od študentov, vpisanih v izredni študij ($= 106,67$, $SD = 9,45$, $n= 33$). Razlika, merjena s Cohenovim d koeficientom, je velika ($d = 0,80$). Redni študentje ($= 51,91$, $SD = 3,55$, $n= 23$) so na lestvici prepričanj o pomenu komunikacije med pacientom in zdravstvenim delavcem dosegli v povprečju višji rezultat od izrednih študentov ($= 48,66$, $SD = 4,53$, $n = 33$). Razlika sodi v kategorijo velikih razlik ($d = 0,78$).

Na lestvici samoocene veščin empatije pa med rednimi in izrednimi študenti ni statistično značilnih razlik.

Tabela 1: Prikaz statističnih značilnosti razlik med rednimi in izrednimi študenti v dosežkih na treh lestvicah

	t	df	Sig. (2-tailed)	Razlika aritm. sredin	Standardna napaka
komunikac_ veščine	2,951	54	0,005*	7,464	2,529
prepričanja	2,869	54	0,006*	3,246	1,132
empatija	1,307	53	0,197	1,716	1,313

Legenda: * razlika je statistično značilna na nivoju 0,01, t – vrednost T testa, df – stopnja prostosti, sig. – statistična značilnost

Med *zaposlenimi in nezaposlenimi študenti* oz. tistimi z delovnimi izkušnjami ter tistimi, ki delovnih izkušenj še nimajo na nobeni od lestvic ni bilo statistično značilnih razlik: na lestvici samoocene veščin komunikacije so zaposleni dosegli v povprečju 107,33 točke ($n = 27$, $SD = 8,73$), nezaposleni pa 111,96 točke ($n = 29$, $SD = 10,60$). Razlika ni statistično značilna ($t = -1,77$, $df = 54$, $p = 0,081$). Na lestvici prepričanj o vlogi komunikacije so zaposleni študentje dosegli 49,26 točke ($n = 27$, $SD = 4,46$), nezaposleni pa 50,69 točke ($n = 29$, $SD = 4,36$). Razlika ni statistično značilna ($t = -1,21$, $df = 54$, $p = 0,231$). Na lestvici samoocene veščin empatije so zaposleni študentje dosegli v povprečju 43,38 točke ($n = 27$, $SD = 5,15$), nezaposleni študentje pa 45,38 točke ($n = 29$, $SD = 4,40$). Razlika ni statistično značilna ($t = -1,54$, $df = 53$, $p = 0,128$).

Ugotovili smo, da med zaposlenimi in nezaposlenimi študenti ni bilo statistično značilnih razlik na lestvicah samoocene komunikacijskih veščin, prepričanj o vlogi komunikacije in empatije, kar nakazuje, da zaposlitveni status med študijem ni ključni dejavnik pri oblikovanju izpostavljenih veščin. Prav tako nismo našli statistično značilnih razlik glede na starost.

Vpliv prepričanj o komunikaciji ter samoocene empatije na samooceno komunikacijskih veščin študentov

Iz rezultatov je razvidno, da je prepričanje o pomenu komunikacije najmočnejši napovedni dejavnik samoocene komunikacijskih veščin, saj ima največji vpliv ($\beta = 0,52$, $p < 0,001$). To pomeni, da študenti, ki komunikacijo dojemajo kot ključno sestavino zdravstvene nege, tudi višje ocenjujejo svoje komunikacijske veščine. Vpliv empatije na samooceno veščin komunikacije je bil manj izrazit ($\beta = 0,296$, $p = 0,011$). Podatke prikazujemo v tabeli 2.

Tabela 2: Povezanost prepričanj o pomenu komunikacije in samoocene empatije na samooceno komunikacijskih veščin

	B	Std. nap	β	t	sig.
	24,530	11,837		2,072	0,043
prepričanja	1,159	0,251	0,516	4,624	<0,001
empatija	0,613	0,231	0,296	2,654	0,011

Odvisna spremenljivka: Samoocena komunikacijskih veščin

Ti rezultati nakazujejo pomembnost krepitve tako pozitivnih prepričanj o pomenu komunikacije kot empatijo v procesu izobraževanja, saj obe skupini značilnosti posameznika vplivata na bolj pozitivno samoznavo komunikacijskih veščin.

DISKUSIJA

Ugotovili smo, da študenti zdravstvene nege komunikaciji na relaciji zdravstveni delavec- pacient v kliničnem okolju v procesu zdravstvene oskrbe pripisujejo pomembno vlogo. To potrjuje pomembnost vključevanja sistematičnega poučevanja komunikacijskih veščin v kurikulum zdravstvene nege, saj so te ključnega pomena za varno in učinkovito oskrbo pacientov (Farina et al., 2024). Učenje v psihološko varnem okolju ter razvoj samorefleksije študentom omogočata pridobitev potrebnih veščin za terapevtsko komunikacijo med pacienti in zdravstvenimi delavci (Jaastad et al., 2022). Samoučinkovitost kot ključni element socialne kognitivne teorije odraža posameznikovo zaznavanje lastne sposobnosti izvajanja določene naloge (Bandura, 1997). V raziskovalnem modelu smo potrdili, da prepričanja o pomembnosti komunikacije najmočnejše vplivajo na samooceno komunikacijskih veščin, medtem ko je bil vpliv empatije manj izrazit. To potrjuje, da so prepričanja o komunikaciji ključna za samozaznano kompetentnost študentov, kar sovпада z ugotovitvami Escribano et al., (2022), ki poudarjajo, da vrednotenje komunikacijskih veščin preko lestvic samoučinkovitosti omogoča oceno pripravljenosti študentov na terapevtsko komunikacijo in identifikacijo področij za izboljšave. Študenti, ki se učijo in razumejo pomen komunikacije v zdravstveni negi, razvijajo osebne lastnosti, ki jim omogočajo vzpostavljanje empatičnega odnosa s pacienti (Beckstrom & Farrow, 2024). Samoocenjevanje študentov, ki spodbuja samorefleksijo in kritično presojo lastnih sposobnosti, predstavlja ključen dejavnik pri oblikovanju in razvoju kompetenc za učinkovito terapevtsko komunikacijo (Arribas-Marín et al., 2024). Študenti, ki pozitivno vrednotijo lastno uspešnost in učinkovitost, razvijejo večjo samozavest in trdna prepričanja glede lastne samoučinkovitosti v komunikaciji s pacienti (Arribas-Marín et al., 2024). Farine et al., (2024) dodatno opozarjajo na pomen poučevanja komunikacijskih veščin v programih zdravstvene nege, saj ugotavljajo, da je v ZDA neučinkovita komunikacija povezana z 80 % zdravstvenih napak. Učenje s simulacijami in programi, usmerjeni v usposabljanje komunikacije, se tako izkazujejo kot ključne strategije za izboljšanje komunikacijskih kompetenc študentov. V naši raziskavi so študenti visoko ocenili svoje komunikacijske veščine, vendar rezultati kažejo, da zaposlitveni status med študijem ni imel statistično značilnega vpliva na njihovo samooceno komunikacijskih veščin, prepričanja o komunikaciji in empatijo. To kaže, da klinična izpostavljenost sama po sebi ne zadostuje za izboljšanje komunikacijskih veščin, temveč sta potrebna usmerjeno poučevanje in refleksija, kar se je v procesu poučevanja in učenja na proučevani skupini tudi izvajalo. Ob tem se postavlja vprašanje, kako v izobraževalne programe zdravstvene nege še bolj učinkovito integrirati sistematično razvijanje komunikacijskih veščin. Na podlagi raziskav (Arribas-Marín et al., 2024; Čuk & Poredoš, 2023; Jaastad et al., 2022) in naših ugotovitev lahko sklepamo, da so ključni dejavniki pri razvoju teh kompetenc: strukturirano učenje komunikacije, refleksija o lastnih komunikacijskih sposobnostih, spodbujanje pozitivnih prepričanj o pomenu komunikacije ter praktične izkušnje v varnem učnem okolju. Nadaljnje raziskave bi morale preučiti dolgoročne učinke različnih učnih metod na razvoj komunikacijskih veščin in njihov vpliv na klinično prakso.

Kljub vsemu smo imeli za posploševanje podatkov na celotno populacijo študentov zdravstvene nege premajhen vzorec, kar predstavlja ključno omejitev raziskave.

ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo potrdili, da so prepričanja o pomembnosti komunikacije pomemben napovedni dejavnik pri samooceni komunikacijskih veščin študentov zdravstvene nege, medtem ko

se je vpliv empatije izkazal za statistično značilnega, a manj izrazitega. Ugotovitve sovpadajo z rezultati drugih avtorjev, ki poudarjajo vlogo notranjih prepričanj in osebnostnih značilnosti pri razvoju komunikacijskih kompetenc v zdravstveni negi. Kljub temu pa je treba interpretacijo rezultatov izvajati previdno, saj primerjave z drugimi študijami otežuje dejstvo, da ti avtorji niso nujno uporabili enakih merskih orodij oziroma lestvic. Prav tako ugotavljamo, da zgolj klinična izpostavljenost ne zagotavlja izboljšanja veščin brez ustrezne učne podpore in strukturiranega poučevanja. V prihodnosti je priporočljivo nadgraditi izobraževalne strategije, ki vključujejo izkustveno in samorefleksivno učenje, uporabo simulacij ter usmerjeno mentorsko podporo, saj lahko te metode pomembno prispevajo k razvoju samozavestnih in kompetentnih zdravstvenih delavcev.

LITERATURA

- Amsari, D., Wahyuni, E., & Fadhilaturrahmi, F. (2024). The social learning theory Albert Bandura for elementary school students. *Jurnal Basicedu*, 8(2), 1654–1662. <https://doi.org/10.31004/basicedu.v8i2.7247>
- Arribas-Marín, J., Plumed-Moreno, C., & Hernández-Franco, V. (2024). Self-Efficacy in nursing competencies during students' clinical practicum: the development of a self-assessment scale. *Nursing Reports*, 14(3), 2327–2339. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030173>
- Atta, M. H. R., Hammad, H. A.-H., & Elzohairy, N. W. (2024). The role of empathy in the relationship between emotional support and caring behavior towards patients among intern nursing students. *BMC Nursing*, 23(1), 443. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02074-w>
- Ažman, M., & Prestor, J. (E.). (2021). *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege z razlago*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/07/Z-Z_PoklicneKompetence_2021_splet_.pdf
- Babaii, A., Mohammadi, E., & Sadooghiasl, A. (2021). The meaning of the empathetic nurse–patient communication: a qualitative study. *Journal of Patient Experience*, 8, 23743735211056432. <https://doi.org/10.1177/23743735211056432>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. (pp. 3–10, 259–313). New York: W. H. Freeman and Company.
- Beckstrom, K. M., & Farrow, S. L. (2024). The effects of empathic communication skills training on nurse practitioner students. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 36(5), 286–290. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000972>
- Berg, E., & Lepp, M. (2023). The meaning and application of student-centered learning in nursing education: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 69, 103622. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103622>
- Bregar, B. (2022). Pot nazaj k pacientu skozi medosebni odnos in komunikacijo. In D. Lončnar, & A. Lapanja (Eds.). *Skrb za terapevtsko okolje, medosebni terapevtski odnos in komunikacijo so temelji zdravstvene nege na področju duševnega zdravlja in psihiatrije : strokovni seminar*. (pp. 1–5). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
- Čuk, V., & Poredoš, M. (2023). Vloge in odgovornosti mentorjev v kliničnem okolju. In B. Filej & B. M. Kaučič (Eds.), *Napredna znanja za kakovostno mentorstvo v zdravstveni negi: Znanstvena monografija* (str. 18–27). Fakulteta za zdravstvene vede v Celju.
- European Federation of Nurses Associations. (2015). *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/ EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/ 55/ EU*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/05/EFN-smernice-za-implementacijo-%C4%8D-lena-31-o-medsebojnem-priznavanju-poklicnih-kvalifikacij-.pdf>
- Escribano, S., Juliá-Sanchis, R., Congost-Maestre, N., Perpiñá-Galvañ, J., & Cabañero-Martínez, M. J. (2022). Spanish Linguistic validation of the self-efficacy questionnaire in communication skills. *Contemporary Nurse*, 58(2–3), 161–170. <https://doi.org/10.1080/10376178.2021.2015415>
- Farina, C. L., Moreno, J., & Schneidereth, T. (2024). Using Simulation to Improve Communication Skills. *Nursing Clinics of North America*, 59(3), 437–448. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2024.02.007>
- Jaastad, T. A., Ueland, V., & Koskinen, C. (2022). The meaning of reflection for understanding caring and becoming a caring nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(4), 1180–1188. <https://doi.org/10.1111/scs.13080>

Lin, C.-C., Han, C.-Y., Huang, Y.-L., Ku, H.-C., & Chen, L.-C. (2024). Exploring a learning model for knowledge integration and the development of critical thinking among nursing students with previous learning: A qualitative study protocol. *BMC Medical Education*, 24(1), 1140. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06118-2>

Mercan, N. & Mersi, S. (2025). Evaluating the therapeutic communication skills of nursing students in the clinical setting: The experiences of students, patients and patients' relatives. *Heliyon*, 11(1), e41677.

Mersha, A., Abera, A., Tesfaye, T., Abera, T., Belay, A., Melaku, T., Shiferaw, M., Shibiru, S., Estifanos, W., & Wake, S. K. (2023). Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: Application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nursing*, 22(1), 381. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01526-z>

Patel, M. (2023). Preventive dentistry for kids: Promoting oral health and disease prevention. V N. Sharma (Ur.), *Pediatric Dentistry: Embracing Emerging Practices for Kids' Oral Health*. (Let. 2023). Libertatem Media Private Limited.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Putman.

Varcarolis, E. M. (2006). *Manual of psychiatric nursing care plans: Diagnoses, clinical tools, and psychopharmacology* (3rd.ed.). Saunders Elsevier.

PATOFIZIOLOGIJA CERVICALNE HRBTENICE IN RAMENA PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

Pathophysiology of the cervical spine and shoulder in healthcare workers

IZVLEČEK

Uvod: Incidenca bolečin v vratu in ramenih je pri zaposlenih v zdravstveni negi zaradi narave njihovega dela, izpostavljenosti obremenitvam in poškodbam v porastu. Z raziskavo smo želeli preučiti patofiziologijo teh področij ter predlagati preventivne ukrepe za zmanjšanje tveganja poškodb. **Metode:** Raziskava je temeljila na pregledu obstoječe literature o patofiziologiji cervicalne hrbtenice in ramenskega obroča s pomočjo podatkovnih baz PubMed, PEDro, CINAHL, ScienceDirect in Willey. Relevantno literaturo smo poiskali s pomočjo ključnih besed; cervical pain, neck pain, shoulder pain, medical nurse, pri čemer smo uporabili Boolov operator AND. Z namenom ožjenja rezultatov smo določili vključitvene kriterije angleški jezik, leto izdaje med letoma 2012 in 2024 ter prosto dostopnost besedila. **Rezultati:** Pri pregledu literature smo skupno pregledali 8031 virov ter glede na ustreznost podrobneje analizirali 22 člankov. Po pregledu člankov smo oblikovali sedem kod, ki smo jih razvrstili v štiri kategorije. **Diskusija in zaključek:** Poleg degenerativnih sprememb so neustrezno ergonomsko delo, nepravilna drža, napetost mišic in kronični stres dejavniki, ki prispevajo k razvoju bolečine v vratu in ramenu. Ugotovitve raziskave poudarjajo pomen preventivnih ukrepov, kot so ergonomska prilagoditev delovnega okolja, uporaba pravilnih tehnik dvigovanja in premikanja pacientov. Prav tako sta pomembni redna telesna vadba, ki mora biti ustrezno usmerjena. Incidenca bolečin v vratu in ramenih je bila večja pri medicinskih sestrah z visoko stopnjo stresa, povezanega z delom, zato so pomembne tudi sprostitvene tehnike. Zdi se, da je veliko dejavnikov, povezanih z bolečinami v vratu in rami, mogoče spremeniti in zato predstavljajo cilje

preventivnih strategij. V sklopu izobraževanja je treba opolnomočiti medicinske sestre, kar lahko bistveno zmanjša tveganje za poškodbe in bolečine ter prispeva k večji delovni učinkovitosti in splošni kakovosti življenja.

Ključne besede: vrat, rama, zdravstveni delavec

ABSTRACT

Introduction: The incidence of neck and shoulder pain among nurses is increasing due to the nature of their work, exposure to physical loads, and the risk of injuries. This study aims to examine the pathophysiology of these areas and propose preventive measures to reduce the risk of injury. **Methods:** This research is based on a review of existing literature concerning the pathophysiology of the cervical spine and shoulder girdle. We utilized databases such as PubMed, PEDro, CINAHL, ScienceDirect, and Wiley. Relevant literature was identified using keywords like „cervical pain,“ „neck pain,“ „shoulder pain,“ and „medical nurse,“ employing the Boolean operator AND. To refine our results, we established inclusion criteria, which included the English language, publication years between 2012 and 2024, and free access to the full text. **Results:** In our literature review, we examined 8031 sources and conducted a detailed analysis of 22 articles based on their relevance. After reviewing the articles, we formed seven codes, which we classified into four categories. **Discussion and conclusion:** In addition to degenerative changes, improper ergonomic work, poor posture, muscle tension, and chronic stress are factors contributing to the development of neck and shoulder pain. The findings highlight the importance of preventive measures, such as ergonomic adjustments to the work environment and correct techniques for lifting and moving patients. Regular physical exercise, which must be appropriately directed, is also essential. The incidence of neck and shoulder pain was higher among nurses with high levels of work-related stress, emphasizing the importance of relaxation techniques. Many factors related to neck and shoulder pain are modifiable and thus represent targets for preventive strategies. As part of education, empowering nurses can significantly reduce the risk of injuries and pain, contributing to greater work efficiency and overall quality of life.

Key words: neck, shoulder, health worker

UVOD

Patologija na področju cervikalne hrbtenice – to je področjem med nugalno linijo superiorno, prvim torakalnim vretencem inferiorno ter lateralnim delom vratu (Merskey & Bogduk, 2011), predstavlja osrednjo težavo v sodobnem svetu. Je drugi najpogostejši vzrok za obisk osebnega zdravnika (Sedej, Kos & Sedej, 2014). Večina pacientov ima nespecifično bolečino v cervikalni hrbtenici, katere simptomi nastopijo v povezavi z držo ali mehansko obremenitvijo. Etiologija, ki je večinoma multidimenzionalna, vključuje slabo držo, povečano mehko tkivno napetost, delovno okolje in šport (Binder, 2007). Bolečina v cervikalni hrbtenici se navadno začne v vratu ter jo lahko spremlja dražeča bolečina v enega ali oba zgornja uda. Vzrok je lahko v kateremkoli mišično-kostnem tkivu (MKO) v predelu vratu, v kosteh, sklepih, živčnem tkivu, ligamentih ali mišicah ter je lahko posledica artritisa, degeneracije medvretenčne ploščice, zoženja spinalnega kanala, mišičnega vnetja, povečane napetosti ali poškodbe. Sedem cervikalnih vretenc in osem živčnih korenin preko brahialnega pleteža oživčuje zgornji ekstremiteti. Patologije lahko nastopijo na ligamentarni povezavi vretenc C1 in C2, ki ju povezujeta alarni in

križni ligament, ali subaksialni povezavi fasetnih sklepov, medvretenčnih diskov ostalih cervikalnih vretenc (Bokshan et al., 2016).

Kot nam je znano, zdravje definiramo kot bio-psiho-socialni model, zato ne preseneča, da sodi med pogoste dejavnike tveganja tudi dolgotrajni stres, pomanjkanje socialne podpore, anksioznost in depresija (Kazeminasab et al., 2022). Bolečina je lahko akutna ali kronična (Masters, 2022), nociceptivna (draženje nociceptorjev), prenesena nociceptivna (zaznava na oddaljenih mestih), nociplastična (posledica draženja nociceptorjev brez jasnega vzroka) ali nevropatsko bolečino (posledico lezije ali obolenj somatosenzornega živčnega sistema) (Raja et al., 2020). Delimo jo lahko na aksialno bolečino (degenerativna obolenja, patologija medvretenčne ploščice ali fasetnih sklepov; Kuhta 2012), radikulopatijo (okvaro živčne korenine; Čehovin, 2017) ali mielopatijo (kompresija hrbtenjače najpogosteje zaradi osteofita ali diskus hernije; Seidenwurm, 2008).

Delo zaposlenih v zdravstveni negi (ZVZN) se razlikuje glede na delo na primarni, sekundarni ali terciarni ravni. Delo na primarni ravni lahko primerjamo z delom pisarniških delavcev, ki prav tako tožijo nad bolečinami v vratu (Mohorič & Žgajnar, 2023). S člankom smo želeli preučiti patofiziologijo na predelu cervikalne hrbtenice in ramenskega obroča ter predlagati preventivne ukrepe za zmanjšanje tveganja za nastanek obolenj in poškodb pri ZVZN.

METODE

S pomočjo deskriptivne metode smo pregledali obstoječo literaturo o patofiziologiji cervikalne hrbtenice in rame. V podatkovnih bazah PubMed, PEDro, CINAHL, ScienceDirect in Willey smo za iskanje relevantne literature uporabili ključne besede; cervical pain, neck pain, shoulder pain, medical nurse, pri čemer smo uporabili Boolov operator AND. Z namenom oženja rezultatov smo določili vključitvene kriterije angleški jezik, leto izdaje med letoma 2012 in 2024, prosto dostopnost besedila ter izključitvene kriterije diplomsko delo, magistrsko delo in doktorska disertacija.

REZULTATI

Pri pregledu literature smo skupno pregledali 8031 virov ter glede na ustreznost podrobneje analizirali 22 člankov.

Ključna spoznanja avtorjev, ki smo jih izbrali za končno analizo, smo prikazali v Tabeli 1.

Tabela 1: Tabelarni prikaz rezultatov raziskav

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija		Ključna spoznanja
Abdul Rahman Abdul-Mumin & Naing, 2016	Randomizirana klinična raziskava	201 ZVZN, oddelek intenzivne nege in nujne medicinske pomoči Kopenhagenski vprašalnik izgorelosti 2 Cornellov vprašalnik Brunej	Velika izpostavljenost povzročiteljem stresa, utrujenosti, izgorelosti ter pojavnosti MKO, predvsem v vratu, ramenih, hrbtu in stopalih. Razlik med ZVZN, ki delajo na intenzivni negi, in tistimi, ki delajo na nujni medicinski pomoči, niso zaznali.
Alrimali et al., 2024	Randomizirana klinična raziskava	177 ZVZN, nujna medicinska pomoč, bolnišnica Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Savdska Arabija	Večina ZVZN je poročala o bolečini v križu in vplivu na dnevne aktivnosti. Bolečina v vratu je pogostejša pri mlajši populaciji, bivših kadilcih in povezana z nočno izmeno. Bolečina v ramenu je pogostejša pri populaciji v srednjih letih ter populaciji, ki je delala z otroki.
Bahrami-Ahmadi et al., 2016	Randomizirana klinična raziskava	1450 ZVZN Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Lestvica za oceno depresije, tesnobe in stresa (DASS-21) Dve skupini: izpostavljena in neizpostavljena skupina Iran	Incidenca bolečine pri ZVZN, ki so pod stresom, je višja kot pri ZVZN, ki niso pod stresom. Treba je nameniti več pozornosti psihičnim ter fizičnim simptomom in omejitvam.
Davis & Kotowski, 2015	Pregled literature	132 raziskav Prevalenca mišično-kostnih obolenj in poškodb. Recenzirani članki Ohio	Bolečine se večajo z delovno dobo. Najpogostejše se pojavljajo v križu, vratu in ramenih. Z uporabo pripomočkov za dviganje pacientov je mogoče zmanjšati pojavnost bolečine v križu, medtem ko se simptomatika v vratu in ramenih zaradi uporabe naprav povečuje. Potrebni so preventivni ukrepi za vrat in ramena.
D'Agostin & Negro, 2017	Randomizirana klinična raziskava	177 ZVZN, nujna medicinska pomoč, kirurški oddelek, splošna bolnišnica Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Italija	Najpogostejše so bolečina v križu, vratu in ramenih. Pogostejše pri ženskah. Potrebno je večje opolnomočenje ZVZN, boljša organizacija dela in promocija pozitivnega psihosocialnega okolja.
Demir & Yilmaz, 2024	Randomizirana klinična raziskava	64 ZVZN, oddelek za intenzivno nego Cornellov vprašalnik Vprašalnik utrujenosti Piper Lestvica delovne uspešnosti Turčija	Vaje za izboljšanje drže s strani fizioterapevta, trikrat enourna vadba, v skupinah 10 do 12 udeležencev, z enotedenskim odmorom. V tretjem tednu individualna vadba in praktični prikaz. Vadba je zmanjšala pojav simptomov. Poleg šole dobre drže je treba uvesti tudi ergonomske preventivne ukrepe pri ZVZN.

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija		Ključna spoznanja
Dhaini et al., 2014	Sistematični pregled literature	3471 ZVZN, v domovih starejših občanov Osebni kadrovski vprašalnik Maslach vprašalnik za oceno izgorelosti Vprašalnik kakovosti v zdravstvu (Safety Attitude Questionnaire) Vprašalnik o stresu na delovnem mestu Švica	Najpogostejše je prisotna bolečina v hrbtu in čustvena izgorelost. Potrebna je prilagoditev delovnega okolja.
Dhas et al., 2023	Nerandomizirana klinična raziskava	127 ZVZN na pediatričnih oddelkih Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Katar	Najpogostejša je bolečina v križu, vratu, ramenih in zgornjem delu hrbta. Povezava z leti dela. Potrebne so smernice za preprečevanje MKO.
Du, Yhang, Xu & Qiao 2021	Sistematični pregled literature in meta analiza	18 raziskav Štiri anatomsko področja; križ, vrat, hrbet in rama Kitajska	Obstajajo pomembne povezave med poklicno obremenitvijo, večjo fizično obremenitvijo in MKO zgornjega dela telesa, vendar so dokazi šibki.
Freimann, Coggon, Merisalu, Animägi & Pääsuke, 2013	Nerandomizirana klinična raziskava	222 ZVZN Kratek vprašalnik o bolečini Maslach vprašalnik za oceno izgorelosti Estonija	Najpogostejše bolečine v križu, vratu in kolenih. Pogostejše se pojavlja z večanjem delovne dobe, skupaj s čustveno izgorelostjo.
Gideon Asuquo, Tighe, & Bradshaw, 2021	Sistematični pregled literature	15 raziskav ZVZN, ki pri svojem delu uporablja fizično moč za transfer pacientov. Irska	Strategije za zmanjšanje težav, kot so uporaba primernih pripomočkov za delo, izobraževanje na področju obravnave pacientov, praktična vadba za obravnavo pacientov, upoštevanje izkušenj drugih ZVZN, pristop »ne dvigaj ročno«, prejemanje terapije za zmanjševanje težav zmanjšuje simptomatiko v križu. Nujno je teoretično in praktično izobraževanje pravilnega dela s pacienti
Harcombe, McBride, Derret & Gray, 2010	Nerandomizirana klinična raziskava	911 sodelujočih; ZVZN (n=280), poštni delavci (n=280), pisarniški delavci (n=351), Prisotnost bolečine v križu, vratu, ramenu, komolcih, kolenih vsaj en dan pred raziskavo Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Nova Zelandija	V povezavi s telesno aktivnostjo največ bolečin v križu, ramenih, zapestju. V povezavi s somatizacijo prisotne bolečine v križu, vratu, ramenih in kolenih. Boljše psihično zdravje povezano z bolečino v vratu in ramenih.

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija		Ključna spoznanja
Hoe, Kellsall, Urquhart & Sim. 2012	Randomizirana klinična raziskava	1111 ZVZN Vprašalnik raziskave CUPID Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Vprašalnik SF-12 Vprašalnik prepričanja o izogibanju zaradi strahu Kratek vprašalnik o bolečini Avstralija	Vzroki za pojav simptomov v vratu in ramenu posamezno ali v kombinaciji so bili ločeni. Delovno mesto in psihosocialni faktorji so povezani s pojavom bolečine v vratu ali ramenu in v obeh predelih sočasno. Bolečina v vratu je povezana s sociodemografskimi faktorji in fizičnim zdravjem ter dobrim počutjem. Bolečina v vratu je povezana z izogibanjem gibanju zaradi strahu in fizičnim počutjem. Potrebne so strategije za preprečevanje simptomov v posameznem delu ali pojav v kombinaciji vrat-rama.
Joslin, Davis, Dolan & Clark, 2014	Randomizirana klinična raziskava	34 ZVZN Vprašalnik SF-12 Velika Britanija	Več kot ena tretjina ZVZN navaja bolečino v vratu ter dosega manjše število točk pri psihičnem in fizičnem zdravju. Predlagajo pristope za zmanjšanje psihičnega stresa.
Kolcz & Jenaszek, 2019	Randomizirana klinična raziskava	30 ZVZN Indeks zmanjšane zmožnosti Oswestry Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi težav z vratno hrbtenico Poljska	Zaznali so asimetrijo v napetosti m. trapezius in mm. erector spinae. Potreba po uvedbi redne vadbe in ergonomije na delovnem mestu
Khudir, Saleh, Quadir, Mahmood & Ariffin, 2017	Randomizirana klinična raziskava	192 ZVZN Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Hitra ocena položajev zgornjih okončin (Rapid Upper Limb Assessment) Irak	Najpogostejša patologija pri ZVZN je bolečina v vratu. Treba je vpeljati preventivne strategije in zdravstveno vzgojo ter ergonomijo.
Long, Bogossian & Johnston, 2013	Sistematični pregled literature	Pregled 29 raziskav Avstralija	Z delom povezane MKO, najpogostejše vrat. Potrebnih je več sistematičnih raziskav z večjim vzorcem.
Lövgren, Gustavsson, Mielin & Rudman, 2014	Randomizirana klinična raziskava	1153 študentov zdravstvene nege v zadnjem letu študija in prvih dveh letih službe Seznam simptomov Švedska	Visoka razširjenost bolečine med študenti zdravstvene nege in med novimi diplomiranimi medicinskimi sestrami. Potrebne preventivne strategije že med izobraževanjem ter po diplomi. Veliko dejavnikov, povezanih z bolečino v vratu, ramah in hrbtu.
Riccò, Pezzetti & Signorelli 2022	Randomizirana klinična raziskava	1653 ZVZN v ustanovi in v domači oskrbi Zdravstveni pregled Medicinski vprašalnik (ergonomija drže in gibanja) Italija	Med delavci v domači oskrbi je bolj prisotna bolečina v križu, med delavci v ustanovi pa bolečina v vratu.

Avtor in leto objave	Uporabljena metodologija		Ključna spoznanja
Soroush et al., 2018	Sistematični pregled literature, meta analiza	41 raziskav Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Cornellov vprašalnik Ergonomski vprašalnik Iran	Pri ZVZN je velika prevalenca MKO, zato je treba razmišljati o dodatnem izobraževanju s področja ergonomije ter uvedbi ustrezne vadbe.
Sundberg, Skilgate, Gustavsson & Rudman, 2024	Randomizirana klinična raziskava	3471 ZVZN 2 skupini: skupina brez bolečin v hrbtu (n = 1764); skupina brez bolečin v vratu in ramenih (n = 1707) Zbiranje podatkov eno do tri leta po zaključku študija in po 11–15 letih dela. Švedska	ZVZN, izpostavljeni zahtevnemu psihosocialnemu okolju, kot je npr. hitro, celostno odločanje, emocionalno zahtevno delo, v prvih letih zaposlitve so dolgoročno poročali o večjih bolečinah v hrbtu, vratu in ramenih.
Yitayeh, Mekonnen, Fasika, & Giyachew, 2014	Randomizirana klinična raziskava	389 zaposlenih v nujni medicinski pomoči Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Ethiopia	Prevalenca bolečine je najvišja v predelu križa, kolien, vratu in ramen. Potreba po dodatnem izobraževanju s področja ergonomije in pogostejšimi obiski fizioterapevta, ko se pojavijo bolečine.

DISKUSIJA

Namen raziskave je bil ugotoviti pogostost prisotnosti bolečine v vratu in ramenih pri ZVZN. Med ZVZN na primarni (Davis & Kotowski, 2015), sekundarni in terciarni ravni je pogosto prisotna bolečina v vratu (Joslin et al. 2014; Almogbil et. al. 2023; Keskin et al., 2024; Ashraf et al., 2024) in je povezana predvsem z nego pacientov, kjer je treba nekaj doseči, potiskati in vleči (Smedley et al., 2003) ter v večji meri prisotna pri ženski kot pri moški populaciji (D'Agostin, & Negro, 2017; Nosheen et al., 2021; Chaiklieng et al. 2023).

V sklopu raziskave smo preverjali sedem kategorij: bolečino, utrujenost, stres, ergonomijo, delovno uspešnost, počutje in dolžino delovne dobe.

Večina ZVZN zaznava bolečino v križu (Alrimali et al., 2024; Davis & Kotowski, 2015; D'Agostin & Negro, 2017; Dhaini et al., 2014; Dhas et al., 2023; Freimann et al. 2013; Gideon Asuquo et al., 2021; Harcombe et al., 2010; Abdul Rahman et al., 2016; Riccò et al., 2022; Sundrberg et al., 2024; Yitayeh et al., 2014). Zahvaljujoč pristopu »ne dvigaj ročno« se bolečine v tem predelu nekoliko zmanjšujejo (Davis & Kotowski, 2015; Gideon Asuquo et al., 2021), a se na drugi strani prav zaradi uporabe naprav povečujejo v vratu in ramenih (Davis & Kotowski, 2015). V veliki meri ZVZN navajajo tudi bolečine v vratu (Alrimali et al., 2024; Davis & Kotowski, 2015; D'Agostin & Negro, 2017; Dhas et al., 2023; Freimann et al. 2013; Hoe, et al., 201; Joslin et al., 2014; Kołcz & Jenaszek, 2019; Khudir et al., 2017; Long et al., 2013; Lövgren et al., 2014; Abdul Rahman et al., 2016; Riccò et al., 2022; Sundrberg et al., 2024; Yitayeh et al., 2014),

ki so bolj povezane z delom, kjer je treba delati s pacienti. Prav tako v velikem odstotku navajajo bolečine v ramenih (Alrimali et al., 2024; Davis & Kotowski, 2015; D'Agostin, & Negro, 2017; Dhas et al., 2023; Freimann et al. 2013; Davis & Kotowski, 2015; Hoe, et al., 2012; Lövgren et al., 2014; Abdul Rahman et al., 2016; Sundrberg et al., 2024; Yitayeh et al., 2014).

Pojav bolečine ima velik vpliv na utrujenost (Hoe, et al., 2012; Joslin et al., 2014) ter tako na kakovost življenja kot tudi na uspešnost opravljanja dela na delovnem mestu (Shan et al., 2023). Delo ZVZN je zelo stresno (Bahrami-Ahmadi et al., 2016; Dhaini et al., 2014, Freimann et al. 2013; Davis & Kotowski, 2015; Hoe, et al., 2012; Abdul Rahman et al., 2016; Sundeborg et al., 2024) in prav tako vpliva na delovno uspešnost (Davis & Kotowski, 2015; Gideon Asuquo et. al., 2021). Dolžina delovne dobe povečujejo verjetnost za nastop simptomov (Alrimali et al., 2024; Davis & Kotowski, 2015; Dhas et al., 2023, Freimann et al. 2013; Sundrberg et al., 2024). Za zmanjšanje teh bi bilo smiselno dodatno izobraževanje s področja ergonomije v smislu ergonomske prilagoditve delovnega okolja, uporabe pravilnih tehnik dvigovanja in premikanja pacientov (Davis & Kotowski, 2015; D'Agostin, & Negro, 2017; Demir & Yilmaz, 2024, Dhaini et al., 2014; Du et al., 2021; Gideon Asuquo et. al., 2021; Hoe, et al., 2012; Hoe, et al., 2012; Kolcz & Jenaszek, 2019; Khudir et al., 2017; Lövgren et al., 2014; Soroush et al., 2018) ter preventivna vadba in rehabilitacija ob nastopu simptomov (Bahrami-Ahmadi et al., 2016; Davis & Kotowski, 2015; Demir & Yilmaz, 2024; Gideon Asuquo et. al., 2021; Kolcz & Jenaszek, 2019; Khudir et al., 2017; Soroush et al., 2018; Yitayeh et al., 2014).

ZAKLJUČEK

Delovno mesto zaposlenih v zdravstveni negi je psihofizično in socialno naporno, zato ne preseneča veliko število težav na vseh področjih zdravja. Nujno je treba ukrepati na preventivnem in kurativnem področju.

LITERATURA

- Abdul Rahman, H., Abdul-Mumin, K., & Naing, L. (2017). Psychosocial Work Stressors, Work Fatigue, and Musculoskeletal Disorders: Comparison between Emergency and Critical Care Nurses in Brunei Public Hospitals. *Asian Nursing Research*, 11(1), 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.01.003>
- Almogbil, I. H., Alrashidi, L. R., Alhajlah, R. S., Alqasim, A. K., Alharbi, N. S., Alghamdi, M. A., & Alshahrani, A. H. (2023). Prevalence of Shoulder and Neck Pain Among Healthcare Workers in the Central Region of Saudi Arabia. *Cureus*, 15(7), e42286. <https://doi.org/10.7759/cureus.42286>
- Alrimali, A. M., Alreshidi, N. M., Alshammari, A. A., Alenzy, A. R., Thomas, R., Dinoy, M. A., Alanzi, F. A., & Pasay-an, E. (2024). Patterns of Musculoskeletal Disorders among Staff Nurses in the Emergency Department in Saudi Arabia: A Cross-sectional Study. *Nurse Media Journal of Nursing*, 14(1), 74–84. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v14i1.62203>
- D'Agostin, F., & Negro, C. (2017). Symptoms and musculoskeletal diseases in hospital nurses and in a group of university employees: A cross-sectional study. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, 23(2), 274–284. <https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1198092>
- Ashraf, A., Rehanian, Z., Ezzati, K., Mahdavi, R., Eslami Kenarsari, H., & Samimian, S. (2024). Prevalence of Neck Pain and its Related Factors in Nurses Working in Intensive Care Units of Hospitals in Northern Iran. *JHNM*, 34(4), 293–300. URL: <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-2032-en.html>
- Bahrami-Ahmadi, A., Mortazavi, S. A., Soleimani, R., & Nassiri-Kashani, M. H. (2016). The effect of work-related stress on development of neck and shoulder complaints among nurses in one tertiary hospital in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 471.
- Binder, A. I. (2007). Cervical spondylosis and neck pain. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 334(7592), 527–531. <https://doi.org/10.1136/bmj.39127.608299.80>
- Bokshan, S. L., DePasse, J. M., Eltorai, A. E., Paxton, E. S., Green, A., & Daniels, A. H. (2016). An Evidence-Based Approach to Differentiating the Cause of Shoulder and Cervical Spine Pain. *The American Journal of Medicine*, 129(9), 913–918. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.04.023>

- Britt, H., Miller, G. C., Henderson, J., et al. (2016). General practice activity in Australia 2015–16. Family Medicine Research Centre. General Practice Series No. 40. The University of Sydney. Available at <https://sydneyuniversitypress.com.au/collections/work-54203> [Accessed 9 August 2023]. Search PubMed
- Chaiklieng, S., Suggaravetsiri, P., & Andajani, S. (2022). Risk factors of work-related neck and shoulder pain among emergency nurses. *Asia-Pacific Journal of Science and Technology*, 27(4), Article APST-27-04-09.
- Čehovin, M. (2017). Z dokazi podprta fizioterapija pri pacientih z bolečino v vratu: pregled literature. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta. Dostopno na: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=91230> (10. marec 2022).
- Davis, K. G., & Kotowski, S. E. (2015). Prevalence of Musculoskeletal Disorders for Nurses in Hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home Health Care: A Comprehensive Review. *Human Factors*, 57(5), 754–792. <https://doi.org/10.1177/0018720815581933>
- Demir, O. B., & Yilmaz, F. T. (2024). The effect of posture regulation training on musculoskeletal disorders, fatigue level and job performance in intensive care nurses. *BMC Nursing*, 23(1), 778. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02387-w>
- Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>
- Dhas, B. N., Joseph, L., Jose, J. A., Zeeser, J. M., Devaraj, J. P., & Chockalingam, M. (2023). Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among pediatric long-term ventilatory care unit nurses: Descriptive cross-sectional study. *Journal of Pediatric Nursing*, 69, e114–e119. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.015>
- Du, J., Zhang, L., Xu, C., & Qiao, J. (2021). Relationship Between the Exposure to Occupation-related Psychosocial and Physical Exertion and Upper Body Musculoskeletal Diseases in Hospital Nurses: A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 15(3), 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.03.003>
- Freimann, T., Coggon, D., Merisalu, E., Animägi, L., & Pääsuke, M. (2013). Risk factors for musculoskeletal pain amongst nurses in Estonia: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 334. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-334>
- Gideon Asuquo, E., Tighe, S. M., & Bradshaw, C. (2021). Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders among healthcare staff in nursing homes; An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100033. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100033>
- Harcombe, H., McBride, D., Derrett, S., & Gray, A. (2010). Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers. *Injury Prevention*, 16(2), 96–100. <https://doi.org/10.1136/ip.2009.021766>
- Hoe, V. C., Kelsall, H. L., Urquhart, D. M., & Sim, M. R. (2012). Risk factors for musculoskeletal symptoms of the neck or shoulder alone or neck and shoulder among hospital nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 69(3), 198–204. <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100302>
- Masters, S. (2023). Acute cervical spine pain in primary care. *Australian Journal of General Practice*, 52(11), 745–750. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-23-6791>
- Merskey, H., & Bogduk, N. (Eds.). (2011). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms (2nd ed.). IASP Press. Search PubMed
- Joslin, L. E., Davis, C. R., Dolan, P., & Clark, E. M. (2014). Quality of life and neck pain in nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(2), 236–242. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0267-7>
- Kazeminasab, S., Nejadghaderi, S. A., Amiri, P., Pourfathi, H., Araj-Khodaei, M., Sullman, M. J. M., Kolahi, A. A., & Safiri, S. (2022). Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1),
- Keskin, İ., Çınar, E., & Güvercin, E. Y. (2024). Assessment of Prevalence of Neck Pain and Related Factors in Nurses Working in a University Hospital. *Turkish Journal of Osteoporosis*, 30(1), 55–63. <https://doi.org/10.4274/tod.galenos.2024.04934>
- Khudhir, K. M., Saleh, K. K., Qadir, M. S., Mahmood, K. A., & Ariffin, A. A. (2017). Association Between Work-Related Musculoskeletal Disorder and Ergonomic Risk Factors Among Nursing Professionals in Ranya and Qaladiza Districts. *Kurdistan Journal of Applied Research*, 2(2), 65–70. <https://doi.org/10.24017/science.2017.2.25>
- Kolcz, A., & Jenaszek, K. (2020). Assessment of pressure pain threshold at the cervical and lumbar spine region in the group of professionally active nurses: A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12108. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12108>
- Khudhir, K. M., Saleh, K. K., Qadir, M. S., Mahmood, K. A., & Ariffin, A. A. (2017). Association between work-related musculoskeletal disorder and ergonomic risk factors among nursing professionals in Ranya and Qaladiza districts. *Kurdistan Journal of Applied Research*, 2(2), 65–70. <https://doi.org/10.24017/science.2017.2.25>
- Kuhta, M. (2012). Bolečina v vratni hrbtnici. V M. Vogrinc, Z. Krajnc in R. Kelc (Ur.), *Hrbtenica v ortopediji: Zbornik predavanj* (str. 75–86). Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Long, M. H., Bogossian, F. E., & Johnston, V. (2013). The prevalence of work-related neck, shoulder, and upper back musculoskeletal disorders among midwives, nurses, and physicians: A systematic review. *Workplace Health & Safety*, 61(5), 223–229. <https://doi.org/10.1177/216507991306100506>

- Lövgren, M., Gustavsson, P., Melin, B., & Rudman, A. (2014). Neck/shoulder and back pain in new graduate nurses: A growth mixture modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 625–639. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.009>
- Nosheen, D., Tauqeer, S., Arooj, A., Anwar, N., Ikram, A., & Farooq, N. (2021). Prevalence of work-related neck pain among nurses. *Rawal Medical Journal*, 46(1), 111–113.
- Plemelj Mohorič, A., & Kacjan Žgajnar, K. (2023). Mišično-skeletna obolenja zaposlenih pri delu z računalnikom. *Revija za zdravstvene vede*, 10(2), 46–60. Pridobljeno s <https://www.dlib.si>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Riccò, M., Pezzetti, F., & Signorelli, C. (2017). Back and neck pain disability and upper limb symptoms of home health-care workers: A case-control study from Northern Italy. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(2), 291–304. <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.00629>
- Shan, S., Ma, X., Lin, L., Qin, X., Guo, D., Jin, X., & Tian, L. (2023). The association of harsh working environment and poor behavior habits with neck health. *International Journal of Industrial Ergonomics*. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2023.103540>
- Sedej, B., Kos, N., & Sedej, Ž. (2014). Klinične smernice za rehabilitacijo bolnikov z bolečino v vratu. *Rehabilitacija*, 13(Suppl. 1).
- Seidenwurm, D. J., & Expert Panel on Neurologic Imaging. (2008). Myelopathy. *American Journal of Neuroradiology*, 29(5), 1032–1034.
- Smedley, J., Inskip, H., Trevelyan, F., Buckle, P., Cooper, C., & Coggon, D. (2003). Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(11), 864–869. <https://doi.org/10.1136/oem.60.11.864>
- Soares, B., Fonseca, R., Fonseca, P., & Alves, P. (2021). Accuracy of physical assessment in nursing for cervical spine joint pain and stiffness: Pilot study protocol. *JMIR Research Protocols*, 10(12), e31878. <https://doi.org/10.2196/31878>
- Sorosh, A., Shamsi, M., Izadi, N., Heydarpour, B., Samadzadeh, S., & Shahmohammadi, A. (2018). Musculoskeletal disorders as common problems among Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis study. *International Journal of Preventive Medicine*, 9, 27. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_235_16
- Sundberg, T., Skillgate, E., Gustavsson, P., & Rudman, A. (2024). Early career demanding psychosocial work environment and severe back pain and neck/shoulder pain in experienced nurses: A cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(4), 427–433. <https://doi.org/10.1177/14034948231151992>
- Yitayeh, A., Mekonnen, S., Fasika, S., & Gizachew, M. (2015). Annual prevalence of self-reported work-related musculoskeletal disorders and associated factors among nurses working at Gondar Town governmental health institutions, Northwest Ethiopia. *Emergency Medicine International*, 2015, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2015/431701>

Samir Muminović, dipl. zn.
mag. Erika Povšnar, viš. med. ses., univ. dipl. ped.
Zdravstveni dom Kranj, Center za krepitev zdravja Kranj
samir.muminovic@zd-kranj.si

PRIPRAVA NA POROD IN STARŠEVSTVO – KAJ PROGRAM LAHKO PONUDI MOŠKIM?

Birth and parenthood preparation program - what can program offer to men?

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

91

IZVLEČEK

Uvod: V obporodnem obdobju zaradi osredotočenosti na ženski vidik, težave očetov marsikdaj ostajajo spregledane. Namen raziskave je v okviru programa »Priprava na porod in starševstvo« ugotoviti mnenja bodočih očetov o koristi vpeljave učne enote, organizirane za homogeno skupino bodočih očetov. **Metode:** Raziskava je temeljila na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Namenski vzorec je predstavljalo 64 bodočih očetov, udeležencev programa »Priprava na porod in starševstvo« v Zdravstvenem domu Kranj. Podatke smo zbirali z vprašalnikom od oktobra 2024 do marca 2025 ter jih kvantitativno obdelali s programom Microsoft Office Excel 2013. Uporabili smo univariantno statistiko. **Rezultati:** Bodoči očetje izražajo potrebo po izmenjavi izkušenj z drugimi moškimi ($P = 4,28$), v homogenih moških skupinah ($P = 4,07$), z moškim strokovnim vodjem ($P = 4,17$). Priporočali bi jo tudi drugim bodočim očetom ($P = 4,76$). Med vsebinskimi potrebami izstopa komunikacija med partnerjema ($P = 4,82$). **Diskusija in zaključek:** Namen programa »Priprava na porod in starševstvo« je slediti potrebam stroke in udeležencev. V večinskem deležu se odziva na potrebe žensk in parov, manj pa na potrebe moških. Rezultati raziskave kažejo pozitiven odziv bodočih očetov na vpeljavo učne enote organizirane za homogeno skupino bodočih očetov. Naloga zdravstvene nege je, da prouči in odgovori na potrebe očetov z organizacijskega, vsebinskega in metodološkega vidika programa.

Ključne besede: vzgoja za zdravje, obporodno obdobje, bodoči očetje.

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

ABSTRACT

Introduction: Today's men – future fathers – are becoming more actively involved in the perinatal period, which marks the transition into their new role as fathers. This transition may be accompanied by discomforts such as anxiety, fear and insecurity. However, due to the predominant focus on the female perspective, these challenges often go unnoticed. The aim of this study, conducted within the framework of the »Birth and parenthood preparation program«, is to explore the opinions of future fathers regarding the benefits of a learning unit designed specifically for a homogeneous group of expectant fathers. **Methods:** The research was based on a descriptive quantitative empirical method. A purposive sample consisted of 64 expectant fathers participating in the »Birth and parenthood preparation program« at the Kranj Health Center. Data were collected using a structured questionnaire from October 2024 to March 2025 and were quantitatively processed using Microsoft Office Excel 2013 program and SPSS program. Both, univariate and bivariate statistics were utilized. **Results:** The research finds that expectant fathers are aware of their role during the perinatal period, but their emotions regarding this new role are often unclear. Fathers express a need for support and the exchange of experiences with other men, feeling more comfortable in homogeneous male groups led by a male expert. **Discussion and conclusion:** The »Birth and parenthood preparation program« is vital for the health of expectant parents, aiming to meet the needs of both professionals and participants. While the program predominantly addresses the needs of women and couples, it is somewhat less focused on men. The study results indicate a positive response from expectant fathers to a learning unit organized specifically for a homogeneous group of future fathers. It is the responsibility of nursing care to examine and address the needs of fathers from organizational, content and methodological perspectives within the program.

Key words: health education, perinatal period, expectant fathers.

UVOD

Rojstvo otroka je čudovita, a tudi prelomna življenjska izkušnja, starševstvo pa izziv, ki se prične z nosečnostjo in se ne konča z rojstvom otroka. Je lep in vznemirljiv čas, v katerem se vsakdanje radosti prepletajo s stresom in težavami, ki jih doživljata oba starša v celotnem obdobju (Muminović & Povšnar, 2024). Trivič (2017) definira prehod v starševstvo kot obdobje, ki se začne z odločitvijo o otroku oziroma začetkom nosečnosti in traja do otrokovega prvega leta starosti.

Danes je jasno, da se vlogi ženske in moškega odmikata od toge polarizacije, tako ženske kot moški globoko doživljajo obdobje pričakovanja rojstva in prevzemanja vloge starša. Pred desetletji so bili očetje mnogo manj prisotni v družinskem življenju kot so danes. Vendar se je koncept očetovstva s časom razvijal in vloga očetov je postala bolj raznolika tudi z vidika vključenosti. Današnji očetje so drugačni. V tečaj Priprave na porod in starševstvo prihajajo z redki izjemami, »nosečniški pari«, očetje so vstopili v porodnice, tudi v dnevi po rojstvu otroka so v domačem okolju prisotni pogostejše in daljše čase kot nekdaj. Ob tem pa očetje vse pogostejše izražajo dileme o lastni vlogi in nalogi v času nosečnosti, poroda in kasneje v življenju otroka in v družini. Glede oblikovanja očetovske identitete so v težavnem položaju. Zgledovanje po patriarhalni očetovi vlogi ni več mogoče, nove socialne identitete še niso zgradili (Povšnar, 2000, cited in Muminović, 2023). Ker očetje tako na nek način ostajajo »praznih rok«, se kaže potreba po načrtnem usposabljanju za očetovsko vlogo.

Zastavilo se nam je torej vprašanje, kakšna je danes avtentična vloga očeta in kako z usposabljanjem v programu »Priprava na porod in starševstvo« pomagati očetom pri iskanju odgovorov na zastavljena vprašanja. Namen raziskave je proučiti izobraževalne potrebe bodočih očetov/moških v tečaju Priprava na porod in starševstvo (PPS) in njihova mnenja o organizaciji učne enote, namenjene izključno bodočim očetom.

Cilja raziskave sta med udeleženci tečaja:

C1: Raziskati mnenja o učni enoti, ki je namenjena le bodočim očetom.

C2: Proučiti izobraževalne potrebe bodočih očetov /moških z vidika vsebin tečaja.

Raziskovalni vprašanji:

RV1: Kaj bodoči očetje menijo o učni enoti, ki je namenjena le bodočim očetom?

RV2: Kakšne so izobraževalne potrebe bodočih očetov z vidika vsebin tečaja?

METODE

Raziskava je temeljila na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabljena je bila domača in tuja znanstvena in strokovna literatura.

Opis merskega instrumenta

Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je bil namenjen bodočim očetom, udeležencem tečaja PPS v Centru za krepitev zdravja (CKZ), Zdravstveni dom Kranj (ZD Kranj). Vprašalnik smo sestavili sami na podlagi pregleda literature (Fojkar, 2021; Trivič, 2017; Flynn-Bowman, 2019). Prvi sklop je bil namenjen zbiranju demografskih podatkov (starost, izobrazba, število otrok). Drugi sklop je zajemal mnenja udeležencev o vlogi bodočih očetov v obporodnem obdobju in njihove vsebinske izobraževalne potrebe. Uporabljena je bila petstopenjska Likertova lestvica.

Opis vzorca

Namenski vzorec je zajel 148 bodočih očetov, ki so bili od oktobra 2024 do marca 2025 vključeni v tečaj PPS v Centru za krepitev zdravja ZD Kranj. Realizacija vzorca je bila 43,24 % (64 udeležencev). Povprečna starost udeležencev je bila 33,47 let, najmlajši je bil star 21, najstarejši 45 let. Večina udeležencev (93,75 %) je pričakovala prvega otroka.

Opis poteka raziskave

Anketiranje je potekalo v času od oktobra 2024 do marca 2025. Vprašalnike smo udeležencem tečaja PPS, Center za krepitev zdravja Kranj po dogovoru z vodstvom ZD Kranj posredovali preko spletne aplikacije 1KA. Predhodno smo jih v času obiskovanja tečaja seznanili z namenom ter načinom anketiranja in pridobili njihova soglasja za sodelovanje, ki je bilo prostovoljno. Vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost. Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen Microsoft Office Excel 2013. Uporabili smo univariantne metode (frekvence, odstotke, povprečne vrednosti).

REZULTATI

Tabela 1: Mnenja anketiranih o tečaju Priprava na porod in starševstvo z vidika bodočega očeta

Postavka	1		2		3		4		5		PV
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Moja vloga očeta v obporodnem obdobju mi je popolnoma jasna, znana.	0	0	4	6	6	9	39	61	15	23	4,01
Občasno se počutim nelagodno, tesnobno zaradi skrbi povezanih z novo vlogo.	5	8	17	27	11	17	26	41	5	8	3,14
Zanimajo me mnenja, razmišljanja drugih bodočih očetov.	1	2	3	5	4	6	25	39	31	48	4,28
Skupine, ki vključujejo samo moške omogočajo lažje izražanje mnenj, potreb, dilem ... kot skupine moških in žensk.	0	0	3	5	8	13	29	46	23	37	4,07
Pomembno je, da je strokovni vodja skupine moški, ker lahko avtentično posreduje vlogo moškega.	1	2	4	6	9	14	19	30	31	49	4,17
Tako organizirano delavnico bi priporočil tudi drugim bodočim očetom.	1	2	0	0	2	3	13	20	48	75	4,76

Legenda: n = število oseb, PV = povprečna vrednost; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se, niti se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam

Tabela 1 prikazuje visoko stopnjo strinjanja z vsemi postavkami. Najbolj se strinjajo s postavko (PV = 4,76), da bi delavnico priporočili tudi drugim bodočim očetom. Najmanjša stopnja strinjanja oz. neopredeljenost pa je s trditvijo, da se občasno počutijo nelagodno, tesnobno zaradi skrbi povezanih z novo vlogo v življenju.

Tabela 2: Mnenja anketiranih o vsebinah tečaja Priprava na porod in starševstvo

Vsebine	1		2		3		4		5		PV
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vloga očeta pri porodu	0	0	2	3	0	0	23	36	40	63	4,65
Komunikacija med partnerjema	0	0	1	2	1	2	6	9	56	88	4,82
Realnost pričakovanj	0	0	0	0	6	10	28	44	29	46	4,29
Delitev doživljanj, čustev ...	0	0	0	0	1	2	22	34	41	64	4,62
Delitev skrbi za otroka	0	0	0	0	2	3	18	28	44	69	4,65
Podpora pri dojenju, hranjenju otroka	0	0	1	2	1	2	30	47	30	50	4,45
Delitev gospodinjskih del	0	0	1	2	6	9	15	23	42	66	4,53
Odnosi s starši	0	0	0	0	7	11	36	56	21	33	4,21
Skupne aktivnosti, prosti čas ...	0	0	2	3	3	5	23	36	36	56	4,45
Druženje s prijatelji	0	0	2	3	13	20	33	52	16	25	4,01
Službene, delovne obveznosti	0	0	5	8	16	25	34	53	10	16	3,81
Spolnost	0	0	2	3	5	8	29	45	28	44	4,29

Legenda: n = število oseb, PV = povprečna vrednost; Lestvica: 1 = popolnoma nepomembna, 2 = nepomembna, 3 = niti pomembna, niti nepomembna, 4 = pomembna, 5 = zelo pomembna

Iz tabele 2 je razvidno visoko o strinjanje o pomembnosti predlaganih vsebin v tečaju. Kot najbolj pomembno (PV = 4,82) so opredelili vsebino komunikacija med partnerjema, najmanj (PV = 3,81) pa vsebino, ki bi obravnavala usklajevanje službenih, delovnih obveznosti.

DISKUSIJA

Današnji čas zahteva aktivnejšo vključevanje moških v celotnem obporodnem obdobju, v skrb za družino in vzgojo otrok v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju. V skrbi za celostno zdravje družine smo v program vzgoje za zdravje Priprava na porod in starševstvo v Centru za krepitev zdravja ZD Kranj umestili učno enoto namenjeno homogeni skupini moških. V raziskavi smo udeležence tečaja spraševali o mnenjih in izobraževalnih potrebah z vidika vsebine učne enote.

Mnenja udeležencev o učni enoti namenjeni bodočim očetom

V raziskavi ugotavljamo, da se bodoči očetje zelo strinjajo, da je njihova vloga v obporodnem obdobju poznana, jasna. Ob tem pa so njihova mnenja o skrbih, povezanih s prevzemanjem nove vloge (nelagodno, tesnobno počutje) dokaj neopredeljena. Z vidika burnih dogajanj in doživljanja obporodnega obdobja bodočih očetov lahko razložimo tudi visoko stopnjo strinjanja anketiranih, da jih zanimajo razmišljanja drugih očetov. Starševstvo je izziv, ki človeku pusti močan pečat; starša se oblikujeta čustveno in duševno hkrati z otrokovim razvojem (Skubic et. al., 2011). Trivič (2017) odločitev za otroka opiše kot enega od največjih izzivov s katerimi se soočajo pari v zgodnjih letih zakona. Lahko je to najbolj pozitiven življenjski dogodek, hkrati ena najbolj stresnih sprememb v življenju. Tudi moški lahko doživljajo anksioznost, razdražljivost, občutja nerealnosti in ambivalentnost in želja navezati se na otroka. Občutijo lahko tudi fizične simptome kot so nespečnost, ekstremna utrujenost, nihanje telesne teže, slabost,

bolečine v križu. Eno bolj zanimivih in nekoliko spornih moških psiholoških stanj, o katerih so v literaturi o psiholoških raziskavah poročali razmeroma pogosto, je sindrom Couvade (kuva-da), znan tudi kot »sindrom očeta v pričakovanju«, katerega lahko doživi vsak sodoben moški. Flynn-Bowman (2019) razlaga, da je prehod v starševstvo za večino staršev vznemirljiv čas, vendar je lahko tudi stresen, zlasti za novopečene očete, ki morda nimajo enake socialne podpore okolice ali družbe, kot jo morda imajo matere. Drglin (2022) meni, da nosečnice v času, ko se v njih razvija otrok, bolj ali manj zavestno raziskujejo svoje lastno doživljanje materinstva in vzpostavljajo odnos do otroka. Podobni procesi naj bi se dogajali tudi pri moških. Procesi »nastajanja« očetov, v katerem moški podoživljajo lastnega očeta in izkušnje z njim, ki se jih ne zavedajo povsem, so lahko izjemno zahtevni.

Ugotovitve raziskave kažejo tudi na strinjanje anketiranih, da homogene skupine moških omogočajo lažje izražanje mnenj, potreb, dilem ... kot heterogene skupine moških in žensk. Ob tem je pomembno, da strokovno vodenje prevzame moški, ker lahko avtentično posreduje vlogo moškega. Zelo visoko je tudi strinjanje, da bi učno enoto priporočili tudi drugim moškim. Glede na strokovna spoznanja mešane skupine staršev le delno ustrezajo potrebam moških. Ker tečaje praviloma vodijo ženske, kar ne pomeni, da so programi naravnani na žensko izhodišče, le potekali so v »ženskem jeziku«, je smiselno, da strokovno vodenje skupine prevzame moški s profesionalnim znanjem. Skupina bodočih očetov daje varno okolje in možnost, da se moški lahko pogovorijo z drugimi moškimi o stvareh, o katerih so sicer razmišljali, niso pa o tem na glas spregovorili (Swedin, 1996, cited in Muminović & Povšnar, 2024).

Izobraževalne potrebe bodočih očetov z vidika vsebine

Rezultati raziskave kažejo na široko paleto vsebin, ki zanimajo bodoče očete. Po visoki stopnji pomembnosti izstopa komunikacija v družini. Zelo pomembne pa so jim tudi druge vsebine, kot so vloga očetov pri porodu, delitev doživljanj, čustev, skrbi za otroka. Pojavljajo se izobraževalne potrebe po razširitvi vsebin na področje celostne krepitve zdravja (Povšnar, 2016). Bloch et al., (2014) poudarjajo pomembnost komunikacije in izpostavljajo veščine, ki vključujejo pogajanja, medsebojno dogovarjanje in razpravljanje. Dobra komunikacija omogoča in je praviloma povezana s preudarnostjo, manjšo čustveno vzbujenostjo in zadovoljstvom z odnosom. S tem pripomore tudi k bolj stabilni partnerski zvezi. V preteklosti so bili očetje manj navzoči v življenju dojenčkov. Za spreminjanje današnje vloge in udejanjanje drugačne so poleg zunanjih pogojev potrebne informacije, veščine in podpora notranjim spremembam. Od novopečenih očetov se pričakuje tudi, da bodo aktivni skrbniki ne samo v prvih dneh, tednih in mesecih otrokovega življenja, ampak tudi kasneje (Waren, 2020). Veliko moških ima velikokrat občutek, da nimajo dovolj znanja, kako svojim partnerkam pomagati med porodom in po rojstvu otroka. Od očetov se pričakuje, da bodo negovali in skrbeli za otroka. To lahko prinese veliko čustvenih sprememb tudi za očete (Trivič, 2017). Vključenost očetov v vzgojo, nego in skrb gre razumeti tudi kot del sodelovalnega starševstva, ki je pomembna in ima pozitivne učinke tako na moške - očete, otroke kot tudi na ženske - matere. Spodbuja osebno rast in psihološki razvoj. Večje vključevanje očetov v skrb za otroka pozitivno vpliva na otrokov socialni in kognitivni razvoj (Humer, 2022). Vključenost očeta lahko na razvoj otroka vpliva neposredno, preko očetovega odnosa in vedenja, ali posredno, z njegovo podporo otrokovi materi (Jelenko Roth, 2022). Naloga usposabljanja je, da pomaga očetom razvijati ne le tiste lastnosti, ki jih potrebujejo danes, pač pa tudi tiste, ki jih bodo potrebovali v prihodnosti. Predvsem gre za sposobnost prožnega prilagajanja, komunikacije, sodelovanja in drugih socialnih spretnosti, občutljivosti za sebe in druge, zmožnost celovitega dojetja, sinteze in integracije. Gre za zmožnost iznajdljivosti v nepredvidljivih, kompleksnih situacijah, za katere ni znanih rešitev. Govorimo lahko o inovacijskem izobraževanju, katerega najvažnejši sestavini sta anticipacija ali predvidevanje in participacija ali aktivno sodelovanje (Povšnar, 2016).

ZAKLJUČEK

Nosečnost in starševstvo predstavljata pomembno fazo življenjskega cikla družine. Raziskave glede prehoda v starševstvo se običajno osredotočajo na ženske, a v zadnjem času narašča tudi zanimanje za očetov prehod v starševstvo.

V Sloveniji je bodočim staršem v okviru vzgoje za zdravje namenjen tečaj Priprava in starševstvo. Program je okvirno sicer strukturiran, dopušča pa vključevanje novih vsebin in metodoloških pristopov. V Centru za krepitev zdravja ZD Kranj smo umestili v program dve inovativni učni enoti. Pred leti »komunikacijo med partnerjema« in nekoliko kasneje »moški na prehodu v starševstvo«. Rezultati raziskave kažejo, da bodočim očetom homogena struktura skupine in vodenje skupine z »moškega« vidika ustrezata. Kot pomembno izpostavljajo zanimanje za mnenja in doživljanja drugih udeležencev, kar kaže na potrebo po omogočanju izkustvenega, socialnega učenja v skupini. Skladno s tem je pomemben tudi nabor okvirnih vsebin, ki pokrivajo celostno opredelitev zdravja. Ne le telesni in duševni vidik, pač pa tudi vidik socialnega zdravja (komunikacija). Obe inovativni vsebini sta bili dobro sprejeti. Odgovarjata na sedanje in prihodnje potrebe udeležencev in stroke.

Da bomo v prihodnosti govorili o kakovostnem starševstvu, bi bilo potrebno današnjim očetom tudi s strani družbe ponuditi več možnosti usposabljanja. Nekje v otroku bo ostal zapisan oče z vso svojo ljubeznijo in nego. Ostala bo informacija in doživljanje, ki ga bo otrok kasneje, pa čeprav le delno, predal svojemu otroku. Naloga staršev in pa tudi družbe kot celote je, da bosta ta informacija in doživljanje dobra in lepa popotnica v življenje.

LITERATURA

- Bloch, L., Haase, C.M. & Levenson, R.W. (2024). Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. *Emotion*, 14(1), 130-44. <https://doi.org/10.1037/a0034272>
- Drglin, Z. (2022). Na prehodu iz partnerstva v družinsko življenje. In M. Kambič & M. Frelih (Eds.), *Očka v akciji, Sodelovalno starševstvo: Različne stroke za skupno dobro. Strokovne smernice* (pp.17-24). Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.
- Flynn-Bowman, A. (2019). Increasing involvement in the care of their infant using text messages: The DadRocks study. *Master of Science in Applied Health Sciences*. Ontario: Brock University St. Catharines <https://brocku.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/995f862a-8a7a-419a-9267-894e80d9d090/content>
- Fojkar, T. (2021). *Priprava na porod in starševstvo z vidika izobraževalnih potreb bodočih očetov* (Diplomska naloga, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin).
- Humer, Ž. (2022). Pomen sodelovalnega starševstva in aktivnega očetovstva; Sodelovalno starševstvo: različne stroke za skupno dobro; Strokovne smernice. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2022: 4-9.
- Jelenko Roth, P. (2022). Duševno zdravje novih staršev; Sodelovalno starševstvo: različne stroke za skupno dobro; Strokovne smernice. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 32-40.
- Swedin, G. (1996). Sodobno švedsko očetovstvo. In G. Bergstrand et al. (Eds), *Prostori moškosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, pp.118-136.
- Povšnar, E. (2000). *Usposabljanje za očetovsko vlogo*. [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta].
- Povšnar, E. (2016). *Analiza učenja partnerske komunikacije v šoli za starše: V zdravstvenih domovih gorenjske regije* (magistrska naloga, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede).
- Muminović, S. (2023). Postal bom oče, kaj pa sedaj? In Bijol A, Razvoj babištva skozi čas: Zbornik predavanj strokovnega srečanja, Bled, 28. september 2023. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske; 17-24.
- Muminović, S., & Povšnar, E. (2024). *Moški na prehodu v starševstvo. Pomembna vsebina v sklopu tečaja "Priprava na porod in starševstvo"*. Interni časopis OZG Kranj. <https://oblak.ozg.si/index.php/s/CYqCgarhsjE1SMs>
- Skubic, M., Komerički, K. & Mivšek, AP. (2011) Poporodno obdobje: stres in starševstvo. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(2), 121-128. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2822>
- Trivič, T. (2017) *Partnerski odnos po rojstvu donošenih in nedonošenih otrok* (Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta).
- Warren, J. (2020). Supporting in Their Transition to Fatherhood. *Journal of Parental and Perinatal Psychology and Health*, 34 (3), 2020: 230-237.

doc. dr. Mojca Dobnik^{1,2}

izr. prof. dr. Mateja Lorber²

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege

²Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede
mojca.dobnik@ukc-mb.si

POČUTJE IN STOPNJA IZGORELOSTI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

Feelings and levels of burnout among nursing staff

IZVLEČEK

Uvod: Izgorelost, za katero so značilni čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšani osebni dosežki, predstavljajo veliko breme za zdravje in duševno počutje posameznih zaposlenih v zdravstveni negi. Namen prispevka je bil ugotoviti stopnjo izgorelosti in oceno duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi. **Metode:** Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji, izvedena je bila presečna študija med zaposlenimi v zdravstveni negi terciarnega zavoda. Instrument raziskave je bil vprašalnik zaprtega tipa, za oceno stopnje izgorelosti in počutja zaposlenih v zdravstveni negi. **Rezultati:** Rezultati raziskave so pokazali zmerno stopnjo izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi glede na povprečno oceno čustvene izčrpanosti in depersonalizacije ter visoko stopnjo izgorelosti glede na povprečno oceno osebne izpolnitve zaposlenih v zdravstveni negi. Ocena splošnega počutja ne nakazuje na večjo verjetnost zdravstvenih težav na področju duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni, kljub temu pa kar pri 33 % sodelujočih ocena lahko nakazuje na morebitne spremembe oziroma težave na področju duševnega zdravja. **Diskusija in zaključek:** Zadovoljstvo zaposlenih in posledično počutje na delovnem mestu je izjemnega pomena, saj zadovoljen zaposlen delo opravlja kakovostno in skrbno, zato je potrebno prepoznati pomen slednjega in graditi na preventivnih ukrepih. Torej ustvariti okolje, ki spodbuja zdravje in dobro počutje zaposlenih z ustrezno ergonomijo, spodbujanjem telesne aktivnosti, zdravo prehrano in obvladovanjem stresa.

Ključne besede: počutje, preobremenjenost; čustvena izčrpanost; depersonalizacija

ABSTRACT

Introduction: It is important to create an environment that promotes the health and well-being of employees with appropriate ergonomics, encouraging physical activity, healthy nutrition and stress management. The purpose of the paper is to determine whether nursing employees are satisfied with their life, work environment and well-being at work and the quality of the work environment, with the aim of providing recommendations. **Methods:** The research was based on a quantitative methodology, a cross-sectional longitudinal study was conducted among nursing employees of a tertiary institution. The research instrument was a closed-type questionnaire to assess the satisfaction of nursing employees with the work environment and well-being at work. **Results:** The results of the study showed a moderate level of burnout among nursing employees, based on the average score of emotional exhaustion and depersonalization, and a high level of burnout among nursing employees, based on the average score of personal fulfillment. The assessment of general well-being does not indicate a higher likelihood of mental health problems among nursing employees, although in as many as 33% of participants, the assessment may indicate possible changes or problems in the field of mental health. **Discussion and conclusion:** Employee satisfaction with the work environment and consequently well-being is of utmost importance, as a satisfied employee performs his work with quality and care. It is necessary to recognize the importance of the latter and build on preventive measures.

Key words: overload; emotional exhaustion; depersonalization

UVOD

Evropski zdravstveni sektor se sooča z velikim pomanjkanjem zdravstvenih delavcev. Razumevanje neposrednih in posrednih dejavnikov za pomanjkanje je bistvenega pomena za oblikovanje učinkovitih programov zaposlovanja in izboljšanje strategij za ohranitev delovnih mest. V multicentrični raziskavi so z namero fluktuacije bodisi iz bolnišnice (8,9 %) ali iz poklica (13,6 %) ocenili zaposleni v zdravstveni negi. Depersonalizacija in nezadovoljstvo z delom sta bila opredeljena kot neposredna dejavnika namere menjave, pri čemer je delovna angažiranost še posebej pomembna za zaposlene v zdravstveni negi (Maniscalco et al., 2024). Izgorelost, za katero so značilni čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšani osebni dosežki, predstavljajo veliko breme za zdravje in duševno počutje posameznih zaposlenih v zdravstveni negi (Jun et al., 2021). Za sindrom poklicne izgorelosti so značilni čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšan občutek osebne uspešnosti in je razširjen predvsem med zaposlenimi v zdravstveni negi. Ugotovili so, da je izgorelost zaposlenih v zdravstveni negi povezana z nižjo kakovostjo in varnostjo zdravstvene oskrbe ter nižjim zadovoljstvom pacientov (Li et al., 2024). Zdravstveni delavci se pogosto soočajo z življenjskimi in smrtnimi situacijami, zato lahko njihovo delo postane fizično in čustveno izčrpavajoče, pri čemer so glavne težave, s katerimi se srečujejo utrujenost, nizka samopodoba, depersonalizacija in poklicna izolacija (Gago-Valiente et al., 2021). Izgorelost pomembno vpliva na telesno in duševno zdravje ter razvoj kariere. Trenutni pristopi k ocenjevanju izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi se nagibajo tudi k raziskovanju vpliva zunanjih dejavnikov na izgorelost (Lee et al., 2023; Bu et al., 2024).

Nagovarjanje tematike izgorelosti v obliki čustvene izčrpanosti je postalo nujno v zdravstvenih organizacijah zaradi pojavljajočih se trendov v zaposlovanju in s tem povezanih težav. Ugotovljeno je bilo, da je nezdravo delovno okolje, kot so povečane delovne obremenitve, nesmiselna razmerja med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacienti ter manko človeških in materialnih virov povezani, zlasti s pojavom čustvene izčrpanosti med zaposlenimi v zdravstveni negi (Rivaz et al., 2017; Hewitt et al., 2020; Falguera et al., 2021). Organizacijska kultura, ki ne podpira zaposlenih, ima za posledico večjo izgorelost (Moukarzel et al., 2019). Čustvena izčrpanost je eden od stebrov „sindroma izgorelosti“, za katero je značilna izguba »navdušenja« za delo (Rotenstein et al., 2018) in je konceptualizirana kot odziv na neskladje med obremenitvami in

vir, povezanimi z delom, ki se kaže v občutkih čustvene utrujenosti (Mendelsohn et al., 2019). Čustvena izčrpanost se kaže tudi kot kronična manifestacija somatske in čustvene izčrpanosti, ki je posledica izjemne delovne obremenitve in/ali osebnih obremenitev in nenehne napetosti na delovnem mestu (Filho et al., 2019). Na stopnjo stresa in dejavnike stresa pomembno vplivajo spremenljivke, ki odražajo organizacijo dela, kompetence in veščine zdravstvenega menedžmenta za delo z ljudmi (Dobnik et al., 2018). Ocene stresa na delovnem mestu, kakovosti življenja in skrbnega vedenja so povezane (Babapour et al., 2022).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako se zaposleni v zdravstveni negi v terciarnem zavodu počutijo na delovnem mestu, saj nas je zanimala stopnja izgorelosti in ocena duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi.

METODE

Uporabili smo kvantitativno metodologijo, izvedena je bila presečna študija med zaposlenimi v zdravstveni negi terciarnega zavoda. Instrument raziskave je bil strukturiran vprašalnik.

Opis vzorca

V raziskavi smo proučevali priložnostni vzorec zaposlenih v zdravstveni negi terciarnega zavoda. Sodelovalo je 87 zaposlenih v zdravstveni negi, od tega večji delež 72 (83 %) žensk in 3 (3%) moški, 12 (14 %) spola ni označilo. 18 (21 %) samskih, 65 (75 %) poročenih ali izven zakonska skupnost, 4 (4%) ločeni, vdove. 40 (46 %) srednješolska izobrazba, 36 (41 %) visoka izobrazba in 11 (13%) podiplomsko stopnjo.

Opis instrumenta

Poleg demografskih podatkov v prvem sklopu je bil prvi del vprašalnika namenjen ocenjevanju stopnje izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi. V ta namen smo uporabili vprašalnik »Maslachov Burnout Inventory – Human Services Survey«. Uporabljen vprašalnik vrednoti tri dimenzije izgorelosti, in sicer čustveno izčrpanost (vključuje 9 trditev), osebno izpolnitev (vključuje 8 trditev) in depersonalizacijo (vključuje 5 trditev) (Maslach et al., 2017). Anketirani ovrednoti vsako navedeno trditev na 7 stopenjski lestvici glede na pogostost pojavljanja navedenega z vrednostjo od 0 do 6 (Drnovšek et al., 2013). V okviru dimenzije čustvena izčrpanost je možno število točk od 0 do 54, v dimenziji osebna izpolnitev je možno število točk od 0 do 48 in v okviru depersonalizacije od 0 do 30 točk. V dimenziji čustvena izčrpanost pomeni rezultat od 19 do 26 točk zmerno stopnjo izgorelosti in več kot 27 točk visoko stopnjo izgorelosti. V dimenziji osebna izpolnitev pomeni rezultat od 34 do 39 točk zmerno stopnjo izgorelosti in 33 ali manj točk visoko stopnjo izgorelosti. V dimenziji depersonalizacija pomeni rezultat od 6 do 9 točk zmerno stopnjo izgorelosti in več kot 10 točk visoko stopnjo izgorelosti (Rotenstein et al., 2018; West et al., 2018).

V drugem delu smo uporabili vprašalnik General Health Questionnaire (GHQ-12) za spremljanje duševnega zdravja in počutja, ki vključuje 12 trditev, do katerih so se anketirani opredeljevali na 4 stopenjski lestvici (Goldberg & Williams, 1998). Pri razlagi rezultatov smo kot mejno vrednost uporabili število 3, kar je tudi priporočilo za splošno populacijo (Gómez-Salgado et al., 2020).

Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Anketirani so bili pred izpolnitvijo anketnega vprašalnika obveščeni o namenu raziskave in prostovoljnem ter anonimnem sodelovanju. Anketni vprašalnik so izpolnjevali v tiskani obliki. Anketiranje je potekalo v mesecu januarju 2025.

Statistična analiza je bila izvedena s programom SPSS 28.0 (IBM Corp, ZDA). Narejena je bila deskriptivna analiza za počutje in zadovoljstvo med zaposlenimi v zdravstveni negi. Za ugotavljanje povezanosti je bil uporabljen Pearsonov korelacijski koeficient, za ugotavljanje razlik med dvema skupinama parametrov Kruskal-Wallis test (p -vrednost statistične značilnosti $p < 0,05$).

REZULTATI

V Tabela 1 so prikazane povprečne vrednosti in standardni odklon raziskanih dimenzij.

Tabela 1: *Počutje na delovnem mestu*

Počutje na delovnem mestu	$\bar{x} \pm s$
Delo me čustveno izžema.	$2,54 \pm 1,52$
Ob koncu dela se počutim »izrabljeno«.	$2,92 \pm 1,68$
Ko zjutraj vstanem in se soočim z novimi delovnim dnem, se počutim utrujeno/a	$2,38 \pm 1,78$
Vsakodnevno delo z ljudmi je zame utrujajoče.	$2,07 \pm 1,58$
Od dela se počutim izgorelega/o.	$2,32 \pm 1,70$
Moje delo me frustrira.	$1,90 \pm 1,66$
Imam občutek, da preveč delam.	$2,42 \pm 1,55$
Delo z ljudmi mi predstavlja prevelik stres.	$1,58 \pm 1,78$
Imam občutek, kot da sem na koncu z močmi.	$2,25 \pm 1,89$
ČUSTVENA IZČRPANOST (MIN:11,00; MAX:59,00)	$20,54 \pm 10,26$
Svoje paciente zlahka razumem, kaj in kako čutijo.	$4,23 \pm 1,64$
Učinkovito se spopadam s težavami svojih pacientov.	$3,75 \pm 1,90$
Imam občutek, da s svojim delom pozitivno vplivam na ljudi	$2,98 \pm 1,66$
Počutim se polnega/o energije.	$4,01 \pm 2,11$
Zlahka vzpostavim sproščeno vzdušje v odnosih s pacienti.	$2,99 \pm 1,67$
Vesel sem, ko delam s pacienti.	$3,89 \pm 2,07$
V službi sem opravil/a veliko koristnih stvari.	$3,02 \pm 1,86$
Pri delu se zelo mirno soočam s čustvenimi težavami.	$2,33 \pm 1,94$
OSEBNA IZPOLNITEV (MIN:16,00; MAX:55,00)	$29,70 \pm 9,54$
Pri obravnavi nekaterih pacientov le-te obravnavam kot brezosebne subjekte.	$1,40 \pm 1,78$
Odkar sem v tej službi, sem postal/a do ljudi bolj hladen/a.	$1,02 \pm 1,17$
Skrbi me, da me služba čustveno obremenjuje.	$1,58 \pm 1,36$
Pravzaprav me ne skrbi, kaj se dogaja mojim pacientom.	$1,07 \pm 1,35$
Imam občutek, da me moji pacienti krivijo za njihove težave.	$0,82 \pm 1,29$
DEPERSONALIZACIJA (MIN:5,00; MAX:26,00)	$5,90 \pm 4,23$

Legenda: $\bar{x}$ - povprečje/average; s - standardni odklon/standard deviation

Iz rezultatov v Tabeli 1 so poleg povprečnih vrednosti vseh trditev v okviru spremljanja počutja na delovnem mestu razvidne tudi povprečne ocene dimenzij izgorelosti. Povprečna ocena čustvene izčrpanosti je $20,54 \pm 10,26$, kar glede na vrednotenje predstavlja zmerno stopnjo izgorelosti, prav tako povprečna ocena dimenzije depersonalizacija, ki znaša $5,90 \pm 4,23$ nakazuje na zmerno stopnjo izgorelosti. Iz tabele je prav tako razvidno, da povprečna vrednosti dimenzije osebna izpolnitev znaša $29,70 \pm 9,54$, kar predstavlja visoko stopnjo izgorelosti. V okviru rezultatov dimenzije čustvena izčrpanost smo ugotovili, da kljub temu, da skupne vrednosti nakazujejo na zmerno stopnjo izgorelosti, zaposlenih v zdravstveni negi delo samo ne frustrira in tudi delo z ljudmi jim ne predstavlja stres. V okviru dimenzije osebna izpolnitev, ki sicer nakazuje na

visoko stopnjo izgorelosti je bilo kljub temu ugotovljeno, da zaposleni paciente zlahka razumejo, kaj čutijo in da so veseli, ko delajo s pacienti. Pri dimenziji depersonalizacija, ki nakazuje na zmerno stopnjo izgorelosti je prav tako spodbudno, da zaposleni nimajo občutka, da bi jih pacienti krivili za njihove težave. Izpostavijo pa skrb, da jih služba čustveno obremenjuje.

Hkrati smo želeli ugotoviti, kako zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo svoje duševno zdravje in ugotovili, da je povprečna vrednost $2,28 \pm 2,57$, kar v povprečju ne nakazuje na večjo verjetnost zdravstvenih težav na področju duševnega zdravja sodelujočih zaposlenih. Kljub temu pa je potrebno izpostaviti, da je imelo kar 28 (33 %) vključenih povprečno oceno 3 ali več, kar lahko nakazuje na morebitne spremembe oziroma težave na področju duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi.

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali obstaja statistično značilna razlika v izgorelosti in duševnem zdravju glede na posamezne proučevane parametre. Ugotovili smo, da v izgorelosti glede na proučevane dimenzije, kot so čustvena izčrpanost ($H=4,577$; $p=0,101$), osebna izpolnitev ($H=2,8901$; $p=0,0236$) in depersonalizacija ($H=4,772$; $p=0,092$) glede na zakonski stan ni statistično značilnih razlik. Prav tako glede na zakonski stan ni bilo ugotovljene statistično značilne razlike v oceni duševnega zdravja ($H=0,216$; $p=0,897$). V nadaljevanju nas je zanimalo tudi ali obstaja statistično značilna razlika glede na stopnjo izobrazbe. V oceni dimenzij, kot so čustvena izčrpanost ($H=2,937$; $p=0,087$), osebna izpolnitev ($H=0,012$; $p=0,913$) in depersonalizacija ($H=0,037$; $p=0,847$) glede na stopnjo izobrazbe nismo ugotovili statistično značilnih razlik. Prav tako ni bilo ugotovljenih razlik v oceni duševnega zdravja ($H=0,328$; $p=0,567$).

DISKUSIJA

Izsledki raziskave so pokazali zmerno stopnjo izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi glede na povprečno oceno čustvene izčrpanosti in dimenzije depersonalizacije ter visoko stopnjo izgorelosti glede na povprečno oceno dimenzije osebna izpolnitev. Podobne rezultate so na osnovi sistematičnega pregleda ugotovili tudi Jun in sodelavci (2021). Prav tako so v raziskavi Gago-Valiente in sodelavci (2021) ugotovili, da je izgorelost povezana z varnostjo pacientov, kakovostjo oskrbe, organizacijsko predanostjo zaposlenih v zdravstveni negi in produktivnostjo ter zadovoljstvom pacientov. V raziskavah ugotavljajo, da spremenljivke, kot so preobremenjenost z delom, stres v zvezi z delom, delovna doba, moški spol, med drugimi dejavniki prispevajo k razvoju izgorelosti, kar v naši raziskavi nismo potrdili. Glede na to, da čustvena izčrpanost prizadene zdravstvene delavce z negativnimi posledicami na zadovoljstvo pri delu, literatura (Debets et al., 2022; Lopez-Lopet et al., 2019; Panari et al., 2019; Timotius & Octavius, 2022; Moreno-Martínez, & Sanchez-Martínez, 2025) poudarja, da bi lahko bile prav zahteve na delovnem mestu vzrok za ta kronični stres. Zato je pomembno stalno spremljanje in ugotavljanje vzrokov, saj trenutna povprečna ocena čustvene izčrpanosti že nakazuje na zmerno stopnjo izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi. Da bi ublažili namere o odhodu, je priporočljivo, da se osredotoči na izboljšanje zadovoljstva pri delu, delovne zavzetosti in spodbujanje pozitivnega delovnega ozračja, s čimer se nagovarja depersonalizacijo in spodbuja ohranitev zaposlitve (Maniscalco et al., 2024).

Povprečna ocena dimenzije osebna izpolnitev nakazuje na visoko stopnjo izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi. Pomembno je dodatno izpostaviti, da sta McFarland & Hlubocky (2021) ugotovila, da ima stopnja utrujenosti zaradi sočutja do pacienta blažilni učinek na izgorelost in osebno izpolnitev. Prav tako je bilo ugotovljeno, da je osebna izpolnitev povezana s psihološkim počutjem, razmerjem med delom in počutjem, organizacijsko kulturo in vplivom pacientovih izkušenj z zdravstveno oskrbo (Portoghese et al., 2020).

V raziskavi je bila prav tako ugotovljena zmerna stopnja izgorelosti glede na povprečna vrednost depersonalizacije. Miguel-Puga s sodelavci (2020) je ugotovil, da zaposleni, ki se soočajo z depersonalizacijo imajo prisotno slabšo kakovost spanja in prisotna izgorelost pri njih vplivala na stanje anksioznosti, stresa in simptomov depersonalizacije.

V nadaljevanju smo ugotovili še, da povprečna ocena splošnega počutja v povprečju ne nakazuje na večjo verjetnost zdravstvenih težav na področju duševnega zdravja sodelujočih zaposlenih. Kljub temu pa je je zaskrbljujoče, da je imela kar tretjina vključenih povprečno oceno tri ali več, kar lahko nakazuje na morebitne spremembe oziroma težave na področju duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi. Dobro počutje se je predolgo obravnavalo kot pomembno vprašanje za posameznega zdravstvenega delavca, ne pa kot prednostna naloga zdravstvenih sistemov. Organizacije so se v preteklosti osredotočale na prizadevanja za dobro počutje zaposlenih, ki so izboljševala ozaveščenost posameznika, kot so programi dobrega počutja, in strategije za preprečevanje ali obravnavanje posameznikove izgorelosti, kot je čuječnost. Premik v prepoznavanju izgorelosti kot poklicnega pojava je začel organizacijam nalogati nalogo, da izgorelost obravnavajo s pomembnimi sistemskimi spremembami (Elufioye et al., 2024). Priporočila za organizacije, vključno z infrastrukturno podporo, letnimi meritvami in poročanjem, odgovornost vodstva ter zmanjšanjem administrativnega in dokumentacijskega bremena zaposlenih (Lesly et al., 2021; Wu et al., 2021).

Raziskovanje bi bilo smiselno nadaljevati na večjem vzorcu, tudi v drugih zavodih v Sloveniji ter natančneje proučiti povezanost med osebnimi lastnostmi zaposlenih in dobrim počutjem in zadovoljstvom na delovnem mestu. Na podlagi rezultatov bi tako lahko izdelali priporočila za zdravstvene zavode, kako nagovoriti zaposlene v zdravstveni negi ali v prihodnje razširiti tudi na druge zdravstvene delavce.

ZAKLJUČEK

Izgorelost zaposlenih v zdravstveni negi je poklicna nevarnost, ki prizadene posameznike organizacije in družbo na splošno. Izgorelost zaposlenih v zdravstveni negi ima lahko za posledice poslabšanje varnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe, zmanjšano zadovoljstvo pacientov, slabšo organizacijsko predanost in produktivnost zaposlenih v zdravstveni negi. Tradicionalno se izgorelost obravnava kot individualna težava, vendar bi preoblikovanje izgorelosti kot organizacijskega in kolektivnega pojava omogočalo širšo perspektivo, potrebno za obravnavo dobrega počutja zaposlenih v zdravstveni negi. Vzpostavitev zdravega in ugodnega delovnega okolja bi morala biti univerzalna globalna skrb za zaposlene v zdravstveni negi.

LITERATURA

- Babapour, A. R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 31;21(1),75.
- Bu, T., Peng, C., Liu, J., Qiu, X., Qiao, Z., Zhou, J., Ke, S., Kan, Y., Hu, X., Qiao, K., Liu, X., Cao, D., & Yang, Y. (2024). Nurse burnout: deep connections and solutions revealed by network analysis. *BMC Nursing*, 23, 531.
- Dobnik, M., Maletič, M., & Skela-Savič, B. (2018). Work-Related stress factors in nurses at Slovenian hospitals – A cross-sectional study. *Zdravstveno Varstvo*, 57(4), 192-200.
- Debets, M., Scheepers, R., Silken, M., & Lombarts, K. (2022). Structural Equation Modelling Analysis on Relationships of Job Demands and Resources with Work Engagement, Burnout and Work Ability: An Observational Study among Physicians in Dutch Hospitals. *BMJ Open*, 12, e062603.
- Drnovšek, P., Korasa, J., & Krčar, J. (2013). Izbrani vprašalniki za uporabo na področju psihologije dela in organizacije. *Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo*.
- Elufioye, O. A., Ndubuisi, N. L., Daraojimba, R. E., Awonuga, F. K., Ayanponle, L. O., & Asuzu, O. F. (2024). Reviewing employee well-being and mental health initiatives in contemporary HR Practices. *International Journal of Science and Research Archive*, 11(1), 828-840.
- Falguera, C. C., los Santos, J. A. A. D., Galabay, J. R., Firmo, C. N., Tsaras, K., Rosales, R. A., Mirafuentes, E. C., & Labrague, L. J. (2020). Relationship between nurse practice environment and work outcomes: A survey study in the Philippines. *International Journal of Nursing Practice*, 27 (1), e12873.
- Filho, F. A., Rodrigues, M. C. S., Cimiotti, J. P. (2019). Burnout in Brazilian intensive care units: a comparison of nurses and nurse technicians. *Advanced Critical Care*, 30(1), 16–21.

- Gago-Valiente, F. J., Mendoza-Sierra, M. I., Moreno-Sánchez, E., Arbinaga, F., & Segura-Camacho, A. (2021). Emotional Exhaustion, Depersonalization, and Mental Health in Nurses from Huelva: A Cross-Cutting Study during the SARS-CoV-2 Pandemic. *International Journal Environment Researche Public Health*, 25;18(15), 7860.
- Goldberg, D. & Williams, P.A. (1998). User's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson; Windsor, UK: 1998.
- Gómez-Salgado, J., Andrés-Villas, M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Milanés, D. & Ruiz-Frutos, C. (2020). Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2,17(11), 3947.
- Hewitt, D. B., Ellis, R. J., Hu, Y-Y., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., Agarwal, G., & Bilimoria, K. Y. (2020). Evaluating the Association of Multiple Burnout Definitions and Thresholds with Prevalence and outcomes. *JAMA Surgery*, 11(7), 1043-1049.
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Student*, 119, 103933.
- Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Limungi, G. M., Simon, K., Toth, L., Horváth, E., Szollosi, A., Galgalo, D., Mate, O. & Siket, U. A. (2024). Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. *BMC Health Services Resasrch*, 24, 1526.
- Lee, M. & Cha, C. (2023). Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 6;13(1), 10971.
- Lesly, A., Kelly, M. J., Weston, & Perry, M. G. (2021). A Nurse Leader's Guide to Reducing Burnout:: Strategies to Improve Well-Being, *Nurse Leader*, 19, 5, 467-473,
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 4;7(11), e2443059.
- López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1032-1041.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (2017). Maslach Burnout Inventory Manual. 4th ed. Mind Garden, inc.
- Maniscalco, L., Enea, M., de Vries, N., Mazzucco, W., Boone, A., Lavreysen, O., Baranski, K., Miceli, S., Savatteri, A., Fruscione, S., Kowalska, M., de Winter, P., Szemik, S., Godderis, L., & Matranga, D. (2024). Intention to leave, depersonalisation and job satisfaction in physicians and nurses: a cross-sectional study in Europe. *Scientific Report*, 14, 2312.
- McFarland, D. C., & Hlubocky, F. (2021). Therapeutic Strategies to Tackle Burnout and Emotional Exhaustion in Frontline Medical Staff: Narrative Review. *Psychology Research and Behavior Management*, 15;14, 1429-1436.
- Mendelsohn, D., Despot, I., Gooderham, P. A., Singhal, A., Redekop, G. J., & Toyota, B. D. (2019). Impact of work hours and sleep on well-being and burnout for physicians-in-training: the resident activity tracker evaluation study. *Medical Education*, 53(3), 306-315.
- Miguel-Puga, J. A., Cooper-Briebesca, D., Avelar-Garnica, F. J., Sanchez-Hurtado, L. A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., Anda-Garay, J. C., González-Díaz, J. I., Segura-Santos, O. B., Vital-Arriaga, L. C., & Jáuregui-Renaud, K. (2021). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain and Behavior*, 11(3), e02007.
- Moreno-Martínez, M., & Sánchez-Martínez, I. (2025). The Associated Factors of Work Engagement, Work Overload, Work Satisfaction, and Emotional Exhaustion and Their Effect on Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 13(2), 162.
- Panari, C., Caricati, L., Pelosi, A., & Rossi, C. (2019). Emotional exhaustion among healthcare professionals: the effects of role ambiguity, work engagement and professional commitment. *Acta Miomedica*, 8;90(6-S), 60-67.
- Portoghese, I., Galletta, M., Larkin, P., Campagna, M., Finco, G., & D'Aloja, E. (2020). Compassion fatigue, watching patients suffering and emotional display rules among hospice professionals: a daily diary study. *BMC Palliative Care*, 19, 23.
- Rivaz, M., Momennasab, M., Yektatalab, S., & Ebadi, A. (2017). Adequate resources as essential component in the nursing practice environment: a qualitative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6), IC01.
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131-1140.
- Timotius, E., & Octavius, G. S. (2022). Stress at the Workplace and Its Impacts on Productivity: A Systematic Review from Industrial Engineering, Management, and Medical Perspective. *Industrial Engineering & Management Systems*, 21(2), 192-205.
- West, C. P., Dyrbye, L. N. & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529.
- Wu, A., Roemer, E. C., Kent, K. B., Ballard, D. W., & Goetzel, R. Z. (2021). Organizational Best Practices Supporting Mental Health in the Workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1;63(12), e925-e931.

pred. Anita Jelen, mag. zdr. nege, ET, QM
Robert Rajnar, mag. zdr. nege
doc. dr. Nevenka Šestan, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Univerzitetni klinični center Ljubljana
anita.jelen@kclj.si

PREVALENCA INKONTINENCE V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA – PRESEČNA OPAZOVALNA RAZISKAVA

Prevalence of incontinence at the University Medical Center of Ljubljana - cross-sectional study

IZVLEČEK

Uvod: Prepoznavanje in obvladovanje inkontinence je izziv za vse izvajalce zdravstvene nege tako v Sloveniji, kot tudi v mednarodnem okolju. Namen raziskave je bilo ugotoviti prevalenco inkontinence, ter kako zaposleni uporabljajo pripomočke za inkontinenco. **Metode:** Za zbiranje podatkov je bil izdelan vprašalnik, izvedeno je bilo izobraževanje zaposlenih o načinu in izvedbi raziskave. S presečno opazovalno raziskavo je bila izmerjena točkovna prevalenca inkontinence. Hipotezi sta bili preverjeni s hi-kvadrat preizkusom za enakost deležev. **Rezultati:** V raziskavo je bilo vključenih 1.277 pacientov, od tega je bilo nekoliko več moških (51,6 %) kot žensk (47,3 %), za 1,1 % pacientov pa podatek o spolu ni bil na voljo. Izmed 1.277 pacientov vključenih v raziskavo, jih je bilo 750 oziroma dobra polovica (58,7 %) kontinentnih in niso uporabljali pripomočkov za inkontinenco. Nadaljnjih 83 oziroma 6,5 % pacientov je bilo kontinentnih in so uporabljali pripomočke za inkontinenco. 31,1 % oziroma 397 pacientov je bilo inkontinentnih in so uporabljali pripomočke za inkontinenco, 17 ali 1,6 % pa ne, kljub temu, da so bili inkontinentni. Za 2,3 % pacientov podatek ni bil na voljo. Točkovna prevalenca je znašala

32,4 %. **Diskusija in zaključek:** Ugotovljeno je bilo, da je v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana prevalenca inkontinence med hospitaliziranimi pacienti 32,4 %, kar je primerljivo tudi z ostalimi raziskavami v tujini. Potrjeni sta bili tudi dve zastavljeni hipotezi in sicer da delež anketiranih zaposlenih izbira pripomočke za inkontinenco na podlagi izmerjenih antropometričnih lastnosti pacientov in da izbirajo pripomočke za inkontinenco na podlagi ugotovljene stopnje inkontinence.

Ključne besede: prevalenca, inkontinenca, pripomočki za inkontinenco, dostojanstvo

ABSTRACT

Introduction: Recognizing and managing incontinence is a challenge for all healthcare providers in Slovenia and internationally. The purpose of the study was to find out what proportion of incontinent patients are managed at the University Medical Center of Ljubljana and to find out what incontinence devices are used by staff to care for incontinent patients and how.

Methods: A questionnaire was developed to collect data, trained staff on how to conduct the survey, and measured the point prevalence of incontinence using a cross-sectional survey.

The hypotheses were tested with a chi-square test for equality of proportions. **Results:** 1,277 patients were included in the survey, of which slightly more were men (51.6%) than women (47.3%), and for 1.1% of patients, gender information was not available. Of the 1,277 patients included in the study, 750, or a good half (58.7%), were continent and did not use incontinence devices. A further 83 or 6.5% of patients were continent and used incontinence devices. 31.1% or 397 patients were incontinent and used incontinence devices, and 17 or 1.6% did not, despite being incontinent. Data were not available for 2.3% of patients. The point prevalence was 32.4%.

Discussion and conclusion: It was found that the prevalence of incontinence among hospitalized patients at the University Medical Center Ljubljana is 32.4%, which is also comparable to other studies abroad. Two hypotheses were also confirmed, namely that the proportion of surveyed employees choose incontinence devices based on measured anthropometric characteristics of patients and that they choose incontinence devices based on the established level of incontinence.

Key words: prevalence, incontinence, incontinence devices, dignity

UVOD

Inkontinenco delimo na urinsko in fekalno inkontinenco. Urinska inkontinenca (UI) je po definiciji International Continence Society (ICS) opredeljena kot vsako nehoteno uhajanje urina. Nova definicija je tako nadomestila starejšo, ki je stanje opredeljevala kot uhajanje urina, ki je prizadeti osebi povzročalo socialni oziroma higienski problem in ki ga je bilo mogoče objektivno dokazati (Skuk & Blaganje, 2020). Fekalna inkontinenca (FI) je nenamerno odvajanje trdnega ali tekočega blata. Fekalna inkontinenca se lahko pojavi, ko ima oseba nenadno željo po odvajanju blata in ne more pravočasno priti na stranišče. Poleg tega lahko blato pušča, ko oseba ne čuti potrebe po odvajanju blata (Mayo Clinic, 2025).

V bolnišnicah po Evropi, Združenih državah Amerike in Avstraliji je prevalenca UI med 10 % in 35 %. UI narašča s starostjo, po podatkih raziskave naj bi bilo na geriatričnih oddelkih v Združenem kraljestvu in Japonskem 30 % do 40 % pacientov z UI. Tudi FI je pogostejša pri hospitaliziranih pacientih in sicer med 6,5 % in 33 %. Takšna razlika je lahko posledica bolnišničnega okolja, skupin pacientov in same definicije inkontinence (Condon et al., 2019).

Prevalenca UI je višja pri hospitaliziranih pacientih ali pri tistih, ki so nameščeni v zavodih za dolgotrajno oskrbo (Martin-Losada et al., 2019). Inkontinenca je pogostejša pri ženskah, prizadene približno dvakrat več žensk kot moških. Kombinirana inkontinenca (urinska in fekalna)

prizadene 10 % žensk in do 6 % moških v skupnosti, pri stanovalcih domov za ostarele pa se poveča na skoraj 50 % (Hall, 2019).

Ugotovljeno je bilo, da je ocenjevanje in obvladovanje inkontinence s strani medicinskih sester v akutni bolnišnični obravnavi omejeno oz. pomanjkljivo zaradi pomanjkanja znanja. Prav tako je bilo ugotovljeno, da se inkontinenčni pripomočki uporabljajo brez ugotavljanja inkontinence in brez ocene stopnje inkontinence (Colborne & Dahlke, 2017).

Med preprostejše in krajše vprašalnike za oceno stopnje inkontinence spada vprašalnik, ki ga je razvila Sandvikova s sodelavci (Sandvik et al., 1993) in ga priporoča tudi National Guideline Clearinghouse. Navedeni vprašalnik vključuje vprašanja o pogostosti uhajanja urina in njegovi količini (Jelen et al., 2024).

»Zlati standard« za določanje urinske inkontinence pa je tehtanje inkontinenčnih predlog ali t.i. »Pad test« (Sandvik et al., 1993), s katerim dobimo najbolj zanesljive podatke o stopnji UI (Jelen et al., 2024).

Okolje v akutni bolnišnični obravnavi se razlikuje od okolja dolgotrajne oskrbe. Pri akutni bolnišnični obravnavi so pogosto v raziskavah omenjene ovire za kakovostno obravnavo pacientov, kot so neustrezna osvetlitev ponoči, posteljne ograjice, ki onemogočajo varno gibanje iz postelje v stranišče, pomanjkljiv dostop do stranišč in fizične omejitve, ki pogosto povečajo epizode inkontinence. Ugotovitve raziskav so pokazale, da so starejši odrasli v akutni bolnišnični obravnavi pogosto odvajali v hlačne plenice in so se izogibali prošnjam za pomoč pri uporabi stranišča, ker so se počutili kot breme za osebje (Colborne & Dahlke, 2017).

V bolnišnični akutni obravnavi se daje prednost zdravstveni obravnavi glede na medicinsko diagnozo in resnost obolenja, zanemarljivo pa se prepoznavanje in obvladovanje inkontinence z medicinskimi pripomočki. Tako pacienti dobijo hitro inkontinenčni pripomoček, čeprav niso inkontinentni. Dajanje prednosti zdravstvenim intervencijam in pomanjkanje časa v okolju akutne bolnišnične obravnave sta privedla do tega, da izvajalci zdravstvene nege uporabljajo pripomočke za inkontinenco iz lastnega udobja in ne zaradi ocene ali potrebe pacienta (Colborne & Dahlke, 2017).

Ker raziskave kažejo, da medicinsko osebje slabo prepozna in obvladuje inkontinenco v akutni bolnišnični obravnavi, nas je zanimalo, kakšna je obravnavo inkontinentnih pacientov v naši največji terciarni ustanovi, v UKCL.

Namen in cilji raziskave

Obravnavo inkontinentnih pacientov močno vpliva na celotno kakovost zdravstvene obravnave in je tudi ogledalo organizacije oz. zavoda. Ker želimo izboljšati kakovostno obravnavo inkontinentnih pacientov v akutni bolnišnični obravnavi, smo želeli ugotoviti, kakšen delež teh pacientov sploh imamo, zato je bilo bistveno glavno raziskovalno vprašanje, kakšna je prevalenca inkontinentnih pacientov v akutni bolnišnični obravnavi. Zanimalo nas je tudi, ali medicinske sestre sploh prepoznavajo inkontinenco, kakšne pripomočke za inkontinenco uporabljajo ter na kakšen način jih izbirajo in nameščajo pacientom.

Ker je izbira pripomočkov za inkontinenco glede na podlagi fizičnih lastnosti pacientov in stopnje inkontinence bistvena za njihovo kakovostno obravnavo, smo zato tudi predpostavili, da medicinske sestre omenjeni intervenciji izvajajo ter postavili naslednji hipotezi:

H1: Zaposleni izbirajo pripomočke za inkontinenco na podlagi izmerjenih antropometričnih lastnosti.

H2: Zaposleni izbirajo pripomočke za inkontinenco na podlagi ugotovljene stopnje inkontinence.

METODE

Pred raziskavo smo pridobili dovoljenje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko in dovoljenje vodstva Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Opravili smo presečno opazovalno raziskavo v določenem časovnem trenutku med hospitaliziranimi pacienti starimi 18 let in več v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL).

Opis merskega instrumenta

Uporabili smo anketni vprašalnik, ki smo ga izdelali sami na osnovi pregledane znanstvene in strokovne literature. Vprašalnik je vseboval 10 manjših sklopov (splošni podatki, podatki o pacientu, dokumentacija, stanje dejanske kontinence/inkontinence, razlog namestitve pripomočka za inkontinenco, vrsta nameščenih pripomočkov za inkontinenco, velikost pripomočka za inkontinenco, stopnja inkontinence, ocena kože anogenitalnega predela ter prostor za dodatne komentarje in opombe).

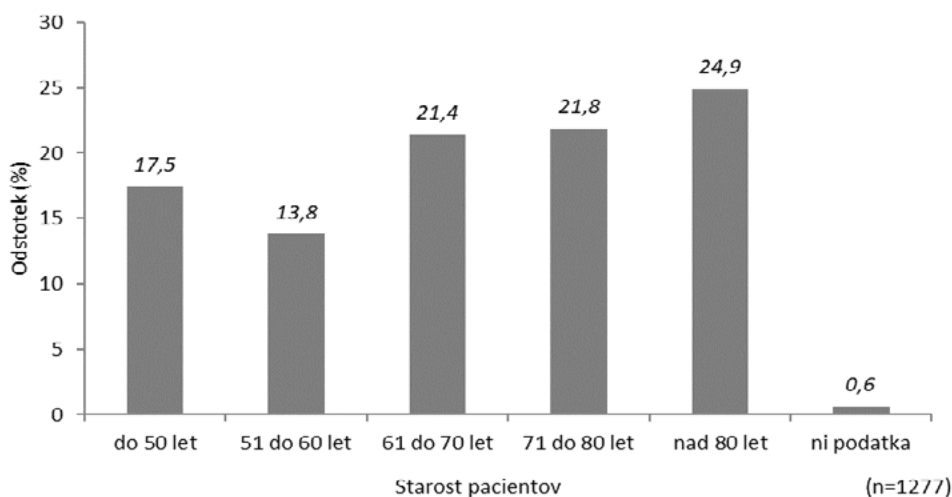
Opis vzorca

V raziskavi gre za populacijsko osnovan vzorec, v določenem trenutku smo zajeli celotno populacijo hospitaliziranih pacientov starih 18 let in več.

Skupno število opazovanih obravnav je bilo 1277. Raziskava je bila opravljena na 11 klinikah oziroma inštitutih. Največji delež pacientov je bil iz Kirurške klinike (36,3 %) in Interne klinike (32,4 %). Za 1.215 pacientov je bilo navedeno, na katerem oddelku oziroma enoti so se nahajali. Skupno je bilo zajetih 62 različnih lokacij.

Raziskava je zajela nekoliko več moških (51,6 %) kot žensk (47,3 %). Velika večina obravnavanih pacientov (81,9 %) je bila starejša od 50 let.

Največjo starostno skupino s 24,9-odstotnim deležem so predstavljali starejši od 80 let. Sledili so pacienti v starosti od 71 do 80 let (21,8 %) oziroma od 61 do 70 let (21,4 %). Pacienti, stari med 51 in 60 let so predstavljali 13,8-odstotni (Slika 1).



Slika 1: Starost pacientov

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo pripravili izobraževanje zaposlenih o načinu in izvedbi raziskave (predstavitve protokola poteka presečne opazovalne raziskave).

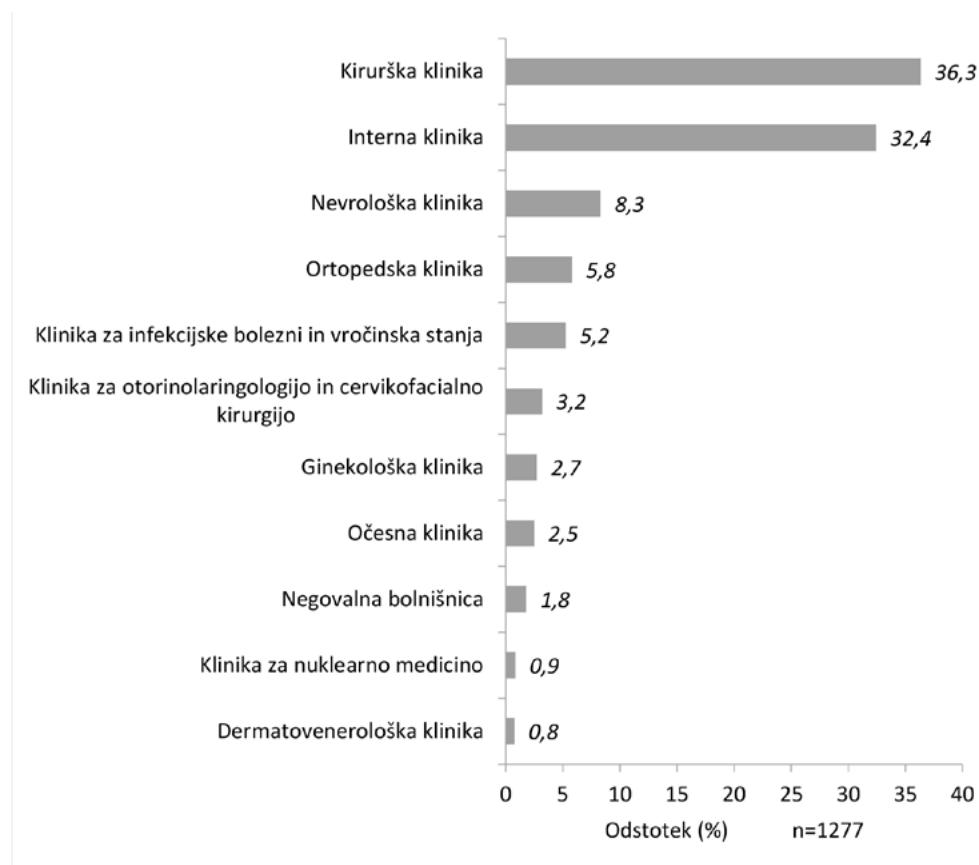
Merili smo točkovno prevalenco inkontinence, kar pomeni v enem dnevu na vseh vključenih klinikah, ki prikaže trenutno situacijo. Prevalenca se je izračunala po naslednji formuli:

$$\text{Točkovna prevalenca inkontinence} = \frac{\text{število pacientov z inkontinenco}}{\text{število pacientov vključenih v vzorcu}}$$

Rezultate smo izračunali s pomočjo programskega paketa SPSS 25. Za preverjanje hipotez pa je bil uporabljen Hi-kvadrat preizkus za enakost deležev.

REZULTATI

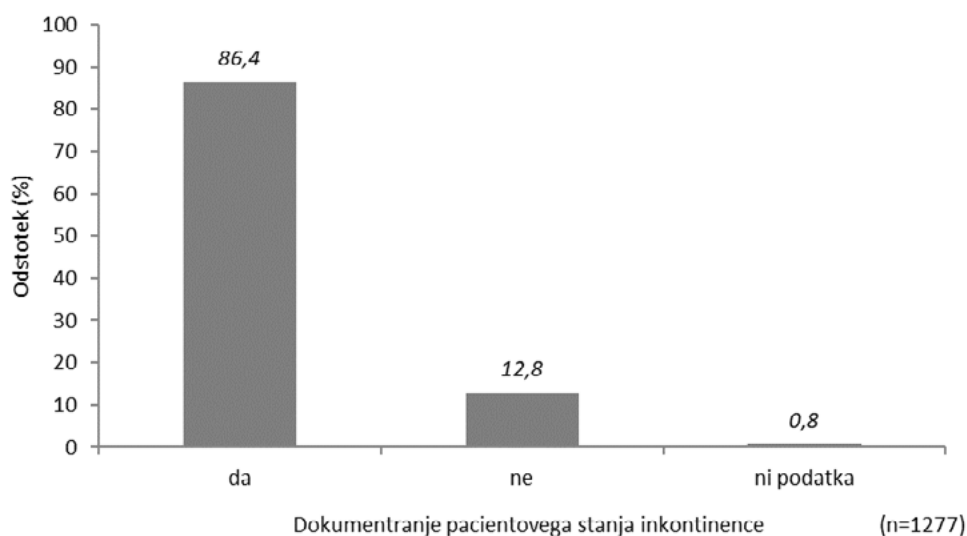
Slika 2 prikazuje v raziskavo zajete klinike in delež pacientov na posameznih klinikah.



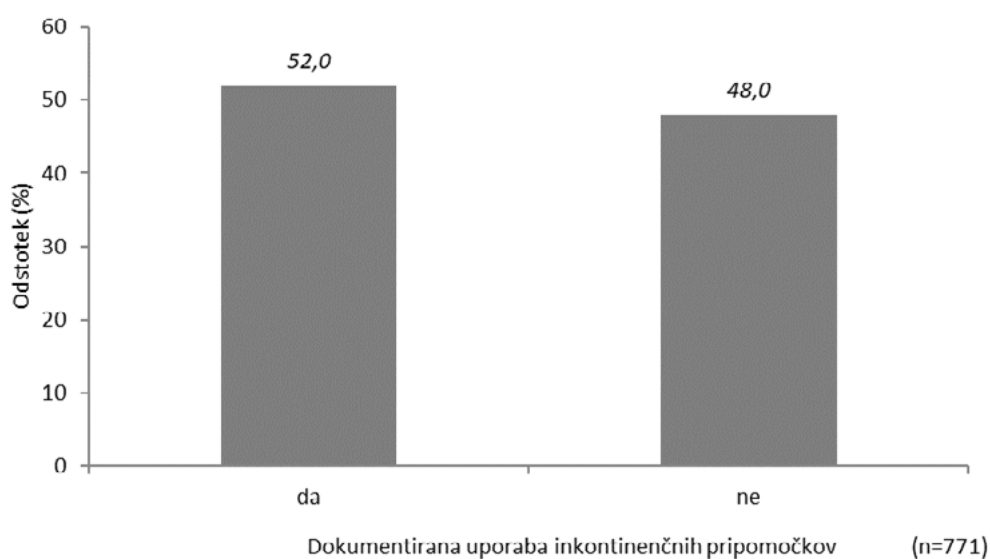
Slika 2: Odstotek obravnavanih pacientov po klinikah

Pri 86,4 % pacientov je bilo stanje kontinence oz. inkontinence dokumentirano v dokumentaciji zdravstvene nege (ZN) (Slika 3). Za 52,0 % (izmed 771 pacientov), ki so uporabljali pripomočke za inkontinenco je bilo v dokumentaciji ZN navedeno, da jih uporabljajo, za 48 % pa v dokumentaciji to ni bilo navedeno (Slika 4). Med pacienti, ki so potrebovali pripomočke za

inkontinenco, je bila njihova velikost in vrsta v dokumentaciji navedena le pri dobri tretjini (35,1 %). Med pacienti, ki so potrebovali pripomočke za inkontinenco je bilo v dokumentaciji ZN navedeno kakšno je stanje kože anogenitalnega predela le pri slabi četrtini (23,1 %).

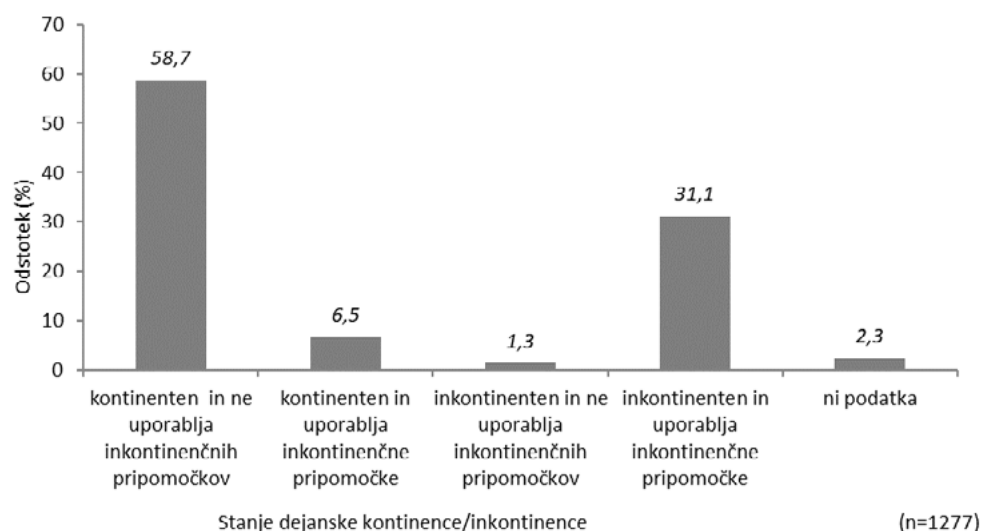


Slika 3: Dokumentirano stanje inkontinentnih pacientov v dokumentaciji ZN



Slika 4: Dokumentirana uporaba pripomočkov za inkontinenco

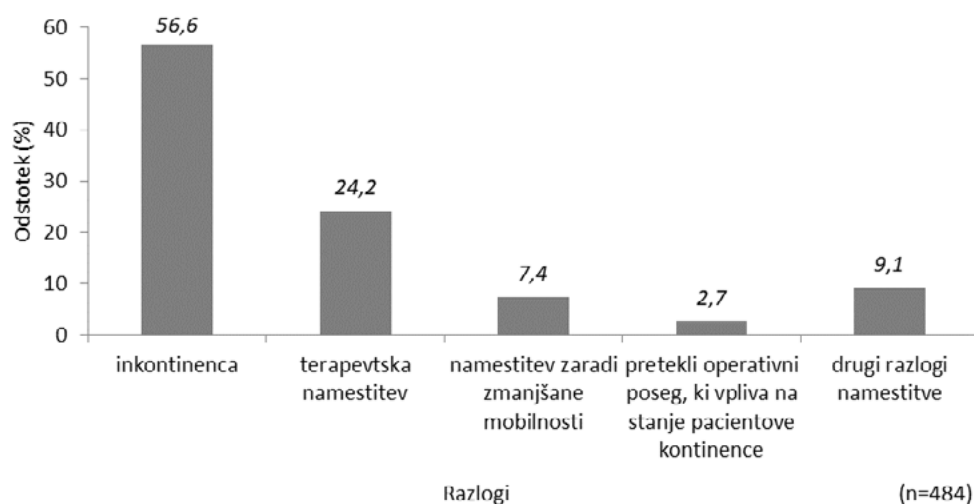
Izmed 1.277 pacientov, vključenih v raziskavo, jih je bilo 750 oziroma dobra polovica (58,7 %) kontinentnih in ti niso uporabljali pripomočkov za inkontinenco (Slika 5). Nadalnjih 83 oziroma 6,5 % pacientov je bilo kontinentnih in so uporabljali pripomočke za inkontinenco. Dobre tri desetine (31,1 %) oziroma 397 pacientov je bilo inkontinentnih in so uporabljali pripomočke, 17 ali 1,6 % pa ne, kljub temu, da so bili inkontinentni. Za 2,3 % pacientov podatek ni bil na voljo. Točkovna prevalenca je torej znašala 32,4 %.



Slika 5: Stanje kontinence / inkontinence ter uporaba pripomočkov za inkontinenco

Med inkontinentnimi pacienti (397) jih je več kot polovica (52,1 %) imela tako urinsko kot fekalno inkontinenco, 43,1 % je imelo samo urinsko, 0,5 % pa samo fekalno inkontinenco. Za 17 pacientov podatek ni bil na voljo.

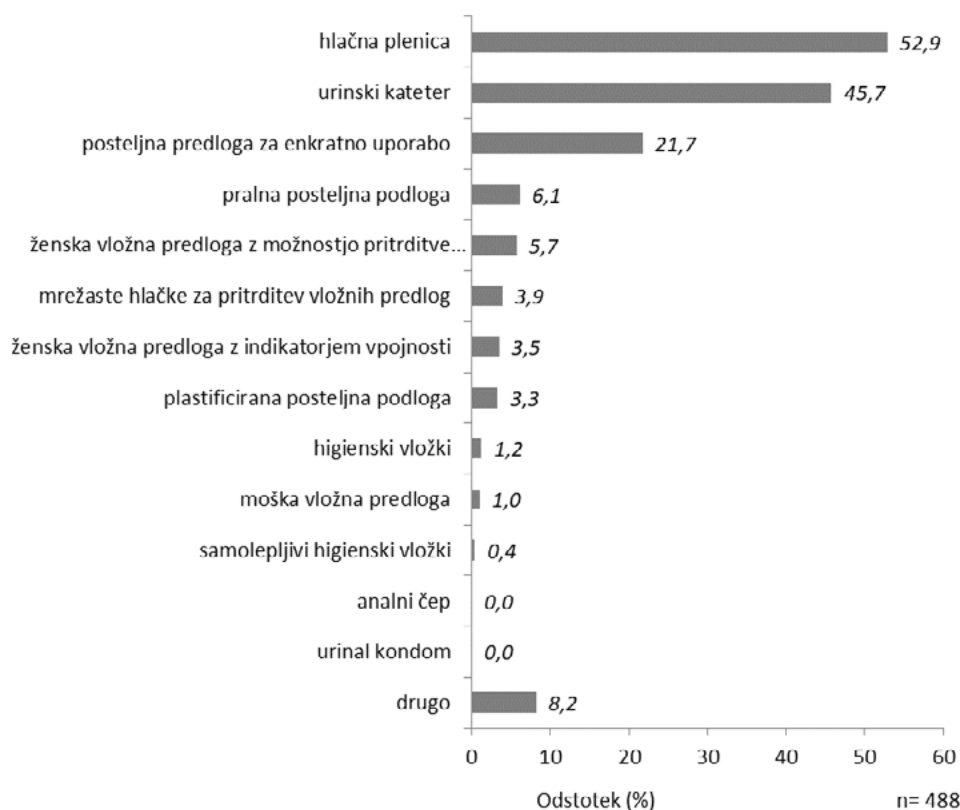
Najpogostejši razlog za namestitev pripomočka za inkontinenco je bila inkontinenca (56,6 %). Naslednji najpogostejše naveden razlog je bila terapevtska namestitev (24,2 %). Precej manj pogosta razloga sta bila namestitev zaradi zmanjšane mobilnosti (7,4%) in pretekli operativni pregled, ki je vplival na pacientovo stanje kontinence (2,7 %). Drugi razlogi so predstavljali 9,1 % vseh navedb (Slika 6).



Slika 6: Razlog namestitve pripomočka za inkontinenco

Najpogostejše nameščene pripomočke za inkontinenco je bila hlačna plenica, ki jo je imelo 52,9 % pacientov. Sledil je urinski kateter, ki ga je imelo 45,7 % pacientov. Posteljno predlogo za enkratno uporabo je imelo 21,7 % pacientov. Redkeje so bili navedeni naslednji pripomočki: pralna posteljna podloga (6,1 %), ženska vložna predloga z možnostjo pritrditve na spodnje perilo (5,7 %), mrežaste hlačke za pritrditev vložnih predlog (3,9 %) itd. (Slika 7).

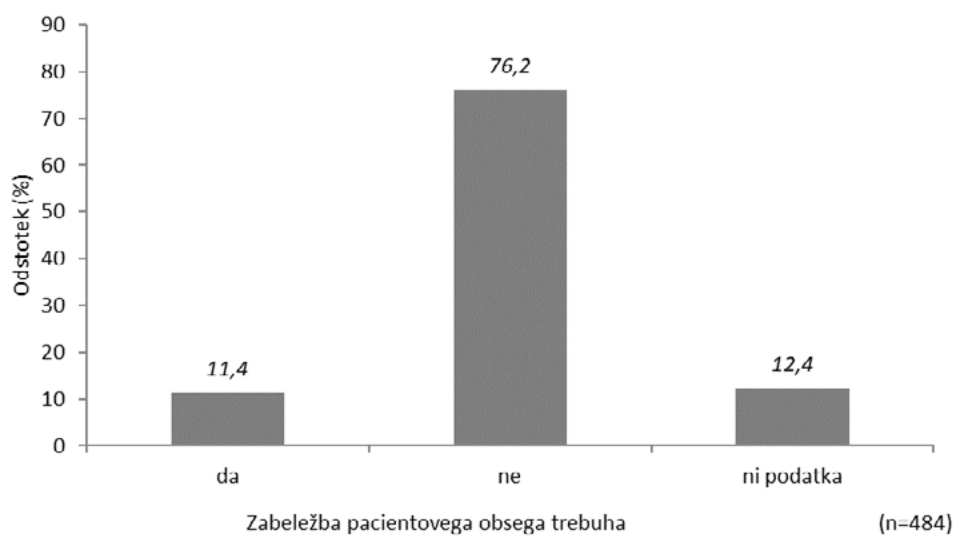
Med pacienti, ki so imeli nameščene pripomočke za inkontinenco, jih je dobra polovica (53,3 %) imela enega od njih, 40,2 % dva pripomočka, 2,5 % pa več kot dva, vendar ne več kot štiri.



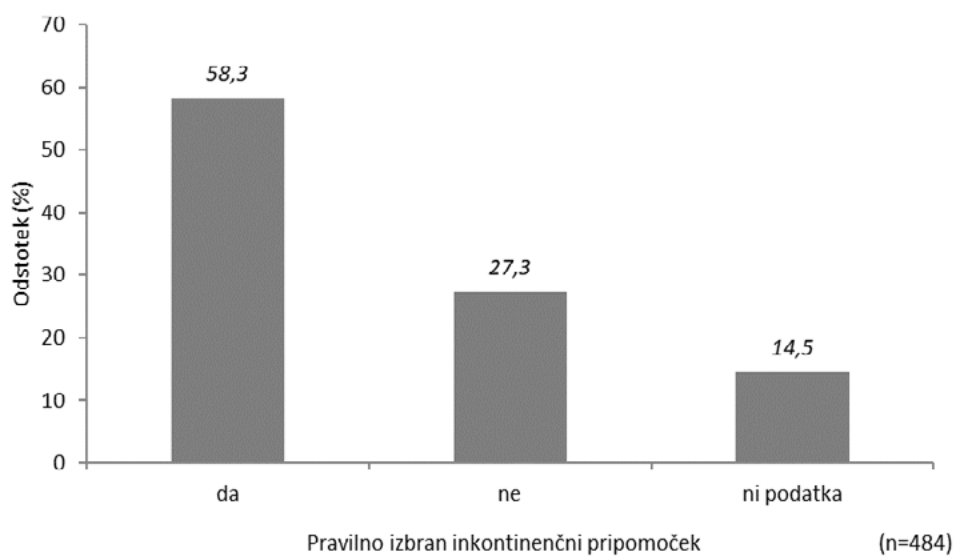
Slika 7: Nameščeni pripomočki za inkontinenco

Pri 484 pacientih, ki so imeli nameščene pripomočke za inkontinenco, je bilo v dokumentaciji ZN le za 11,4 % pacientov naveden in izmerjen obseg trebuha, za 12,4 % pacientov podatek ni bil naveden (Slika 8).

Dobra polovica pacientov (58,3 %) je glede na njihove fizične lastnosti uporabljala pravilno izbran pripomoček za inkontinenco, 27,3 % je bilo takih z nepravilno izbranim pripomočkom, za 14,5 % pacientov pa podatek ni bil naveden (Slika 9).



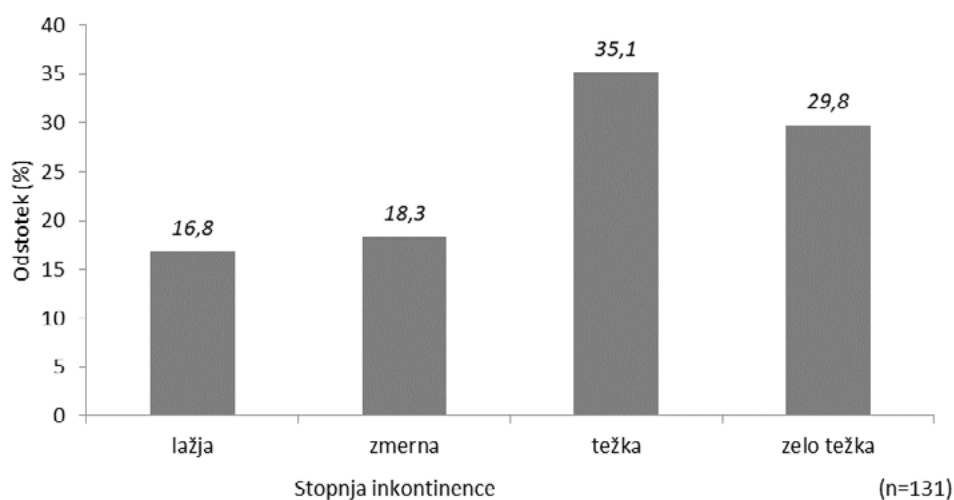
Slika 8: Izmerjen in zabeležen obseg trebuha



Slika 9: Pravilno izbran pripomoček za inkontinenco

Stopnja inkontinence je bila v dokumentaciji ZN zabeležena le pri 30,4 % pacientov.

Pri tistih pacientih, kjer je bila navedena stopnja njihove inkontinence (131), jih je 16,8 % imelo lažjo, 18,3 % zmerno, 35,1 % težko in 29,8 % zelo težko stopnjo (Slika 10).



Slika 10: Zabeležena stopnja inkontinence

Če bi imeli vsi inkontinentni pacienti v raziskavi določeno stopnjo urinske inkontinence po Sandvikovi, bi imelo kar 43,5 % pacientov zelo težko stopnjo, 29,0 % težko, 15,8 % zmerno, 11,7 % pa lažjo stopnjo inkontinence.

Pri 86,5 % pacientih je bil pripomoček za inkontinenco glede na njihovo stopnjo inkontinence pravilno izbran.

Pri veliki večini pacientov koža anogenitalnega predela ni imela sprememb. Pri 3,6 % pacientov je nastal inkontinenčni dermatitis, pri 3,4 % pa PZP. Pri ostalih 3,0 % je prišlo do drugih sprememb.

Preverjanje hipotez

Prvo hipotezo smo potrdili, saj statistično značilen rezultat (χ^2 (df = 1, N = 414) = 54,35, $p < 0,0001$) kaže, da večina zaposlenih izbira pripomočke za inkontinenco na podlagi izmerjenih antropometričnih lastnosti pacienta.

Prav tako smo potrdili tudi drugo hipotezo, statistično značilen rezultat (χ^2 (df = 1, N = 303) = 161,19, $p < 0,0001$) potrjuje, da zaposleni pri izbiri pripomočkov upoštevajo tudi ugotovljeno stopnjo.

DISKUSIJA

Rezultati naše raziskave so pokazali, da je bila prevalenca inkontinence pri hospitaliziranih pacientih v UKCL 32,4 %, kar nas postavlja ob bok ameriškim bolnišnicam, kjer Koloms et al. (2022) poročajo o enaki prevalenci. Ta ugotovitev presega razpon, naveden v številnih evropskih raziskavah, kjer se prevalenca urinske inkontinence giblje med 13 % in 26 %, fekalne inkontinence pa med 6 % in 16,3 % (Condon et al., 2019; Kayser et al., 2021). Tako visoka prevalenca v našem okolju lahko nakazuje na kompleksnost obravnavanih pacientov, višjo povprečno starost hospitaliziranih ali pa na večjo doslednost pri dokumentiranju v primerjavi z drugimi raziskavami.

Posebej pomembna je ugotovitev, da je kar 52,1 % inkontinentnih pacientov imelo hkrati UI in FI, kar kaže na pomembno stopnjo kompleksnosti oskrbe. Izključno UI je imelo 43,1 % pacientov, le 0,5 % pa izključno FI. Ta delež FI je nizek v primerjavi z drugimi raziskavami (Kayser et al., 2021), kar lahko kaže na podcenjevanje FI, ki je pogosto bolj stigmatizirana in manj pogosto dokumentirana. Zaskrbljujoče je, da raziskave kažejo, da zdravstveni delavci pogosto ne postavljajo specifičnih vprašanj o FI, kar zmanjšuje možnosti za njeno ustrezno prepoznavo in obravnavo (Meyer & Richter, 2015).

Pomemben prispevek raziskave je tudi analiza demografskih značilnosti. Največ inkontinentnih pacientov je bilo starih 70 let in več, kar je primerljivo z raziskavo Koloms et al. (2022), kjer so največ primerov UI zabeležili med 69. in 74. letom starosti. Starost ostaja eden ključnih dejavnikov tveganja, kar potrjujejo številne raziskave, ki poudarjajo fiziološke in funkcionalne spremembe, povezane s staranjem, ter soodvisnost z večjo krhkostjo, nepokretnostjo in kognitivnim upadom (Chong et al., 2018).

Dokumentiranje stanja kontinence oz. inkontinence je bilo v naši raziskavi zabeleženo pri 86,4 % pacientov, kar je bistveno več kot v raziskavi Condon et al. (2019), kjer so ugotovili, da inkontinenca pogosto ostaja nedokumentirana. Takšen rezultat je lahko posledica zavedanja zaposlenih v UKCL o pomembnosti dokumentacije. Kljub temu pa podatki razkrivajo vrzeli – le 35,1 % pacientov z dokumentirano uporabo pripomočkov ima zabeleženo tudi vrsto in velikost pripomočka. To pomanjkanje standardiziranega dokumentiranja lahko vpliva na ustreznost oskrbe in nadaljnje klinične presoje.

Nadalje je ugotovljeno, da so pripomočki za inkontinenco pogosto uporabljeni tudi pri kontinentnih pacientih (6,5 %), kar potrjuje ugotovitve Colborne & Dahlke (2017), ki izpostavljata, da pacienti v bolnišničnem okolju pogosto ne zahtevajo pomoči pri uporabi stranišča, ker se počutijo v breme osebju. Najpogosteje uporabljen pripomoček je bila hlačna plenica, sledil je urinski kateter – slednji je posebej problematičen, saj raziskave (Born & Levinson, 2019) opozarjajo, da več kot polovica katetrov ni medicinsko indicirana. Rutinska ali preventivna uporaba teh pripomočkov brez jasne klinične indikacije ne le da povečuje tveganje za okužbe, ampak lahko tudi vodi do funkcionalne inkontinence pri sicer kontinentnih posameznikih.

Čeprav je večina zaposlenih izmerila antropometrične lastnosti in ocenila stopnjo inkontinence, so te meritve pogosto ostale nezabeležene. Kljub temu rezultati kažejo, da so pripomočki večinoma pravilno izbrani, kar nakazuje na praktično kompetenco zaposlenih. Vendar pa bi bolj sistematična dokumentacija prispevala k boljši sledljivosti in možnosti dolgoročnega spremljanja rezultatov oskrbe.

Če bi v vseh primerih upoštevali oceno stopnje inkontinence po Sandvikovi, bi ugotovili, da ima približno desetina več pacientov zelo težko obliko inkontinence. To kaže na možnost podcenjevanja resnosti težav pri pacientih, ki jih ocenjujemo zgolj klinično in brez uporabe standardiziranih orodij.

Raziskava ima tudi nekaj omejitev. Prva je ta, da smo analizirali vse paciente z inkontinenco, ki so bili hospitalizirani v UKCL, nimamo pa primerjave iz drugih bolnišnic v Republiki Sloveniji. Po drugi strani pa ima naša raziskava nekaj pomembnih prednosti tako za zaposlene v zdravstveni negi kot za paciente z inkontinenco, saj je bilo natančno raziskano področje o prevalenci inkontinence ter kako zaposleni dokumentirajo postopke zdravstvene nege in na kakšen način izbirajo pripomočke za inkontinenco.

ZAKLJUČEK

V UKCL je prevalenca inkontinence primerljiva z raziskavami drugje po svetu. To je bila prva večja prevalenčna raziskava inkontinence v akutni bolnišnični obravnavi v Sloveniji in kot taka izredno pomembna za stroko.

Izbira primerne pripomočka za inkontinenco je ključnega pomena za dobro počutje in kakovost življenja pacientov, kakor tudi njihovih oskrbovalcev, kar jim omogoča ohranjanje identitete »celostne osebnosti« ter izogibanje stigmatizacije povezane z inkontinenco. Z ustreznimi pripomočki za inkontinenco omogočimo pacientom večje socialne in poklicne priložnosti ter zmanjšamo čustvene in duševne težave (Cottenden et al., 2013).

Raziskava nam je odprla veliko vprašanj ter področja, ki jih bo v prihodnosti še potrebno raziskati. Za kakovostno obravnavo pacientov z inkontinenco so poleg protokolov, standardov in kliničnih poti pomembni tudi znanje zdravstvenih delavcev ter njihova visoka etična ter moralna načela. Za dostojanstveno oskrbo potrebujemo model, ki nam bo pomagal pri odločanju in načrtovanju individualne zdravstvene nege pacientov z inkontinenco, še posebej starejših in pacientov z demenco, ki so najbolj ranljivi.

LITERATURA

- Born, K. & Levinson, W. (2019). Do not Place, or Leave in Place, Urinary Catheters for Incontinence, Convenience, or Monitoring in Noncritically Ill Patients. Choosing Wisely recommendation 9.
- Chong, E., Chan, M., Lim, W.S., Ding, Y.Y. (2018). Frailty Predicts Incident Urinary Incontinence Among Hospitalized Older Adults-A 1-Year Prospective Cohort Study. *J Am Med Dir Assoc*, 19(5):422-427. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.103. Epub 2018 Feb 10. PMID: 29439853.
- Colborne, M. & Dahlke, S. (2017). Nurses' Perceptions and Management of Urinary Incontinence in Hospitalized Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(10), 46-55.
- Condon, M., Mannion, E., Molloy, D.w., O Caoimh, R., (2019). Urinary and Faecal Incontinence: Point Prevalence and Predictors in a University Hospital. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 194; doi:10.3390/ijerph16020194.
- Cottenden, A., Bliss, D., Buckley, B., Fader, M., Gartley, C., Hayder, D., Ostaszkievicz, J., Wilde, M. (2013). Management Using Continence Products. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/304869970_Management_using_continence_products [10.2.2025].
- Hall, S. (2019). What Percentage Of The Population Are Affected By Incontinence? Pridobljeno na <https://www.incontinence.co.uk/what-percentage-of-the-population-are-affected-by-incontinence>.
- Koloms, K., Cox, J., VanGilder, C.A., Edsberg, L.E. (2022). Incontinence Management and Pressure Injury Rates in US Acute Care Hospitals: Analysis of Data From the 2018-2019 International Pressure Injury Prevalence™ (IPUP) Survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 49(5), 405-415. doi: 10.1097/WON.0000000000000905. PMID: 36108224; PMCID: PMC9592164.
- Jelen, A., Kaučič, B.M., Rajnar, R., Šestan, N. (2024). Prevalence of incontinence and use of incontinence devices in acute hospital settings: a cross-sectional study. *Revija za univerzalno odličnost*, 13 (3), 191-210. URN:NBN:SI:DOC-DCQKN0KN from <http://www.dlib.si>
- Martin-Losada, L., Huerta, M., Gonzalez, N., Ortega, I., Cuenca, J.N. (2019). Managing urinary incontinence in older people in hospital: a best practice implementation project. *JB I Database System Rev Implement Rep*, 17(0), 1-13.
- Mayo Clinic. (2025). Fecal incontinence. Retrieved from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fecal-incontinence/symptoms-causes/syc-20351397> [10.2.2025].
- Meyer, I., Richter, H.E. (2015). Impact of Fecal Incontinence and Its Treatment on Quality of Life in Women. *Women's Health*, 11(2):225-238. doi:10.2217/WHE.14.66
- Sandvik, H., Hunskaar, S., Seim, A., Hermstad, R., Vanvik, A., Bratt, H. (1993). Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J of Epidemiol Community Health*, 47, 497-99.
- Skuk, E. & Blaganje, M. (2020). Urinska inkontinenca pri ženski: pregled področja. *Javno zdravje, številka 12*, 1-18. Retrieved from: https://nizj.si/wp-content/uploads/2022/11/skuk_et_al._jz_2020_12.pdf [10.2.2025].

Tina Burgar, dipl. m. s.
Jerica Kuhar, mag. zdr. neg.
Zdravstveni dom Kranj, Ambulanta družinske medicine
tina.burgar@zd-kranj.si

VREDNOSTI GLIKIRANEGA HEMOGLOBINA V OBDOBJU MED 2019 IN 2023 PRI PACIENTIH S SLADKORNO BOLEZNIJO, VODENIH V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE – KVANTITATIVNA RAZISKAVA

Values of glycemic index in the period
from 2019 to 2023 in patients with
diabetes managed in a family medicine
clinic - A quantitative study

IZVLEČEK

Uvod: Vodenje pacientov s sladkorno boleznijo v ambulanti družinske medicine zahteva strokovno znanje in individualni pristop, pri čemer diplomirana medicinska sestra igra ključno vlogo pri zdravstveni vzgoji. Namen raziskave je preučiti spremembe v vrednostih glikiranega hemoglobina med leti 2019 in 2023 ter prikazati prispevek diplomirane medicinske sestre v timu ambulate družinske medicine. **Metode:** Raziskava temelji na kvantitativni paradigmi in uporablja strategijo presečne raziskave. Statistična analiza je bila izvedena s programom IBM SPSS Statistics 26.0. **Rezultati:** Iz rezultatov statistične analize smo ugotovili, da obstaja

statistično značilna razlika med ambulantama družinske medicine. Druga ambulanta družinske medicine beleži statistično značilno višjo vrednost glikiranega hemoglobina v letih 2020, 2021 in 2023 kot prva ambulanta družinske medicine. **Diskusija in zaključek:** Raziskava, ki smo jo izvedli, prikazuje pomembno vlogo diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine, saj pripomore k boljši organizaciji vodenja oseb s sladkorno boleznijo, kar vodi v ciljno urejenost glikiranega hemoglobina ter boljši dolgoročni nadzor nad kronično boleznijo. Učinkovito vodenje zahteva sodelovanje vseh članov tima, pri čemer zdravstvena vzgoja pozitivno vpliva na potek zdravljenja.

Ključne besede: diplomirana medicinska sestra; krvni sladkor; zdravstvena vzgoja; kronične bolezni; vodenje pacientov, zdravstvena dejavnost na primarni ravni

ABSTRACT

Introduction: Managing patients with diabetes in family medicine clinics requires professional knowledge and an individualized approach, with the registered nurse playing a key role in health education. The aim of the study is to examine changes in glycated hemoglobin values between 2019 and 2023 and to demonstrate the contribution of the registered nurse within the family medicine clinic team. **Methods:** The research is based on a quantitative paradigm and employs a cross-sectional study strategy. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 26.0. **Results:** From the results of the statistical analysis, we found that there is a statistically significant difference between the family medicine clinics. The second family medicine clinic has a statistically significantly higher HbA1C value in 2020, 2021 and 2023 than the first family medicine clinic. **Discussion and conclusions:** Our research shows the important role of the registered nurse in the family medicine clinic in helping to better organize the management of individuals with diabetes, leading to targeted regulation of glycosylated hemoglobin and better long-term control of the chronic condition. Effective management requires the participation of all team members, with health education having a positive impact on the course of treatment.

Key words: registered nurse; blood sugar; health education; chronic diseases; patient management, primary health care

UVOD

Sistemi zdravstvenega varstva se soočajo z velikimi izzivi. Pričakovana življenjska doba se namreč podaljšuje, vse več državljanov pa živi s kroničnimi boleznimi (KB) (Aadahl et al., 2023). World Health Organization (WHO) opozarja na naraščanje bolezni, ki so povezane z življenjskim slogom in starostjo, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, rak ter sladkorna bolezen (SB) (Terbovc et al., 2016) in ocenjuje, da bi bilo mogoče preprečiti do 80 % KB, medtem ko je le 3 % vseh izdatkov v Evropi, namenjenih preventivnemu zdravstvenemu varstvu (PZV) (Aadahl et al., 2023). Ker je SB pogosta in zahteva kompleksno obravnavo, predstavlja velik zdravstveni izziv (Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, 2024). Ocenjuje se, da je v letu 2019 s SB živel 463 milijonov ljudi, kar predstavlja 9,3 % svetovnega odraslega prebivalstva (od 20 do 79 let), od teh se vsaj polovica ne zaveda svojega zdravstvenega stanja (Lunder et al., 2018; Saeedi et al., 2019).

Glede na porast števila pacientov s SB (Łuczyński et al., 2016) in neurejenega krvnega sladkorja (KS) je treba uporabiti različne pristope za opolnomočenje ljudi, da bi ti pridobili več veščin

in znanja za uvajanje sprememb v svoje vedenje (Lunder et al., 2018). Zdravstveni sistemi so usmerjeni h krepitvi PZV in ohranjanju zdravja državljanov (Pečelin & Sočan, 2016). Kot navedejo Oliveira Titi Borba et al. (2019) je PZV dobro okolje za razvoj samooskrbe pri pacientih s SB s povečanjem znanja in spreminjanjem stališč (Lambrinou et al., 2019). Promocija zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da povečajo nadzor nad svojim zdravjem. Kot je bilo prvič opisano v listini iz Ottawe leta 1986, so osnovne strategije za promocijo zdravja zagovarjanje in spodbujanje dejavnikov, ki spodbujajo zdravje (Alkandari et al., 2022). Obstajajo številni dokazi, ki kažejo, da so za izboljšanje rezultatov SB potrebni različni posegi v obliki sistematičnega pristopa, kot so izobraževanje zdravstvenih delavcev kot pacientov za obvladovanje SB (Aalaa et al., 2021).

Diplomirana medicinska sestra (DMS) v ambulantni družinske medicine (ADM) sodeluje pri obravnavi in vodenju pacientov z urejeno KB (Medved et al., 2017; NIJZ, 2016). Delo v ADM je skladno s protokoli vodenja kroničnih pacientov, preventivnim svetovanjem, vodenjem registrov kroničnih pacientov in sistematičnim presejanjem za najbolj pogoste KB (NIJZ, 2016). Namen obravnave in vodenja teh pacientov je opolnomočiti le te za skrb za lastno zdravje, zmanjšati prezgodnjo umrljivost ter znižati dejavnike tveganja za zaplete bolezni (Medved et al., 2017). Vodenje kroničnih pacientov v ADM zagotavlja boljše zdravje prebivalstva, zadovoljstvo pacientov ter izvajalcev, kakovostno ter stroškovno učinkovito obravnavo pacientov na nivoju PZV (NIJZ, 2016).

Spremljanje glikiranega hemoglobina (HbA1c) v ADM, je ključnega in prednostnega pomena pri vodenju pacienta s SB, saj predstavlja pomemben kazalnik dolgoročnega nadzora nad KS (Bulc et al., 2022; Kim et al., 2023). Po Wang et al. (2025) se tveganje za makrovaskularne zaplete pri pacientih s SB z naraščanjem in variabilnostjo HbA1c znatno poveča, za kar trikrat. HbA1c je enostavno merilo za ugotavljanje trenda glikemije v zadnjih 2 do 3 mesecih (Kim et al., 2023). Ciljna vrednost HbA1c, ki jo želimo dosegati pri mnogih odraslih, je manjše ali enako 7,0 %, saj naj bi dokazano zmanjševala mikrovaskularne zaplete SB (diabetična retinopatija, diabetična ledvična bolezen) in nevropatske zaplete (Wang et al., 2025). Vsak 1 % znižanja HbA1C zmanjša tveganje diabetičnih zapletov za 12 do 43 % (Kim et al., 2023). Ciljno vrednost HbA1c med 7,1 % in 8,0 % zastavimo pri pacientih, ki imajo SB dlje časa in ne obvladajo samovodenja bolezni, več pridruženih bolezni in že napredovale mikrovaskularne in makrovaskularne zaplete SB (American Diabetes Association – ADA, 2015; Yuan et al., 2023). ADA opredeljuje dobro kontrolo SB z mejno vrednostjo HbA1c 7 %, medtem, ko Ameriški kolegij endokrinologov določa mejno vrednost HbA1c pri 6,5 %. Neustrezen nadzor nad HbA1c vodi do številnih zapletov SB, ki lahko skrajšajo pričakovano življenjsko dobo, povečajo stroške zdravstvenega varstva ter poslabšajo kakovost življenja (Bin Rakhis et al., 2022).

Namen in cilji

V raziskavi smo želeli ugotoviti, kako se je spreminjala vrednost HbA1c v obdobju od 2019 do 2023 pri pacientih s SB vodenih v dveh ADM. V raziskavi smo preverjali naslednjo hipotezo:

H1: Predpostavljamo, da so vrednosti HbA1c v obdobju od 2019 do 2023 pri pacientih s SB v prvi ADM statistično značilno nižje, kot v drugi ADM.

Želeli smo proučiti in prikazati vlogo in prispevek DMS pri vodenju pacientov s SB v ADM.

METODE

Raziskava temelji na kvantitativni paradigmi. Uporabili smo raziskovalno strategijo presečne študije. Podatke, ki smo jih potrebovali za izvedbo raziskave, smo pridobili iz dokumentacije iz programa Hipokrat, ki jo uporablja DMS za vodenje pacientov s SB v ADM v eni izmed izbranih institucij na nivoju primarnega zdravstvenega varstva na Gorenjskem.

Podatke smo pridobili izključno v raziskovalne namene, vsem pacientom smo zagotovili anonimnost. Vzorec je bil izbran nenaključno in namensko. Kot omejitev raziskave bi opozorili, da smo v raziskavo vključili le eno institucijo na ravni primarnega zdravstvenega varstva na Gorenjskem in manjši vzorec pacientov, zato ugotovitev ne bo možno posploševati. Ko smo zbrali podatke, smo izvedli statistično analizo s programom IBI SPSS Statistics 26.0. Normalno porazdelitev podatkov smo testirali z uporabo Kolmogorov- Smirnovskega testa. Ta je za večino spremenljivk pokazal normalno porazdelitev podatkov, zato smo hipoteze preverjali s parametričnimi testi. Statistično značilnost smo upoštevali pri $p < 0,05$.

REZULTATI

V prvem sklopu poglavja rezultati smo predstavili demografske podatke (spol, starost) pacientov, ki se vodijo v prvi in drugi ADM, katerih podatke smo uporabili v raziskavi.

V prvi ADM je opredeljenih 1634 pacientov, od teh je 171 pacientov s SB. Pri diabetologu se vodi 129 pacientov. V ADM se vodi 55 pacientov, kar predstavlja 32,2 % vseh pacientov s SB v ambulantni. Med njimi je 30 pacientov moškega spola in 25 pacientov ženskega spola. Najvišja starost je 88 let, najnižja starost pa 44 let. Vse preiskave v sklopu vodenja sladkorne bolezni v ambulantni družinske medicine je opravilo 25 pacientov, kar predstavlja 45,5 %, 30 pacientov ni opravilo vseh preiskav (54,5 %). Meritve KS v vseh letih vodenja so bile redno spremljane pri 6 pacientih (10,9 %).

V drugi ADM je opredeljenih 1410 pacientov, od teh je 100 pacientov s SB. Pri diabetologu se vodi 75 pacientov. V ADM se vodi 25 pacientov, kar predstavlja 25 % vseh pacientov s SB v ambulantni. Med njimi je 11 pacientov moškega spola in 14 pacientov ženskega spola. Najvišja starost je 83 let, najnižja starost pa 50 let. Vse preiskave v ambulantni družinske medicine je opravil 1 pacient (4 %), prav tako so bile meritve KS v vseh letih vodenja redno spremljane pri 1 pacientu. DMS vodi kronične paciente od konca leta 2023 naprej.

V tabeli 1 je prikazana opisna statistika vrednosti HbA1c v obdobju od 2019 do 2023 pri pacientih s SB, vodenih v prvi in drugi ADM. Podatki kažejo, da je bila najnižja vrednost mediane glede na celotni vzorec v prvi ADM, zabeležena v letu 2019, in sicer 6,00, najvišja vrednost mediane pa v letu 2023 sicer 6,30. Podatki kažejo, da je bila najnižja vrednost mediane v drugi ADM glede na celotni vzorec zabeležena v letu 2020, in sicer 6,50, najvišja vrednost mediane pa je bila zabeležena v letu 2023 sicer 6,80.

Izvedli smo t-test dveh neodvisnih vzorcev. Iz rezultatov statistične analize smo ugotovili, da obstaja statistično značilna razlika med dvema ADM. Druga ADM beleži statistično značilno višjo vrednost HbA1C v letu 2020, 2021 in 2023 kot prva ADM.

Tabela 1: Opisna statistika vrednosti HbA1c v obdobju od 2019 do 2023 pri pacientih s sladkorno boleznijo, vodenih v ambulantah družinske medicine

HbA1c (1. ambulant)	Me	IKR	K-S	HbA1c (2. ambulant)	Me	IKR	K-S	pa
HbA1c 2019	6,00	0,40	0,15*	HbA1c 2019	6,55	1,55	0,15	0,118
HbA1c 2020	6,20	0,30	0,21***	HbA1c 2020	6,50	1,00	0,15	0,036
HbA1c 2021	6,20	0,40	0,13	HbA1c 2021	6,75	1,20	0,20	0,020
HbA1c 2022	6,25	0,60	0,09	HbA1c 2022	6,70	2,10	0,25	0,389
HbA1c 2023	6,30	0,55	0,13*	HbA1c 2023	6,80	1,17	0,21	0,002

Legenda/Legend: Me – mediana, IKR – interkvartilni razmik / interquartile range, K-S – Kolmogorov-Smirnov test/ Kolmogorov-Smirnov test, a – statistična značilnost t-testa neodvisnih vzorcev/independent samples t test
 * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

DISKUSIJA

V raziskavi smo želeli preučiti, kako se je spreminjala vrednost HbA1c v obdobju od 2019 do 2023 pri pacientih s SB vodenih v dveh ADM. Predpostavili smo, da so vrednosti HbA1C v obdobju 2019 do 2023 pri pacientih s SB v prvi ambulant statistično značilno nižje, kot v drugi ambulant.

Kot navaja Dolinar (2016) število novoodkritih pacientov s SB narašča, posledično pa se stroški zdravljenja SB hitro zvišujejo. Vloga DMS je tako pomembna, saj pacienta s SB vse od samega odkritja bolezni usmerja k cilju, ki pa je opolnomočen pacient. Opolnomočen pacient dosega najvišjo stopnjo samooskrbe glede na zmožnosti, ki jih ima. Avtorji (Butayeva et al., 2023) v svoji študiji ugotavljajo, da intervencije zdravstvenih delavcev o samovodenju SB pozitivno vplivajo na upad KS. Ključno vlogo za izboljšanje zdravstvenih storitev imajo prav DMS. Ta ima odgovornost, znanje in kompetence za vodenje pacienta k zdravemu načinu življenja. Obenem usmerja pacienta k urejenemu zdravstvenemu stanju kljub kronični bolezni in zmanjšanju dejavnikov tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni (Terbovc et al., 2016).

Raziskava, ki smo jo izvedli, prikazuje pomembno vlogo DMS v ADM, saj pripomore k boljši organizaciji vodenja pacientov s SB, kar vodi v nižje vrednosti HbA1c in daje boljši dolgoročni nadzor bolezni.

Pomembna je ugotovitev Dolinar (2016), da sta opolnomočenost pacienta in urejenost SB soodvisni med seboj. Prav tako navaja, da bi bilo treba v zdravstvenovzgojnem procesu več časa nameniti individualnemu delu s pacientom. V raziskavi ugotavljamo, da so vrednosti HbA1c v drugi ADM statistično značilno višje v letu 2020, 2021 in 2023 kot v prvi ADM. Možni razlogi za višje vrednosti HbA1c v drugi ambulant bi lahko bili odsotnost DMS, ki vodi kronične paciente od konca leta 2023 naprej, kadrovska stiska, epidemija COVID – 19, odpovedovanje zdravstvenih storitev zaradi varnosti in bolezni, omejevanje gibanja in podobno.

Nepoznavanje SB in nezadostne informacije o pomenu prehrane in telesne aktivnosti vodijo v poslabšanje SB. Intervencije, ki jih izvajajo zdravstveni delavci pri pacientih s SB, vodijo v izboljšanje nadzora nad boleznijo (Asmat et al., 2022). Pri delu s pacienti v ADM čedalje bolj ugotavljamo, da nekateri pacienti ne želijo obravnave do nastopa težav in so le pasivni uporabniki storitev v zdravstvenem sistemu. Terbovc et al. (2016) v raziskavi, ki so jo izvedli, ugotavljajo,

da imajo pacienti, ki se redno udeležujejo preventivnih pregledov v ADM, nižje ravni holesterola in sistoličnega tlaka, obenem pa so bolj zavzeti za izvajanje telesnih aktivnosti.

ZAKLJUČEK

Samovodenje SB zahteva popolno predanost in sposobnost pacientov, da se aktivno ukvarjajo s samokontrolo. Prizadevati si morajo za sprejetje zdravega življenjskega sloga. Da pacienti dosežejo točko samokontrole SB, je zelo pomembno dobro sodelovanje s timom ADM. Vodenje pacienta s SB v ADM predstavlja ključno področje zdravstvene oskrbe, ki zahteva strokovno znanje, celosten pristop in individualen načrt zdravljenja. DMS tekom obravnave izvaja nadzor tudi nad HbA1c, ki pa je ključni kazalnik urejenosti SB. Ena izmed ključnih nalog DMS pa je, da ima dober in urejen register kroničnih pacientov, tako ima pregled nad že vodenimi pacienti in tistimi, ki imajo na novo odkrito SB. Pomembno je, da redno izvaja pregled nad dejavniki tveganja za razvoj SB, saj s tem preprečuje, da bi osebe zaradi nezdravega življenjskega sloga in pomanjkanja znanja zbolele za SB.

Preventivna zdravstvena dejavnost na področju preprečevanja SB in oskrba oseb s SB temeljita na znanstvenih dognanjih, strokovnih smernicah, standardih in protokolih, ki jih je treba redno posodabljeni in spremljati. Le tako se zagotovi kakovostna, učinkovita in varna zdravstvena oskrba.

SB je KB, ki zahteva redno spremljanje, nadzorovanje in prilagajanje terapije glede na potrebe pacienta. Pomembno dejstvo je, da lahko pravočasno odkrivanje in ustrezna oskrba zmanjšata tveganje za zaplete pri SB, zato je pomembno, da v ADM zagotovimo ustrezno podporo, izobraževanje in zdravstveno oskrbo, ki bo pacientom omogočila kakovostno življenje kljub KB. Samovodenje SB ne le izboljšuje KS, temveč tudi povečuje pacientovo zaupanje in občutek nadzora nad svojim zdravjem.

LITERATURA

- Aalaa, M., Esmaeili, S., Yarmohammadi, H., Sanjari, M., Adibi, H., & Nasli-Esfahani, E. (2021). Empowering Health Care Providers and Self-management Education in Diabetes? A Scoping Review. *International journal of endocrinology and metabolism*, 19(3), 1–7.
<https://doi.org/10.5812/ijem.111765>
- Aadahl, M., Vardinghus-Nielsen, H., Bloch, P., Jørgensen, T. S., Pisinger, C., Tørslev, M. K., Klinker, C. D., Birch, S. D., Bøggild, H., & Toft, U. (2023). Our Healthy Community Conceptual Framework and Intervention Model for Health Promotion and Disease Prevention in Municipalities. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 3901.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20053901>
- Alkandari, A., Gujral, U. P., Bennakhi, A., Qabazard, S., Al-Wotayan, R., Al Duwairi, Q., Al-Kandari, H., Narayan, K. V., & Alarouj, M. (2022). HbA1c, blood pressure, and cholesterol control in adults with diabetes: A report card for Kuwait. *Journal of diabetes investigation*, 13(10), 1732–1739.
<https://doi.org/10.1111/jdi.13832>
- American Diabetes Association. (2015). Glycemic targets. Standards of medical care in diabetes – 2015. *Diabetes Care*, 38(1), 33–40.
<https://doi.org/10.2337/dc15-S009>
- Asmat K, Dhamani K, Gul R, Froelicher ES. The effectiveness of patient-centered care vs. usual care in type 2 diabetes self-management: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2022 Oct 28;10:994766. doi: 10.3389/fpubh.2022.994766. PMID: 36388341; PMCID: PMC9650641.
- Butayeva J, Ratan ZA, Downie S, Hosseinzadeh H. The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *J Diabetes*. 2023 Sep;15(9):724-735. doi: 10.1111/1753-0407.13436. Epub 2023 Jul 5. PMID: 37407516; PMCID: PMC10509520.
- Bin Rakhis, S. A., AlDuwayhis, N. M., Aleid, N., AlBarrak, A. N., & Aloraini, A. A. (2022). Glycemic Control for Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review. *Cureus*, 14(6), 1–8, Article e26180.
 DOI: 10.7759/cureus.26180

- Bulc, M., Petek, D., & Zaletel, J. (2022). Zgodnje odkrivanje in preprečevanje mejne bazalne glikemije, motene tolerance za glukozo in sladkorne bolezni tipa 2. In D. Pongrac Barlovič (Ed.), *Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2* (pp. 29–37). Diabetološko združenje Slovenije.
- Kim, H., Da Young, J., Seung-Hwan, L., Jae-Hyoung, C., Hyeon Woo, Y., Hun-Sung, K. (2023). Long-term risk of cardiovascular disease among type 2 diabetes patients according to average and visit-to-visit variations of HbA1c levels during the first 3 years of diabetes diagnosis. *Journal of Korean medical science*, 38(4), 1–13. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e24>
- Lambrinou, E., Hansen, T. B., & Beulens, J. W. (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(2), 55–63. <https://doi.org/10.1177/2047487319885455>
- Łuczynski, W., Głowińska-Olszewska, B., & Bossowski, A. (2016). Empowerment in the treatment of diabetes and obesity. *Journal of Diabetes Research*, 2016(6), 1–9. <https://doi.org/10.1155/2016/5671492>
- Lunder, M., & Ravnik Oblak, M. (Eds.). (2018). Povzetek slovenskih smernic za obravnavo sladkorne bolezni tipa 2, namenjen bolnikom, svojcem in laični javnosti. Diabetološko združenje Slovenije.
- Medved, N., Čuš, B., Vračko, P., Govc Eržen, J. (2017). *Timska obravnava v referenčnih ambulantah družinske medicine: dokument pripravljen na OE NIJZ*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/clanek_oe_nijz_timska_obravnavava_v_radm_04052017.pdf
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (4. 4. 2016). Opolnomočenje bolnika kot pomemben element obvladovanja kroničnih bolezni. <https://nijz.si/nenalezljive-bolezni/opolnomocenje-bolnika-kot-pomemben-element-obvladovanja-kronicnih-bolezni/>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (14. 11. 2024). Sladkorna bolezen. <https://nijz.si/nenalezljive-bolezni/sladkor-na-bolezen/>
- Oliveira Tito Borba, A. K., Grande Arruda, I. K., Oliveira Marques, A. P., Carréra Campos Leal, M., & Silva Diniz, A. (2019). Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 125–136. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>
- Pečelin, S., & Sočan, M. (2016). Referenčne ambulate: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), 157–162. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.82>
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., Williams, R., & IDF Diabetes Atlas Committee (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes research and clinical practice*, 157 (2019), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- Terbovc, A., Gomišček, B., & Tušek-Bunc, K. (2016). Zmanjševanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni pri pacientih, vodenih v referenčni ambulanti družinske medicine - vloga diplomirane medicinske sestre. *University of Wollongong - Papers*, 101–111. <https://ro.uow.edu.au/dubaipapers/792>
- Yuan, Y., Zhou, X., Jia, W., Zhou, J., Zhang, F., Du, J., & Ji, L. (2023). The association between self-monitoring of blood glucose and HbA1c in type 2 diabetes. *Frontiers in Endocrinology*, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1056828>
- Wang, X., Pei, J., Zheng, K., Liu, M., & Hu, X. (2025). The effect of HbA1c variability on the efficacy of intensive blood pressure control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes, obesity and metabolism*, 27(3), 1208–1216. <https://doi.org/10.1111/dom.16112>

doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik¹

viš. pred. Andreja Ljubič¹

doc. dr. Andreja Hrovat Bukovšek¹

red. prof. dr. Karmen Erjavec²

¹Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

²Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede

tamara.stemberger-kolnik@fzvce.si

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA S PARODONTALNO BOLEZNIJO: POMEN PREVENTIVE, ZDRAVSTVENE PISMENOSTI IN MULTIDISCIPLINARNEGA PRISTOPA – KOMBINIRANI RAZISKOVALNI PRISTOP

**Integrated management of the patient
with periodontal disease: the importance
of prevention, health literacy and a
multidisciplinary approach - mixed
research methods**

IZVLEČEK

Uvod: Parodontalna bolezen je ena najpogostejših kroničnih bolezni ustne votline, ki ima pomembne posledice za splošno zdravje. Cilj raziskave je bil razviti strukturiran proces obravnave, ki bi prispeval k izboljšanju preventivnih ukrepov, zgodnjemu prepoznavanju simptomov in diagnostiki, dolgoročnim izidom zdravljenja, zmanjšanju tveganja za ponovitve bolezni ter k povečanju ozaveščenosti o njenem vplivu na splošno zdravje. S tem smo želeli spodbuditi

dvig zdravstvene pismenosti pacientov in njihovo aktivno vključevanje v skrb za lastno zdravje.

Metode: Raziskava je temeljila na kombiniranem pristopu raziskovanja, kjer smo za zbiranje podatkov uporabili polstrukturirane poglobljene intervjuje, sistematičen pregled literature in retrospektivni pregled spletnih strani vladnih in zdravstvenih organizacij v Sloveniji. Intervjuji so bili izvedeni v začetni in zaključni fazi. **Rezultati:** V rezultatih je prikazana grafična pot pacienta s parodontalno boleznijo po zdravstvenem sistemu, ki smo jo oblikovali na podlagi pridobljenih podatkov iz vseh korakov kombiniranih raziskovalnih pristopov. **Diskusija in zaključek:** Oblikovana je bila celostna pot obravnave pacientov s parodontalno boleznijo, ki vključuje preventivo, pravočasno diagnostiko, zdravljenje in dolgoročno vzdrževanje zdravja obzobnih tkiv za preprečevanje ponovnih akutnih faz bolezni. Pot vključuje vse možnosti, ki so pacientu dostopne znotraj zdravstvenega sistema in so vključene v pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter vse možnosti samoplačniških storitev, ki so potrebne za učinkovito obravnavo pacienta s parodontalno boleznijo.

Ključne besede: kronična bolezen ustne votline, pot pacienta po zdravstvenem sistemu, skrb za lastno zdravje, dostopnost do oskrbe, kakovost zdravstvene obravnave

ABSTRACT

Introduction: Periodontal disease is one of the most common chronic oral cavity diseases, with significant implications for overall health. This study aimed to develop a structured treatment process that would improve preventive measures, early symptom recognition and diagnosis, long-term treatment outcomes, reduce the risk of disease recurrence, and increase awareness of its impact on general health. Through this, we sought to promote health literacy among patients and encourage their active participation in managing their health. **Methods:** The study was based on a mixed-method research approach, utilizing semi-structured in-depth interviews, a systematic literature review, and a retrospective analysis of government and healthcare organization websites in Slovenia for data collection. The interviews were conducted in the study's initial and final phases. **Results:** The results present a graphical representation of the patient journey through the healthcare system for periodontal disease, developed based on data obtained from all steps of the combined research approaches. **Discussion and conclusion:** A comprehensive patient management pathway for periodontal disease has been designed. It encompasses prevention, timely diagnosis, treatment, and long-term maintenance of periodontal health to prevent recurrent acute phases of the disease. The pathway includes all available options within the healthcare system covered by mandatory health insurance and self-paid services necessary for the effective treatment of patients with periodontal disease.

Key words: chronic oral disease; patient pathway through the healthcare system; self-care; accessibility to care; quality of healthcare treatment

UVOD

Parodontalna bolezen je ena najpogostejših kroničnih bolezni ustne votline, ki povzroča resne funkcionalne, estetske in zdravstvene zaplete, ter je glavni vzrok izgube zob pri odraslih (Isola, 2020). Na njen razvoj vplivajo genetski, okoljski in življenjski dejavniki, pri čemer ima ključno vlogo bakterijska flora, ki sproži vnetni odziv (Aarabi et al., 2018; Isola et al., 2020). Pogostejše se pojavlja pri socialno deprivilegiranih skupinah, kjer so ovire dostopa do preventivnih storitev in zobozdravstvene oskrbe večje (Manski et al., 2014). Najnovejše raziskave potrjujejo tesno

povezanost parodontalne bolezni z drugimi sistemskimi obolenji, kot so bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen, pljučne bolezni in zapleti v nosečnosti (Fiorillo, 2019; Isola, 2020). Slabo nadzorovana sladkorna bolezen na primer poveča tveganje za razvoj parodontalne bolezni, medtem ko lahko oboleli zaradi parodontalne bolezni doživijo sistemske spremembe, ki vplivajo na celotno telo (Shinjo et al., 2019; Chen et al., 2020). Preventiva parodontalne bolezni vključuje spodbujanje redne ustne higiene, mehansko odstranjevanje oblog in uporabo protimikrobnih sredstev (Arweiler et al., 2018). Izobraževanje pacientov o pravilni ustni higieni, vedenjskih spremembah ter vplivu parodontalne bolezni na sistemsko zdravje je ključno za uspešno obvladovanje bolezni (Wong et al., 2021). Poučevanje in usmerjanje pacientov vpliva na dvig zdravstvene pismenosti, kar prispeva k večji avtonomiji pacienta in manjšim stroškom zdravljenja (Sørensen et al., 2012). Celostna obravnava pacienta temelji na sodelovanju različnih strokovnjakov, kot so osebni zobozdravniki, parodontologi, ustni higieniki in družinski zdravniki (Robinson et al., 2019; Sandom et al., 2022). Takšen pristop omogoča boljše obvladovanje bolezni, prilagoditev terapij individualnim potrebam pacienta ter izboljšanje kliničnih in življenjskih izidov. Zdravljenje parodontalne bolezni poteka v več fazah: I. Nekirurško zdravljenje, ki temelji na odstranjevanju biofilma in dejavnikov tveganja (Peltz et al., 2023); II. Kirurško zdravljenje, ki vključuje posege za zmanjšanje parodontalnih žepov in regeneracijo tkiv pri napredovalih primerih parodontalne bolezni (Clem et al., 2021; Sabatini et al., 2024) in III. Vzdrževalna faza zdravljenja, ki obsega dolgoročno spremljanje in preventivne posege za preprečevanje ponovitve bolezni (Ramseier et al., 2022).

Kljub napredku v razumevanju in obvladovanju bolezni ostaja javnozdravstveni pristop k preprečevanju parodontalne bolezni pomanjkljiv (Janakiram & Dye, 2020). Spodbujanje primarne preventive in nadzor dejavnikov tveganja, kot sta kajenje in slaba ustna higiena, sta ključna za zmanjšanje bremena bolezni na populacijski ravni (Petersen & Ogawa, 2005). Učenje pacientov o ustnem zdravju izboljša njihovo sposobnost prepoznavanja simptomov, preprečevanja bolezni in učinkovitega sodelovanja pri zdravljenju (Ueno et al., 2013). Samooskrba, kot sta redno mehansko čiščenje zob in uporaba medzobnih pripomočkov, ostaja ključnega pomena za uspešno obvladovanje parodontalne bolezni (Arweiler et al., 2018; Wong et al., 2021). Celovit pristop, ki vključuje multidisciplinarni pristop k obravnavi pacienta s parodontalno boleznijo, višjo stopnjo zdravstvene pismenosti in preventivne ukrepe, je bistven za obvladovanje parodontalne bolezni in zmanjšanje njenega vpliva na splošno zdravje.

Namen prispevka je predstaviti celostni pristop k obravnavi pacienta s parodontalno boleznijo, s poudarkom na preventivnih ukrepih, spodbujanju ter izboljšanju celovite in učinkovite zdravstvene obravnave pacienta s parodontalno boleznijo.

METODE

V raziskavi smo uporabili kombiniran raziskovalni pristop, ki je omogočil celovito zbiranje podatkov iz različnih virov ter zagotovil poglobljeno razumevanje poti pacienta s parodontalno boleznijo skozi slovenski zdravstveni sistem. Cilj te metodološke zasnove je bil pridobiti čim bolj natančne in celovite informacije o dostopnosti, obravnavi ter podpornih storitvah za paciente s to boleznijo.

Na sliki 1 je prikazan sistematičen potek izvedenih raziskovalnih pristopov v zaporedju:

- **Kvalitativna raziskava** – podatke smo zbirali s polstrukturiranimi poglobljenimi intervjuji, izvedenimi s pacienti in strokovnjaki s področja obravnave parodontalne bolezni. Cilj je bil pridobiti vpogled v njihove izkušnje, izzive ter oceno obstoječih zdravstvenih storitev.

- **Retrospektivni pregled spletnih virov** – analizirali smo spletne strani vladnih institucij in zdravstvenih ustanov na primarni, sekundarni in terciarni zdravstveni ravni v Sloveniji. Poseben poudarek smo namenili informacijam, ki so pacientom dostopne prek uradnih kanalov in jih ponujajo ključne institucije.
- **Sistematičen pregled literature** – izvedli smo obsežno analizo znanstvene in strokovne literature s področja preventive, kurativne obravnave ter rehabilitacije in vzdrževanja parodontalne bolezni. Pregled je zajemal tako slovenske kot mednarodne raziskave ter priporočila klinične prakse.
- **Oblikovanje poti pacienta skozi zdravstveni sistem** – na podlagi pridobljenih podatkov smo zasnovali celovito shemo poti pacienta skozi slovenski zdravstveni sistem, ki vključuje ključne stične točke, diagnostične in terapevtske postopke ter možnosti dostopa do obravnave.
- **Dodatna kvalitativna raziskava za validacijo modela** – izvedli smo še eno serijo polstrukturiranih intervjujev, katerih namen je bil preveriti ustreznost in razumljivost oblikovane grafične predstavitve poti pacienta skozi zdravstveni sistem.



Slika 1: Grafični prikaz poteka faz kombiniranega raziskovalnega pristopa

Opis merskega instrumenta

V raziskavi smo uporabili večdimenzionalen pristop k zbiranju podatkov, pri čemer smo uporabili tri glavne raziskovalne instrumente: polstrukturirane poglobljene intervjuje, sistematični pregled spletnih virov in sistematični pregled literature.

Polstrukturirani poglobljeni intervjuji so bili izbrani kot primarni kvalitativni raziskovalni instrument, saj omogočajo pridobitev podrobnih in kontekstualno bogatih podatkov o subjektivnih izkušnjah, percepcijah in izzivih, s katerimi se soočajo pacienti s parodontalno boleznijo ter strokovnjaki, ki sodelujejo pri njihovi obravnavi. Intervjuji so bili osredotočeni na identifikacijo ključnih elementov pacientove poti skozi zdravstveni sistem, zaznanih ovir pri dostopu do zdravstvenih storitev ter vloge različnih akterjev v procesu diagnostike, zdravljenja in dolgoročne oskrbe.

Sistematični pregled spletnih virov je bil izveden z namenom analize dostopnosti in kontekstualne umestitve informacij o parodontalni bolezni na spletnih straneh vladnih institucij in zdravstvenih ustanov na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Pregled je zajemal analizo frekvence pojavljanja izraza „parodontalna bolezen“, njegove umestitve v uradne dokumente, informativne vsebine ter morebitne projekte in aktivnosti, povezane s tematiko. Ta instrument je omogočil vpogled v usklajenost informacij, ki jih zdravstveni sistem posreduje pacientom, ter identificiral morebitne vrzeli v komunikaciji ključnih zdravstvenih institucij. Sistematični pregled literature je bil izveden v podatkovnih bazah Google Scholar, PubMed in ScienceDirect, pri čemer so bile uporabljene ključne besede *parodontalna bolezen (periodontal disease)*, povezane z Boolovim operaterjem AND s ključnimi področji preventiva, kurativa in rehabilitacija/vzdrževanje. Pregled je bil izveden skladno z metodologijo PRISMA, pri čemer so bili uporabljeni vključitveni kriteriji za izbor relevantnih virov. V analizo je bilo vključenih 83 virov, ki so omogočili primerjalno analizo pristopov k obravnavi parodontalne bolezni v Sloveniji in tujini ter identifikacijo najboljših praks za oblikovanje optimiziranega modela oskrbe.

Za preverjanje ustreznosti in razumljivosti oblikovane poti pacienta skozi zdravstveni sistem so bili izvedeni dodatni polstrukturirani poglobljeni intervjuji. Osrednje raziskovalno vprašanje je bilo, v kolikšni meri je predstavljena pot razumljiva in uporabna tako za paciente kot za strokovnjake s področja parodontalne bolezni. V ta namen so bila intervjujska vprašanja razdeljena v tematske sklope, ki so vključevali celovitost pacientove poti, kakovost in varnost obravnave, dostopnost storitev, koordinacijo med različnimi ravni zdravstvenega sistema, prilagodljivost sistemskih rešitev potrebam pacientov, evalvacijo učinkovitosti zdravljenja ter vlogo tehnološke podpore pri upravljanju bolezni.

Opis vzorca

Vzorec smo analizirali za dve izvedeni kvalitativni raziskavi.

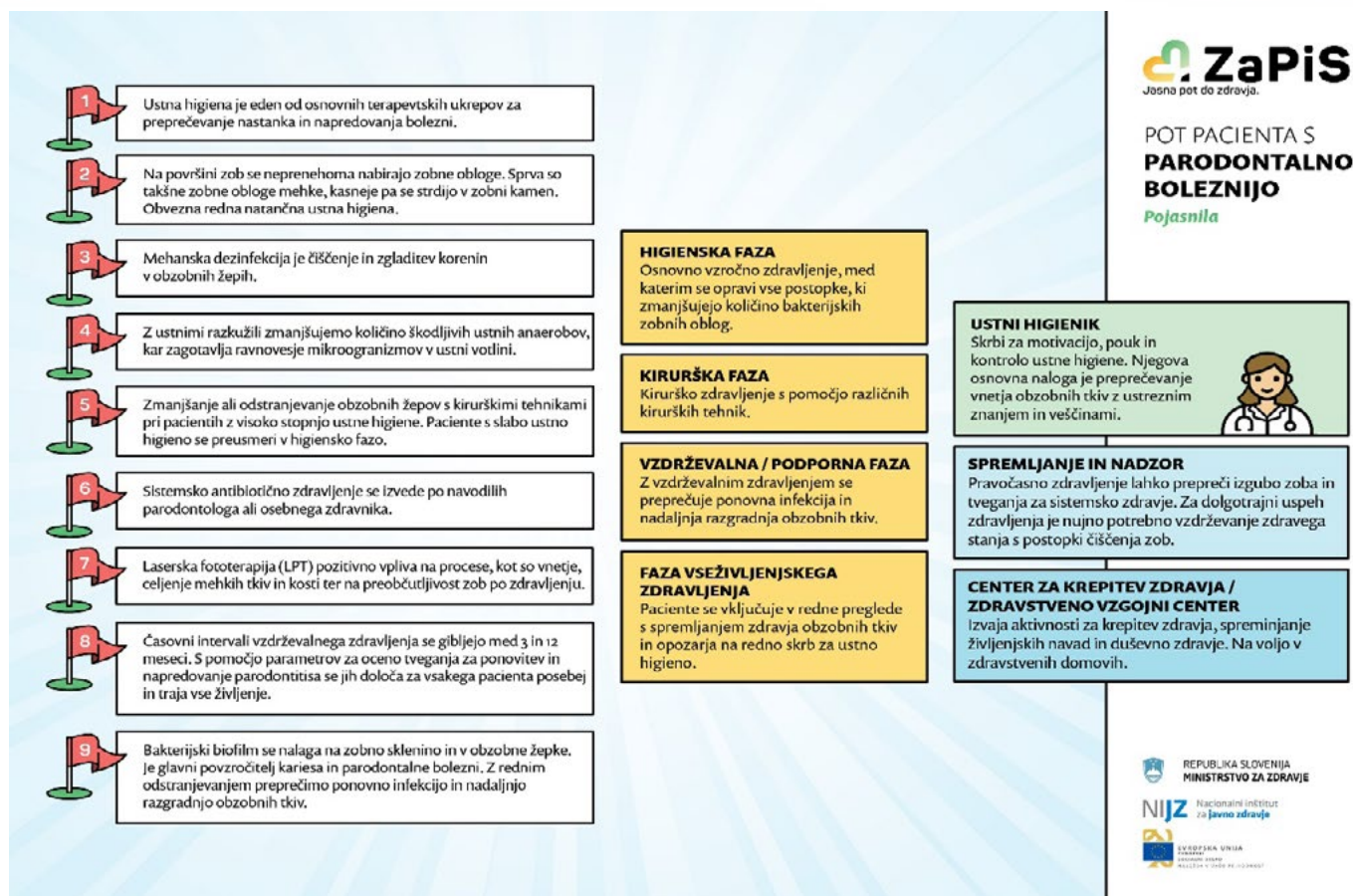
V prvi fazi kvalitativne raziskave smo izvedli polstrukturirane poglobljene intervjuje z osmimi udeleženci. Med njimi je bilo šest pacientov, ki so izpolnjevali ključni kriterij vključitve – izkušnja celotnega procesa zdravljenja parodontalne bolezni skozi vse ravni zdravstvenega sistema (primarna, sekundarna in terciarna raven). Da bi zagotovili heterogenost vzorca, smo dodatno opredelili kriterije glede na spol, starost, geografsko regijo in druge demografske dejavnike. Poleg pacientov sta bila v vzorec vključena dva strokovnjaka, in sicer zdravnik dentalne medicine ter medicinska sestra, ki poleg kliničnega dela s pacienti s parodontalno boleznijo sodelujeta tudi pri oblikovanju in izboljševanju strategij obravnave teh pacientov na nacionalni ravni.

V drugi fazi kvalitativne raziskave smo uporabili heterogeni namenski vzorec, ki je zajemal 12 udeležencev. Med njimi so bili štirje pacienti s parodontalno boleznijo, ki niso sodelovali v prvem delu raziskave, in osem zdravstvenih delavcev z različnih ravni zdravstvenega varstva (primarna, sekundarna in terciarna raven). Ključni kriterij za vključitev strokovnjakov je bilo njihovo vsakodnevno klinično delo s pacienti s parodontalno boleznijo ter poznavanje sistemskih vidikov obravnave na nacionalni ravni. S tovrstno zasnovo vzorca smo zagotovili širok spekter pogledov in omogočili poglobljeno analizo tako iz perspektive pacientov kot tudi zdravstvenih strokovnjakov, vključenih v proces obravnave.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo pridobili odobritev Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije ter Komisije za etiko Univerze v Novem mestu. Raziskovalni protokol, metodološki pristop in

Vir: NIJZ, 2024



Slika 3: Legenda/razlaga grafičnih podob in kratic v sliki poti pacienta po zdravstvenem sistemu. Vir: NIJZ, 2024

DISKUSIJA

Raziskava o poti pacienta s parodontalno boleznijo po zdravstvenem sistemu v Sloveniji je pokazala več ključnih izzivov in priložnosti za izboljšave. Ugotovitve kažejo, da večina pacientov zobozdravnika obišče šele ob napredovanju bolezni, kar je pogosto posledica omejene zdravstvene pismenosti in neprepoznavanja zgodnjih simptomov parodontalne bolezni (Babnik et al., 2013; Sadar & Erjavec, 2021). To poudarja potrebo po večji ozaveščenosti in zgodnjem preventivnem delovanju, zlasti v otroštvu in mladostništvu, kjer navade, pridobljene v domačem okolju, igrajo ključno vlogo pri ustnem zdravju (Peres et al., 2019; Alkhtib & Mohamed, 2023). Zobni karies je pri otrocih pomembna javnozdravstvena skrb, zlasti v državah z nižjim socialnoekonomskim statusom, a tudi v državah z višjim standardom, kjer kljub preventivnim programom ostaja visoka prevalenca bolezni (Alkhtib & Mohamed, 2023). Raziskave potrjujejo, da zgodnji obisk zobozdravnika, nadzor vnosa sladkorja in uporaba fluoridov bistveno zmanjšujejo tveganje za razvoj kariesa (Edelstein, 2017; Tinanoff et al., 2019). Pri odraslih in starejših odraslih ostaja ključni dejavnik preventive uporaba fluoridov, pri čemer se priporoča tako topikalna kot sistemska uporaba za preprečevanje kariesa in parodontalnih bolezni (Dhanapriyanka & Jayasekara, 2023; Romandini et al., 2024). Novejše raziskave opozarjajo na močno povezavo med oralnim zdravjem in splošnim zdravjem, saj lahko parodontalne bolezni prispevajo k večjemu tveganju za kronične nenalezljive bolezni, kot so bolezni srca in

ožilja ter sladkorna bolezen tipa II (Guo et al., 2018; Niu et al., 2024). Zdravljenje parodontalne bolezni pogosto vključuje kombinacijo nekirurških in kirurških metod. Nekirurško zdravljenje, ki temelji na odstranjevanju zobnih oblog in bakterijskih toksinov, ostaja zlati standard pri zgodnjih fazah bolezni (Cobb & Sottosanti, 2021; Sabatini et al., 2024). Pri napredovalih oblikah bolezni je potrebno kirurško zdravljenje, ki lahko vključuje regenerativne postopke za obnovo podpornih tkiv zob (Jepsen et al., 2023). Primerjave učinkovitosti kirurškega in nekirurškega zdravljenja kažejo, da je kirurško zdravljenje na kratki rok učinkovitejše pri zmanjšanju globine parodontalnih žepov, medtem ko so dolgoročni izidi primerljivi (Salehuddin et al., 2022; Nair et al., 2024). Poleg tradicionalnih metod zdravljenja se razvijajo tudi novi pristopi, kot so fotodinamična terapija, uporaba probiotikov in lokalna aplikacija zdravil, ki se kažejo kot potencialno učinkoviti dodatki k standardnemu zdravljenju (Haas et al., 2021; Butera et al., 2023). Ugotovitve prav tako poudarjajo pomen rednih zobozdravstvenih pregledov in vseživljenjskega vzdrževanja ustnega zdravja, saj lahko sistematično spremljanje zmanjša tveganje za napredovanje parodontalne bolezni (Trombelli et al., 2020; Ravidà et al., 2021).

V Sloveniji pot pacienta s parodontalno boleznijo vključuje več faz – od prepoznavanja simptomov, diagnoze, zdravljenja do vzdrževanja zdravja. Vendar pa raziskava opozarja na pomembne pomanjkljivosti, kot so dolge čakalne dobe, omejena dostopnost do specialistov in neenakomerna porazdelitev zobozdravstvenih storitev (Mills & Levin, 2022). Poleg tega osebni zobozdravniki pogosto ne prepoznajo, ali ne želijo zdraviti parodontalnih bolezni, kar vodi v pozne diagnoze in slabše zdravstvene izide (Giddon et al., 2013; Shahid et al., 2021). Za izboljšanje obravnave pacientov raziskava predlaga več ukrepov, vključno z večjo vključenostjo ustnih higienikov v javno mrežo, sistematičnim izobraževanjem pacientov o ustni higieni in večjo povezavo med zobozdravniki, specialisti in ustnimi higieniki (Oh et al., 2021). Ključni ukrepi vključujejo tudi prilagoditev poti pacienta individualnim potrebam, skrajšanje čakalnih dob in izboljšanje koordinacije med zobozdravstvenimi timi (Herrera et al., 2023).

ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo poudarili potrebo po celostnem pristopu k obvladovanju parodontalne bolezni, ki vključuje preventivo, zgodnje odkrivanje, učinkovito zdravljenje in dolgoročno vzdrževanje ustnega zdravja. Implementacija predlaganih izboljšav bi lahko pomembno prispevala k boljši kakovosti zobozdravstvenih storitev in dolgoročnemu zmanjšanju bremena parodontalnih bolezni v Sloveniji.

LITERATURA

- Aarabi, G., Heydecke, G., & Seedorf, U. (2018). Roles of Oral Infections in the Pathomechanism of Atherosclerosis. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(7), 1978. <https://doi.org/10.3390/ijms19071978>
- Alkhtib, A. O., & Mohamed, H. G. (2023). Current knowledge about early childhood caries in the gulf cooperation council with worldwide reflection: Scoping review of the scientific literature (2010–2021). *PLOS Global Public Health*, 3(1), e0001228. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001228>
- Arweiler, N. B., Auschill, T. M., & Sculean, A. (2018). Patient self-care of periodontal pocket infections. *Periodontology* 2000, 76(1), 164–179. <https://doi.org/10.1111/prd.12152>
- Babnik, K., Kolnik, T. S., & Bratuz, A. (2013). Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1).
- Butera, A., Folini, E., Cosola, S., Russo, G., Scribante, A., Gallo, S., ... & Genovesi, A. (2023). Evaluation of the Efficacy of Probiotics Domiciliary Protocols for the Management of Periodontal Disease, in Adjunction of Non-Surgical Periodontal Therapy (NSPT): A Systematic Literature Review. *Applied Sciences*, 13(1), 663. <https://doi.org/10.3390/>
- Chen, Y., Zhu, B., Wu, C., Lin, R., & Zhang, X. (2020). Periodontal Disease and Tooth Loss Are Associated with Lung Cancer Risk. *BioMed Research International*, 2020, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2020/5107696>

- Clem, D., Heard, R., McGuire, M., Scheyer, E. T., Richardson, C., Toback, G., Gwaltney, C., & Gunsolley, J. C. (2021). Comparison of Er,Cr:YSGG laser to minimally invasive surgical technique in the treatment of intrabony defects: Six-month results of a multicenter, randomized, controlled study. *Journal of Periodontology*, 92(4), 496–506. <https://doi.org/10.1002/JPER.20-0028>
- Cobb, C. M., & Sottosanti, J. S. (2021). A re-evaluation of scaling and root planing. *Journal of Periodontology*, 92(10), 1370–1378. <https://doi.org/10.1002/JPER.20-0839>
- Dhanapriyanka, M., & Jayasekara, P. (2023). Future Directions for the Use of Fluorides in the Prevention of Dental Caries in Sri Lanka: Opinion Review. *Journal of Dental Research and Review*, 10(4), 202–205. https://doi.org/10.4103/jdrr.jdrr_111_2
- Edelstein, B. L. (2017). Pediatric Dental-Focused Interprofessional Interventions. *Dental Clinics of North America*, 61(3), 589–606. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2017.02.005>
- Fiorillo, L. (2019). Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina*, 55(10), 676. <https://doi.org/10.3390/medicina55100676>
- Giddon, D. B., Swann, B., Donoff, R. B., & Hertzman-Miller, R. (2013). Dentists as oral physicians: the overlooked primary health care resource. *The Journal of primary prevention*, 34, 279–291.
- Guo, S., Armstrong, R., Waters, E., Sathish, T., Alif, S. M., Browne, G. R., & Yu, X. (2018). Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: A systematic review. *BMJ Open*, 8(6), Article 6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020080>
- Haas, A. N., Furlaneto, F., Gaio, E. J., Gomes, S. C., Palioto, D. B., Castilho, R. M., Sanz, M., & Messoria, M. R. (2021). New tendencies in non-surgical periodontal therapy. *Brazilian Oral Research*, 35(suppl 2), e095. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0095>
- Herrera, D., Sanz, M., Shapira, L., Brotons, C., Chapple, I., Frese, T., ... & Vinker, S. (2023). Association between periodontal diseases and cardiovascular diseases, diabetes and respiratory diseases: Consensus report of the Joint Workshop by the European Federation of Periodontology (EFP) and the European arm of the World Organization of Family Doctors (WONCA Europe). *J Clin Periodontol*, 50(6), 819–841. doi: 10.1111/jcpe.13807
- Isola, G. (2020). The Impact of Diet, Nutrition and Nutraceuticals on Oral and Periodontal Health. *Nutrients*, 12(9), 2724. <https://doi.org/10.3390/nu12092724>
- Janakiram, C., & Dye, B. A. (2020). A public health approach for prevention of periodontal disease. *Periodontology* 2000, 84(1), 202–214.
- Jepsen, K., Sculean, A., & Jepsen, S. (2023). Complications and treatment errors related to regenerative periodontal surgery. *Periodontology* 2000, 92(1), 120–134. <https://doi.org/10.1111/prd.12504>
- Manski, R. J., Moeller, J. F., Chen, H., Schimmel, J., St. Clair, P. A., & Pepper, J. V. (2014). Dental usage under changing economic conditions. *Journal of Public Health Dentistry*, 74(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00370.x>
- Mills, A., & Levin, L. (2022). Inequities in periodontal disease prevalence, prevention, and management. *Quintessence International*, 53(2).
- Nair, V., Vasoya, N. S., Vakharia, D. H., Mansuri, S. N., Sutariya, P., Dhamelia, G., & Patel, H. H. (2024). Evaluating the Long-Term Outcomes of Periodontal Surgery vs. Non-Surgical Treatment in Aggressive Periodontitis. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 16(Suppl 1), S761–S763. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_999_23
- Niu, X., Rong, X., & Sun, H. (2024). Potential interaction of sugar intake and tobacco exposure on dental caries in adults-A cross-sectional study from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Dental Sciences*, 19(3), 1792–1800. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2023.09.030>
- Oh, S. L., Yang, J. S., & Kim, Y. J. (2021). Discrepancies in periodontitis classification among dental practitioners with different educational backgrounds. *BMC Oral Health*, 21, 1–8.
- Peltz, K. M., Rulli, D. M., Eber, R., Gonzalez-Cabezas, C., & Kinney, J. S. (2023). Dental Hygienists' Familiarity, Utilization, and Barriers to Using Advanced Instruments during Non-Surgical Periodontal Therapy. *Journal of Dental Hygiene: JDH*, 97(4), 60–69.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., ... & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2005). Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: The WHO Approach. *Journal of Periodontology*, 76(12), 2187–2193. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.12.2187>
- Ramseier, C. A., Manamel, R., Budniger, R., Cionca, N., Sahrmann, P., Schmidlin, P. R., & Martig, L. (2022). Cost savings in the Swiss healthcare system resulting from professional periodontal care. *Swiss Dental Journal*, 132(11), 764–779.
- Ravida, A., Galli, M., Saleh, M. H. A., Rodriguez, M. V., Qazi, M., Troiano, G., Chan, H., & Wang, H. (2021). Maintenance visit regularity has a different impact on periodontitis-related tooth loss depending on patient staging and grading. *Journal of Clinical Periodontology*, 48(8), 1008–1018. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13489>

- Robinson, P. G., Douglas, G. V. A., Gibson, B. J., Godson, J., Vinnall-Collier, K., Pavitt, S., & Hulme, C. (2019). Remuneration of primary dental care in England: A qualitative framework analysis of perspectives of a new service delivery model incorporating incentives for improved access, quality and health outcomes. *BMJ Open*, 9(10), e031886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031886>
- Romandini, P., Marruganti, C., Romandini, W. G., Sanz, M., Grandini, S., & Romandini, M. (2024). Are periodontitis and dental caries associated? A systematic review with meta-analyses. *Journal of Clinical Periodontology*, 51(2), 145–157. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13910>
- Sabatini, S., Maiorani, C., Bassignani, J., Cotellessa, S., Di Trani, G., Fulgenzi, E., ... & Butera, A. (2024). Effectiveness of Ultrasonic and Manual Instrumentation in Nonsurgical Periodontal Therapy: Are Additional Therapies More Effective? A Systematic Review. *Applied Sciences*, 14(5), 1950. <https://doi.org/10.3390/app14051950>
- Sadar, M., & Erjavec, K. (2021). The level of health literacy of secondary school students in Slovenia. *Journal of Health Sciences*, 11(2). <https://doi.org/10.17532/jhsci.2021.1272>
- Salehuddin, N., Md Sabri, B., & Ariffin, F. (2022). Cost Analysis on Non-surgical and Surgical Therapy for the Management of Residual Pockets of Periodontitis Patients in Faculty of Dentistry Universiti Teknologi MARA: A Pilot Study. *Compendium of Oral Science*, 9(1), 15. <https://doi.org/10.24191/cos.v9i1.16893>
- Sandom, F., Hearnshaw, S., Grant, S., Williams, L., & Brocklehurst, P. (2022). The in-practice prevention programme: An example of flexible commissioning from Yorkshire and the Humber. *British Dental Journal*. <https://doi.org/10.1038/s41415-022-4140-y>
- Shahid, M., Shum, J. H., Tadakamadla, S. K., Kroon, J., & Peres, M. A. (2021). Theoretical evidence explaining the relationship between socio-demographic and psychosocial barriers on access to oral health care among adults: A scoping review. *Journal of Dentistry*, 107, 103606.
- Shinjo, T., Ishikado, A., Hasturk, H., Pober, D. M., Paniagua, S. M., Shah, H., ... & King, G. L. (2019). Characterization of periodontitis in people with type 1 diabetes of 50 years or longer duration. *Journal of Periodontology*, 90(6), 565–575. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0735>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tinanoff, N., Baez, R. J., Diaz Guillory, C., Donly, K. J., Feldens, C. A., McGrath, C., ... & Twetman, S. (2019). Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(3), 238–248. <https://doi.org/10.1111/ipd.12484>
- Trombelli, L., Simonelli, A., Franceschetti, G., Maietti, E., & Farina, R. (2020). What periodontal recall interval is supported by evidence? *Periodontology 2000*, 84(1), 124–133. <https://doi.org/10.1111/prd.12340>
- Ueno, M., Takeuchi, S., Oshiro, A., & Kawaguchi, Y. (2013). Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. *Journal of Dental Sciences*, 8(2), 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2012.09.012>
- Wong, L. B., Yap, A. U., & Allen, P. F. (2021). Periodontal disease and quality of life: Umbrella review of systematic reviews. *Journal of Periodontal Research*, 56(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/jre.12805>

Snežana Frelih, dipl. m. s.¹
mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.²
¹Senecura Pflegezentrum, Vassach Villach
²Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
snezanafrelih@hotmail.com

RAZUMEVANJE PALIATIVNE OSKRBE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI: KVANTITATIVNA RAZISKAVA

Understanding of Palliative Care Among Nurses: A Quantitative Study

IZVLEČEK

Uvod: Paliativna oskrba je nepogrešljiv sestavni del zdravstvene oskrbe pacientov z neozdravljivo boleznijo, ki se izvaja na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Razumevanje paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami je ključno za zagotavljanje celostne, varne in kakovostne oskrbe, ki je usmerjena v izboljšanje kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev. Cilj raziskave je bil preučiti razumevanje paliativne oskrbe. V prispevku je predstavljen del širše raziskave. **Metode:** Z uporabo kvantitativne metode je bila izvedena raziskava med novembrom 2023 in januarjem 2024. Sodelovalo je 350 medicinskih sester, zaposlenih na primarni, sekundarni in terciarni ravni ter v socialnovarstvenih zavodih. Eno izmed raziskovalnih orodij je bil strukturiran vprašalnik z 12 trditvami, razvit na osnovi pregleda literature, katerega zanesljivost je koeficient Cronbach alfa (0,721). Podatki so bili analizirani s programom IBM SPSS Statistics 29.0, kjer sta bili uporabljeni opisna statistika in univariatna analiza. **Rezultati:** Rezultati kažejo, da razumevanje paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami ni statistično značilno povezano s stopnjo izobrazbe. Med leti delovnih izkušenj in razumevanjem paliativne oskrbe je pozitivna statistična povezanost ($p > 0,05$). Še posebej pri trditvah poznavanja področja paliativne oskrbe ($r = 0,25$; $p = 0,001$) Vprašani so poudarili, da je cilj paliativne oskrbe zagotavljanje najboljših možnih kakovosti življenja za paciente in njihove svojce ($PV = 4,78$; $SO = 0,52$) ter da paliativna oskrba vključuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta ($PV = 4,78$; $SO = 0,52$). Najmanj so se strinjali, da jih izvajanje paliativne oskrbe izčrpa ($PV = 2,99$; $SO = 1,07$). **Diskusija in zaključek:** Rezultati poudarjajo visoko raven razumevanja

paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami, vendar tudi nakazujejo na potrebo po kontinuiranem izobraževanju in krepitvi kompetentnosti na tem področju. Nadaljnje raziskave bi lahko raziskale specifične dejavnike, ki prispevajo k raznoliki samoevalvaciji znanja.

Ključne besede: paliativna oskrba, medicinske sestre, kompetentnost

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is an essential component of healthcare for patients with incurable diseases, provided at all levels of the healthcare system. The understanding of palliative care among nurses is crucial for ensuring comprehensive, safe, and high-quality care aimed at improving the quality of life for the patient and their family. The aim of the study was to examine the understanding of palliative care. This article presents a part of a broader research.

Methods: Using a quantitative method, the study was conducted between November 2023 and January 2024. A total of 350 nurses participated, employed at primary, secondary, and tertiary healthcare settings, as well as in social care institutions. One of the research tools was a structured questionnaire with 12 statements, developed based on a literature review, with a reliability coefficient of Cronbach's alpha (0.721). The data were analysed using IBM SPSS Statistics 29.0, where descriptive statistics and univariate analysis were applied. **Results:** The results show that the understanding of palliative care among nurses is not statistically significantly related to the level of education. There is a positive statistical correlation between years of work experience and the understanding of palliative care ($p > 0.05$), particularly regarding the knowledge of the field of palliative care ($r = 0.25$; $p = 0.001$). Respondents emphasized that the goal of palliative care is to provide the best possible quality of life for patients and their families ($M = 4.78$; $SD = 0.52$) and that palliative care includes social, psychological, and spiritual aspects of patient care ($M = 4.78$; $SD = 0.52$). The least agreement was found regarding the statement that providing palliative care is exhausting ($M = 2.99$; $SD = 1.07$).

Discussion and conclusion: The results highlight a high level of understanding of palliative care among nurses, but also indicate the need for continuous education and strengthening of competencies in this area. Further research could explore specific factors contributing to the diverse self-evaluation of knowledge.

Keywords: palliative care, nurses, competence

UVOD

Paliativna oskrba je ključni sestavni del zdravstvene obravnave pacientov z neozdravljivimi boleznimi. Njena vloga se vse bolj uveljavlja v zdravstvenih sistemih, kjer zaradi naraščanja števila pacientov z napredujočimi, smrtonosnimi boleznimi postaja vedno pomembnejša (Gulcan Bahcecioglu, 2017). Kljub temu pa se paliativna oskrba v Sloveniji še vedno razvija in sooča s številnimi izzivi. Eden izmed ključnih problemov je prepoznavanje pacientov, ki potrebujejo zgodnje vključevanje v paliativno oskrbo. Pozen začetek vključitve ali neustrezno obvladovanje zapletenih situacij pacientov in njihovih bližnjih lahko vodi v pomanjkljivo in delno kakovostno oskrbo ob koncu življenja (Draginc, 2021).

Paliativna oskrba je sicer relativno nova stroka v slovenskem prostoru, kar se odraža v nejasni terminologiji, pomanjkanju ustreznih virov ter strokovnem znanju, potrebnem za učinkovito izvajanje. Zgodnje in celovito vključevanje pacientov v paliativno oskrbo je nujno za zagotavljanje najboljše možne kakovosti življenja pacientov z neozdravljivimi boleznimi in podporo

njihovim bližnjim v času bolezni ter po smrti (Ebert Moltara et al., 2020). To pa zahteva usklajeno delovanje celotnega zdravstvenega sistema, ki vključuje preventivo, presejalne programe, diagnostiko, zdravljenje, rehabilitacijo in paliativno oskrbo. Ob tem se vse bolj prepletajo specifično, podporno in paliativna oskrba, katerih cilj je zagotoviti pacientom dostojno življenje do konca (Ebert Moltara et al., 2020).

Med ključnimi izvajalci paliativne oskrbe so medicinske sestre, katerih vloga ni le skrb za pacienta, temveč tudi promocija paliativne oskrbe v družbi ter sodelovanje v interdisciplinarnih timih. Medicinske sestre v paliativni oskrbi opravljajo naloge, ki zahtevajo specialna znanja, ustrezne komunikacijske veščine ter pozitivne osebnostne lastnosti. Poleg tega imajo pomembno vlogo pri edukaciji prihodnjih izvajalcev paliativne zdravstvene nege in znanstveno-raziskovalnem razvoju svojega področja (Bernot, 2021). Na Kitajskem so raziskave pokazale, da ima večina medicinskih sester negativen odnos do paliativne oskrbe, kar je povezano z njihovim neudobjem ob soočanju z umiranjem (Shi et al., 2019; Kim, Kim & Gelegjams, 2020). Tudi v Sloveniji je raziskava, ki jo je izvedla Leskovic (2023), pokazala, da medicinske sestre pogosto prezrejo pomembne potrebe pacientov, kot so družbeni stiki in duhovne potrebe, kar negativno vpliva na kakovost oskrbe. Gnezda (2018) ugotavlja, da medicinske sestre prepoznajo umiranje kot naraven del življenja, vendar so nekatere smrti, zlasti nepričakovane ali smrt mlajših pacientov, zanje čustveno težje. Ob tem se pogosto soočajo s stresom in negativnimi občutki, vendar je pomembno, da se ti občutki ne prenesejo v oskrbo pacientov.

Ključnega pomena je pridobivanje ustreznega znanja, na podlagi katerega bodo medicinske sestre uspešno izvajale paliativno oskrbo. Razumevanje osnovnih načel paliativne oskrbe in njenih specifičnosti je tako temelj za zagotavljanje celostne, varne in kakovostne obravnave pacientov ob koncu življenja.

Namen in cilj

Namen raziskave je bil ugotoviti razumevanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester. Zastavljena sta bili naslednji raziskovalni vprašanji:

Kako se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na stopnjo izobrazbe?

Kako se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na število let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi?

METODE

Za pridobivanje podatkov smo uporabili kvantitativni pristop s strukturiranim vprašalnikom.

Opis instrumenta

Merski instrument je bil spletni vprašalnik. Vseboval je dva vsebinsko ločena sklopa vprašanj. Prvi sklop je vseboval vprašanja zaprtega tipa in je bil namenjen pridobivanju demografskih podatkov, kot so spol, stopnja izobrazbe in zavod zaposlitve. Drugi sklop je bil namenjen raziskovanju razumevanja paliativne oskrbe z vidika medicinskih sester. Ta je bil sestavljen na podlagi pregleda literature (Ministrstvo za zdravje, 2010; Srša, 2016; Kilbertus, King, Robinson, Cristancho & Burm 2022; Xue, et al., 2023) iz dvanajstih trditev. Nanje so vprašanci odgovarjali s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice, pri čemer 1 pomeni sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se strinja, niti se ne strinjam, 4 se strinjam ter 5 popolnoma se strinjam.

Na podlagi vrednosti Cronbach alfa koeficienta sklepamo, da je naš vprašalnik zmerno zanesljiv, saj dosega vrednost 0,721 (Bujang, Omar & Baharum, 2018).

Opis vzorca

Vzorec raziskave je bil neslučajnostni namenski in predstavljale so ga medicinske sestre, zaposlene na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva ter socialno-varstvenih zavodih. Pridobili smo odgovore 359 vprašancev, od tega jih je 54 (15,0 %) deloma pomanjkljivo odgovorilo na vprašanja, vendar so bili kljub temu upoštevani v raziskavi.

Povprečna delovna doba anketiranih na področju zdravstvene nege je bila v razponu od manj kot eno leto do največ 50 let (PV = 20,1 leta; SO = 11,0 leta). Anketirani so imeli od manj kot 1 leto delovnih izkušenj na področju paliativne zdravstvene nege do največ 39 let (povprečna delovna doba v paliativni oskrbi je bila PV = 8,2 let; SO = 7,3 let). Ostali demografski podatki so prikazani v Tabeli 1.

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih

	n	%
Spol		
Ženski	280	93,3
Moški	20	6,7
Izobrazba		
Srednješolska izobrazba	55	18,4
Višješolska izobrazba	27	9,0
Visokošolska izobrazba	173	57,9
Univerzitetna izobrazba ali magisterij	44	14,7
Doktorat	0	0,0
Dodatna izobraževanja s področja paliativne oskrbe		
Seminar 1 dan vsaj 6 ur	135	54,0
Seminar do 20 ur	80	32,0
Specialna znanja s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe (več kot 60 ur)	35	14,0
Zavod zaposlitve		
Zavod primarne ravni zdravstvenega varstva	167	46,5
Zavod sekundarne ravni zdravstvenega varstva	67	18,7
Zavod terciarne ravni zdravstvenega varstva	100	27,8
Socialnovarstveni zavod	25	7

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala elektronsko, s spletnim orodjem 1 ka, v obliki snežne kepe. Najprej smo k sodelovanju povabili sodelavce, prijatelje ter te prosili, da povabijo svoje sodelavce, prijatelje in znance. Povezavo do ankete smo delili tudi na družbenem omrežju. Raziskava je potekala med novembrom 2023 in januarjem 2024.

Pridobljene podatke smo kvantitativno analizirali s pomočjo programa IBM SPSS Statistics 29.0. Rezultate smo predstavili z univariatno statistično analizo (frekvenčne distribucije in opisne statistike). Za ugotavljanje porazdelitve podatkov smo s pomočjo Shapirov-Wilkov testa

zaznali normalno porazdelitev podatkov ($p > 0,05$) in iz tega razloga uporabili parametrične statistične teste. Povezanost smo iskali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom, razlike pa z enofaktorsko analizo variance (ANOVA). Če je bila p -vrednost manjša od 0,05, smo sklepali, da prihaja do statistično značilnih razlik.

REZULTATI

Primerjali smo, ali se razumevanje paliativne oskrbe razlikuje med medicinskimi sestrami glede na stopnjo izobrazbe, ugotavljamo, da pri nobeni izmed trditev ni prišlo do statistično značilne razlike v razumevanju le-te ($p > 0,05$).

Drugo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na razumevanje paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami glede na število let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi. Pri trditvi »Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege« je prišlo do statistično značilne razlike v razumevanju paliativne oskrbe glede na leta delovnih izkušenj v paliativni oskrbi ($F = 6,734$; $p < 0,001$). Medicinske sestre z manj kot 5 leti delovnih izkušenj so se manj strinjale z omenjeno trditvijo ($PV = 3,06$; $SO = 1,00$), medtem ko so se medicinske sestre z več kot 31 delovnih izkušenj bolj strinjale ($PV = 4,10$; $SO = 0,74$). Pri vseh ostalih trditvah ni prišlo do statistično značilne razlike ($p > 0,05$). Izpostavimo lahko sicer statistično neznačilen, vendar pomemben podatek ($F = 2,092$; $p < 0,082$), kjer se s trditvijo »Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester« bolj strinjajo zaposleni z več let delovne dobe. Več podatkov je v tabeli št. 2.

Tabela 2: Razumevanje paliativne oskrbe glede na delovno dobo v paliativni oskrbi

Trditev	Delovna doba	n = 359	min	maks	PV	SO	F	p
Paliativna oskrba pomeni celosten pristop k pacientu s kronično in napreduvalno boleznijo.	< 5 let	161	2	5	4,64	0,65	1,133	0,341
	6 - 10	42	1	5	4,64	0,85		
	11 - 20	51	3	5	4,84	0,42		
	21 - 30	18	4	5	4,67	0,49		
	> 31 let	10	4	5	4,80	0,42		
Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljših možnih kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev.	< 5 let	161	2	5	4,80	0,49	0,619	0,649
	6 - 10	42	1	5	4,74	0,70		
	11 - 20	51	2	5	4,84	0,50		
	21 - 30	18	4	5	4,78	0,43		
	> 31 let	10	5	5	5,00	0,00		
Paliativna oskrba združuje socialne, psihološke in duhovne vidike oskrbe pacienta.	< 5 let	161	3	5	4,80	0,45	0,539	0,707
	6 - 10	42	2	5	4,76	0,62		
	11 - 20	51	2	5	4,82	0,52		
	21 - 30	18	4	5	4,78	0,43		
	> 31 let	10	5	5	5,00	0,00		

Paliativna oskrba mora biti individualna, temeljiti mora na klinični presoji, znanju in izkušnjah.	< 5 let	161	1	5	4,71	0,66	1,884	0,113
	6 - 10	42	4	5	4,88	0,33		
	11 - 20	51	4	5	4,92	0,27		
	21 - 30	18	3	5	4,78	0,55		
	> 31 let	10	4	5	4,80	0,42		
Za osnovno izhodišče paliativne zdravstvene nege je potreben interdisciplinaren timski pristop.	< 5 let	161	3	5	4,74	0,48	1,785	0,132
	6 - 10	42	4	5	4,83	0,38		
	11 - 20	51	4	5	4,88	0,33		
	21 - 30	18	4	5	4,67	0,49		
	> 31 let	10	3	5	4,60	0,70		
Komunikacija je najpomembnejša veščina oziroma orodje medicinske sestre v PO.	< 5 let	161	1	5	4,42	0,73	0,908	0,460
	6 - 10	42	2	5	4,48	0,71		
	11 - 20	51	3	5	4,55	0,67		
	21 - 30	18	3	5	4,22	0,65		
	> 31 let	10	4	5	4,60	0,52		
Medoseben odnos med pacientom in medicinsko sestro je pomemben dejavnik paliativne oskrbe.	< 5 let	161	2	5	4,67	0,53	1,735	0,142
	6 - 10	42	3	5	4,57	0,67		
	11 - 20	51	4	5	4,76	0,43		
	21 - 30	18	4	5	4,72	0,46		
	> 31 let	10	5	5	5,00	0,00		
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege.	< 5 let	161	1	5	3,06	1,00	6,734	<0,001
	6 - 10	42	2	5	3,74	0,80		
	11 - 20	51	1	5	3,43	1,01		
	21 - 30	18	2	4	3,33	0,77		
	> 31 let	10	3	5	4,10	0,74		
Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov.	< 5 let	161	2	5	4,75	0,53	1,448	0,218
	6 - 10	42	4	5	4,86	0,35		
	11 - 20	51	4	5	4,88	0,33		
	21 - 30	18	4	5	4,89	0,32		
	> 31 let	10	4	5	4,90	0,32		
Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester.	< 5 let	161	1	5	4,34	0,75	2,092	0,082
	6 - 10	42	3	5	4,57	0,63		
	11 - 20	51	4	5	4,59	0,50		
	21 - 30	18	4	5	4,56	0,51		
	> 31 let	10	3	5	4,40	0,70		

Dodatno izobraževanje za medicinske sestre iz paliativne zdravstvene nege je zelo pomembno za razumevanje paliativne oskrbe.	< 5 let	161	1	5	4,67	0,62	0,416	0,797
	6 - 10	42	4	5	4,73	0,45		
	11 - 20	51	4	5	4,76	0,43		
	21 - 30	18	3	5	4,61	0,70		
	> 31 let	10	4	5	4,70	0,48		
Paliativna zdravstvena nega me izčrpava in utruja.	< 5 let	161	1	5	4,69	0,57	1,581	0,180
	6 - 10	42	1	5	3,01	1,00		
	11 - 20	51	1	5	2,78	0,94		
	21 - 30	18	1	5	2,90	1,28		
	> 31 let	10	2	5	3,39	0,70		

Legenda: n = število odgovorov, min = minimalna vrednost, maks = maksimalna vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = analiza varianc; p = statistična značilnost v višini 0,05. Ocena 1 – sploh se ne strinjam, ocena 2 – se ne strinjam, ocena 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, ocena 4 – se strinjam, ocena 5 – popolnoma se strinjam.

V nadaljevanju smo preverili tudi povezanost med razumevanjem paliativne oskrbe in številom let delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi.

Rezultati so pokazali, da je povezava med leti delovnih izkušenj v paliativni zdravstveni negi in razumevanjem paliativne oskrbe bila pri trditvi »Kot medicinska sestra imam dovolj znanja na področju paliativne zdravstvene nege« statistično značilna, nizka in pozitivno usmerjena ($r = 0,249$; $p = 0,001$). Slednje pomeni, da so se medicinske sestre z več let delovnih izkušenj na področju paliativne oskrbe bolj strinjale, da imajo tudi znanje. Pozitivna povezava je bila tudi pri trditvi »Kot medicinska sestra se zavedam, kako pomembno je lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov« statistično značilna, nepomembne moči in pozitivno usmerjena ($r = 0,129$; $p = 0,031$). Statistično značilna ($r = 0,118$; $p = 0,047$) je bila tudi povezava pri trditvi »Razumevanje paliativne zdravstvene nege je odvisno od izobraževanja in notranje motivacije medicinskih sester«.

DISKUSIJA

Namen raziskave je bil ugotoviti razumevanje paliativne oskrbe s strani medicinskih sester. Ugotovili smo, da se razumevanje paliativne oskrbe ne razlikuje glede na stopnjo izobrazbe in število let delovnih izkušenj. Ugotavljamo, da rezultati naše raziskave, izvedene med medicinskimi sestrami na različnih ravneh zdravstvenega varstva, drugačni kot so ugotovitve drugih tujih raziskav, ki so pokazale, da se poznavanje paliativne oskrbe lahko razlikuje glede na izobrazbo (Pan et al., 2017; Hagan, Lopez & Bressler, 2018). Te raziskave so tudi pokazale, da so izobraževalni programi in usposabljanje na področju paliativne oskrbe pozitivno povezani z boljšim razumevanjem te oskrbe. Khraisat, Hamdan & Ghazzawwi (2017) opozarjajo na pomembnost vključevanja izobraževanja o paliativni oskrbi v programe zdravstvene nege, kar prispeva k večjemu znanju študentov zdravstvene nege.

Raziskava avtorjev (Berndtsson, Karlsson & Rejnö 2019), ugotavlja, da podiplomski programi paliativne zdravstvene nege pozitivno vplivajo na razumevanje bolečine, trpljenja in oskrbe pacienta v paliativni oskrbi. Tudi Hurteau (2019) navaja, da izobraževalni programi povečajo

samozavest medicinskih sester pri svetovanju o paliativni oskrbi. Raziskava (Bassah, Cox & Seymour, 2016) poudarja, da so potrebna nadaljnja raziskovanja, da bi bolje razumeli vpliv izobraževanja na znanje in veščine študentov zdravstvene nege s področja paliativne oskrbe. Vključevanje izobraževanja o paliativni oskrbi v učne načrte zdravstvene nege ter zagotavljanje specializiranega usposabljanja pripomoreta k večjemu zaupanju in boljšim praksam medicinskih sester (García-Salvador et al., 2021). Raziskavi izpostavljata ugotovitve (Lindley & Cozad 2017; Vu et al. 2019), da so izkušnje v zdravstveni negi povezane z boljšim razumevanjem načel in prakse paliativne oskrbe.

V zaključku več raziskav (Parajuli, Hupcey, Kitko & Birriel 2021; Cormack, Smith, Durham Lindell & Reinbeck, 2023) opozarja na potrebo po razvoju orodij za oceno samokompetentnosti medicinskih sester pri izvajanju paliativne oskrbe. Takšna orodja lahko pomagajo prepoznati področja, na katerih je potrebna dodatna izobrazba ali podpora za izboljšanje praks paliativne oskrbe.

Paliativna oskrba je še vedno v razvoju, pri čemer se slovenska literatura osredotoča na sistem delovanja vseh deležnikov, ne pa na kompleksnost nalog medicinskih sester, kar lahko vidimo kot omejitev v raziskavi. Druga omejitev raziskave je, da sodelujoči niso v celoti izpolnili ankete in da je odzivnost na povabilo k sodelovanju v raziskavi slaba. Prav tako so postopki za pridobivanje soglasij zdravstvenih zavodov dolgotrajni.

ZAKLJUČEK

Medicinske sestre so članice paliativnega tima, pomembno prispevajo v procesu paliativne zdravstvene nege in oskrbe, zato je strokovna usposobljenost ključna. Z raziskavo ugotavljamo, da pri udeležencih izobrazba in delovne izkušnje niso statistično povezane s poznavanjem paliativne oskrbe, v čemer so naši rezultati drugačni od primerljivih v tujini. Rezultati raziskave lahko predstavljajo temelj za nadaljnji razvoj tega področja. Pri prihodnjih raziskavah bi bilo smotno preučiti ustreznost orodij za oceno kompetentnosti medicinskih sester v paliativni oskrbi v Sloveniji, kar bi omogočilo prepoznavanje potrebnih področij napredka. Poleg tega bi bilo koristno preučiti vpliv kliničnih specializacij na razumevanje in prakso paliativne oskrbe.

LITERATURA

- Bassah, N., Cox, K. & Seymour, J. (2016). A qualitative evaluation of the impact of a palliative care course on preregistration nursing students' practice in Cameroon. *BMC Palliative Care*, 15, 37. 10.1186/s12904-016-0106-7.
- Berndtsson, I.E.K., Karlsson, M.G. & Rejnö, Å.C.U. (2019). Nursing students' attitudes toward care of dying patients: a pre- and post-palliative course study. *Heliyon*, 5(10), 1-7. 10.1016/j.heliyon.2019.e02578.
- Bujang, M.A., Omar, E.D. & Baharum, N.A. (2018). A review on sample size determination for Cronbach's Alpha test: a Simple guide for researchers. *The Malaysian Journal Of Medical Sciences*, 25(6), 85-99.
- Bernot, M. (2021). Zdravstvena nega v paliativni oskrbi in oskrba maligne rane. In: M. Ebert Moltara, S. Malačič & I. Gumilar (Eds). *Priročnik paliativna oskrba* (pp. 35-48). Slovensko združenje paliativne in hospice oskrbe Slovenskega zdravniškega društva.
- Cormack, C.L., Smith, W., Durham, C., Lindell, K. & Reinbeck, D. (2023). Advancing the role of the doctor of nursing practice in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 25(6), 309-313. 10.1097/NJH.0000000000000984.
- Draginc, A. (2021). Potrebe pacientov ob koncu življenja. In: N. Kregar Velikonja (Ed.), *Celostna obravnava pacientov. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 18. november* (pp. 56-61). Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-QODFXEZ1>
- Ebert Moltara, M., Bernot, M., Benedik, J., Žist, A., Golob, N., Malačič, S., Kolšek Šušteršič, M., Ivanetič Pantar, M., Korićnik, B., Meglič, A. & Krčevski Škvarč, N. (2020). *Temeljni pojmi in predlagano izrazoslovje v paliativni oskrbi*. Slovensko združenje paliativne in hospice oskrbe. 616-036.8-083:81'373.46(082)

- García-Salvador, I., Chisbert-Alapont, E., Antonaya Campos, A., Casaña Mohedo, J., Hurtado Navarro, C., Fernández Peris, S., Bonías López, J. & De la Rica Escuin, M.L. (2021). Design and validation of the INCUE Questionnaire: assessment of primary healthcare nurses' basic training needs in palliative care. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 1-13. 10.3390/ijerph182010995.
- Glover, T.L., Åkerlund, H., Horgas, A.L. & Bluck, S. (2019). Experiential palliative care immersion: student nurse's narratives reflect care competencies. *Western Journal Of Nursing Research*, 41(10), 1465-1480. 10.1177/0193945919833061.
- Gnezda, P. (2018). *Odnos medicinskih sester v paliativni oskrbi do umiranja in smrti* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta].
- Gulcan Bahcecioglu, T. (2017). Opinions of nurses about palliative care. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 176-184.
- Hagan, T.L., Xu, J., Lopez, R.P. & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: a call to action. *Nurse Education Today*, 61, 216-219. 10.1016/j.nedt.2017.11.037.
- Hurteau, J. (2019). Integration of early palliative care in oncology patients: improving nursing knowledge and confidence. [Master's Theses, Dissertations, The School of Nursing Rhode Island College]. Semantic scholar. <https://www.semanticscholar.org/paper/Integration-of-Early-Palliative-Care-in-Oncology-Hurteau/2f2a61983513f907901eb-5c4bff6b280746075f3>
- Khraisat, O.M., Hamdan, M. & Ghazzawwi, M. (2017). Palliative care issues and challenges in Saudi Arabia: knowledge assessment among nursing students. *Journal of Palliative Care*, 32(3-4), 121-126. 10.1177/0825859717743229.
- Kilbertus, F., King, K., Robinson, S., Cristancho, S. & Burm, S. (2022). Understanding palliative care learning: a narrative inquiry exploring health care professionals' memorable experiences. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 1-9. 10.1016/j.ssmqr.2022.100098.
- Kim, J.S., Kim, J. & Gelegjamts, D. (2020). Knowledge, attitude and self-efficacy towards palliative care among nurses in Mongolia: a cross-sectional descriptive study. *PloS One*, 15(7), 1-15. 10.1371/journal.pone.0236390.
- Leskovic, L. (2023). Poznavanje potreb pacientov v paliativni oskrbi med izvajalci zdravstvene nege. In: N. Kregar Velikonja (Ed). *Celostna obravnava pacienta: 12. mednarodna znanstvena konferenca*. (pp. 281-287). Založba Univerze v Novem mestu.
- Lindley, L.C. & Cozad, M.J. (2017). Nurse knowledge, work environment, and turnover in highly specialized pediatric end-of-life care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 34(6), 577-583. 10.1177/1049909116649415
- Ministrstvo za zdravje. (2010). *Državni program paliativne oskrbe*. <https://www.gov.si/assets/Ministrstva/MZ/DO-KUMENTI/pomembni-dokumenti/47cbef2cb3/Drzavni-program-paliativne-oskrbe.pdf>
- Pan, H.H., Shih, H.L., Wu, L.F., Hung, Y.C., Chu, C.M. & Wang, K.Y. (2017). Path modeling of knowledge, attitude and practice toward palliative care consultation service among Taiwanese nursing staff: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 16(1), 42. 10.1186/s12904-017-0228-6.
- Parajuli, J., Hupcey, J.E., Kitko, L. & Birriel, B. (2021). Palliative care: oncology nurses' confidence in provision to patients with cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 25(4), 449-455. 10.1188/21.CJON.449-455.
- Shi, H., Shan, B., Zheng, J., Peng, W., Zhang, Y., Zhou, X., Miao, X. & Hu, X. (2019). Knowledge and attitudes toward end-of-life care among community health care providers and its influencing factors in China: a cross-sectional study. *Medicine*, 98(45), 1-8. 10.1097/MD.0000000000017683.
- Srša, A. (2016). *Prepoznavnost paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami v psihiatriji* [diplomsko delo, Fakulteta za zdravstvo Jesenice].
- Vu, H.T.T., Nguyen, L.H., Nguyen, T.X., Nguyen, T.T.H., Nguyen, T.N., Nguyen, H.T.T., Nguyen, A.T., Pham, T., Tat Nguyen, C., Tran, B.X., Latkin, C.A., Ho, C.S.H. & Ho, R.C.M. (2019). Knowledge and attitude toward geriatric palliative care among health professionals in Vietnam. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(15), 1-11. 10.3390/ijerph16152656.
- Xue, B., Cheng, Q., Yue, S.W., Zhao, Z.H., Wang, R., Redding, S.R. & Ouyang, Y.Q. (2023). Attitudes and knowledge of palliative care of Chinese undergraduate nursing students: A multicenter cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 122, 1-7. 10.1016/j.nedt.2023.105720.

Branka Šifer Grobelnik, dipl. m. s. (VS), mag. pal. osk.¹

doc. dr. Mateja Berčan²

izr. prof. dr. Boris Miha Kaučič³

¹Terme Dobrna, d.d.

²Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

³Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava

branka.s.grobelnik@gmail.com

NAJPOGOSTEJŠE STISKE, KI JIH DOŽIVLJAJO DRUŽINSKI OSKRBOVALCI PRI OSKRBI SVOJCA V PALIATIVNI OSKRBI: KVALITATIVNA RAZISKAVA¹

The most common distresses experienced by family caregivers when caring for their relative in palliative care: A qualitative research

IZVLEČEK

Uvod: Paliativna oskrba pomaga neozdravljivo bolnim in njihovim bližnjim doseči, ne le dostojno življenje do smrti, ampak tudi optimalno raven kakovosti življenja. Z raziskavo smo želeli ugotoviti potrebe neformalnih družinskih oskrbovalcev, ki oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce v domači oskrbi. Zanimalo nas je, katere obremenitve in stiske doživljajo neformalni družinski oskrbovalci, ko oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce v domačem okolju, in kdo se najpogosteje vključuje v oskrbovanje neozdravljivo bolnih svojcev v paliativni oskrbi v domačem okolju. **Metoda:** Uporabili smo kvalitativno metodo raziskovanja, metodo utemeljene teorije, z uporabo kvalitativne vsebinske analize empiričnega gradiva. V namenski vzorec je bilo vključenih šest družinskih oskrbovalcev, ki oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce v

¹Prispevek temelji na magistrskem delu z naslovom Obremenitve in stiske neformalnih družinskih oskrbovalcev v paliativni oskrbi svojca v domačem okolju - 2024 [COBISS.SI-ID 191457283]

domačem okolju vsaj tri mesece, večinoma štiriindvajset ur na dan. **Rezultati:** Z analizo intervjujev smo identificirali šest glavnih kategorij (s pripadajočimi podkategorijami in kodami): (1) sorodstvena vez oskrbovalca; (2) pogoji za uspešno negovanje neozdravljivo bolnega svojca v domačem okolju; (3) najpogostejše obremenitve, s katerimi se srečuje oskrbovalec; (5) čustva družinskih oskrbovalcev, ki so prisotna pri oskrbovanju neozdravljivo bolnega; (6) prejete in želene oblike pomoči oskrbovalcem in (7) kakovost življenja družinskih oskrbovalcev.

Diskusija in zaključek: Ugotovili smo, da so neformalni družinski oskrbovalci, ki oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce v domači oskrbi, preobremenjeni. Rezultati raziskave kažejo na potrebo po zagotavljanju integrirane oskrbe v domačem okolju na več področjih. Na nujnost sprememb opozarja tudi Zakon o dolgotrajni oskrbi. V raziskavi ni metodološkega pluralizma. V slovenskem prostoru je omenjeno področje slabo raziskano, zato mu moramo v prihodnje posvetiti več pozornosti.

Ključne besede: paliativna oskrba, kakovost življenja, stiske družinskih oskrbovalcev, dolgotrajna oskrba, neozdravljivo bolni.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care helps terminally ill people and their loved ones achieve not only a dignified life until death, but also an optimal level of quality of life. The research aimed to identify the needs of informal family caregivers who provide care to terminally ill relatives in home care. We were interested in what burdens and hardships informal family caregivers experience when providing care to terminally ill relatives in the home environment, and who is most often involved in caring for terminally ill relatives in palliative care in the home environment.

Method: We used a qualitative research method, the grounded theory method, using qualitative content analysis of empirical material. The purposive sample included six family caregivers who provide care for terminally ill relatives in their home environment for at least three months, mostly twenty-four hours a day. **Results:** Through the analysis of the interviews, we identified six main categories (with corresponding subcategories and codes): (1) the caregiver's kinship; (2) the conditions for successful care of a terminally ill relative in the home environment; (3) the most common burdens faced by the caregiver; (5) the emotions of family caregivers present when caring for a terminally ill person; (6) the forms of support received and desired by caregivers; and (7) the quality of life of family caregivers. **Discussion and conclusion:** We found that informal family caregivers who provide care for terminally ill relatives in home care are overloaded. The results of the study indicate the need to provide integrated care in the home environment, in several areas. The Long-Term Care Act also warns of the need for change. The study lacks methodological pluralism. The aforementioned area is poorly researched in Slovenia, so we need to pay more attention to it in the future.

Key words: palliative care, the quality of life, burden of family caregivers, long – term care, terminally ill patients.

UVOD

Paliativni pristop ne predstavlja nove doktrine, temveč drugačen način razmišljanja, pri katerem vrednotimo telesne simptome napredovale bolezni z duhovnega in duševnega vidika, upoštevajoč socialno okolje, iz katerega izhaja. Gre za spreminjanje vrednot družbe, za široko gledanje v svet in preseganje majhnosti. Timi za paliativno oskrbo sicer odigrajo ključno vlogo pri lajšanju trpljenja pri neozdravljivo bolnih (Veloso & Tripodoro, 2016), vendar neformalni družinski oskrbovalci pomembno prispevajo k oskrbi ob koncu življenja (Penrod et al., 2012).

O družinskih oskrbovalcih neozdravljivo bolnih je zelo malo informacij (Veloso & Tripodoro, 2016). Poleg tega družinski oskrbovalci pogosto dajejo prednost problemom neozdravljivo bolnega člana, zato postanejo v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva pogosto nevidni. Posledica nevidnosti v sistemu je, da se družinski oskrbovalci srečujejo s stresom, občutki nemoči in jeze. Družinskim oskrbovalcem je treba nuditi socialno podporo (Penrod et al., 2012) pred samim trpljenjem pri negovanju (Veloso & Tripodoro, 2016). Družinski oskrbovalci, ki oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce, zaradi različnih življenjskih pogojev tudi sami zelo trpijo (Lipar, 2012).

Problem doživljanja bremena družinskih oskrbovalcev v paliativni oskrbi je pomemben za raziskavo in klinično prakso. Obstaja potreba po strategijah za boljšo kakovost in metodologijo znanstvenih dokazov, da bi podprli skrb neformalnih oskrbovalcev (Rezende et al., 2016). Roth in sodelavci (2019) opozarjajo na tveganje za fizično zdravje družinskih oskrbovalcev in spodbujajo k rednim zdravniškim pregledom. Družinski oskrbovalci imajo po navajanju Haleyjeve in sodelavcev (2020) izrazito poslabšanje psihičnega stanja in dobrega počutja. Njihova samoocena o fizičnem zdravju je okrnjena zaradi resnih omejitev glede negovanja. Počutju družinskih oskrbovalcev bi morali po mnenju Haleyjeve in sodelavcev (2020) posvetiti več pozornosti, zato bi bilo koristno urediti rešitve na več nivojih.

Namen prispevka je ugotoviti, katere obremenitve in stiske doživljajo neformalni družinski oskrbovalci, ko oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce v domačem okolju.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanji:

Raziskovalno vprašanje 1: Katere so najpogostejše stiske, ki jih doživljajo neformalni družinski oskrbovalci pri oskrbi svojca v paliativni oskrbi v domačem okolju?

Raziskovalno vprašanje 2: Kdo se najpogosteje vključuje v oskrbovanje neozdravljivo bolnih svojcev v paliativni oskrbi v domačem okolju?

METODE

Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu, metodi utemeljene teorije. Za potrebe empiričnega dela smo zbrali in analizirali primarne in sekundarne podatke. Primarni podatki so bili pridobljeni s tehniko intervjuvanja.

Instrument raziskave je bil vnaprej pripravljen strukturiran intervju z neformalnimi družinskimi oskrbovalci, ki oskrbujejo svojca v paliativni oskrbi v domačem okolju. Strukturiran intervju z dodatnimi vprašanji je bil oblikovan na osnovi pregleda literature literature (Giovannetti et al., 2015; Puig et al., 2015; Rezende et al., 2016; Jafari et al., 2018; Ramovš, 2020). Intervju je bil sestavljen iz trinajstih vprašanj odprtega tipa in dodatnih podvprašanj. Instrument je bil razvit za potrebe kvalitativne raziskave.

Izbor enot raziskovanja je bil namenski, v katerega smo vključili šest neformalnih družinskih oskrbovalcev, ki oskrbujejo svojca v paliativni oskrbi tri mesece ali več.

Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuje z neformalnimi družinskimi oskrbovalci smo izvedli po predhodnem dogovoru na njihovem domu, ob vnaprej dogovorjenem času. Intervjuvane smo nagovorili s kratkim uvodnim nagovorom na začetku intervjuja. Intervjuvanci so bili že pred začetkom opozorjeni, da se bodo pogovori snemali. Podali so informirani pristanek za sodelovanje. Za izvedbo posameznih intervjujev smo porabili različno

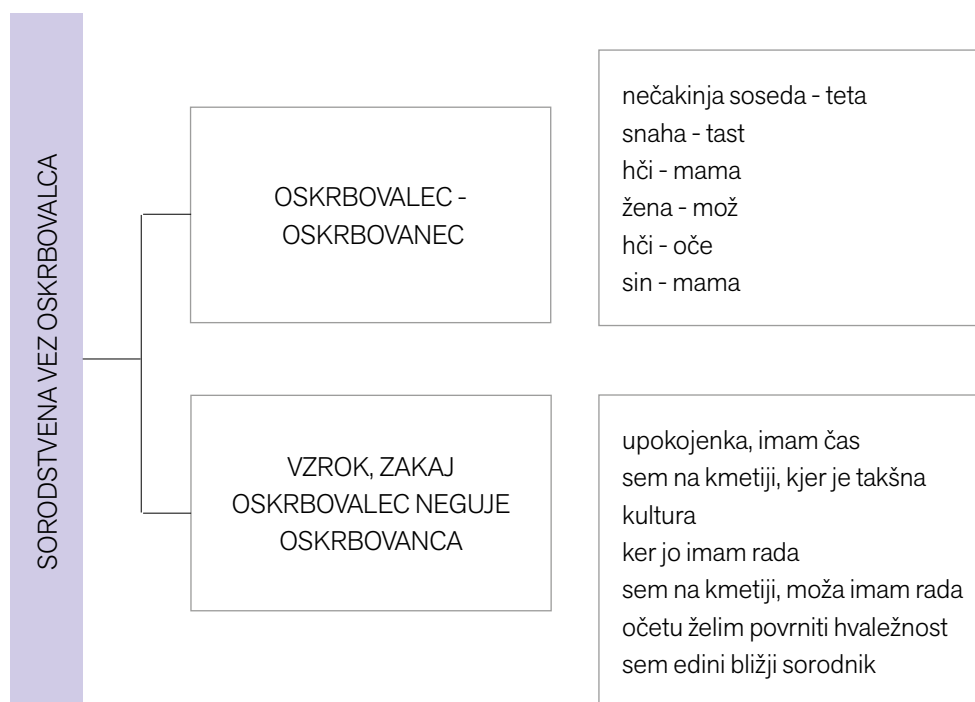
dolgo časa, v povprečju 30 minut. Sledila je analiza, ki se je začela s transkripcijo. Intervjuji so bili prepisani dobesedno, s tem je bila zagotovljena večja sledljivost. Analiza besedila je potekala v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja – izjave, kodiranje, izbor in definiranje pomembnih pojmov in oblikovanje podkategorij, definiranje kategorij in oblikovanje končne teoretične formulacije (utemeljene teorije). Tako definirane kategorije smo nato primerjali med seboj in jih povezali v sodbo (Mesec, 1997).

Etični vidik raziskovanja: intervjuvanim smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, do samoodločanja, anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela in standarde Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024).

Pridobljeno je bilo soglasje 4. korespondenčne seje Etične komisije Fakultete za zdravstvene vede v Celju, ki je podala sklep (št.: EK – Etična komisija/4-2/3/23).

REZULTATI

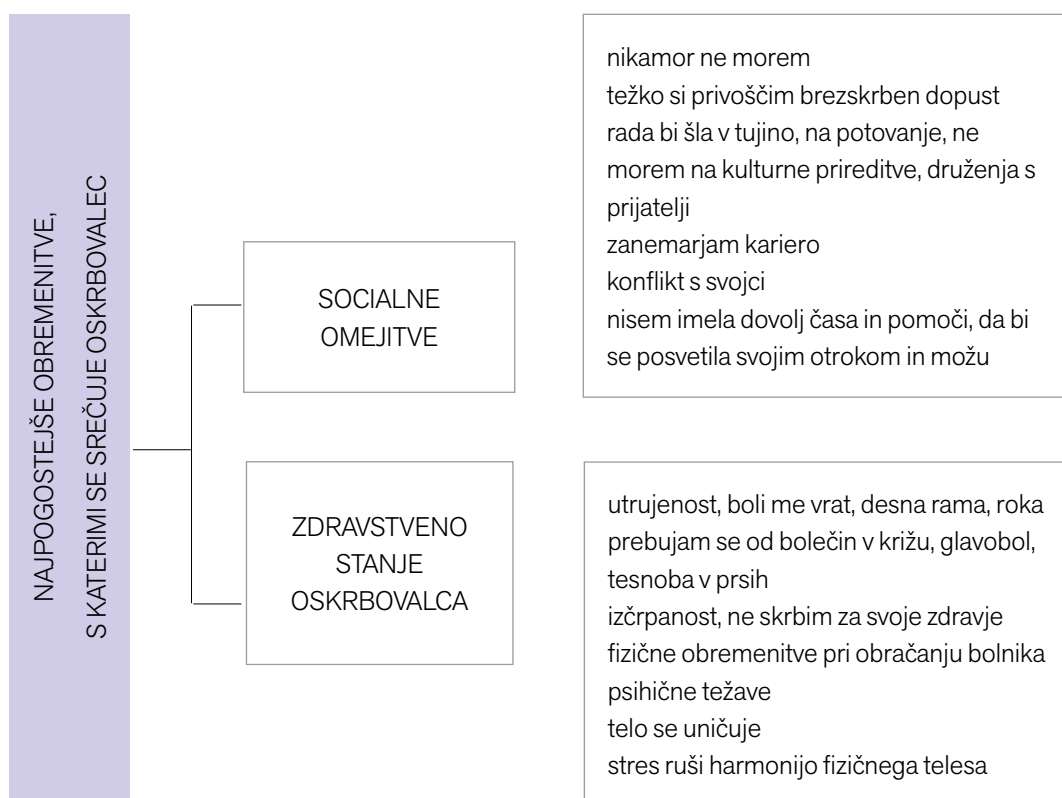
V nadaljevanju sta predstavljeni dve glavni kategoriji, in sicer Sorodstvena vez oskrbovalca in Najpogostejše obremenitve (slika 1), s katerimi se srečuje družinski oskrbovalec (slika 2).



Slika 1: Prikaz kategorije Sorodstvena vez oskrbovalca

Slika 1 prikazuje glavno kategorijo »Sorodstvena vez oskrbovalca« in vključuje kode, izbrane na podlagi izjav družinskih oskrbovalcev. S slike 1 je razvidno, da smo kode sorodstvene vezi oskrbovalcev razporedili v dve podkategoriji, in sicer »Oskrbovalec – oskrbovanec« in »Vzrok, zakaj oskrbovalec neguje oskrbovanca«. Na podlagi opravljenih intervjujev smo ugotovili, da oskrbovance večinoma negujejo ženske. Ugotovili smo, da pri negovanju prevladuje ženski spol, samo en sin je oskrboval mamo, ker je sam, nima sorojencev, izhaja iz male družine.

Dve hčeri sta negovali očeta in mater, ena žena moža, snaha tasta in nečakinja, soseda teto. Intervjuvane osebe poudarjajo: »Na kmetiji je drugačna kultura, spodobi se, da svojca oskrbujemo doma. Takšna je tradicija, kot kaže po pripovedovanju intervjuvanih, se je na slovenskem podežlju držimo. Spodobi se, da vse generacije pristopijo k problemu in delujejo složno, plemenito in dobrohotno.« (I-5) Ena od intervjuvanih pojasnjuje: »Oba z možem in otroci imamo službe, vendar se vsi skupaj prilagajamo, da lahko imamo tasta doma. Do starejših imamo na podežlju drugačen odnos, jih spoštujemo.« (I-5) Štiri intervjuvane so s podeželja in pravijo, da svojce z veseljem negujejo, ker jim želijo izkazati hvaležnost, naklonjenost, ljubezen. Ena od intervjuvanih je pojasnila: »Mamo sem negovala, ker sem jo imela rada. Z velikim veseljem sem jo vzela k sebi.« (I-3) Prav tako pojasnjuje intervjuvana: »Negujem teto – sosedo, ker nima nikogar drugega. Vsako jutro grem k njej, ji pomagam pri umivanju in oblačenju, malo pospravim, naredim zajtrk in grem v trgovino. Tudi sama sem upokojena in imam čas.« (I-3)



Slika 2: Prikaz kategorije Najpogostejše obremenitve, s katerimi se srečuje družinski oskrbovalec

S slike 2 je razvidno, da smo kode pacientov razvrstili v dve podkategoriji, in sicer »Socialne omejitve« in »Zdravstveno stanje oskrbovalca«, te pa povezali v glavno kategorijo »Najpogostejše obremenitve, s katerimi se srečuje oskrbovalec«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav oskrbovalcev – intervjujev, je razvidno, da so socialni stiki z drugimi zelo omejeni. Trije intervjuvani so omenili, da nikamor ne morejo in si težko privoščijo brezskrben dopust. Ena izmed intervjuvank je poudarila: »Zelega bi v tujino, na potovanje, kulturne prireditve in več druženja s prijatelji, vendar ne morem.« (I-1) Kot socialno obremenitev intervjuvanka navaja

tudi: »Zanemarjam kariero, ki se ji zaradi pomanjkanja časa ne morem kakovostno posvetiti. Življenje sem povsem prilagodila na krajše izlete, ki mi nudijo možnost, da se hitro vrnem, če bi se zgodilo kaj pomembnega. Kadar mama popoldne počiva, lahko izkoristim čas za krajši sprehod, trgovino ali lekarno. Ta čas je zelo dragocen. Lahko se malo sprostim.« (I-6) Intervjuvanka, ki ima svojo družino, ni imela dovolj ustrezne pomoči, da bi se lahko ustrezno posvetila otrokom in možu zaradi dodatne obveznosti glede oskrbe neozdravljivo bolnega svojca. Vsi intervjuvani navajajo telesne ali/in psihične bolečine: »Zelo težko je. Čez noč te preganja, da nekaj ni dobro. Potrudiš se, si rečeš, da si naredil vse, kar si lahko, vendar veš, da ne bo bolje, da ne moreš zares pomagati. Ni rešitve. Potreben je pogovor, veliko energije, priprava osebe, da sprejme, se bori, ostane osredotočena, se ne preda.« (I-5) Tudi ostali intervjuvanci navajajo: »Mučim se s psihičnimi težavami. Vsak dan sem utrujena, vedno imam občutek, da teta misli, da sem premalo storila zanjo, čeprav jaz vem, da sem dala od sebe vse, kar sem lahko. Bolijo me vrat, desna rama in roka. Ponoči se prebujam od bolečin v križu. Čeprav imam teto zelo rada, me negovanje zelo izčrpava.« (I-3, I-2, I-4) Ena izmed intervjuvank izjavlja: »Zelo sem utrujena, izčrpana, ampak nič mi ni težko narediti. Vso svojo pozornost sem preusmerila na moža, pozabila sem na svoje življenje, ne skrbim za svoje zdravje.« (I-4) Intervjuvanec navaja: »Ne moreš se sprostiti in iskreno uživati zaradi skrbi, smo mala družina in je vse na meni. Mama je odvisna od mene. Počutim se odgovornega za kakovost njenega življenja. Doživim veliko stresa, ki vpliva na moje življenje in ruši harmonijo fizičnega telesa.« (I-5)

DISKUSIJA

Neformalni družinski oskrbovalci so zelo pomembni pri obravnavi neozdravljivo bolnih svojcev v domačem okolju. Neozdravljivo bolni so odvisni od svojih svojcev oz. neformalnih družinskih oskrbovalcev, zato jim moramo posvetiti posebno pozornost. V ta namen smo proučevali, kakšne so potrebe neformalnih družinskih oskrbovalcev, ki oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce v domači oskrbi. Zanimalo nas je, katere so najpogostejše stiske, ki jih doživljajo neformalni družinski oskrbovalci pri oskrbi svojca v paliativni oskrbi v domačem okolju, in katere osebe se najpogosteje vključujejo v oskrbovanje neozdravljivo bolnih svojcev v paliativni oskrbi v domačem okolju?

Z raziskavo smo ugotovili, da družinski oskrbovalci, ki oskrbujejo neozdravljivo bolne svojce v domačem okolju, imajo psihične, fizične in socialne obremenitve in stiske. So zelo izčrpani, ne morejo se sprostiti. Prav tako navajajo, da sta prisotna tesnoba in strah pred neznanim. Poleg psihičnih obremenitev imajo fizične obremenitve zaradi zahtevnega obračanja pacientov in izvajanja transferja. Socialno so prikrajšani, kajti imajo omejitve zaradi časovne stiske in pomanjkanja pomoči v smislu varstva, da bi lahko odšli na daljše relacije za daljše obdobje. Prav tako so finančno obremenjeni, ker zaradi oskrbovanja neozdravljivo bolnih dajejo prednost oskrbovanju in ne finančni blaginji. Družinskim negovalcem bi morali po mnenju Haleyjeve in sodelavcev (2020) posvetiti več pozornosti glede njihovega počutja. Prav tako Roth in sodelavci (2019) opozarjajo na tveganje za fizično zdravje družinskih oskrbovalcev. Družinski oskrbovalci imajo premalo informacij, težave pri obvladovanju čustvene stabilnosti in posledično težko ohranjajo pozitivno naravnost (Kim & Baek, 2022). Izpostavljeni so povečanemu tveganju za obremenitev, stres, depresijo in številne druge zdravstvene zaplete. Učinki na negovalce so raznoliki in zapleteni, obstaja pa veliko drugih dejavnikov, ki lahko poslabšajo ali izboljšajo, kako se negovalci odzivajo in počutijo kot posledica njihove vloge (Brodsky & Donkin, 2022).

Ugotovili smo, da pri negovanju prevladuje ženski spol, samo en sin je oskrboval mamo, ker je sam, nima sorojencev, izhaja iz male družine. K. Ramovš in M. Ramovš (2018) poudarjata, da je v Sloveniji prisotna zelo velika pripravljenost sorodnikov za oskrbo starejših. Lipar in Mravljak Andoljšek (2018) navajata, da je družinska oskrba feminizirana, kar dve tretjini jo opravljajo ženske, večinoma stare med 50 in 60 let. V Sloveniji večji del oskrbe opravijo tudi otroci, zlasti hčere, snahe in partnerji starega človeka. V literaturi je pogosto omenjeno, da večji in zahtevnejši del teh nalog opravljajo ženske, torej je breme oskrbovanja nepravilno porazdeljeno med spoloma. Največ je starejših žensk, ki imajo zaradi obremenitev deficit v samooskrbi, poleg tega nimajo socialnega in osebnega življenja. Večinoma imajo eno ali več kroničnih bolezni. Kadar ostanejo zaposleni doma, se soočajo s pritiskom zaradi pomanjkanja časa za kakovostno skrb za druge in tudi zase (Puig et al., 2015; Svetelšek, 2018). J. Ramovš in K. Ramovš (2018) poudarjata, kako zelo so družinski in drugi neformalni oskrbovalci obremenjeni, izgoreli, pogosto tudi malodušni in depresivni. Neformalni oskrbovalci zagotavljajo po navajanju Rotha in sodelavcev (2019) vsaj 75 % oskrbe, zato jih je treba podpreti, če želimo dolgoročno vzdržan sistem dolgotrajne oskrbe. Ugotavljajo tudi, da imajo namreč oskrbovalci bistveno zmanjšano delovanje imunskega sistema kot osebe, ki niso oskrbovalci.

Pridobili smo dokaze, da je treba na področju pomoči družinskim oskrbovalcem, ki oskrbujejo neozdravljivo bolne, še veliko narediti. Ugotovili smo, da v območni enoti družinski oskrbovalci nimajo zadostne ustrezne pomoči.

Področje je na nivoju družinskih oskrbovalcev v slovenskem prostoru slabo raziskano, ni novejših raziskav, zato ponuja možnosti za nadaljnje raziskovalno delo. Zanimiva bi bila ponovljivost in razširitev raziskave na celoten slovenski prostor, saj gre za problematiko, ki ji moramo v prihodnje posvetiti svojo pozornost (Šifer Grobelnik, 2024).

Opravljen raziskava ima omejitve v izbrani metodologiji in vzorcu. Uporabili smo samo kvalitativno raziskovalno metodo, zato ni metodološkega pluralizma. Prav tako je bila raziskava narejena na malem vzorcu oskrbovalcev in v neenakomerni zastopanosti vseh sodelujočih (5 žensk, 1 moški).

ZAKLJUČEK

Za zagotavljanje kakovostne, holistične obravnave neozdravljivo bolnih v domači oskrbi potrebujejo družinski oskrbovalci dovolj časa in formalne pomoči, kar je možno udejanjiti ob ustrezni kadrovski strukturi za zagotavljanje integrirane oskrbe v domačem okolju in opolnomočenje ožje in širše javnosti k sočutju.

Stanje ni optimistično, saj oskrbovalci izpostavljajo velike obremenitve in premalo pomoči, ki bi se morala zagotavljati v okviru oskrbe v domačem okolju. Neformalni družinski oskrbovalci so zelo obremenjeni. Vsakodnevno se srečujejo z različnimi obremenitvami in stiskami, ko negujejo svojca v paliativni oskrbi. Rezultati raziskave kažejo na nujnost sprememb, v smeri zagotavljanja integrirane oskrbe v domačem okolju, na več področjih, v katerih se bodo oskrbovalci lahko izobraževali, dovolj vključevanja zdravstvenih institucij in možnosti za oddih. V pomoč je treba vključiti državno podprto strategijo, ki bo vključevala vse vidike. Na nujnost sprememb opozarja tudi Zakon o dolgotrajni oskrbi.

LITERATURA

- Brodaty, H., & Donkin, M. (2022). Family Caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Giovannetti, A. M., Covelli, V., Sattin D., & Leonardi, M. (2015). Caregivers of patients with disorder of consciousness: burden, quality of life and social support. *Acta Neurologica Scandinavica*, 132(4), 259–269. <https://doi.org/10.1111/ane.12392>
- Haley, W. E., Roth, D. L., Sheehan, O. C., Rhodes, J. D., Huang, J., Blinka, M. D., & Hovard, V. J. (2020). Effects of Transitions to Family Caregiving on Well-Being: A Longitudinal Population-Based Study. *The American Geriatrics Society*, 68(12), 2839–2846. <https://doi.org/10.1111/jgs.16778>
- Jafari, H., Ebrahimi, A., Aghaei, A., & Khatony, A. (2018). The relationship between care burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients. *BMC Nephrology*, 19(312), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1120-1>
- Kim, Y., & Beak, W. (2022). Caring experiences of family caregivers of patients with pancreatic cancer: an integrative literature review. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 217–228. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06793-7>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. *Uradni list RS*, št. 98/2024.
- Lipar, T., & Mravljak Andoljšek V. (2018). Potrebe in podpora neformalnim oskrbovalcem. *Kakovostna starost*, 21(3), 3–19.
- Lipar, T. (2012). Kronične nalezljive bolezni. *Kakovostna starost*, 15(2), 72–74.
- Mesec, B. (1997). Metodologija raziskovanja s statistiko v študijskem programu socialnega dela. *Revija za socialno delo*, 1–194.
- Penrod, J., Hupcej, J. E., Shipley, P. Z., Loep, S. J., & Banet, B. (2012). A Model of Caregiving Through the End of Life. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 174–193. <https://doi.org/10.1177/0193945911400920>
- Puig, M., Rodriguez, N., Lluch Canut, M. T., Moreno, C., Roldan, J., & Pilar, M. (2015). Quality of life and care burden among informal caregivers of elderly dependents in Catalonia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*, 14(9), 9–14. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0100>
- Ramovš, J., 2020. *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš, K., & Ramovš, M. (2018). Tečaj za družinske in druge neformalne oskrbovalce. *Kakovostna starost*, 21(3), 20–46.
- Rezende, G., Gomes, C. A., Rugno, F. C., Eva, G., Lima, N. K. C., & De Carlo, M. M. R. P. (2017). Burden on family caregivers of the elderly in oncologic palliative care. *European Geriatric Medicine*, 88(7), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.06.001>
- Roth, D. L., Sheehan, O. C., Haley, W. E., Jenny, N. S., Cushman, M., & Walston, J. D., 2019. Is Family Caregiving Associated With Inflammation or Compromised Immunity? A Meta-Analysis. *The Gerontological society of America*, 95(5), 521–522. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz015>
- Šifer Grobelnik, B. (2024). *Obremenitve in stiske neformalnih družinskih oskrbovalcev v paliativni oskrbi svojca v domačem okolju* (magistrsko delo). Celje: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Veloso, V. I., & Tripodoro, V. A., 2016. Caregivers burden in palliative care patients: a problem to tackle. *Current Opinion Support Palliative Care*, 10(00), 1–6. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000239>

Danaia Kraner, dipl. m. s. (VS)¹
viš. pred. Cvetka Skale, dipl. m. s., univ. dipl. org.^{1,2}
izr. prof. dr. Boris Miha Kaučič, viš. znan. sod.³
¹Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko-porodniški oddelek
²Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za zdravstveno nego
³Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava
Služba za kakovost in razvoj
miha.kaucic@zavod-dornava.si

KAKO DOJEČE MATERE OBVLADUJEJO TEŽAVE Z DOJENJEM V PORODNIŠNICI: PRESEČNA RAZISKAVA¹

How breastfeeding mothers manage problems with breast-feeding in the maternity hospital: A cross-sectional study

IZVLEČEK

Uvod: Kadar je otrok pravilno pristavljen k prsim, mati pa v udobnem položaju, se pri materah ne pojavljajo ragade, bolečine ali zastojne dojke. Z empatičnim in natančnim opazovanjem dojenja lahko prepoznamo oviro, ki preprečuje uspešno dojenje. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako doječe matere obvladujejo težave z dojenjem v porodnišnici. **Metode:** Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja, metodi deskripcije. Uporabili smo tehniko anketiranja. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, v katerega je bilo vključenih 90 doječih mater v treh slovenskih porodnišnicah. Pravilno je bilo izpolnjenih 82 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 91 %-o realizacijo vzorca. **Rezultati:** 68 % mater je uspelo podojiti svojega novorojenca v prvih tridesetih minutah po porodu. 87 % je pri tem imelo pomoč medicinske sestre pri pristavljanju otroka na dojko. Najpogostejše težave, ki so se pojavljale pri doječih

¹Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Dejavniki, ki vplivajo na vzpostavitev dojenja v bolnišnici – 2024 [COBISS.SI-ID 194372355]

materah, so bile boleče bradavice (41 %). **Diskusija in zaključek:** Ugotovili smo, da se matere zavedajo vseh prednosti, ki jih ima dojenje zanje ter za njihove novorojence. Ugotavljamo, da matere zaupajo medicinskim sestram, saj so povedale, da jim znajo medicinske sestre ustrezno in uspešno svetovati in pomagati pri pojavu zapletov pri dojenju in pristavljanju.

Ključne besede: pristavljanje, bradavice, ragade, kožni stik, doječe matere

ABSTRACT

Introduction: When a baby is properly latched onto the breast and the mother is in a comfortable position, mothers generally do not experience nipple fissures, pain, or engorged breasts. Empathetic and precise observation of breastfeeding can help identify obstacles preventing successful breastfeeding. The aim of the study was to determine how breastfeeding mothers manage breastfeeding challenges in maternity hospitals. **Methods:** The research was based on a quantitative research method, specifically descriptive methodology. The technique of surveying was employed. A questionnaire, designed following a review of the literature, served as the research instrument. A non-probability, purposive sample was used, consisting of 90 breastfeeding mothers from three Slovenian maternity hospitals. A total of 82 questionnaires were correctly completed, achieving a 91% realization rate of the sample. **Results:** Sixty-eight percent of mothers succeeded in breastfeeding their newborn within the first thirty minutes after childbirth. Eighty-seven percent received assistance from nurses in latching the baby onto the breast. The most common challenges encountered by breastfeeding mothers were painful nipples (41%). **Discussion and conclusion:** The study revealed that mothers are aware of all the benefits breastfeeding offers them and their newborns. Furthermore, mothers trust nurses, as they reported that nurses are able to provide appropriate and effective advice and assistance when complications arise during breastfeeding and latching.

Key words: latching, nipples, fissures, skin-to-skin contact, breastfeeding mothers.

UVOD

Dojenje je edinstven način hranjenja otroka od njegovega rojstva naprej in je najboljše, kar lahko mati zagotovi otroku za njegovo rast in zdrav razvoj. Prav tako je to občutljivo obdobje, ko se ustvari čustvena in fizična povezanost med materjo in otrokom, ki otroku daje občutek varnosti, sproščenosti in nežnosti. Seznanjanje in informiranje prihodnjih staršev in na splošno širše javnosti z vsemi prednostmi, ki jih predstavlja dojenje, je zelo pomembno. Čeprav je dojenje naraven pojav, pa ne pomeni, da je vedno preprosto (Tekauc Golob, 2004).

Težave, ki lahko nastanejo v tem času, so številne. Pomembno je, da se matere že pred nastankom težav dobro informirajo in poučijo, na kakšen način jih preprečiti ali odpraviti. Najpogosteje se pojavijo ragade na bradavicah, boleče bradavice, trde in preveč polne dojke, zatrdline in mastitis. Te težave so natančno predstavljene tudi v programu z naslovom Priprava na porod in starševstvo, kjer bodoči starši izvedo še mnogo drugih informacij, pomembnih za pripravo na materinstvo in starševstvo (Njenjić, 2020). Materino mleko je za otroka idealna prehrana, ki zmanjšuje tudi tveganje za okužbe in nekatera kronična obolenja (WHO, 2018), zato slovenske nacionalne smernice priporočajo izključno dojenje do zaključenega šestega meseca (Nacionalni inštitut javnega zdravja, 2019). Skale (2018) navaja, da je dojenje naraven proces, se pa mnogokrat pojavijo težave, vprašanja in dvomi. Že nekaj časa je namreč znano, da ni dovolj le ponavljati, da je dojenje najboljše, ampak matere potrebujejo pri dojenju podporo in kakovostne ter vedno dostopne informacije.

Kadar je otrok pravilno pristavljen k prsim, mati pa v udobnem položaju, se pri materah ne pojavljajo ragade, bolečine ali zastojne dojke. Velja za pravilno, če poteka brez težav za mater in otroka (Skale, 2010).

Kadar se pojavijo težave pri dojenju, lahko le te vplivajo na sam proces dojenja. Največkrat so to:

- **Boleče bradavice, ragade na bradavicah:** Najpogostejši razlogi bolečih bradavic so enostavni in se jim lahko izognemo. Če ima več mater v porodnišnici boleče bradavice, se prepričajmo, ali delavci vedo, kako pravilno pristaviti otroka. Če so otroci pravilno pristavljeni in se dojijo dovolj časa, matere praviloma ne dobijo bolečih bradavic (Ocvirk, 2015). Kadar matere povedo, da je zanje dojenje boleče, je običajno kriv nepravilen način dojenja. Lahko gre za preobčutljive bradavice ali pa se pokažejo že ragade ali razpoke, ki lahko tudi rahlo zakrvavijo (Hoyer, 1998; Schüllner, 2012).
- **Trde, prepolne dojke (zastojna dojka):** Prve tri tedne po porodu so dojke lahko trde in napete, kar je normalno. Ob pogostem sesanju in vzpostavljeni dobri laktaciji se kmalu zmehčajo. Če dojk ne izpraznimo, mleko, kri in limfa prenehajo krožiti in pride do otekanja, kar povzroči v dojki vročino, napetost in trdnost. Bradavica je napeta, raztegnjena in zravnana, kar vodi v težave pri sesanju otroka, posledično tudi v zmanjšano tvorbo mleka. Vzrok za zastoj mleka v dojki so zakasnel prvi podoj, slabo pristavljen otrok ter neredno hranjenje oz. praznjenje dojk (Ocvirk, 2015).
- **Zamašeni mlečni vodi, mastitis in absces:** Ko je prizadet le omejen del dojke, govorimo o zamašenem mlečnem vodu. Če mleko zastaja v delu dojke, povzroči lokalno reakcijo tkiva dojke ali neinfektivni mastitis. Na začetku je vnetna reakcija tkiva zaradi draženja, kasneje pa se naselijo še bakterije in nastane infektivni mastitis. Ženska z zamašenim mlečnim vodom navaja, da v dojki čuti zatrdlino, na tem predelu ima lahko pordelo kožo, nima pa povišane telesne temperature in se sicer dobro počuti. Ženska, ki ima mastitis, pa opisuje bolečino z rdečino v prsih, je vročična in čuti mrzlico, utrujena, lahko bruha in ima glavobol. Pri infektivnem in neinfektivnem mastitisu so simptomi enaki. Mati naj zaradi mastitisa ali zastojne dojke ne prekinja dojenja (Ocvirk, 2017).
- **Vdrte bradavice:** Za dojenje ni potrebna posebna priprava prsnih bradavic. Zato je poskrbela narava sama. Večina žensk ima primerne bradavice za dojenje. Za vsakega otroka je primerna tista, ki mu je na razpolago. Zato je dobro materam povedati, naj si zaradi oblike bradavic ne delajo prevelikih skrbi. Pri 10–20 % žensk obstajajo anatomske nepravilnosti, ki lahko motijo dojenje. To so predvsem ploščate in ugreznjene bradavice (Huges & Donovan, 2018). Paljk Likar (2020) meni, da če ima ženska vdrte bradavice, je najbolje, da se spodbuja, s čimer se ji krepi samozavest in poskrbi za dobro pomoč in podporo pri dojenju takoj po rojstvu.
- **Zamašitev posameznega mlečnega voda:** Omejena zatrdlina na dojki nastane zaradi zamašitve posameznega mlečnega voda. Predel z zatrdlino je topel na dotik in boleč, lahko se pojavi tudi rdečina na tem mestu, materino splošno počutje pa je dobro (Hoyer & Vettorazzi, 2016). Do zamašitve prihaja postopoma, ko se mlečna žleza ne izprazni dovolj, kar pripelje do zaprtja.
- **Preveč mleka:** Prekomernemu nastajanju mleka pravimo hipergalaktija, ki je najpogostejša pri materah, ki prvič rodijo. Mleko samo od sebe izteka že med samo nosečnostjo, po porodu pa izteka skoraj neprekinjeno. Iz dojk lahko brizga in izteka tudi zaradi prekomernega izcejalnega refleksa, najbolj je to izrazito na začetku dojenja.

- **Novorojenec s priraščenim jezičkom (ankiloglosija):** Gibljivost otrokovega jezika je pomembna za neboleče dojenje. Priraščenost jezička pri novorojencu preprečuje, da bi se jezik dvignil, iztegnil in oblikoval v žleb. To stanje lahko zmanjšuje učinkovitost dojenja pri otroku, materi pa povzroča boleče bradavice in ovira sam izcejalni refleks iz dojke. Za zdravljenje zadostuje frenulotomija. Zapleti so izjemno redki, saj je prekrvavitev frenuluma minimalna, mati lahko neposredno po posegu začne dojiti (Felc, 2008; Webber & Benedict, 2018).
- **Dojenje po carskem rezu:** Matere po carskem rezu lahko dojijo enako uspešno kot matere po vaginalnem porodu. Prvo dojenje in kožni stik je treba omogočiti čim prej po operaciji oz. ko to materino stanje in počutje dopušča (WHO, 2018).

Namen raziskave je ugotoviti, kako doječe matere obvladujejo težave z dojenjem v porodnišnici.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalno vprašanje: Kako doječe matere obvladujejo težave z dojenjem v porodnišnici?

METODE

Metode raziskovanja

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop, uporabljena je bila metoda deskripcije. Pridobivanje podatkov je potekalo s tehniko anketiranja.

Opis merskega instrumenta

Za raziskavo smo uporabili metodo anketiranja v obliki anonimnega anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda relevantne literature (Hoyer & Vettorazzi, 2016; Bratanič, 2019; Webber & Benedict, 2018; WHO, 2018; Vettorazzi, 2020). V vprašalniku so bila vprašanja zaprtega in odprtega tipa.

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, v katerega so bile vključene doječe matere v treh izbranih porodnišnicah. V vzorec so bile vključene izbrane matere, ki so izpolnjevale vključitvena merila: prvi ali drugi porod, polno ali delno dojenje ter udeležba pri programu Priprava na porod in starševstvo. Skupno je bilo razdeljenih 90 anketnih vprašalnikov v tri splošne bolnišnice. Pravilno je bilo izpolnjenih 82 vprašalnikov (91-% realizacija vzorca).

Tabela 1: Demografski podatki o anketiranih

	Število odgovorov: 82	Odstotek
Starost		
18 let ali manj	0	0 %
19–25 let	9	11 %
26–32 let	46	56 %
33–39 let	26	32 %
40 let ali več	1	1 %

Izobrazba		
Dokončana osnovnošolska izobrazba	0	0 %
Dokončana srednješolska izobrazba	30	37 %
Dokončana višješolska strokovna izobrazba	5	6 %
Dokončana visoka strokovna izobrazba	13	16 %
Dokončana univerzitetna izobrazba	20	24 %
Dokončan strokovni magisterij	11	13 %
Dokončan magisterij znanosti	2	3 %
Dokončan doktorat znanosti	1	1 %

Iz Tabele 1 je razvidno, da je bilo največ anketiranih mater starih od 26 do 32 let. Nobena mati, ki je sodelovala v raziskavi, ni bila stara 18 let ali manj. Največ mater je imelo dokončano srednješolsko izobrazbo, medtem ko nobena ni imela dokončane le osnovnošolske izobrazbe.

Postopek zbiranja podatkov

Pred izvedbo anketiranja smo pridobili pisno odobritev za izvedbo raziskave in soglasje etične komisije posamezne splošne bolnišnice. Predhodno smo pridobili tudi mnenje etične komisije na fakulteti. Vsaka posamezna anketirana oseba je bila informirana o raziskavi pred vključitvijo v izpolnitev anketnega vprašalnika. V raziskavi so sodelovale izključno matere, ki so podale informirano soglasje za sodelovanje v raziskavi. Anketiranke so prejele vprašalnik v pisni obliki, ki jim ga je dan pred odpustom razdelila medicinska sestra na oddelku. Po izpolnitvi anketnega vprašalnika so slednjega v pisemski ovojnici oddale v posebno škatlo na oddelku, namenjeni zbiranju anketnih vprašalnikov.

Postopek analize podatkov

Podatke, pridobljene iz anketnih vprašalnikov, smo analizirali v programu Microsoft Office Excel.

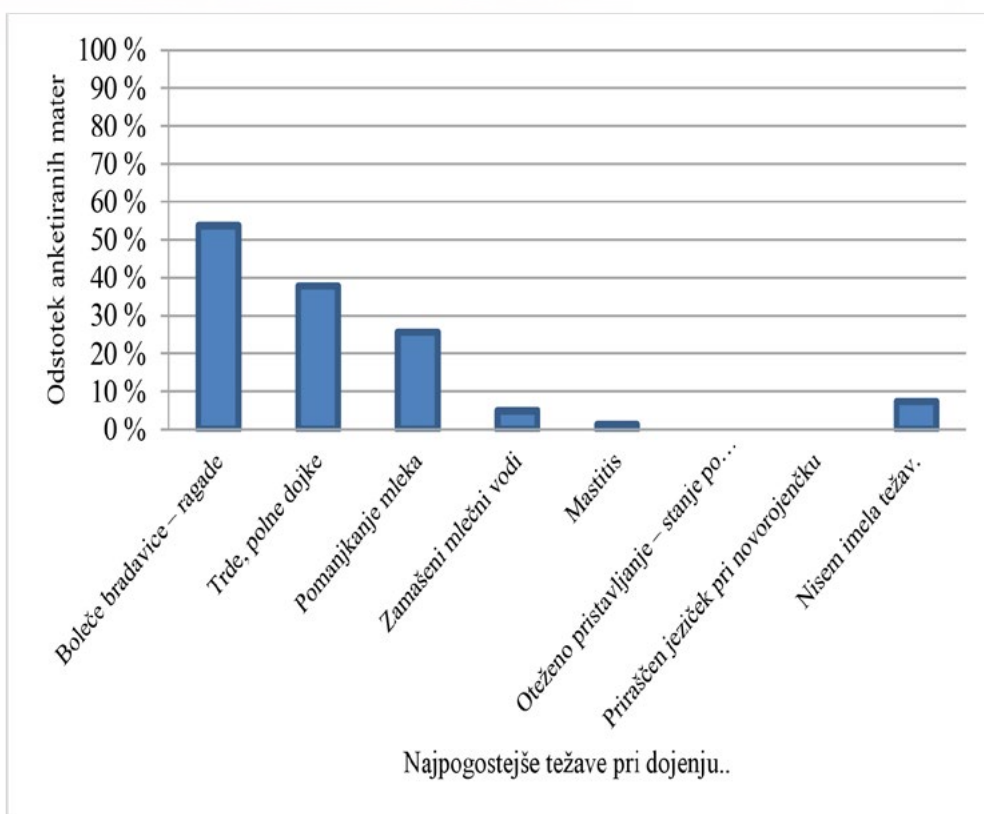
Etični vidik raziskovanja

Pri izvajanju raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja: načelo koristnosti, neškodljivosti, zaupnosti, pravičnosti, resnicoljubnosti in načelo varnosti.

REZULTATI

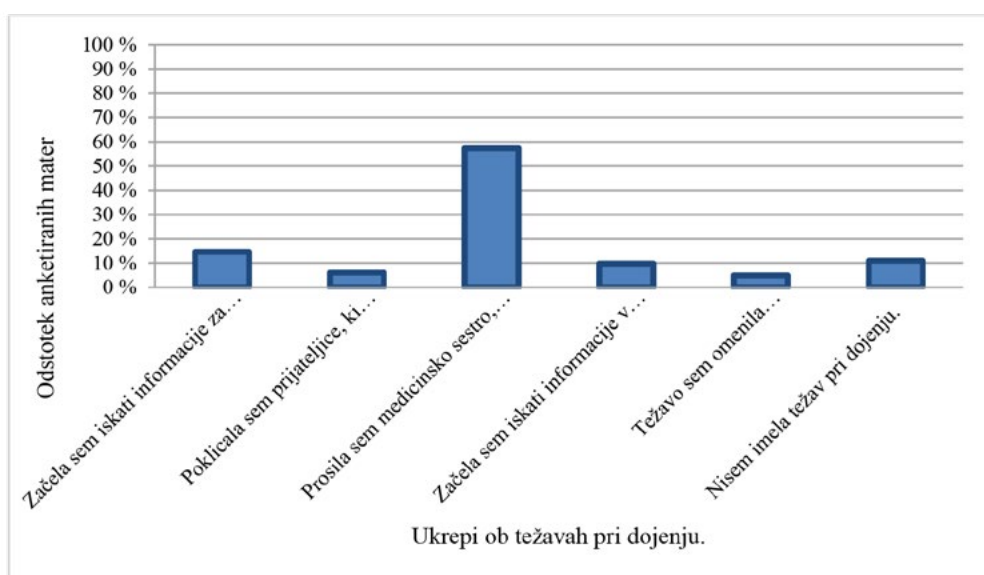
V nadaljevanju prikazujemo rezultate opravljene raziskave.

Slika 1 prikazuje najpogostejše težave, s katerimi so se matere spopadale v porodnišnici. Matere so lahko izbrale več možnih odgovorov. Največ mater je trpelo za bolečimi bradavicami (ragade). Iz slike je razvidno, da nobena ni imela težav z novorojenčevo priraščenostjo jezika ali z morebitnim oteženim pristavljanjem po carskem rezu.



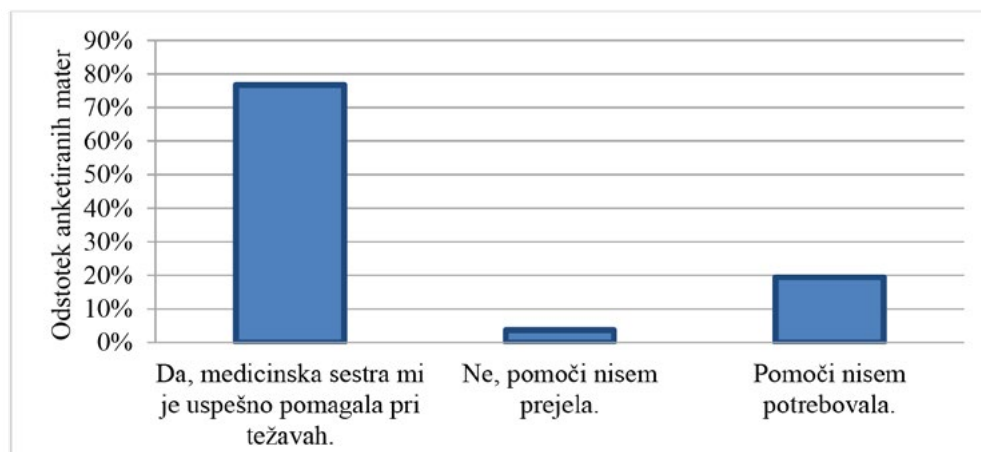
Slika 1: Težave, s katerimi se matere srečujejo pri dojenju v porodnišnici

Slika 2 prikazuje, kako so matere ukrepale, ko so se pojavile težave z dojenjem. Možno je bilo izbrati več odgovorov. Največ anketiranih mater je prosilo medicinske sestre, da so jim pomagale rešiti trenutno težavo, najmanj pa jih je težavo omenilo ginekologu ali pediatru na oddelčni viziti.



Slika 2: Ukrepanje matere ob pojavu težav z dojenjem v porodnišnici

Slika 3 prikazuje uspešnost medicinske sestre pri nujenju pomoči pri ukrepanju ob nastopu težav pri dojenju. Največ mater je bilo mnenja, da so jim medicinske sestre na oddelku uspešno pomagale pri težavah z dojenjem, medtem ko jih je nekaj mnenja, da pomoči niso dobile.



Slika 3: Uspešnost pomoči medicinske sestre pri ukrepanju ob nastopu težav z dojenjem pri materah v porodnišnici

DISKUSIJA

Podpora in pomoč staršem glede dojenja mora biti zagotovljena ves čas bivanja v porodnišnici. Zaradi nasprotujočih si informacij o vedenju otrok pri in med dojenjem, lahko starši dvomijo o ustreznosti dojenja, ker pogosto s strani družine prijateljev in zdravstvenih delavcev prejemajo nasprotujoče si informacije (Webber & Benedict, 2018). Skoraj vse matere, sodelujoče v anketi, so bile te pomoči tudi deležne.

Skale (2017) pravi, da so zdravstveni delavci tisti, ki lahko ljudem svetujejo. Zdravstveni delavec, ki dela z doječimi materami, mora biti prepričljiv zdravstveni vzgojitelj. Poznati mora celoten proces dojenja ter njegove prednosti.

Čeprav je dojenje nekaj naravnega, se lahko pojavijo težave. Posledično se pri materi začnejo pojavljati dvomi, kar jo lahko spravi v stisko. Medicinske sestre materi prisluhnejo in ji ponudijo pomoč in nasvete za odpravo težav. Pomembno je, da se matere že pred nastankom težav o njih dobro informirajo in poučijo, na kakšen način jih preprečiti ali odpraviti (Njenjić, 2020). Iz podatkov v raziskavi ugotavljamo, da je bil pri večini mater prvi ukrep ob pojavu težav z dojenjem prošnja medicinski sestra, da je prišla pomagat rešiti težavo. Prav tako se je več kot polovica mater strinjala s trditvijo, da so ob pojavu težav najprej pomislile na pomoč medicinske sestre na oddelku. Torej je pri medicinskih sestrah izjemnega pomena znanje o dojenju, tako teorija kot praktične veščine ter ustrezna komunikacija.

Ugotovili smo tudi, da je več kot polovica mater mnenja, da so zaradi pomoči in informacij o dojenju s strani medicinske sestre uspešnejše pri pristavljanju in dojenju. Spraševali smo jih tudi o uspešnosti pomoči, ki so je deležne s strani medicinske sestre. Rezultati so pokazali, da matere v večini menijo, da je bila pomoč s strani medicinske sestre pri težavah uspešna. Listina WHO in UNICEF z naslovom »Deset korakov do uspešnega dojenja« opredeljuje postopke zdravstvenih delavcev, zlasti pomemben je 2. korak, ki govori o izobraževanju zdravstvenih delavcev. Navedeni so vsi postopki, ki bi jih naj obvladali vsi zaposleni, ki obravnavajo mater in otroka (WHO, 2018).

Stanek Zidarič (2018) pravi, da je samo dojenje spretnost, ki jo matere osvojijo s pravilno tehniko, pri tem pa so bistveni položaji in tehnika pravilnega pristavljanja otroka na prsi. Največ mater je na vprašanje o izbiri položaja za dojenje izbralo ležeči položaj na boku, ki je po mnenju številnih avtorjev najprimernejši za prva dojenja, najlažje se ga je naučiti in je tudi najlažji položaj za dojenje po carskem rezu. V raziskavi smo ugotovili, da se je velik delež mater v celoti strinjal s trditvijo, da jim je medicinska sestra ustno predstavila možne položaje za dojenje.

Zanimalo nas je tudi, ali so matere med bivanjem v porodnišnici pridobile vse potrebne informacije o dojenju s strani medicinske sestre. Izkazalo se je, da se jih skoraj polovica v celoti strinja s to trditvijo. Kot pravi Furlan (2007), je naloga medicinske sestre predvsem vzpostaviti zaupen odnos z materjo, ki temelji na korektnosti in strokovnem znanju. Medicinska sestra sprejema tudi več profesionalnih vlog, ki so v pomoč materam in prispevajo k pravilnemu zadovoljevanju potreb doječih mater. Ugotovili smo, da se več kot polovica mater v celoti strinja s trditvijo, da je bila pomoč s strani medicinske sestre pravočasno zagotovljena, ko so imele težave pri dojenju. Prav tako se je izkazalo, da se je več kot polovica doječih mater v celoti strinjala s trditvijo, da so ob nastanku težav z dojenjem najprej pomislile na pomoč medicinske sestre na oddelku. Zagotavljanje pravočasne in učinkovite pomoči pri dojenju v porodnišnici je pomembno tudi za vnaprej, saj številni avtorji (Shüllner 2012; Weber & Benedict, 2018; WHO, 2018) ugotavljajo, da lahko učinkovita pomoč ob začetku dojenja v porodnišnici prepreči težave kasneje doma.

Odgovori mater kažejo, da so njihove izkušnje glede ustrezne in celovite podpore dojenju v porodnišnici zelo raznolike, kar razkriva težave pri pomoči in predajanju znanja materam s strani zdravstvenega osebja. To kaže na nujnost stalnega izboljševanja znanja na področju komunikacije in podpore dojenju med zdravstvenim osebjem in med materami. Izobraževanje o dojenju bi moralo biti kontinuirano organizirano za vse, ki delajo z doječimi materami. V Sloveniji je izobraževanje na voljo, a tako delodajalci kot tudi zaposleni večinoma menijo, da enkratno izobraževanje zadostuje (Skale, et al., 2023).

Skale (2010) pravi, da je položaj za dojenje zelo pomemben za udobno in neboleče dojenje. Medicinska sestra na oddelku materi predstavi možne položaje za dojenje in ji pri tem svetuje ter pomaga. Raziskava je pokazala, da se več kot polovica vprašanih mater strinja s trditvijo, da jim je medicinska sestra ustno predstavila možne položaje za dojenje.

Omejitev raziskave

Omejitev raziskave je zagotovo majhen vzorec sodelujočih. Raziskava je potekala v treh porodnišnicah v Sloveniji, ki so si približno enake po številu porodov.

ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da matere v večini zaupajo medicinskim sestram v porodnišnicah in se ob morebitnih zapletih in težavah pri dojenju zanesejo na njihovo strokovno pomoč. Ugotovitev je pomembna predvsem z razloga, ker smo raziskavo izvajali v porodnišnicah, kjer izvajajo postopke po principu listine z naslovom »Deset korakov do uspešnega dojenja«. *Pridobili smo pomembno boljše rezultate o zadovoljstvu mater glede pomoči medicinskih sester*, kot so navedeni v podobni raziskavi, kjer so bile vključene tudi porodnišnice v Sloveniji, ki te listine ne upoštevajo.

Raziskavo bi lahko v prihodnje razširili na vse porodnišnice v Sloveniji. V vzorec bi tako lahko vključili večje število sodelujočih mater, tudi njihove partnerje. Za nadaljnje raziskovanje bi bilo smiselno narediti tudi longitudinalno raziskavo in sodelujoče matere povprašati po 3 mesecih, ali še dojijo in če ne, zakaj ne ter s kakšnimi ovirami se srečujemo pri dojenju v domačem okolju.

LITERATURA

- Bratanič, B. (2019). Pomen dojenja za otroke, matere, družbo, okolje in predstavitev pobud za ohranjanje dojenja v Sloveniji. In: Bratanič, B., ed. *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. (pp. 19–31). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Felc, Z. (2008). *O dojenju: odgovori na pogosta vprašanja*. (pp. 55–59) Celje: Celjska Mohorjeva družba. Slovenska fundacija za Unicef.
- Furlan A. (2007). *Pomen komunikacije med medicinsko sestro in udeleženci šole za starše v zdravstvenem domu Koper: Diplomsko naloga*. (p. 6). Izola: Visoka šola za zdravstvo Izola.
- Hoyer, S. (1998). *Dojenje: Učbenik za zdravstvene delavce*. (pp. 26–27, 49–50). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Hoyer, S. & Vettorazzi R. (2016). *Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater*. (pp. 6, 23–27). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Huges, V. I., Donovan, K. (2018). Breastfeeding Devices and Topical Treatments In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. (pp. 383–408). USA: Jones and Bartlett Learning.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2019). *Opolnomočimo starše, omogočimo dojenje*. [online] Retrieved Marec 23, 2022 from <https://www.nijz.si/sl/opolnomocimo-starse-omogocimo-dojenje>
- Njenjič, G. (2020). Vloga šole za starše pri spodbujanju dojenja. In: Bratanič, B., *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah, Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. (pp. 37, 47–48). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Ocvirk, M. (2015). Pregledovanje dojk in bradavic. In: Bratanič, B., eds. *Spodbujanje in podpora dojenju v novorojenem prijazni porodnišnici: 20-urni tečaj za osebje porodnišnic: pobuda za novorojenem prijazne porodnišnice NPP*, (p. 101). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Ocvirk, M. (2017). Pregledovanje dojk in bolezni matere. In: Bratanič, B., eds. *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah, Zbornik prispevkov iz Modularnega tečaja*. (p. 119). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Paljk Likar, I. (2020). Pregledovanje dojk in bolezni matere. In: Vettorazzi, 2020. *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah, Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. (pp. 115–120). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Schüllner, H. (2012). Stillpositionen und korekte Stilltechnik. In: Praxisbuch: Besondere Stillsituationen. (pp. 8–43). Stuttgart: Deutscher Hebammenverband. Hippokrates Verlag.
- Skale, C. (2010). Tehnike dojenja. In: Felc, Z. & Skale, C., *Tečaj laktacije za opravljanje izpita mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant): priročnik*. (pp. 289–300). Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije.
- Skale, C. (2017). *Spodbujanje dojenja v šoli za starše*. (pp. 3–7). Celje: Splošna bolnišnica Celje.
- Skale C. (2018). Kje doječe matere iščejo pomoč pri dojenju in kakšne nasvete dobijo? In: Bratanič B., eds. *Dojenje: Dober temelj za življenje: Zbornik prispevkov X. mednarodni simpozij o dojenju in laktaciji. Laško, 28. In 29. September 2018*. (pp. 39–50). Ljubljana: Slovenska fundacija za UNICEF.
- Skale, C., Greif, P., Ozbič Kirjakupolus, B., Limonšek B. (2023). Izkušnje mater s podporo dojenju. In: Vettorazzi V., eds. *Omogočimo dojenje: Podprimo zaposlene starše. Strokovno srečanje: Iz prakse za prakso. Zbornik prispevkov*. (pp. 75–89). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Stanek Zidarič, T. (2018). *Priprava na porod in starševstvo, šola za bodoče starše – Laktacija in dojenje*. Retrieved Marec 23, 2022 from https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/priprava_na_porod_uporabniki.pdf
- Tekauc Golob A. (2004). Krepitev materine samozavesti. In: Felc Z. *Zbornik predavanj, 1. Strokovno srečanje z mednarodno udeležbo »Dojenje: Iz prakse za prakso« z naslovom Najpogostejše težave pri dojenju*, (p. 35). Celje: 7. in 8. oktober 2004. Splošna bolnišnica Celje.
- Vettorazzi, R., (2020). Standardi za zagotavljanje dobre podpore pri dojenju. In: Vettorazzi, 2020. *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah, Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. (pp. 59–61). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
- Webber, E. & Benedict, J. (2018). Facilitating and Assessing Breastfeeding Initiation. In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. (pp. 197–213). USA: Jones and Bartlett Learning.
- WHO. (2018). *Implementation Guidance. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby - Friendly Hospital Initiative*. (pp. V.). Geneva: World Health Organization.

IDEJNI MODEL ZA IZBOLJŠANJE SPOLNEGA ZDRAVJA STAREJŠIH ODRASLIH (55+)

The conceptual model for improving the sexual health to older adults (55+)

IZVLEČEK

Namen: Raziskava preučuje stališča, znanje in potrebe starejših odraslih glede spolnosti, s poudarkom na izobraževalnih vsebinah o spolnem zdravju ter njihovem vplivu na kakovost življenja in uspešno staranje. **Metode:** Kvantitativna raziskava je vključevala 651 udeležencev (55-75 let), podatki so bili zbrani z anketnim vprašalnikom, ki je obsegal področja znanja o spolnosti, stališč do spolnosti, uspešnega staranja in potreb po izobraževanju o spolnem zdravju. Analizirani so bili dejavniki, kot so zdravstveno stanje, spolna aktivnost in izobrazba. **Rezultati:** Spolnost pomembno vpliva na zadovoljstvo z življenjem starejših odraslih. Višja izobrazba povečuje pomembnost spolnosti ($\chi^2 = 97,325$; $p < 0,001$), prav tako znanje o spolnosti pozitivno vpliva na zadovoljstvo ($F = 90,027$; $p < 0,001$). Moški so bolj pozitivni do spolnosti, bolj zadovoljni z njo in bolj permissivni glede spolnih aktivnosti v primerjavi z ženskami ($p < 0,05$). Večina anketiranih spolne težave zaupa partnerju (46,5 %), sledita ginekolog (19,2 %) in medicinska sestra (17,6 %). Anketiranci menijo, da bi izobraževalni programi morali biti osredotočeni na teme menopavze in andropavze. **Diskusija in zaključek:** Raziskava potrjuje pomembnost spolnosti za kakovost življenja starejših, vendar je pogosto zapostavljena zaradi starostnih stereotipov. Znanje o spolnosti pozitivno vpliva na zadovoljstvo s spolnim življenjem. Predlagan je model, ki vključuje prilagoditev in večjo dostopnost izobraževalnih vsebin, kar bi prispevalo k izboljšanju spolnega zdravja in kakovosti življenja starejših.

Ključne besede: starejši odrasli, spolnost, stereotipi, aktivnost, umik, zadovoljstvo.

ABSTRACT

Aim: The study explores the attitudes, knowledge, and needs of older adults regarding sexuality, with a focus on sexual health education and its impact on quality of life and successful aging. **Methods:** A quantitative research design was used, involving 651 participants (aged 55–75 years). Data were collected through a survey questionnaire covering areas of sexual knowledge, attitudes toward sexuality, successful aging, and the need for sexual health education. Factors such as health status, sexual activity, and education were analyzed. **Results:** Sexuality significantly influences life satisfaction in older adults. Higher education increases the importance placed on sexuality ($\chi^2 = 97.325$; $p < 0.001$), and knowledge of sexuality positively affects satisfaction ($F = 90.027$; $p < 0.001$). Men are more positive toward sexuality, more satisfied with it, and more permissive regarding sexual activities compared to women ($p < 0.05$). The majority of participants (46.5%) confide their sexual issues to their partner, followed by gynecologists (19.2%) and nurses (17.6%). Participants believe that educational programs should focus on topics related to menopause and andropause. **Discussion and conclusion:** The study confirms the importance of sexuality for the quality of life of older adults, though it is often neglected due to age-related stereotypes. Knowledge of sexuality positively influences sexual life satisfaction. A model is proposed that includes the adaptation and increased accessibility of educational content, which would contribute to improving sexual health and the quality of life to older adults.

Key words: older adults, sexuality, stereotypes, activity, withdrawal, satisfaction.

UVOD

Spolnost starejših odraslih je pogosto spregledana in zaznamovana s stereotipi, kljub dokazani povezavi med spolnim zadovoljstvom in kakovostjo življenja, ki prispeva k boljšemu fizičnemu in duševnemu zdravju ter zmanjšanju občutkov osamljenosti (Pascoal et al., 2014; Lee et al., 2016). Izobraževanje o spolnosti starejših v Sloveniji ostaja pomanjkljivo in neučinkovito. Delež starejših odraslih hitro narašča, do leta 2025 naj bi število ljudi, starejših od 60 let, doseglo 1,2 milijarde, do leta 2050 pa naj bi ta številka narasla na 2 milijardi (WHO, 2002). Ta demografska sprememba odpira številna vprašanja, kako omogočiti starejšim, da ostanejo neodvisni in aktivni, ter kako najbolje uskladiti politike promocije zdravja za izboljšanje kakovosti življenja, v katerih je skrb za spolno zdravje ključni element (Andrews, 2001; Breuner & Mattson, 2016).

Zadovoljiva spolnost prispeva k splošnemu zadovoljstvu in nevropsihičnemu ravnotežju ter zmanjšuje občutek neuporabnosti v starosti (von Humboldt et al., 2023). To zadovoljstvo pa je odvisno od osebnih, socialnih in okolijskih dejavnikov (Syme et al., 2019). Raziskave so pokazale, da je zadovoljstvo s spolnostjo povezano z boljšim zdravjem, kar pripomore k večjemu zadovoljstvu v življenju (Lee et al., 2016). Zato je pomembno iskati varne in ustrezne oblike spolnosti za starejše odrasle (Barak et al., 2004). Spolnost je ključni element zdravega staranja (Starc et al., 2023), vendar so predsodki o staranju, kot so progresivno fizično in duševno upadanje, socialna izolacija ter aseksualno vedenje, pogosto prisotni v družbi (Thornton, 2002). Starejši se pogosto soočajo z miti, da niso zmožni doživljati spolnega užitka, kar lahko vodi v zanikanje njihovih lastnih spolnih potreb (Kastenbaum, 1979; Thompson et al., 2014; Olatayo et al., 2015). Ageizem, globoko zakoreninjen v naših pogledih na staranje, dodatno oblikuje družbeni odnos do starejših in krepi strukturne neenakosti (Sanchez Izquierdo et al.,

2022; Holstein & Minkler, 2003; Goriup & Lahe, 2018). Zato ga je nujno prepoznati tudi v kontekstu spolnosti starejših, da jim omogočimo enake priložnosti za izražanje spolne identitete kot mlajšim odraslim. Pomembno je zagotoviti ustrezno izobraževalno podporo ter dostop do zdravstveno-vzgojnih informacij, ki omogočajo starejšim odraslim 55+ zdravo in zadovoljivo spolno življenje. Kljub uvedbi različnih strategij za izboljšanje zdravja starejših, v Sloveniji še vedno primanjkuje celovitih izobraževalnih programov in informacij o spolnem zdravju v tem obdobju. Pomanjkanje znanja o spolnem zdravju lahko negativno vpliva na sposobnost starejših, da se spopadajo s spremembami v spolni funkciji in identiteti, ter oblikujejo realna pričakovanja glede spolnosti, ugotavljajo tudi Uwagbai & Tyrrell (2018); Even Zohar & Werner (2018) ter Gewirtz Meydan et al. (2019).

Namen raziskave je bil preučiti odnos starejših odraslih 55+ do lastne spolnosti, zadovoljstvo s spolnim življenjem, povezavo znanja in vedenja o spolnosti na bolj pozitivne spolne izkušnje ter na podlagi rezultatov izdelati idejni model za izboljšanje spolnega zdravja starejših odraslih.

METODE

Raziskava temelji na kvantitativni presečni raziskovalni zasnovi v okviru pozitivistične paradigme.

Opis instrumenta

Za pridobitev potrebnih podatkov smo uporabili lasten anketni vprašalnik, pri čemer smo za okvir uporabili ASKAS lestvico (White, 1983; Brandao et al., 2010), ki meri zanje in splošna stališča do spolne intimnosti starejših, Fraboni (FSA) lestvico (Fraboni et. al., 1990; Rupp et.al., 2005) ter vprašalnik o občutku blagostanja (SAS) oz. uspešnosti staranja (Reker, 2009). Vprašanja smo razdelili na posamezne sklope, anketiranci so izrazili stopnjo strinjanja s trditvami na petstopenjski lestvici, pri čemer so rezultati segali od 1 – „popolnoma se ne strinjam“ do 5 – „popolnoma se strinjam“.

Opis vzorca

Vzorec je vključeval posameznike, stare 55 let in več; pri oblikovanju vzorca smo omejili starejše odrasle na starostno skupino med 55 in 75 let, pri čemer smo uporabili namenski in priložnostni vzorec. Raziskava je sprva vključevala 1.050 starejših odraslih, starih 55 let ali več. Vendar pa so bili vprašalniki z manjkajočimi podatki in tisti, ki so jih izpolnili posamezniki starejši od 75 let, izključeni, saj se običajno predvideva, da so posamezniki starejši od 75 let manj spolno aktivni, prav tako pa so bili izključeni tudi tisti z manjkajočimi podatki. Končni vzorec je zajemal 651 starejših odraslih starih med 55 in 75 let.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V naši raziskavi smo oblikovali vprašalnik za zbiranje podatkov o potrebah in stališčih starejših odraslih glede spolnosti v poznejšem življenju, s poudarkom na znanju, stališčih in preferencah glede izobraževalnih vsebin. Cilj je bil zbrati podatke o ključnih področjih, pomembnih za izboljšanje spolnega zdravja te populacije. Vprašalnik je sestavljen iz petih sklopov, s katerimi smo določili povezave med stališčem do staranja in lastne spolnosti, uspešnim staranjem v povezavi s spolnostjo ter potrebami po izobraževalnih vsebinah o spolnosti. Za merjenje znanja so anketiranci odgovarjali na trditve o spolnosti v starejši dobi s pomočjo tri-točkovne lestvice (da, ne, ne vem), kjer so nižje ocene kazale na večje znanje. Drugi sklop je ocenil stališča do spolnosti pri starejših, kjer so udeleženci izrazili stopnjo strinjanja s trditvami na petstopenjski

Likertovi lestvici (1 – se popolnoma ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Vključen je bil tudi sklop za oceno občutka dobrega počutja oziroma uspešnega staranja, specifično v povezavi s spolnim zdravjem. Tudi ta sklop je uporabljal petstopenjsko Likertovo lestvico, kjer so udeleženci ocenili svojo stopnjo strinjanja z različnimi trditvami o staranju in spolnem zdravju.

Na koncu smo zbrali informacije o vrstah izobraževalnih vsebin, ki bi jih anketiranci želeli prejemati v programih spolnega zdravja za starejše odrasle. Udeleženci so svoje mnenje izrazili z uporabo tri-točkovne lestvice (strinjam se, nisem prepričan, ne strinjam se) ter petstopenjske Likertove lestvice, ki je omogočila oceno stopnje strinjanja z vsakim trditvami.

Podatki iz zbranih vprašalnikov so bili obdelani s programom SPSS 29.0. Statistična analiza je vključevala deskriptivno statistiko, medtem ko so bile povezave med spremenljivkami preučene s Pearsonovim koeficientom korelacije. Za prepoznavanje vpliva izobrazbe na pomembnost spolnosti je bila uporabljena analiza variance (ANOVA). Analiza preferenc glede izobraževalnih vsebin o spolnosti je bila izvedena s frekvenčno analizo, ki je omogočila prikaz porazdelitve odgovorov glede pomembnosti različnih tem. Nominalne spremenljivke so bile analizirane s hi-kvadrat testom, medtem ko je bila za oceno vpliva znanja o spolnosti na zadovoljstvo s spolnim življenjem uporabljena multiple regresijska analiza. P-vrednost manjša od 0,05 je bila obravnavana kot statistično pomembna.

REZULTATI

Rezultati raziskave kažejo, da je med starejšimi odraslimi več žensk (63,6 %) kot moških (36,4 %), s povprečno starostjo 64 let. Geografska porazdelitev anketiranih kaže, da je večina iz Savinjske regije, najmanj pa iz Primorsko-notranjske in Posavske regije. Zakonski stan kaže na stabilne partnerske odnose, saj je skoraj polovica (49,2 %) poročenih ali živi v izven zakonski skupnosti, 31,3 % pa je samskih. Vzgojni stil v otroštvu je povezan s pomembnostjo spolnosti v starosti – bolj pomembna je anketiranim, ki so odrasli v nenasilnih in demokratičnih družinah (26,4 %), medtem ko je bila najmanj pomembna tistim z nasilno vzgojo (4,5 %). Več kot polovica (62,5 %) anketiranih je rimokatoliške veroizpovedi, največ pa jih ima srednješolsko izobrazbo (27,5 %). V smislu zdravstvenega stanja se največ anketirancev (46,9 %) ocenjuje kot srednje zdrave, 30,8 % kot zelo zdrave, 14,1 % kot odlično zdrave, le 0,8 % pa kot zelo slabe. Zadovoljstvo s spolnim življenjem in zdravje sta povezani, vendar zdravje ni glavni dejavnik zadovoljstva s spolnostjo ($r = 0,32$).

Pogostost spolnih aktivnosti kaže, da 45,8 % anketiranih poroča o spolnih odnosih 1–3 krat na mesec, medtem ko jih 18,1 % ni spolno aktivnih. Ženske so pogosteje spolno aktivne 1–3 krat mesečno (48,1 %) v primerjavi z moškimi (41,8 %), moški pa pogosteje poročajo o več kot 3 spolnih aktivnostih mesečno (40,5 %). Izobrazba vpliva na pomembnost spolnosti, saj ta narašča z višjo izobrazbo ($\chi^2 = 97,325$; $p < 0,001$). Znanje o spolnosti pozitivno vpliva na zadovoljstvo s spolnim življenjem ($F = 90,027$; $p < 0,001$), pri čemer večina anketiranih meni, da bi morala biti spolna vzgoja starejših bolj osredotočena na teme menopavze in andropavze (60,3 %), medtem ko so teme o spolno prenosljivih boleznih manj pomembne (27,9 %).

Zadovoljstvo s spolnostjo je v srednje močni povezavi s pogostostjo spolnih aktivnosti ($r = 0,47$). Izobrazba in zaznana pomembnost spolnosti sta povezani ($r = 0,41$).

Tabela 1: Razlike med spoloma v stališčih, zadovoljstvu in permisivnosti v spolnosti

Spremenljivka	Moški (M ± SD)	Ženske (M ± SD)	p-vrednost
Stališča do spolnosti.	3,19 ± 0,35	3,05 ± 0,34	0,003
Zadovoljstvo s spolnim življenjem.	3,82 ± 0,87	3,64 ± 0,89	0,021
Permisivnost v spolnosti.	3,69 ± 0,99	3,49 ± 1,04	0,018

Legenda: M = povprečje, SD = standardni odklon, p = statistična značilnost (1 - „popolnoma se ne strinjam“ do 5 - „popolnoma se strinjam“).

Statistična analiza v tabeli 1 prikazuje, da so moški v povprečju bolj pozitivni do spolnosti ($p = 0,003$), bolj zadovoljni s spolnim življenjem ($p = 0,021$) in bolj permisivni glede spolnih aktivnosti ($p = 0,018$) v primerjavi z ženskami, kar nakazuje na večjo odprtost moških do spolnosti v starosti. Tabela 1 prikazuje, da so moški izrazili bolj pozitivna stališča do spolnosti ($M = 3,19$), večje zadovoljstvo s spolnim življenjem ($M = 3,82$) in večjo permisivnost glede spolnosti ($M = 3,69$) v primerjavi z ženskami, katerih povprečne vrednosti so bile nižje (stališča: $M = 3,05$, zadovoljstvo: $M = 3,64$, permisivnost: $M = 3,49$). Vse razlike so statistično značilne ($p < 0,05$).

**Slika 1:** Zaupanje težav glede spolnosti

Pri vprašanju „Komu najpogosteje zaupajo svoje spolne težave?“ je bilo možnih več odgovorov. Največ anketiranih (46,5 %) svoje težave glede lastne spolnosti najlažje zaupa partnerju, sledita ginekolog (19,2 %) in medicinska sestra (17,6%).

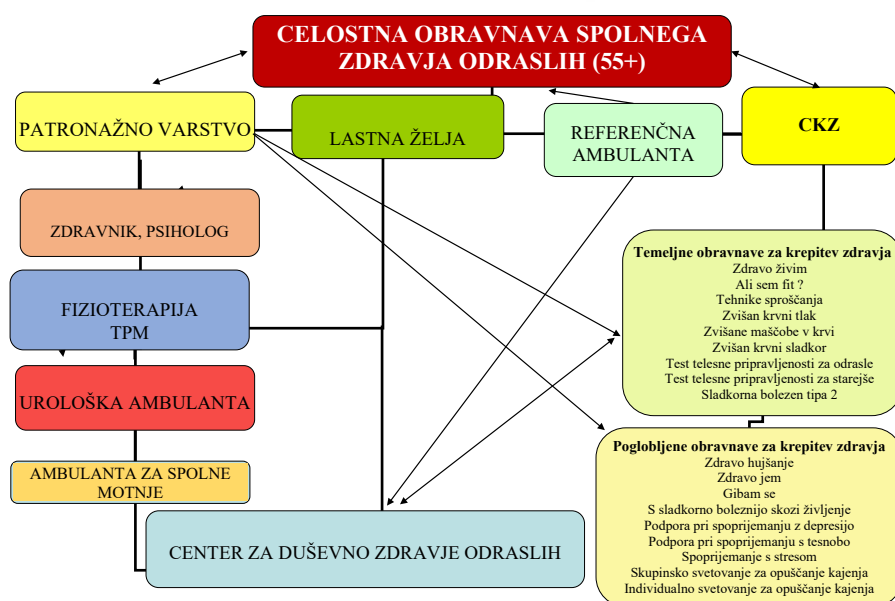
DISKUSIJA

Raziskava potrjuje, da je spolnost pomemben, a pogosto zanemarjen vidik kakovosti življenja starejših odraslih 55+. Podobno so ugotovili Bagheri et al. (2024), ki so raziskovali vpliv dejavnikov na spolno zdravje starejših žensk in odkrili, da spolnost ostaja ključna za kakovost življenja, vendar je pogosto zapostavljena zaradi starostnih stereotipov. Moški so v primerjavi z ženskami bolj pozitivni do spolnosti, bolj zadovoljni in permisivni glede spolnih aktivnosti, kar je v skladu z ugotovitvami von Humboldta et al. (2023), ki so pokazale še, da družbeni in kulturni dejavniki vplivajo na zaznavanje spolnosti v starosti. Razlike lahko izhajajo iz družbenih norm, ki ženske omejujejo pri izražanju spolnosti, ter iz spolne socializacije, kot poudarjata Breuner & Mattson (2016). Naše ugotovitve potrjujejo, da znanje o spolnosti pozitivno vpliva na

zadovoljstvo s spolnim življenjem, kar je podprto z rezultati raziskave ($F = 90,027$; $p < 0,001$). Večina anketiranih meni, da bi morala biti spolna vzgoja starejših bolj osredotočena na teme, kot sta menopavza in andropavza (60,3 %), medtem ko so teme o spolno prenosljivih boleznih manj pomembne (27,9 %). Poleg tega je zadovoljstvo s spolnostjo v srednje močni povezavi s pogostostjo spolnih aktivnosti ($r = 0,47$), kar pomeni, da se večja spolna aktivnost povezuje z večjim zadovoljstvom. Prav tako sta izobrazba in zaznana pomembnost spolnosti povezani ($r = 0,41$), kar kaže na to, da višja izobrazba vodi v večjo odprtost do spolnosti in posledično večje zadovoljstvo. Te ugotovitve podpirajo prejšnje raziskave, ki so poudarile pomen izobraževanja in odprte komunikacije o spolnosti za izboljšanje spolnega zdravja starejših odraslih (Andrews, 2001; Gewirtz-Meydan et al., 2019). Izobraževanje in odprta komunikacija o spolnosti sta ključna za izboljšanje kakovosti življenja starejših, slednje potrjujejo tudi ugotovitve Holstein & Minkler (2003) ter Olatayo et al. (2015). Rezultati raziskave kažejo še, da starejši odrasli pogosto zaupajo svoje spolne težave partnerju, vendar tudi ginekologi in medicinske sestre igrajo pomembno vlogo pri tem. To predstavlja priložnost za zdravstvene delavce, da se bolj aktivno vključijo v izobraževanje in podporo starejšim glede spolnega zdravja, izboljšajo komunikacijo z njimi ter zagotovijo ustrezno svetovanje in oskrbo.

Na podlagi teh rezultatov smo razvili Idejni model vzgoje spolno zdravje za starejše odrasle. Model temelji na ugotovitvah raziskave in se osredotoča na izboljšanje kakovosti spolnega življenja starejših odraslih s pomočjo celostne in prilagojene spolne vzgoje. Vloga in povezave med deležniki v modelu omogočajo pretok informacij in produktivno sodelovanje v korist spolnega zdravja starejših odraslih (Slika 2). Deležniki so medsebojno povezani na način, da starejši odrasli lahko dostopajo do različnih vrst oskrbe – od fizične in duševne podpore do specializiranih ambulant – brez napotnic in z večjo dostopnostjo v okviru primarne zdravstvene oskrbe. Starejši odrasli so opolnomočeni, da izberejo teme ali vrste oskrbe, ki jih želijo (npr. delavnice v Centru za promocijo zdravja, svetovanje v referenčni ambulanti ali storitve patronažne oskrbe na domu) na podlagi svojih želja in potreb. Podpora je zagotovljena preko medsebojnih povezav, ki starejše odrasle usmerjajo v delavnice za promocijo zdravja, kjer ne le da prejemajo informacije o zdravem načinu življenja, ampak se tudi seznanijo s spolnostjo in njenim povezovanjem z zdravim in kakovostnim staranjem. Povezave omogočajo tudi specializirano oskrbo, saj lahko, če primarna zdravstvena oskrba prepozna specifične težave, starejše odrasle napoti (ali na lastno željo) v nadaljnjo specialistično obravnavo: urološko ambulantno, ambulante za spolne disfunkcije ali center za duševno zdravje odraslih. Tak pristop ne le krepi zadovoljstvo s spolnostjo, temveč tudi zmanjšuje občutke stigme ter prispeva k boljšemu duševnemu in telesnemu zdravju starejših, oblikovanju stališč, navad in praks, ki prispevajo k zadovoljujoči spolnosti in odgovornosti za lastno spolno zdravje. Hkrati upošteva njen vpliv na uspešno staranje, saj vključuje celovit pogled na spolnost, ne glede na starost, ter zagotavlja dostop do storitev in izobraževalnih virov.

Model pa je načrtan tudi tako, da je mogoče razširiti vsebinski nabor ter vključiti tudi skupino od 18 do 55 let. Z učinkovito zdravstveno vzgojo namreč lahko pomembno vplivamo na zmanjšanje dejavnikov tveganja, povezanih s spolnostjo, ter izboljšamo spolno aktivnost in splošno kakovost življenja starejših odraslih. Mlajšim pa omogočimo, da jih ne bo strah lastne starosti, saj bodo opolnomočeni lažje sprejeli vse spremembe, tudi spolne, ki jih staranje prinaša.



Slika 2: Organigram multidisciplinarnega povezovanja znotraj zdravstvenega varstva (lasten)

ZAKLJUČEK

Rezultati kažejo, da je spolnost pomemben dejavnik kakovosti življenja starejših odraslih, vendar ostaja družbeno stigmatizirana in pogosto spregledana ne le v družbi temveč tudi v zdravstvenih in izobraževalnih politikah. Spodbujanje pozitivnih stališč do spolnosti in upoštevanje potreb starejših odraslih pri oblikovanju programov in politik je ključno za njihovo blaginjo in kakovost življenja. Predstavljen idejni model lahko služi tudi kot smernica za izboljšanje primarnega zdravstvenega varstva in izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju spolnega zdravja starejših odraslih. Prav tako predstavljajo izhodišče za krepitev sodelovanja med javnozdravstvenimi ustanovami, izobraževalnimi institucijami in oblikovalci politik pri celostni obravnavi spolnega zdravja starejših.

LITERATURA

- Andrews, G. (2001). *Women's sexual health* (2nd ed.). Bailliere Tindall
- Bagheri, R., Morntaz, Y. A., Foroughan, M., & Shahboulaghi, F. M. (2024). Women's sexual health in old age: Identification of influencing factors using focus group interviews based on the socioecological approach. *Sexuality and Disability*, 42(2), 295–316.
- Brandão, V. H., Guirardello, E. B., & Madruga, A. V. (2010). Traducción y adaptación cultural de la Escala Askas: Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale en ancianos brasileños. *Texto Contexto Enferm*, 19(2), 238–245.
- Breuner, C. C., & Mattson, G. (2016). Sexuality education for children and adolescents. *American Academy of Pediatrics*, 138(2).
- Even-Zohar, A., & Werner, S. (2018). Examining the attitudes and knowledge of social work and nursing students on later-life sexuality. *Canadian Journal on Aging*, 37(4), 377–389.
- Fraboni, M., Saltstone, R., & Hughes, S. (1990). The Fraboni scale of ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging*, 9, 56–66.
- Gewirtz-Meydan, A., Levkovich, I., Mock, M., Gur, U., & Ayalon, L. (2019). Promoting a discussion on later life sexuality: Lessons from sexologist physicians. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(2), 193–210.
- Goriup, J., & Lahe, D. (2018). *Poglavja iz socialne gerontologije* (1st ed.). AMEU - ECM, Alma Mater Press.

- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the 'new gerontology'. *Gerontologist*, 43(6), 787–796.
- von Humboldt, S., Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, A., Low, G., Benko, E., & Leal, I. (2023). Sexual well-being in older adults: A qualitative study with older adults from Portugal and Slovenia. *Sexuality Research and Social Policy*, 20(1), 364–376.
- Kastenbaum, R. (1979). *Growing old: Years of fulfillment*. Multimedia Publications Inc.
- Lee, M. H., Lee, C., Choi, J. H., Lee, S. W., Jeh, S. U., Choi, S. M., Hwa, J. S., Hyun, J. S., Chung, K. H., & Kam, S. C. (2020). Age-related correlation between erectile dysfunction and premature ejaculation. *Journal of Men's Health*, 16, E71–E79. <https://doi.org/10.15586/jomh.v16iSP1.239>
- Olatayo, A. A., Kubwa, O. O., & Adekunle, A. E. (2015). Sexuality in Nigerian older adults. *Pan African Medical Journal*, 22, 390.
- Pascoal, P. M., de Santa Bárbara Narciso, I., & Monteiro Pereira, N. (2014). What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of Sex Research*, 51(1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.727897>
- Rupp, D., Vodanovich, S., & Crede, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *Journal of Social Psychology*, 145(3), 335–362.
- Reker, G. T. (2009). A brief manual of the Successful Aging Scale (SAS). DOI:10.13140/2.1.4238.7201
- Sánchez-Izquierdo, M. R., & Fernández-Ballesteros, R. (2022). Anti-ageism social actions: Lights and shadows. *Land*, 11(2), 195.
- Starc, A., Gošnak Dahmane, R., & Gabrovec, B. (2023). *Dejavniki spolnega zadovoljstva v Sloveniji: Znanstvena monografija*. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Thornton, J. E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28, 301–312.
- Thompson, A. E., O'Sullivan, L. F., Byers, E. S., & Shaughnessy, K. (2014). Young adults' implicit and explicit attitudes towards the sexuality of older adults. *Canadian Journal on Aging*, 33(3), 259–270.
- Uwagbai, O., Tyrrell, C., & Falzgraf, S. (2018). Quality improvement - Knowledge and attitudes of nursing staff towards sexuality of elderly long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46–47.
- Syme, M. L., Cohn, T. J., Stoffregen, S., Kaempfe, H., & Schippers, D. (2018). "At my age": Defining sexual wellness in mid- and later life. *The Journal of Sex Research*, 30, 1–11. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1456510>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO. Retrieved October 17, 2024, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO?sequence=1>

Jana Lavtižar, mag. zdr. nege

Tanja Podlipnik, mag. zdr. nege

Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Kranj, Center za krepitev zdravja Kranj

Jana.lavtizar@zd-kranj.si

CENTRI ZA KREPITEV ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENO VZGOJNI CENTRI NA GORENJSKEM – ALI ZAPOSLENI V ZDRAVSTVENI NEGI POZNAJO NJIHOVO DELOVANJE?

Health Promotion Centres and Health Education Centres in Gorenjska - are employees in nursing aware of their functioning?

IZVLEČEK

Uvod: Zdravje zaposlenih je ključnega pomena tako za posameznike kot za delovne organizacije. Centri za krepitev zdravja in zdravstveno-vzgojni centri nudijo skupinske delavnice in individualna svetovanja za izboljšanje življenjskega sloga. Zdravstvena vzgoja je učinkovita strategija za povečanje zadovoljstva pacientov in izboljšanje njihovega splošnega zdravstvenega stanja. Vloga medicinskih sester pri zdravstveni vzgoji je ključna, saj pomembno vplivajo na življenje pacientov. **Metode:** Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji in pregledu strokovne literature. Podatki so bili zbrani z anketo, poslanim medicinskim sestram iz treh bolnišnic in šestih zdravstvenih domov na Gorenjskem. Anketa je vključevala demografske

podatke ter ocenjevanje prepoznavnosti, udeležbe in pomembnosti aktivnosti zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja. Opisna statistika je bila izvedena z uporabo Microsoft Excel 2019. **Rezultati:** Večina anketiranih (86 %) pozna delovanje Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja, pri čemer so najpogostejši viri informacij spletne strani zdravstvenih domov (51 %) in ambulate družinske medicine (30 %). Delavnic se je udeležilo 84 % vprašanih, najpogostejše delavnic o telesni aktivnosti (8 %) in hujšanju (8 %). Večina zaposlenih (44 %) meni, da so aktivnosti Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja pomembne, 29 % pa jih vidi kot zelo pomembne. **Diskusija in zaključek:** Raziskava potrjuje visoko prepoznavnost Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja med medicinskimi sestrami, vendar obstajajo priložnosti za izboljšanje promocije in ozaveščanja. Digitalni kanali igrajo ključno vlogo pri obveščanju javnosti, vendar je potrebna dodatna spodbuda za vključevanje v programe. Centri za krepitev zdravja in Zdravstveno-vzgojni centri na Gorenjskem so dobro prepoznani in njihovi programi so splošno sprejeti. Kljub temu je priporočljivo dodatno promoviranje programov, izboljšanje komunikacijskih kanalov ter prilagajanje programov potrebam ciljnih skupin.

Ključne besede: preventivne delavnice, zdravstveni delavci

ABSTRACT

Introduction: Employee health is a key concern for both individuals and work organisations. Health Promotion Centres and Health Education Centres offer group workshops and individual counselling to improve lifestyles. Health education is an effective strategy to increase patient satisfaction and improve their overall health. The role of nurses in health education is crucial as they have a significant impact on patients' lives. **Methods:** Data were collected by means of a questionnaire sent to nurses from three hospitals and six health centres in Gorenjska region. The questionnaire included demographic data and an assessment of the visibility, participation and importance of the activities of the Health Promotion Centres and Health Education Centres. Statistical analysis was performed using Microsoft Excel 2019.

Results: The majority of respondents (86%) are familiar with the activities of the Health Promotion Centres and Health Education Centres, with the most common sources of information being the health centre websites (51%) and family medicine clinics (30%). 84% of respondents have participated in workshops, with the most common being physical activity (8%) and weight loss (8%). The majority of employees (44%) consider the activities of the Health Promotion Centres and Health Education Centres to be important, and 29% consider them to be of great importance. 29% of employees consider the activities of the Health Promotion Centres and Health Education Centres to be very important. **Discussion and conclusion:** The survey confirms the high visibility of Health Promotion Centres and Health Education Centres among nurses, but there are opportunities to improve promotion and awareness raising. Digital channels play a key role in publicity, but additional incentives are needed to engage with the programmes. Health Promotion Centres and Health Education Centres in Gorenjska are well recognised and their programmes are widely accepted. However, further promotion of the programmes, improvement of communication channels and tailoring of the programmes to the needs of the target groups are recommended.

Key words: prevention workshops, health professionals

UVOD

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije poudarja kako pomembno je zdravje tako za posameznika kot tudi celotno delovno organizacijo v kateri je posameznik zaposlen. Zato je izredno pomembno, da zaposleni skrbijo in krepijo svoje zdravje, saj se to odraža tudi v njihovem zadovoljstvu in posledično so manj odsotni z dela (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2018). V Centrih za krepitev zdravja in zdravstveno vzgojnih centrih so pacientom na voljo skupinske delavnice in individualna svetovanja, kjer udeleženci pridobijo strokovne informacije, razvijajo veščine in prejmejo podporo za trajno izboljšanje življenjskega sloga. Pacienti dobijo informacije in podporo na področju prehranjevanja, gibanja, duševnega zdravja in pri obvladovanju dejavnikov tveganja kot so: povišan krvni tlak, povišane maščobe v krvi in povišan krvni sladkor (Lavtižar, 2024). To pomembno prispeva k njihovemu boljšemu počutju in zdravju. Nekatere delavnice in svetovanja so dostopni le po predhodnem preventivnem pregledu, medtem ko za druge to ni potrebno. Izvajajo se v prostorih zdravstvenega doma ali v lokalni skupnosti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, n.d.).

Najbolj učinkovit način za širjenje znanja in motiviranje ljudi k zdravemu načinu življenja je zdravstvena vzgoja in ozaveščanje. Zlasti strategija izobraževanja pacientov ima potencial, da na stroškovno učinkovit in uspešen način poveča zadovoljstvo pacientov, kar vodi k izboljšanju splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva (Asiri et al., 2013).

Zdravstveni delavci imajo pozitiven odnos do zdravstvene vzgoje ter prepoznajo njen pomen pri spreminjanju vedenja, zmanjševanju neenakosti in vplivanju na skupnostne politike. V raziskavi so poudarili potrebo po ciljnih ukrepih, vključno z raziskavami učinkovitih modelov, programih usposabljanja ter izboljšanjem komunikacije in podpore vodstva, da bi odpravili ugotovljene vrzeli in optimizirali izvajanje zdravstvene vzgoje (Alissa et al., 2024). Medicinske sestre imajo osrednjo vlogo pri izobraževanju pacientov, kar lahko dolgoročno pozitivno vpliva na njihovo življenje (Fereidouni et al., 2019). Centri primarnega zdravstvenega varstva (PHC) imajo ključno vlogo pri zagotavljanju osnovnih zdravstvenih storitev prebivalstvu Savdske Arabije. Predstavljajo prvo točko stika za ljudi, ki iščejo zdravstveno pomoč, ter nudijo širok spekter storitev, vključno s preventivno in kurativno oskrbo, zdravstvenimi storitvami za matere in otroke, načrtovanjem družine ter obvladovanjem kroničnih bolezni (Ministry of Health; Primary healthcare centers, 2021). Rezultati raziskavi so pokazali pomembno pozitivno korelacijo med stopnjo ozaveščenosti in odnosom zdravstvenih delavcev do zdravstvene vzgoje in promocije zdravja v Savdski Arabiji. To kaže, da so zdravstveni delavci z višjo ravniyo ozaveščenosti o teh dejavnostih bolj nagnjeni k oblikovanju pozitivnega odnosa do njih (Alissa et al., 2024).

METODE

Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji dela. V teoretičnem delu smo uporabili metodo pregleda strokovne domače in tuje literature. Za iskanje literature smo uporabili podatkovne baze: PubMed, ScienceDirect, Research Gate in CINAHL in domačo bibliografsko zbirko Cobiss. Ključne besede, ki smo jih uporabili za iskanje literature so bile: "preventivne delavnice, kronične nenalezljive bolezni, zdravstveno vzgojni centri, centri za krepitev zdravja" ter v angleščini: "preventive workshops, chronic non-communicable diseases, health education centers, health promotion centers". V empiričnem delu smo podatke zbrali s pomočjo ankete in sicer med zaposlenimi medicinskimi sestrami treh bolnišnic in šestih zdravstvenih domov na Gorenjskem. Vprašanja so bila oblikovana s pomočjo pregleda strokovne literature in delo povzeta po raziskavah Altamimi et al. (2016) in Pustivšek et al. (2023).

V raziskavi smo si zastavili raziskovalna vprašanja:

RV1: Kakšna je prepoznavnost Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja na Gorenjskem?

RV2: Kakšna je udeležba s strani medicinskih sester na aktivnostih, ki jih izvajajo Zdravstveno-vzgojni centri ali Centri za krepitev zdravja na Gorenjskem?

RV3: Kakšna se vam zdi pomembnost aktivnosti Zdravstveno-vzgojnih centrov/Centrov za krepitev zdravja?

Anketa je bila izdelana preko spletne strani www.1ka.si in posredovana medicinskim sestram preko elektronske pošte. Anketa je v prvem delu vsebovala podatke o demografskih značilnostih, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe, delovno mesto in leta delovne dobe. V drugem delu ankete so imeli zaposleni možnost izbire enega odgovora in ocene po Likertovi lestvici stališč ocenjevali so stopnjo strinjanja s trditvami (1 - ne zadovoljen, 5 - zelo zadovoljen, 1 - so popolnoma nepomembne, 5 - so zelo pomembne).

Uporabljen je bil namenski in nenaključni vzorec, ne glede na starost, spol in delovno dobo. Vsi anketiranci so bili z namenom in vsebino raziskave seznanjeni in vanjo vključeni prostovoljno. V raziskavo je bilo vključenih 240 zaposlenih medicinskih sester in sicer 71% (n=171) zaposlenih medicinskih sester v zdravstvenih domovih in 29% (n=66) zaposlenih medicinskih sester v bolnišnicah. V vzorcu je bilo 11% moških (n= 26) in 88% žensk (n=210). Povprečna starost anketiranih zaposlenih je bila 40,5 let. Najvišji delež zaposlenih 49% (n=118) je imelo zadnjo doseženo izobrazbo dodiplomski študij na področju zdravstvene nege, 23% (n= 54) anketiranih je imelo srednješolsko izobrazbo in 27% (n=65) zaključen podiplomski študij na področju zdravstvene nege.

Raziskava je bila izvedena v mesecu decembru 2024 in januarju 2025. Podatke smo zbrali s pomočjo ankete. Statistično analizo obdelave podatkov smo izvedli s programom Microsoft Excel 2019. Rezultate smo grafično prikazali s pomočjo programskega orodja Microsoft Excel 2019 in Microsoft Word. Za obdelavo podatkov so bile uporabljene metode opisne statistike, pri čemer smo pri posameznih spremenljivkah izračunali frekvence (število), odstotke in povprečne vrednosti. Uporabljena je bila opisno deskriptivna metoda z numeričnimi spremenljivkami.

REZULTATI

RV 1: Kakšna je prepoznavnost Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja na Gorenjskem?

Na vprašanje »Ali poznate delovanje Zdravstveno vzgojnih centrov ali Centrov za krepitev zdravja?« so anketiranci v gorenjski regiji v 86 % (n= 209) odgovorili pritrdilno, torej da delovanje poznajo, medtem ko 8 % (n=20) delovanja ne pozna. Zanimalo nas je tudi, kako so izvedeli za delovanje Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja. Tabela 1 prikazuje delež odgovorov: 51 % (n= 113) je za delovanje Zdravstveno-vzgojnega centra in Centra za krepitev zdravja izvedelo na spletni strani zdravstvenega doma, 30 % (n= 67) v ambulanti družinske medicine, 23 % (n= 51) preko družbenih omrežij, 12 % (n= 27) pa izobraževanjih ali ob aktivni udeležbi v njihovi ustanovi.

Tabela 1: Način ozaveščanja zaposlenih o delovanju Centra za krepitev zdravja ali zdravstveno vzgojnega centra

	n	%
Spletna stran zdravstvenega doma	113	51
Socialna omrežja	51	23
Mediji	25	11
Ambulanta družinske medicine	67	30
Prijatelji, sorodniki, znanci	37	17
Na izobraževanju	27	12
Ob aktivni udeležbi v naši ustanovi	27	12

Legenda: n=velikost vzorca; %=delež

RV2: Kakšna je udeležba s strani medicinskih sester na aktivnostih, ki jih izvajajo Zdravstveno-vzgojni center ali Center za krepitev zdravja na Gorenjskem?

84 % (n= 187) zaposlenih je odgovorilo, da je sodelovalo v aktivnostih Zdravstveno-vzgojnega centra ali CKZ, 16 % (n= 36) jih ni sodelovalo. Za tiste zaposlene, ki so sodelovali na aktivnostih, nas je zanimalo v katerih programih/delavnicah so sodelovali (Tabela 2). Štiri delavnice so bile precej enakovredno obiskane s strani anketiranih in samo ena delavnica, o kajenju, je bila obiskana v 2 % (5 anketiranih). Za vse anketirane, nas je zanimalo, če so za tovrstne aktivnosti/delavnice zainteresirani (Tabela 3). Večina je odgovorila, da so zainteresirani za sodelovanje v delavnicah, ki jih izvaja Zdravstveno-vzgojni center ali Centri za krepitev zdravja (PV= 3,6, SO= 0,860).

Tabela 2: Aktivnosti/delavnice Centra za krepitev zdravja in zdravstveno vzgojnega centra na katerih so sodelovali zaposleni

	n	%
Delavnice o zdravi prehrani	14	6
Delavnice o telesni aktivnosti	19	8
Psihološke delavnice	15	6
Delavnice za opuščanje kajenja	5	2
Delavnica hujšanja	21	8

Legenda: n=velikost vzorca; %=delež

Tabela 3: Zainteresiranost za sodelovanje v aktivnostih/delavnicah Centra za krepitev zdravja/zdravstveno vzgojnega centra

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Vas zanima sodelovanje v programih/delavnicah, ki jih izvaja Zdravstveno-vzgojni center ali Centri za krepitev zdravja	201	1	5	3,6	0,860

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – me sploh ne zanima, 2 – ne zanima me, 3 me niti ne zanima, niti zanima, 4 – zanima me, 5 – zelo me zanima, SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

RV3: Kakšna se vam zdi pomembnost aktivnosti Zdravstveno-vzgojnih centrov / Centrov za krepitev zdravja?

V tabeli 4 so predstavljeni rezultati pomembnosti aktivnosti / delavnic zdravstveno vzgojnih centrov / centrov za krepitev zdravja. Večina anketiranih je odgovorila, da so aktivnosti Zdravstveno-vzgojnega centra in Centra za krepitev zdravja pomembne (PV=4,2, SO= 0,9).

Tabela 4: Pomembnost aktivnosti/delavnic Centra za krepitev zdravja/zdravstveno vzgojnega centra

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Pomembnost aktivnosti/delavnic, ki jih izvaja Zdravstveno-vzgojni center ali Center za krepitev zdravja	197	1	5	4,2	0,9

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – popolnoma nepomembne, 2 – nepomembne, 3 se ne morem opredeliti, 4 – pomembne, 5 – zelo pomembne, SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 5 je prikazano, komu so delavnice Centrov za krepitev zdravja/Zdravstveno-vzgojnih centrov priporočili, in sicer je 72 % (n=137) anketiranih je delavnice priporočilo drugim, od tega pacientom 71 % (n=98), nato prijatelju/znancu (54 %, n=76) in sorodniku (44 %, n=62).

Tabela 5: Priporočila za udeležbo na aktivnosti/delavnici Centra za krepitev zdravja/zdravstveno vzgojnega centra

	N	%
Pacientu	98	71
Prijatelju/znancu	76	54
Sorodniku	62	44
Sosedu	20	14

Legenda: n=velikost vzorca; %=delež

DISKUSIJA

Izsledki raziskave kažejo na relativno visoko prepoznavnost Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja med zaposlenimi na Gorenjskem. Kar 86 % vprašanih je navedlo, da poznajo njihovo delovanje, kar nakazuje na dobro razširjenost informacij v teh ustanovah. Kljub temu je 8 % anketiranih izjavilo, da za njihovo delovanje ne ve, kar pomeni, da obstajajo priložnosti za izboljšanje ozaveščenosti in promocijo njihovih aktivnosti. Altamimi et al. (2016) navaja, da jih je med 206 anketiranimi strokovnjaki primarne zdravstvene oskrbe 58,1 % poročalo o ozaveščenosti o programih promocije zdravja, 64,6 % pa jih meni, da je treba sistem promocije zdravja izboljšati. V slovenski raziskavi (Pustivšek et al., 2023), z zdravjem povezanim življenjskim slogom prebivalcev Slovenije ugotavlja, da je v gorenjski regiji 60,5 % anketiranih seznanjenih z delovanjem Centrov za krepitev zdravja in Zdravstveno-vzgojnih centrov. Medtem, ko v celotni Sloveniji je ta seznanjenost 54,9 %.

Najpogostejši vir informacij o Zdravstveno-vzgojnih centrih in Centra za krepitev zdravja je bila spletna stran zdravstvenega doma (51 %), kar potrjuje pomen digitalnih kanalov pri obveščanju javnosti. Prav tako je pomembno vlogo odigrala ambulanta družinske medicine (30 %), kar kaže na ključno vlogo zdravstvenih delavcev pri usmerjanju pacientov k zdravstveno-vzgojnim

aktivnostim. Seznanjenost preko družbenih omrežij (23 %) in preko prijateljev, sorodnikov ter znancev (17 %) dokazuje, da se informacije širijo tudi neformalno, vendar ta način še ne dosega večine ciljnega občinstva. Pomembno je, da se zdravstvene delavce seznanja z aktivnostmi delovanja Centrov za krepitev zdravja/Zdravstveno-vzgojnih centrov. Alissa et al., (2024) navaja, da izboljšanje ozaveščenosti o zdravstveni vzgoji in promociji zdravja predstavljalo učinkovit pristop k spodbujanju ugodnejših stališč med zdravstvenimi delavci.

Glede na ugotovitve o udeležbi, zdravstvenih delavcev, v aktivnostih, ki jih organizirajo Zdravstveno-vzgojni centri in Centri za krepitev zdravja, je 84 % vprašanih sodelovalo v vsaj eni od ponujenih delavnic, kar nakazuje na visoko stopnjo vključenosti zdravstvenih delavcev v tovrstne programe. Kljub temu ostaja 16 % tistih, ki se aktivnosti niso udeležili, kar odpira vprašanje o razlogih za njihovo neudeležbo. Ali tovrstnih aktivnosti niso potrebovali ali se vanje niso želeli vključiti. Lavtižar (2024) navaja, da delavnice in programi, ki jih izvajajo strokovnjaki v Centrih za krepitev zdravja, zajemajo širok spekter potreb pacientov – od spodbujanja zdravega življenjskega sloga in telesne dejavnosti do obvladovanja stresa, opuščanja kajenja in izboljšanja prehranskih navad. Ključno je, da so programi prilagojeni specifičnim potrebam posameznikov ter jih vodijo strokovnjaki z različnih področij, kot so medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi in dietetiki (Lavtižar, 2024).

Analiza podatkov o sodelovanju zdravstvenih delavcev v delavnicah, kaže na razpršen interes, pri čemer največ zanimanja izkazujejo za delavnice o telesni aktivnosti (8 %) in o hujšanju (8 %), sledijo psihološke delavnice (6 %) ter delavnice o zdravi prehrani (6 %). Manj zanimanja je bilo za delavnice opuščanja kajenja (2 %), kar bi lahko nakazovalo bodisi na manjšo potrebo po tej vrsti podpore, ali da anketirani ne kadijo, ne želijo opustiti kajenja oziroma na nezadostno ozaveščenost o pomembnosti opuščanja kajenja. Zagotovo je ravno opuščanje kajenja ena od aktivnosti, ki jo zdravstveni delavci lahko svetujejo pacientom na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Muratović in Pivač (2022) poudarjata, da medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri svetovanju o opuščanju kajenja, saj jim pacienti močno zaupajo. Njihova strokovnost in zgled pomembno prispevata k uspehu pri prenehanju kajenja. Kljub doseženemu napredku ostaja ključnega pomena nadaljnja krepitev preventivnih programov za nadzor nad tobakom. Rongen et al. (2014) ugotavljajo, da se zdravstveni delavci soočajo z izzivi nizke udeležbe in sodelovanja v programih promocije zdravja, kar omejuje njihovo uspešnost in izvedbo. Programov promocije zdravja na delovnem mestu se pogosteje udeležujejo zaposleni, ki uživajo podporo družbe, imajo dober odnos z nadrejenimi in sodelavci, medtem ko je udeležba najmanjša pri tistih, ki se pri vključevanju soočajo z različnimi ovirami.

Poleg udeležbe je bila raziskana tudi splošna zainteresiranost zaposlenih za tovrstne aktivnosti. Kar 38 % vprašanih je navedlo, da jih delavnice zanimajo, 10 % jih je izrazilo veliko zanimanje, medtem ko je le 3 % vprašanih izjavilo, da jih delavnice sploh ne zanimajo oziroma 11 % anketiranih delavnice ne zanimajo. To pomeni, da je splošna odprtost za sodelovanje v programih visoka, kar pomeni, da aktivnosti Zdravstveno-vzgojnega centra in Centra za krepitev zdravja lahko predlagajo tudi pacientom s katerimi se srečajo v svojih delovnih okoljih.

Rezultati raziskave kažejo, da so anketiranci v veliki meri priporočili delavnice Centrov za krepitev zdravja/Zdravstveno-vzgojnih centrov drugim osebam. To nakazuje na njihovo pozitivno izkušnjo in zaznano koristnost teh programov. Kar 72 % vprašanih je delavnice priporočilo že nekomu, pri čemer so bili najpogostejši prejemniki priporočil pacienti (71 %), prijatelji ali znanci (54 %) ter sorodniki (44 %). Ti podatki kažejo, da udeleženci prepoznavajo delavnice kot relevantne in koristne, saj jih priporočajo osebam v svojem bližnjem delovnem kot tudi v domačem okolju.

Kljub temu rezultati raziskave razkrivajo določene pomanjkljivosti pri poznavanju dejavnosti Centrov za krepitev zdravja/Zdravstveno-vzgojnih centrov. Nekateri anketiranci so namreč predlagali teme za delavnice, ki jih Centri za krepitev zdravja/Zdravstveno-vzgojni centri že izvajajo. To kaže na potrebo po boljši informiranosti javnosti o obstoječih programih in njihovih vsebinah. Možen razlog za to je pomanjkanje učinkovite promocije ali pomanjkljivo širjenje informacij med ciljnim skupinami.

Pomemben vidik raziskave je tudi kakšen pomen zaposleni pripisujejo aktivnostim Zdravstveno-vzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja. Večina vprašanih (44 %) je ocenila, da so te aktivnosti pomembne, 29 % pa jih je ocenilo kot zelo pomembne. Le manjši delež (2 %) jih vidi kot nepomembne oziroma 1 % kot popolnoma nepomembne, kar dokazuje splošno priznanje vloge centrov pri ohranjanju in izboljšanju zdravja. Zaposleni, ki prepoznajo pomembnost teh aktivnosti in jih obiskujejo, lažje svetujejo pacientom. Zaradi pomanjkanja raziskav na tem področju, tako v Sloveniji kot v tujini, je bilo rezultate težje primerjati oziroma so bili nekateri primerjani z rezultati izvajanja promocije zdravja na delovnem mestu. Zato lahko to dejstvo štejemo kot omejitev raziskave oziroma pobudo za nadaljnje izvajanje raziskave na nacionalni ravni.

ZAKLJUČEK

Na podlagi pridobljenih podatkov je mogoče sklepati, da imajo Zdravstveno-vzgojni centri in Centri za krepitev zdravja na Gorenjskem relativno visoko prepoznavnost in da so njihovi programi dobro sprejeti med zaposlenimi. Kljub temu obstajajo možnosti za nadaljnje izboljšave, zlasti na področju promocije programov v zdravstvenih ustanovah in načina ozaveščanja prek različnih komunikacijskih kanalov in prilagajanja programov glede na interese ciljnih skupin. Priporočljivo bi bilo tudi nadaljnje raziskovanje z bolj podrobnimi vprašanji, ki bi prinesli konkretne odgovore, ki so se porajali ob analizi anket.

LITERATURA

- Alissa, N. A., Alwargash, M., & Health Promotion and Education (2024). Awareness and attitudes toward health education and promotion among physicians and nurses: Implications for primary health care. *Inquiry. A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 61, 469580241248127. <https://doi.org/10.1177/00469580241248127>
- Altamimi, S., Alshoshan, F., Al Shaman, G., Tawfeeq, N., Alasmay, M., & Ahmed, A. E. (2016). Health promotion practices as perceived by primary healthcare professionals at the Ministry of National Guard Health Affairs, Saudi Arabia. *Qatar Medical Journal*, 2016(1), 4. <https://doi.org/10.5339/qmj.2016.4>
- Asiri, N., Bawazir, A., & Jradi, H. (2013). Patients' satisfaction with health education services at primary health care centers in Riyadh, KSA. *Community Medicine & Health Education*, 4, 268.
- Fereidouni, Z., Sabet, R., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Mirkhani, M., & Najafi, M. (2019). Moving into action: The master key to patient education. *Journal of Nursing Research*, 27(1), 1-8.
- Lavtižar, J. (2024). Podpora pljučnim pacientom v centru za krepitev zdravja. Golniški Simpozij 2024 Zbornik. https://www.klinika-golnik.si/arhiv-gradiv_zbornikov/Zbornik_Golni%C5%A1ki_simpozij_2024_za_zdravstveno%20nego.pdf
- Ministry of Health. (2021). *Primary healthcare centers*. <https://www.moh.gov.sa/en/Pages/default.aspx>
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2018). *Zdravje na delovnem mestu*. <https://www.gov.si/teme/promocija-zdravja-na-delovnem-mestu/>
- Muratović, A., & Pivač, S. (2022). Ukrepi na področju nadzora nad tobakom v luči zdravstvene nege. In M. Pušavec (Ed.), *Golniški Simpozij 2022: Zbornik prispevkov* (pp. 112-116).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (n.d.). Delavnice in svetovanja. *Skupaj za zdravje*. <https://www.skupajzazdravje.si/aktivnosti-za-krepitev-zdravja/delavnice-in-svetovanja/>
- Pustivšek, S., Vinko, M., Kofol-Bric, T., Korošec, A., Pribaković Brinovec, R., Vrdelja, M., Jelenc, A., & Remec, M. (2023). *Kako skrbimo za zdravje v 2020? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2020*. https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/05/Kako-skrbimo-za-zdravje_2023_5_pisarniskiTisk.pdf
- Rongen, A., Robroek, S. J., van Ginkel, W., Lindeboom, D., Altink, B., & Burdorf, A. (2014). Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: A six-month follow-up study. *BMC Public Health*, 14, 573-575.

Anja Sušin, dipl. m. s.¹

Nika Šercer, dipl. m. s.¹

Tjaša Zadavec, dipl. m. s.¹

doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.²

¹Študentke magistrskega študija, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

anja.susin@gmail.com

UPORABA AKTIVNIH UČNIH PRISTOPOV V PROCESU IZVAJANJA ZDRAVSTVENE VZGOJE PACIENTOV S SRČNO- ŽILNIMI BOLEZNIMI: PREGLED LITERATURE

The use of active learning approaches in the
process of implementing health education
for patients with cardiovascular diseases:
Literature review

IZVLEČEK

Uvod: Srčno-žilne bolezni predstavljajo globalni zdravstveni problem in so vodilni vzrok smrti po vsem svetu. Aktivni učni pristopi v zdravstveni vzgoji spodbujajo sodelovanje pacientov, krepijo razumevanje ter povečujejo motivacijo za uvajanje sprememb in obvladovanje bolezni. Namen pregleda literature je raziskati uporabo aktivnih učnih pristopov pri izvajanju zdravstvene vzgoje pacientov s srčno-žilnimi boleznimi. **Metode:** Pregled literature je bil izveden v različnih podatkovnih bazah, pri čemer je iskanje potekalo med majem in junijem 2024. Podatke smo razčlenili s tematsko analizo. **Rezultati:** Pregledanih in analiziranih je bilo 10 člankov,

ki so bili tematsko razvrščeni glede na vrste aktivnih učnih pristopov ter njihove prednosti in slabosti. Uporaba aktivnih učnih pristopov, kot so 3D filmi, virtualna resničnost, video posnetki in mobilne aplikacije, so koristni v procesu zdravstvene vzgoje pacientov s srčno-žilnimi boleznimi. Ti pristopi izboljšujejo sodelovanje pacientov, povečujejo njihovo zadovoljstvo, poglobljajo razumevanje bolezni in zdravljenja, izboljšujejo klinične izide bolezni ter spodbujajo zdrave življenjske navade. Omogočajo tudi integracijo zdravstvenih informacijskih sistemov, brezpapirno okolje, rehabilitacijo na daljavo ter aktivno vključevanje svojcev. **Diskusija in zaključek:** Ugotovitve raziskav potrjujejo učinkovitost in uporabnost aktivnih učnih pristopov v procesu izvajanja zdravstvene vzgoje pacientov. Kljub prednostim ostajajo izzivi, kot so prostorske in časovne omejitve, usposobljenost in izkušnost zdravstvenih delavcev ter angažiranost pacientov. Za uspešno zdravstveno vzgojo je ključnega pomena vzpostavitev medsebojnega zaupanja in sodelovanja med pacienti in zdravstvenimi delavci. Nadaljnje raziskovanje, razvoj in implementacija aktivnih učnih pristopov so ključni za izboljšanje učinkovitosti zdravstvene vzgoje pacientov.

Ključne besede: interaktivno učenje pacientov, samovodenje bolezni, mobilne aplikacije, zdravstveni delavci

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are a major global health problem and the leading cause of death worldwide. Active learning approaches in health education enhance patient engagement, improve understanding, and boost motivation for disease management. The purpose of this literature review is to explore the use of active learning approaches in delivering health education to patients with cardiovascular diseases. **Methods:** A literature review was conducted across various databases between May and June 2024. Data were analyzed using thematic analysis. **Results:** Ten articles were reviewed and categorized based on types of active learning approaches and their advantages and disadvantages. Approaches such as 3D films, virtual reality, video recordings, and mobile applications, has proven beneficial in the process of educating patients with cardiovascular diseases. These approaches improve patient engagement, increase satisfaction, deepen understanding of the disease and its treatment, enhance clinical outcomes, and promote healthy lifestyle habits. They also enable the integration of health information systems, create a paperless environment, facilitate remote rehabilitation, and encourage active involvement of family members. **Discussion and conclusion:** Research findings confirm the effectiveness and usefulness of active learning approaches in the process of patient health education. Despite the advantages, challenges remain, such as spatial and time constraints, the competency and experience of healthcare professionals, and patient engagement. Establishing mutual trust and collaboration between patients and healthcare professionals is crucial for the successful implementation of health education. Further research, development, and implementation of active learning strategies are essential to improving patient education.

Key words: interactive patient learning, disease self-management, mobile applications, healthcare professionals

UVOD

Srčno-žilne bolezni so vodilni vzrok smrti po vsem svetu. Leta 2019 so povzročile 17,9 milijona smrti, kar predstavlja 32 % vseh smrti (World Health Organization [WHO], 2021). V Sloveniji je leta 2022 zaradi SŽB umrlo 7120 ljudi, največ v starostni skupini 85 let in več, pri čemer je bilo med umrlimi več žensk kot moških. Specifična smrtnost je bila najvišja v pomurski in najnižja v osrednjeslovenski regiji. Med najpogostejše vzroke sodijo srčni infarkt, možganska kap in odpoved srca (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2024). Rehabilitacija pacientov s SŽB je odvisna od stopnje zdravstvene pismenosti, upoštevanja rehabilitacijskih programov ter aktivnega sodelovanja pacientov (Oscalices et al., 2019). Pomembno je zgodnje odkrivanje, pravočasno farmakološko zdravljenje in izvajanje zdravstvene vzgoje (WHO, 2021). Zdravstvena vzgoja pacientov s SŽB je ključna za preprečevanje zapletov, ponovnih obolenj, hospitalizacij ter izboljšanje kakovosti življenja (Dessie et al., 2021; Saboktakin et al., 2021). Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri spodbujanju zdravega življenjskega sloga in zmanjševanju tveganja za srčno-žilne zaplete (Qiu, 2024). Zdravstvena pismenost pacientov, ki vključuje sposobnost razumevanja in uporabe informacij o zdravju, je ključna za sprejemanje odločitev ter preprečevanje negativnih zdravstvenih izidov, kot so slabo upoštevanje navodil in pogostejše hospitalizacije (Nair et al., 2023). Aktivni učni pristopi so učinkovito orodje zdravstvene vzgoje, saj spodbujajo udeležbo, razumevanje in motivacijo za spremembo življenjskega sloga pacientov (Uemura et al., 2021). Osredotočajo se na razvijanje spretnosti, kritično razmišljanje in sodelovanje (Uemura et al., 2021), kar povečuje motivacijo za učenje ter spodbuja kritično miselne procese ter samostojno učenje (Pivač et al., 2021).

Namen pregleda literature je preučiti uporabo aktivnih učnih pristopov v zdravstveni vzgoji pacientov s srčno-žilnimi boleznimi. Cilji so identificirati aktivne učne pristope ter ugotoviti njihove prednosti in morebitne slabosti.

METODE

Izveden je bil pregled znanstvene in strokovne literature. Iskanje literature je potekalo od maja do junija 2024 s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, PubMed, Academic Search Complete in vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB ter spletnega iskalnika Google Učenje. Pri iskanju literature so bile uporabljene naslednje ključne besede oz. besedne zveze: bolezni srca in žilja IN zdravstvena vzgoja pacientov IN aktivni učni pristopi ter v angleškem jeziku cardiovascular disease AND patient education AND active learning methods.

Za končno analizo so bili izbrani članki, ki so izpolnjevali vključitvene kriterije, kot so znanstveni in strokovni članki v celotnem besedilu v angleškem ali slovenskem jeziku, mlajši od 10 let in vsebinsko ustrezni namenu ter ciljem pregleda literature. Podatke smo razčlenili s tematsko analizo avtorjev (Vaismoradi et al., 2013), pri čemer smo z večkratnim branjem člankov iskali vsebinska ujemanja, povezave in skupne pojme ter jih združili v širše kategorije.

REZULTATI

Z iskanjem literature smo identificirali 1534 člankov, v končno analizo pa smo jih vključili 10 (Tabela 1). V sklopu pregleda smo identificirali 29 ključnih spoznanj, ki smo jih vsebinsko združili v 3 kategorije, prikazane v Tabeli 2.

Tabela 1: Temeljne ugotovitve analiziranih virov

Avtorji, leto in država raziskave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Velikost vzorca	Ključne ugotovitve
Balsam et al. (2019), Poljska	Prospektivna raziskava	Ovrednotiti učinkovitost 3D filma pri poučevanju pacientov o posledicah AF in preprečevanju možganske kapi s peroralno antikoagulacijo.	100 pacientov z diagnosticirano AF.	3D film je učinkovito orodje za poučevanje pacientov o AF in preprečevanju tromboze, dostopen prek mobilnih aplikacij na Google Play in App Store ob uporabi 3D očal.
Castellanos et al. (2020), ZDA	Prospektivna raziskava	Preveriti, ali uporaba VR povečuje zaupanje v zdravstveno obravnavo ter posledično angažiranost in zadovoljstvo pacientov z ZV.	46 pacientov: 37 pacientov s stenozo aortne zaklopke in 9 z AF.	VR izboljšuje ZV, sodelovanje in zadovoljstvo pacientov s SŽB, saj ponazori postopek katetrizacije in vstavitve vsadka, kar pomaga pri boljšem razumevanju patologije in izvedbe posega.
Chang et al. (2020), Tajska	Prospektivna raziskava	Preučiti učinkovitost VR pri ZV pacientov o postopkih ablacije AF.	32 pacientov z AF.	VR izboljšuje ZV procese, saj pacienti izkusijo postopek ablacije po korakih, preko slušalk, očal in krmilnika. Po uporabi so poročali o večjem zadovoljstvu, boljšem razumevanju in višjem deležu soglasij za poseg, hkrati pa omogoča brezpapirno okolje.
Chow et al. (2015), Avstralija	Randomizirana kontrolirana raziskava	Preučiti učinek semipersonaliziranega podpornega programa, ki prek SMS-sporočil opozarja na dejavnike tveganja za paciente s SŽB.	710 pacientov s koronarno srčno boleznijo.	Aplikacija »TEXT ME« je izboljšala življenjski slog pacientov, ki so prejeli štiri sporočila tedensko v obdobju 24 tednov. Rezultati so pokazali izboljšanje ravni LDL-C, krvnega tlaka, ITM in pogostost kajenja.
Dithmer et al. (2016), Danska	Kvalitativna raziskava	Preučiti vpliv »mobilne igre« kot orodja za paciente s SŽB in njihove svoje v programu telerehabilitacije.	10 pacientov: 8 z MI in 2 z aterosklerozo in hipertenzijo.	Pacienti so aplikacijo »The Heart Game« ocenili kot koristno orodje, pri čemer so principi igre (lestvice, odnosi in dosežki) pozitivno vplivali nanje in njihove sorodnike ter jih motivirali za boljšo rehabilitacijo.
Li et al. (2022), Kitajska	Pilotna randomizirana kontrolirana raziskava	Raziskati učinek digitalne terapije prek mobilne aplikacije na dolgoročno jemanje zdravil pri pacientih s KSB.	290 pacientov s KSB: 143 intervencijska in 147 kontrolna skupina.	Mobilna aplikacija je izboljšala jemanje predpisanih zdravil pri pacientih, ker omogoča spremljanje vitalnih znakov, zdravstvenih navodil, učne vsebine in opozorilne alarme.

Pandurangi et al. (2019), ZDA	Presečna raziskava	Oceniti učinkovitost uporabe VR v procesu ZV pacientov o abdominalni aortni anevrizmi.	19 pacientov z anevrizmo abdominalne aorte	Pacienti so VR dojemali kot koristno orodje za razumevanje zdravstvenega stanja, saj so z njo vizualizirali individualni 3D model računalniške tomografije in posega.
Schooley et al. (2020), ZDA	Opazovalna raziskava, kvalitativni intervju	Preučiti učinkovitost programa ZV za paciente, ki združuje digitalne in tradicionalne pristope v zdravstveni obravnavi.	178 pacientov z vsaj eno kronično boleznijo.	Uporaba digitalnih metod (3D filmi na tablicah) je bila učinkovitejša od tradicionalnih (papirnatu gradivo) pri izboljšanju razumevanja, motivacije, zaupanja, komunikacije in upoštevanja navodil.
Tekkeşin et al. (2021), Turčija	Prospektivna randomizirana kontrolirana raziskava	Oceniti učinkovitost tehnologije pametnih telefonov pri obvladovanju življenjskega sloga pacientov z visokim tveganjem za SŽB.	483 pacientov z visokim tveganjem za SŽB.	Intervencijska skupina je z uporabo pametnih telefonov in spremljevalnih naprav zmanjšala tveganje za SŽB po letu dni, ob tem pa prejela motivacijska sporočila in obvestila za spremljanje zdravja.
Tsuyuki et al. (2019), Kanada	Randomizirana kontrolirana raziskava	Ugotoviti vpliv programa ZV s pomočjo videa na klinične izide pri pacientih s SP.	539 udeležencev s SP.	ZV intervencija (video, brošura in glasilo) ni imela pomembnega vpliva na zmanjšanje hospitalizacij ali obiskov urgentnih centrov. Smrtnost je bila v intervencijski skupini nižja kot v kontrolni skupini, ki je prejela le brošuro.

Legenda: 3D = tridimenzionalno, AF = atrijska fibrilacija, ITM = indeks telesne mase, KSB = koronarna srčna bolezen, LDL = lipoprotein nizke gostote (angl. Low-Density Lipoprotein), MI = miokardni infarkt, SP = srčno popuščanje, SŽB = srčno-žilne bolezni, VR = virtualna resničnost, ZV = zdravstvena vzgoja

Tabela 2: Vsebinske kategorije pregleda literature

Kategorije	Kode	Avtorji
Aktivni učni pristopi	3D film – VR – mobilna aplikacija (SMS-sporočila in mobilne igrice) – video posnetek	Balsam et al., 2019; Castellanos et al., 2020; Chang et al., 2020; Chow et al., 2015; Dithmer et al., 2016; Li et al., 2022; Pandrangi et al., 2019; Schooley et al., 2020; Tekkeşin et al., 2021; Tsuyuki et al., 2019
Prednosti aktivnih učnih pristopih za paciente	boljše sodelovanje – razumevanje bolezni in zdravljenja – komunikacija – večje zadovoljstvo – motivacija za zdravljenje – boljši klinični izidi – kakovostnejši življenjski slog – spremljanje zdravstvenega stanja – nižja smrtnost – zmanjšano tveganje za SŽB – praktičnost – dostopnost – rehabilitacija na daljavo – individualna ZV – brezpapirno okolje – vključitev svojcev – integracija zdravstvenih informacijskih sistemov	Balsam et al., 2019; Castellanos et al., 2020; Chang et al., 2020; Chow et al., 2015; Dithmer et al., 2016; Li et al., 2022; Pandrangi et al., 2019; Schooley et al., 2020; Tekkeşin et al., 2021; Tsuyuki et al., 2019
Slabosti aktivnih učnih pristopov za paciente	stroški – dostopnost – tehnična zahtevnost – pacientova angažiranost – papirnato gradivo	Balsam et al., 2019; Castellanos et al., 2020; Dithmer et al., 2016; Tekkeşin et al., 2021; Tsuyuki et al., 2019

Legenda: 3D = tridimenzionalno, SŽB = srčno-žilne bolezni, VR = virtualna resničnost, ZV = zdravstvena vzgoja

DISKUSIJA

S pregledom literature ugotavljamo, da sta 3D film in VR učinkoviti orodji za izboljšanje izvedbe zdravstvene vzgoje pacientov, saj povečata pozornost, sodelovanje, razumevanje in motivacijo v primerjavi s tradicionalnimi pristopi izvajanja zdravstvene vzgoje (Balsam et al., 2019; Schooley et al., 2020). Vizualizacija operativnih posegov s pomočjo naprednih tehnologij v procesu zdravstvene vzgoje dodatno izboljša raven znanja pacientov (Pandurangi et al., 2019). Video vsebine ne prispevajo le k boljšemu razumevanju, temveč tudi k zmanjšanju smrtnosti po izvedenih zdravstvenovzgojnih intervencijah. VR se izkazuje kot obetavno orodje za učinkovitejši prenos informacij med zdravstvenimi delavci in pacienti, vendar so potrebne nadaljnje raziskave, da bi ugotovili, ali so pacientove pozitivne reakcije zgolj posledica navdušenja nad novostmi (Castellanos et al., 2020). Mobilne aplikacije, SMS-sporočila in mobilne igre so se izkazale kot učinkovite pri telerehabilitaciji in obvladovanju dejavnikov tveganja za SŽB (Chow et al., 2015; Dithmer et al., 2016; Li et al., 2022). Mobilne aplikacije, ki omogočajo beleženje dnevnih meritev, so pozitivno vplivale na motivacijo pacientov in njihovo rehabilitacijo, tudi po srčnih operacijah (Dithmer et al., 2016; Tekkeşin et al., 2021). Li et al. (2022) so dokazali, da uporaba aplikacij izboljša tudi upravljanje z zdravili, kar prispeva k večji varnosti pacientov. Schooley et al. (2020) so ugotovili, da so interaktivni pripomočki (npr. tablice), učinkovitejši pri razumevanju informacij kot tradicionalni pristopi, še posebej kadar so dopolnjeni z dodatnimi pojasnili zdravstvenih delavcev. Kljub številnim prednostim se pojavljajo tudi izzivi, kot so visoki stroški, omejena dostopnost, tehnična zahtevnost in raznolika stopnja angažiranosti pacientov (Balsam et al., 2019; Castellanos et al., 2020; Dithmer et al., 2016; Tekkeşin et al., 2021;

Tsuyuki et al., 2019). Zato je ključno, da so pristopi izvajanja zdravstvene vzgoje prilagojeni posamezniku in dopolnjeni z osebno komunikacijo zdravstvenih delavcev (Gormley & Fager, 2021). Digitalne tehnologije so pokazale pomembne koristi pri izboljšanju razumevanja zdravstvenega stanja, zmanjševanju tveganj ter spodbujanju doslednega upoštevanja zdravniških navodil, kar ima ključen vpliv na izboljšanje izidov zdravljenja SŽB (Akinosun et al., 2021; Hall-dorsdottir et al., 2020; Widmer et al., 2015).

ZAKLJUČEK

S pregledom literature smo raziskali uporabo aktivnih učnih pristopov izvajanja zdravstvene vzgoje za izboljšanje znanja in veščin pacientov s SŽB. Aktivni pristopi, kot so 3D filmi, VR in mobilne aplikacije, so izboljšali komunikacijo med pacienti in zdravstvenimi delavci ter povečali sodelovanje pacientov in njihovo razumevanje bolezni in lastnega zdravstvenega stanja. Ohranjanje pristnega stika med zdravstvenimi delavci in pacienti kljub napredkom ostaja izziv. Prednost ima uporaba kombiniranih in individualiziranih pristopov izvajanja zdravstvene vzgoje, a prinaša višje stroške ter večjo obremenitev zdravstvenega sistema. Prihodnje raziskave naj vključujejo večje vzorce pacientov za pridobitev relevantnih podatkov. V nadaljnjih raziskavah je treba upoštevati tudi potrebe starejših pacientov, njihovo digitalno pismenost in ozaveščenost o tehnoloških pripomočkih.

LITERATURA

- Akinosun, A. S., Polson, R., Diaz-Skeete, Y., De Kock, J. H., Carragher, L., Leslie, S., Grindle, M., & Gorely, T. (2021). Digital technology interventions for risk factor modification in patients with cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth and Uhealth*, 9(3), e21061. <https://doi.org/10.2196/21061>
- Balsam, P., Borodzicz, S., Malesa, K., Puchta, D., Tymińska, A., Ozierański, K., Kołtowski, Ł., Peller, M., Grabowski, M., Filipiak, K. J., & Opolski, G. (2019). OCULUS study: Virtual reality-based education in daily clinical practice. *Cardiology Journal*, 26(3), 260–264. <https://doi.org/10.5603/CJ.a2017.0154>
- Castellanos, J. M., Yefimov, A., & Dang, P. N. (2020). 360-Degree virtual reality consultation for the structural heart disease patient. *Structural Heart*, 4(3), 230–235. <https://doi.org/10.1080/24748706.2020.1748776>
- Chang, S.-L., Kuo, M.-J., Lin, Y.-J., Chen, S.-A., Yang, Y.-Y., Cheng, H.-M., Yang, L.-Y., Kao, S.-Y., & Lee, F.-Y. (2020). Virtual reality informative aids increase residents' atrial fibrillation ablation procedures-related knowledge and patients' satisfaction. *Journal of the Chinese Medical Association*, 84(1), 25–32. <https://doi.org/10.1097/jcma.0000000000000464>
- Chow, C. K., Redfern, J., Hillis, G. S., Thakkar, J., Santo, K., Hackett, M. L., Jan, S., Graves, N., de Keizer, L., Barry, T., Bompoint, S., Stepien, S., Whittaker, R., Rodgers, A., & Thiagalingam, A. (2015). Effect of lifestyle-focused text messaging on risk factor modification in patients with coronary heart disease. *JAMA*, 314(12), 1255. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.10945>
- Dessie, G., Burrowes, S., Mulugeta, H., Haile, D., Negess, A., Jara, D., Alem, G., Tesfaye, B., Zeleke, H., Gualu, T., Getaneh, T., Kibret, G. D., Amare, D., Worku Mengesha, E., Wagnew, F., & Khanam, R. (2021). Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: A clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia. *BMC cardiovascular disorders*, 21(1), 374. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02170-8>
- Dithmer, M., Rasmussen, J. O., Grönvall, E., Spindler, H., Hansen, J., Nielsen, G., Sørensen, S. B., & Dinesen, B. (2016). „The Heart Game”: Using gamification as part of a telerehabilitation program for heart patients. *Games for Health Journal*, 5(1), 27–33. <https://doi.org/10.1089/g4h.2015.0001>
- Gormley, J., & Fager, S. K. (2021). Personalization of Patient-Provider communication across the lifespan. *Topics in language disorders*, 41(3), 249–268. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34421170>
- Halldorsdottir, H., Thoroddsen, A., & Ingadottir, B. (2020). Impact of technology-based patient education on modifiable cardiovascular risk factors of people with coronary heart disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2018–2028. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.027>
- Li, Y., Gong, Y., Zheng, B., Fan, F., Yi, T., Zheng, Y., He, P., Fang, J., Jia, J., Zhu, Q., Jiang, J., & Huo, Y. (2022). Effects on adherence to a mobile app-based self-management digital therapeutics among patients with coronary heart disease: Pilot randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(2), e32251. <https://doi.org/10.2196/32251>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2024). Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://niz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2022/>

Nair, S. C., Sreedharan, J., Vijayan, K., & Ibrahim, H. (2023). Estimation of health literacy levels in patients with cardiovascular diseases in a Gulf country. *BMC Health Services Research*, 23(1), 518. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09364-0>

Oscalices, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., Batista, R. E. A., & Campanharo, C. R. V. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53, e03447. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017039803447>

Pandurangi, V. C., Gaston, B., Appelbaum, N. P., Albuquerque Jr, F. C., Levy, M. M., & Larson, R. A. (2019). The application of virtual reality in patient education. *Annals of vascular surgery*, 59, 184–189. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2019.01.015>

Pivač, S., Skela-Savič, B., Jović, D., Avdić, M., & Kalender-Smajlović, S. (2021). Implementation of active learning methods by nurse educators in undergraduate nursing students' programs - a group interview. *BMC Nursing*, 20(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00688-y>

Qiu X. (2024). Nurse-led intervention in the management of patients with cardiovascular diseases: a brief literature review. *BMC Nursing*, 23(6), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01422-6>

Saboktakin, A., Sepehri, M. M., & Khasha, R. (2021). A novel approach to educate hospitalized cardiovascular disease patients about lifestyle and behavior modifications. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01680-x>

Schooley, B., Singh, A., Hikmet, N., Brookshire, R., & Patel, N. (2020). Integrated digital patient education at the bedside for patients with chronic conditions: Observational study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(12), e22947. <https://doi.org/10.2196/22947>

Tekkeşin, A. İ., Hayiroğlu, M. İ., Çinier, G., Özdemir, Y. S., İnan, D., Yüksel, G., Pay, L., Parsova, K. E., Vatanoğlu, E. G., Şeker, M., Durak, F., & Gürkan, K. (2021). Lifestyle intervention using mobile technology and smart devices in patients with high cardiovascular risk: A pragmatic randomised clinical trial. *Atherosclerosis*, 319, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2020.12.020>

Tsuyuki, R. T., Lockwood, E. E., Shibata, M. C., Simpson, S. H., Tweden, K. L., Gutierrez, R., Reddy, M. C., Rowe, B. H., Villa-Roel, C., & Fradette, M. (2019). A randomized trial of video-based education in patients with heart failure: The congestive heart failure outreach program of education (COPE). *CJC Open*, 1(2), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2018.12.001>

Uemura, K., Yamada, M., Kuzuya, M., & Okamoto, H. (2021). Effects of active learning education on arterial stiffness of older adults with low health literacy: A randomized controlled trial. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 28(8), 865–872. <https://doi.org/10.5551/jat.58354>

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. Wiley. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

Widmer, R. J., Collins, N. M., Collins, C. S., West, C. P., Lerman, L. O., & Lerman, A. (2015). Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 469–480. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.12.026>

World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

izr. prof. dr. Igor Karnjuš, dipl. zn., mag. zdr. nege¹
doc. dr. Nataša Mlinar Reljić, dipl. m. s., univ. dipl. org., mag. zdr.-soc. manag.²
dr. Metka Skubic, pred., dipl. bab., univ. dipl. ped.³
Andreja Mihelič Zajec, pred., viš. med. ses., univ. dipl. org.⁴
dr. Klelija Štrancar, viš. rtg. teh., univ. dipl. teol.
doc. dr. Katarina Babnik, univ. dipl. psih.⁵

¹Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

²Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

³Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

⁴Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

⁵Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta

igor.karnjus@fvz.upr.si

PERCEPCIJA DUHOVNOSTI IN DUHOVNE OSKRBE MED ŠTUDENTI ZDRAVSTVENIH STROK V SLOVENIJI: DESKRIPTIVNA RAZISKAVA

Perception of spirituality and spiritual care among healthcare students in Slovenia: A descriptive study

IZVLEČEK

Uvod: Raziskave poudarjajo pomembnost poklicne kulture pri razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe med zdravstvenimi delavci in študenti, kar je ključno za celostno oskrbo pacienta. Cilj raziskave je bil raziskati dožemanje duhovnosti in duhovne oskrbe med študenti zdravstvenih strok v Sloveniji ter preučiti vpliv demografskih značilnosti. **Metode:** Kvantitativna raziskava je bila izvedena leta 2023 z vzorcem 497 študentov iz osmih visokošolskih zavodov. Večino so sestavljali dodiplomski študenti ($n = 392$; 78,9 %) in študenti zdravstvene nege ($n = 255$; 51,3 %). Uporabljen je bil vprašalnik Spirituality and Spiritual Care Rating Scale, ki je pokazal visoko notranjo konsistentnost (Cronbach $\alpha = 0,82$). **Rezultati:** Študenti so pokazali pozitivno percepcijo do koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe

($Me = 58$; $p < 0,001$). Najvišjo stopnjo strinjanja ($\bar{x} = 4,30$; $s = 0,72$) je dosegla trditev, da duhovna oskrba vključuje posvečanje časa pacientu in nudenje podpore. Najmanjše strinjanje ($\bar{x} = 1,65$; $s = 0,874$) so izrazili pri trditvi, da duhovnost vključuje obiskovanje sakralnih objektov. Rezultati kažejo, da ni statistično značilnih razlik v percepciji do koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe med študenti zdravstvene nege in babištvu ter študenti drugih zdravstvenih strok ($U = 19435,500$; $p = 0,536$). **Diskusija in zaključek:** Študenti zdravstvenih strok razumejo koncept duhovne oskrbe predvsem kot spoštovanje različnih vidikov delovanja posameznika ter kot izkazovanje prijaznosti in skrbi. Multinacionalne raziskave s področja duhovnosti in duhovne oskrbe so potrebne za razvoj učinkovitih izobraževalnih programov.

Ključne besede: duhovnost, duhovna oskrba, študenti zdravstvenih strok, stališča

ABSTRACT

Introduction: Studies emphasize the importance of professional culture in understanding spirituality and spiritual care among healthcare professionals and students, which is crucial for holistic patient care. The aim of this study was to explore perceptions of spirituality and spiritual care among healthcare students in Slovenia and examine the influence of demographic characteristics. **Methods:** A quantitative study was conducted in 2023 with a sample of 497 students from eight higher education institutions. Most participants were undergraduate students ($n = 392$; 78.9%) and nursing students ($n = 255$; 51.3%). The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale was used, demonstrating high internal consistency (Cronbach $\alpha = 0.82$). **Results:** Students showed a positive perception of spirituality and spiritual care ($Me = 58$; $p < 0.001$). The highest agreement ($\bar{x} = 4.30$; $s = 0.72$) was with the statement that spiritual care involves dedicating time to the patient and providing support. The lowest agreement ($\bar{x} = 1.65$; $s = 0.874$) was with the statement that spirituality involves visiting sacred places. No statistically significant differences were found in perceptions between nursing and midwifery students and students of other healthcare disciplines ($U = 19435.500$; $p = 0.536$). **Discussion and conclusion:** Healthcare students primarily understand spiritual care as respecting various aspects of an individual's functioning and showing kindness and concern. Multinational studies on spirituality and spiritual care are needed to develop effective educational programs.

Key words: spirituality, spiritual care, healthcare students, attitudes

UVOD

Duhovnost predstavlja bistveni element človeštva, saj vključuje posameznikovo iskanje smisla in namena v življenju. To iskanje se odraža v povezanosti z drugimi ljudmi, samim seboj, naravo in tistim, kar posameznik dojema kot pomembno ali sveto. Duhovnost sega preko verskih in kulturnih prepričanj in praks ter vključuje tudi sekularna in filozofska področja (Puchalski et al., 2014). Zgodovinski razvoj medicine in zdravstva nasploh je močno povezan z duhovnostjo, saj so številni zdravstveni sistemi v Združenih državah Amerike in Evropi nastali iz medicinskih storitev, ki so jih zagotavljali posamezniki, navdahnjeni z verskimi prepričanji (Jacob et al., 2020). Globalne migracije so v sodobnih družbah ustvarile pestrost in raznolikost ter duhovnost in religijo spremenile v pomemben del zdravstvene obravnave pacienta. Zaradi globalnih migracij prihajajo hospitalizirani pacienti iz različnih kulturnih okolij in z različnimi prepričanji. Posledično se v kliničnih okoljih vse pogosteje zaznavajo želje pacientov po vključitvi duhovne oskrbe v zdravstveno obravnavo (Ghorbani et al., 2021).

Duhovna oskrba je bistvena sestavina celostne zdravstvene obravnave (Kuckel et al., 2022). Z zagotavljanjem pristnih in spoštljivih odnosov odgovarja na pacientove duhovne/verske potrebe. Vpliv duhovnosti na psihološko blagostanje posameznika postaja vse bolj prepoznaven tako med zdravstvenimi delavci kot tudi v nacionalnih združenjih, kar potrjuje njeno pomembno vlogo v procesu zdravljenja in doseganju boljših zdravstvenih izidov (Ruder, 2013). Medicinske sestre in babice, ki so v ospredju zdravstvene oskrbe in si prizadevajo za optimizacijo obravnave pacientov, vse bolj prepoznavajo pomen duhovne oskrbe kot ključnega dela celostne oskrbe v profesionalnem okolju (Puchalski et al., 2014). Kompetence s področja duhovne oskrbe so ključni del strokovnih kompetenc medicinskih sester, ki vključujejo znanja in veščine, določene z direktivo Evropske unije (*DIREKTIVA 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta*, 2005). Okvir za standarde ravnanja medicinskih sester in babic na področju duhovnosti in duhovne oskrbe je določen v mednarodnem (International Council of Nurses, 2021) in nacionalnem kodeksu etike (*Uradni list RS*, 2024), ki poudarjata spoštovanje duhovnih prepričanj pacientov. Raziskave kažejo, da se zdravstveni delavci pogosto počutijo nezadostno usposobljeni za nudenje duhovne oskrbe in zato iščejo dodatna izobraževanja (Puchalski et al., 2014; Purnell et al., 2019). Prav tako je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre pogosto zanemarjajo duhovno oskrbo v praksi zaradi pomanjkanja časa, zasebnosti, neustreznega znanja ter nelagodja pri njenem izvajanju (Montanič Starc et al., 2019; Pinto & Pinto, 2020). Poleg omenjenih dejavnikov, kot sta časovna stiska in visoka delovna obremenitev, izvajanje duhovne oskrbe ovirajo tudi nezaupanje znotraj tima, različni vrednostni sistemi ter strah pred morebitnimi spremembami medosebnih odnosov zaradi razhajanj v stališčih o duhovni oskrbi (Paal et al., 2015; Pinto & Pinto, 2020). Zdravstveni delavci pogosto spregledajo pomembnost duhovne oskrbe, saj ostaja ta koncept nejasen zaradi pomanjkanja znanja, zmede med duhovno in psihološko oskrbo ter razumevanja duhovnosti kot sinonima za religioznost (Attard et al., 2014; Jacob et al., 2020). Raziskave pa kljub temu kažejo na znatne izboljšave kompetenc za nudenje duhovne oskrbe po specifičnih izobraževalnih programih (Lantz, 2007).

Booth in Kaylor (2018) navajata, da je nezadostna priprava študentov zdravstvenih strok v izobraževalnem procesu ključna ovira, ki vodi v občutek negotovosti in nekompetentnosti pri nudenju duhovne podpore pacientom v kliničnih okoljih. Zato je pomembno raziskati percepcijo duhovnosti in duhovne oskrbe med študenti zdravstvenih smeri v Republiki Sloveniji, da bi prepoznali dejavnike, ki prispevajo k razumevanju duhovnosti in duhovne oskrbe, utemeljene na dokazih, ter izboljšali kompetence za izvajanje duhovne oskrbe.

METODE DELA

Za potrebe raziskave smo opravili presečno študijo z uporabo kvantitativnega pristopa. Izvedeno je bilo anketiranje posameznikov s pomočjo v predhodnih raziskavah validiranega vprašalnika.

Opis vzorca

Uporabljen je bil priložnostni vzorec študentov 1. in 2. stopnje različnih zdravstvenih strok (zdravstvena nega, babištvo, fizioterapija, aplikativna kineziologija, radiološka tehnologija, sanitarno inženirstvo, laboratorijska zobna protetika, delovna terapija in prehransko svetovanje – dietetika). V raziskavo je bilo povabljenih vseh osem fakultet, ki ponujajo študijske programe s področja zdravstvenih ved v Sloveniji. Povezavo do ankete so študenti dobili na študentske elektronske naslove preko referata na njihovih fakultetah. Vprašalnik je začelo reševati 522

anketirancev, od teh pa jih je 497 zaključilo reševanje ankete, kar predstavlja tudi končni vzorec raziskave. Starost anketirancev se je gibala med 19 do 52 let ($\bar{x} = 24,79$; $s = 7,038$). Ostali demografski podatki so predstavljeni v Tabeli 1. Večina anketirancev, zajetih v raziskavi, se je opredelila kot verna/religiozna ($n = 308$; 62,0 %)

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti anketirancev

Sociodemografski podatki (n = 497)		n	%
Spol	Ženska	423	85,1
	Moški	74	14,9
Študijski program	Zdravstvena nega	255	51,3
	Fizioterapija	67	13,5
	Aplikativna kineziologija	16	3,2
	Radiološka tehnologija	18	3,6
	Babištvo	44	8,9
	Sanitarno inženirstvo	5	1,0
	Laboratorijska zobna protetika	3	0,6
	Delovna terapija	26	5,2
	Prehransko svetovanje – dietetika	38	7,6
	Drugo: paliativna oskrba, promocija zdravja, management v zdravstvenem in socialnem varstvu, dietetika – klinična prehrana	25	5,0
Letnik raziskava (1. stopnja)	1. letnik	90	18,1
	2. letnik	137	27,6
	3. letnik	107	21,5
	Absolvent	58	11,7
Letnik raziskava (2. stopnja)	1. letnik (2. st.)	66	13,3
	2. letnik (2. st.)	23	4,6
	Absolvent (2. st.)	16	3,2

Legenda: n - število, % - odstotek

Instrument raziskave

V raziskavi smo uporabili lestvico »Spirituality and Spiritual Care Rating Scale« (SSCRS). SSCRS lestvica ugotavlja percepcijo anketirancev do pojmov »duhovnost« in »duhovna oskrba«. Sedemnajst trditev lestvice SSCRS meri štiri dimenzije percepcije do duhovnosti in duhovne oskrbe: I) duhovnost, II) duhovna oskrba, III) religioznost in IV) individualizirana duhovna oskrba (McSherry et al., 2002). Pred začetkom raziskave smo za uporabo omenjenega instrumenta pridobili uradno soglasje vodilnega avtorja McSherry. V dosedanjih raziskavah je lestvica SSCRS pokazala ustrezno in konsistentno raven zanesljivosti z vrednostmi dimenzij Cronbach alfa od 0,64 (McSherry et al., 2002) do 0,84 (Fallahi Khoshknab et al., 2010). V naši raziskavi je Cronbachov alfa koeficient znašal 0,82, kar kaže na dobro notranjo konsistentnost trditev lestvice. Anketiranci so 17 trditev ocenjevali na 5-stopenjski lestvici strinjanja v razponu od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (povsem se strinjam). Na podlagi eksploratorne faktorske analize (Tabela 2) smo izključili tri trditve ter oblikovali tri konstrukte, ki merijo percepcijo anketirancev do pojmov »duhovnost« (5 trditev), »religioznost« (4 trditve) in »duhovna oskrba«

(5 trditev). Posledično je najmanjše število točk celotnega uporabljenega sklopa 14, največje pa je 70. Večje število točk (≥ 43) pomeni bolj pozitivno percepcijo in kaže na širši pogled na duhovnost (tj. vključuje tako verske kot eksistencialne elemente) in duhovno oskrbo (tj. omogočanje verskih obredov ter obravnavanje pacientovih potreb po smislu, vrednotah, namenu, miru in ustvarjalnosti). Pri štirih trditvah (4, 5, 13 in 16) se upošteva obratno kodiranje.

Potek raziskave in analiza podatkov

Anketiranje je potekalo s pomočjo spletnega vprašalnika, ki mu je bilo dodano pojasnilo o namenu in načinu izpolnjevanja. Izpolniti ga je bilo mogoče v odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje – 1ka.com. Povezavo do spletnega vprašalnika so anketiranci dobili na študentske elektronske naslove preko referata matične fakultete/visokošolskega zavoda. Podatke smo zbirali od junija do decembra 2023. Študente zdravstvenih strok smo začeli anketirati po pridobitvi soglasja posameznega visokošolskega zavoda. Sodelovanje v raziskavi je bilo anonimno in prostovoljno. Anketiranec je lahko v katerem koli trenutku prekinil z reševanjem vprašalnika brez kakršnih koli posledic. Raziskava je odobrena s strani Komisije za etiko Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani (št. vloge: 329-2023).

Pridobljene podatke smo analizirali z računalniškim programom IBM SPSS, verzija 29. Prvi korak v analizi podatkov je bilo preverjanje zanesljivosti in konstruktne veljavnosti (faktorska analiza) lestvice SSCRS. Ustreznost korelacijske matrike trditev SSCRS za faktorsko analizo smo preverjali z Bartlettovim testom sferičnosti in z mero Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO). V nadaljnjih analizah smo rezultate prikazali s pomočjo osnovne deskriptivne (odstotek, število, povprečna vrednost, standardni odklon, mediana), bivariantne statistike (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U-test, Wilcoxonov test za en vzorec) in linearne regresije. Vrednost $p < 0,05$ je veljala za statistično pomembno.

REZULTATI

Bartlettov test sferičnosti ($\chi^2(91) = 2415,12, p < 0,000$) in mera KMO = 0,853 sta potrdili ustreznost korelacijske matrike za proučevanje dimenzionalne strukture. Faktorska analiza (metoda glavnih komponent, promax rotacija) je izločila 3 faktorje z lastno vrednostjo več kot 1, ki skupaj pojasnijo 56,87-% variance v odgovorih anketirancev. Faktorsko matriko prikazujemo v Tabeli 2. Zaradi manj zadovoljive stopnje notranje konsistentnosti dveh od treh izločenih dimenzij lestvice SSCRS in zaradi dobre notranje konsistentnosti celotne lestvice (Cronbach $\alpha = 0,82$) smo v nadaljnjih analizah 14 trditev obravnavali kot enodimenzionalno mero percepcije do duhovnosti in duhovne oskrbe.

Tabela 2: Faktorska matrika in deskriptivne statistike trditve »Spirituality and Spiritual Care Rating Scale« (SSCRS)

Trditve (n = 497)	$\bar{x}$	s	Faktorji		
			F1	F2	F3
Duhovnost je iskanje smisla v vsem, kar nam prinaša življenje, v dobrem in slabem.	4,10	0,839	0,799	/	/
Duhovnost je imeti občutek upanja v življenju.	4,16	0,710	0,823	/	/
Duhovnost je povezana s sposobnostjo živeti v sedanjosti, tukaj in zdaj.	4,01	0,817	0,793	/	/
Duhovnost je povezovalna sila, ki omogoča posamezniku, da išče mir v odnosu do samega sebe in do zunanjega sveta.	4,25	0,716	0,664	/	/
Duhovnost vključuje človeško moralo.	4,16	0,742	0,607	/	/
Duhovnost vključuje le obiskovanje cerkve oz. drugih sakralnih objektov.	1,65	0,874	/	0,806	/
Duhovnost je omejena le na prepričanje oz. vero v Boga ali drugo višje bitje.	1,82	0,978	/	0,838	/
Umetnost, ustvarjalnost in izražanje sebe niso del duhovnosti.	2,09	1,053	/	0,699	/
Ateisti in agnostiki se ne srečujejo z duhovnostjo.	2,03	1,020	/	0,799	/
Zdravstveni delavci lahko zagotavljajo duhovno oskrbo pacientu, tako da organizirajo obisk duhovnika oz. duhovnega vodje drugih veroizpovedi, če pacient to zaprosi.	4,09	0,862	/	/	0,865
Zdravstveni delavci lahko zagotavljajo duhovno oskrbo s tem, da pacientu posvetijo čas in nudijo podporo, ko jo pacient potrebuje.	4,30	0,716	/	/	0,652
Zdravstveni delavci lahko zagotavljajo duhovno oskrbo, tako da pomagajo pacientu pri iskanju smisla njegove bolezni.	3,76	0,952	/	/	0,453
Duhovnost vključuje potrebo, da ti je odpuščeno in da odpuščaš.	3,99	0,844	/	/	0,474
Zdravstveni delavci lahko zagotavljajo duhovno oskrbo s poslušanjem pacienta in z omogočanjem, da ubesedi in analizira svoje strahove, bojazni in težave.	4,24	0,685	/	/	0,536
Odstotek pojasnjene variance	/	/	32,75	15,79	8,33

Legenda: F1 – duhovnost; F2 – religioznost; F3 – duhovna oskrba; $\bar{x}$ – povprečna vrednost; s – standardni odklon

Študenti zdravstvenih strok imajo pozitivno percepcijo do koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe z mediano 58, kar je bistveno nad hipotetično mediano 42 ($p < 0,001$). Rezultati kažejo, da anketiranci najvišje ocenjujejo trditvi, da zdravstveni delavci lahko zagotavljajo duhovno oskrbo s tem, da pacientu posvetijo čas in nudijo podporo, ko jo pacient potrebuje ($\bar{x} = 4,30$, $s = 0,716$) ter da je duhovnost povezovalna sila, ki omogoča posamezniku, da išče mir v odnosu do samega sebe in do zunanjega sveta ($\bar{x} = 4,25$, $s = 0,716$). Najnižje ocene so bile dodeljene trditvam, da duhovnost vključuje obiskovanje cerkve oz. drugih sakralnih objektov ($\bar{x} = 1,65$,

$s = 0,874$) in da je duhovnost omejena le na prepričanje oz. vero v Boga ali drugo višje bitje ($\bar{x} = 1,82$, $s = 0,978$).

V nadaljevanju smo preučevali vpliv demografskih značilnosti anketirancev na njihovo percepcijo koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe. Rezultati so pokazali statistično pomembne razlike med študenti različnih letnikov dodiplomskega raziskovanja ($H(3) = 9,673$, $p = 0,022$). Post-hoc analiza z Bonferronijevo korekcijo za večkratne primerjave je razkrila, da študenti 1. letnika (prilagojena $p = 0,019$) in 2. letnika (prilagojena $p = 0,048$) dosegajo bistveno nižje vrednosti v primerjavi z absolventi. To kaže, da absolventi koncept duhovnosti in duhovne oskrbe dojemajo širše (inkluziven pristop, ki vključuje tako religiozne kot eksistencialne elemente). Druge parne primerjave med skupinami niso bile statistično značilne. Ostale sociodemografske značilnosti, zajete v raziskavi, prav tako niso pokazale statistično značilnih razlik v stopnji percepcije do koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe ($p > 0,05$) (Tabela 3). Preverili smo tudi, ali starost vpliva na percepcijo do koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe med študenti zdravstvenih strok. Rezultati linearne regresijske analize kažejo, da starost študentov ni statistično značilen prediktor do percepcije omenjenega koncepta ($\beta = 0,058$; $p = 0,198$).

Tabela 3. Demografske značilnosti vzorčne populacije v zvezi s celotno »Spirituality and Spiritual Care Rating Scale« (SSCRS) – opisna statistika

Spremenljivke		n	Me	Vrednost testa	p
Spol	Ženski	423	58,00	U = 14466,500	0,621
	Moški	74	58,00		
Študentje zdravstvenih strok	Študentje zdravstvene nege in babištva	299	57,00	U = 19435,500	0,536
	Študentje ostalih zdravstvenih strok	135	58,00		
Letnik raziskava 1. stopnja	1. letnik	90	56,00	H = 9,673	0,022*
	2. letnik	137	57,00		
	3. letnik	107	57,00		
	Absolvent	58	59,00		
Letnik raziskava 2. stopnja	1. letnik (2. st.)	66	58,00	H = 0,242	0,886
	2. letnik (2. st.)	23	59,00		
	Absolvent (2. st.)	16	60,50		
Ali ste verni/ religiozni?	Da	308	57,00	U = 25298,000	0,851
	Ne	166	58,00		

Legenda: n - število; Me - mediana; U - Mann-Whitney U test; H - Kruskal-Wallisov test

DISKUSIJA

Razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe med študenti zdravstvenih smeri v Sloveniji odpira pomembna vprašanja o kulturnih in izobraževalnih vplivih na pripravo bodočih zdravstvenih delavcev. Kot kažejo ugotovitve raziskave, so študenti v povprečju pokazali pozitivno percepcijo do konceptov duhovnosti in duhovne oskrbe, vendar z izrazitim poudarkom na sekularnem,

horizontalnem pogledu. Slovenski študenti so pri ocenjevanju duhovnosti bolj zadržani v primerjavi z drugimi mednarodnimi raziskavami, izvedenimi med študenti zdravstvene nege (Ross et al., 2018; Wu et al., 2012), kar lahko odraža vpliv specifičnega kulturnega in zgodovinskega okolja. Vpliv sekularne tradicije v Sloveniji se kaže v manjšem poudarku na religioznih elementih duhovnosti, kar je bilo ugotovljeno tudi pri zaposlenih medicinskih sestrah v raziskavi Montanič Starc et al. (2019).

Rezultati raziskave kažejo, da študenti duhovno oskrbo razumejo predvsem kot dejanje podpore, empatije in prijaznosti do pacientov. Najvišje ocene so bile podeljene trditvam, ki opisujejo duhovno oskrbo kot posvečanje časa pacientu, kar kaže na visoko stopnjo razumevanja povezanosti čustvenih, socialnih in duhovnih potreb pacientov. Po drugi strani so najnižje ocenili trditve, ki povezujejo duhovnost z obiskovanjem cerkva ali drugih sakralnih objektov, kar odraža razumevanje duhovnosti zunaj okvirov religioznosti. Takšen sekularni odnos do duhovnosti bi lahko bil posledica omejenega razumevanja odnosa med religioznostjo in duhovnostjo (Daghan, 2018), kar dodatno poudarja potrebo po izboljšanju izobraževanja na tem področju. Ob primerjavi z ugotovitvami raziskave Montanič Starc et al. (2019) med zaposlenimi medicinskimi sestrami lahko zaključimo, da obstajajo vzorčne podobnosti, zlasti glede sekularnega pogleda na duhovnost in duhovno oskrbo. Ta trend kaže na kontinuum med študenti in zaposlenimi, ki se morda vzpostavi že med izobraževalnim procesom. Študenti zdravstvenih smeri kažejo nagnjenost k razumevanju duhovnosti kot univerzalnega koncepta, ki presega zgolj religiozne vidike in vključuje eksistencialne elemente, kot so iskanje smisla, notranjega miru in povezanosti z drugimi.

Raziskava prav tako ni pokazala razlik v percepciji do duhovnosti in duhovne oskrbe glede na to, ali se je študent opredelil za religioznega ali ne. Ta ugotovitev je skladna z nekaterimi mednarodnimi raziskavami, kot je raziskava Puchalski et al. (2014), ki je pokazala, da lahko percepcija duhovnosti presega religiozno opredeljenost in je bolj povezana z osebnimi vrednotami ter pogledom na življenje. Za nekatere ljudi duhovnost predstavlja priznavanje božanske prisotnosti ali osebnega odnosa z Bogom, medtem ko jo drugi razumejo kot izražanje najglobljega bistva svojega notranjega jaza (Van Leeuwen et al., 2021). Poleg tega rezultati kažejo, da ni statistično značilnih razlik v percepciji do koncepta duhovnosti in duhovne oskrbe med študenti zdravstvene nege in babištvu ter študenti drugih zdravstvenih strok. Ta ugotovitev kaže, da kljub razlikam v vsebini študijskih programov osnovno razumevanje duhovnosti ostaja relativno homogeno med različnimi zdravstvenimi smermi. Eden izmed razlogov za to bi lahko bil vpliv skupnih kulturnih in družbenih dejavnikov, ki oblikujejo percepcijo duhovnosti na nacionalni ravni, ter podobni etični in profesionalni standardi, ki jih študenti pridobijo med izobraževanjem.

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da sociodemografski dejavniki, kot sta spol in starost, nimajo statistično pomembnega vpliva na percepcijo duhovnosti in duhovne oskrbe. Vendar pa razlike med letniki kažejo na to, da absolventi razvijejo širši pogled na duhovnost in duhovno oskrbo v primerjavi s študenti nižjih letnikov. To nakazuje na potencialno vlogo študijskega procesa pri oblikovanju percepcij in kompetenc na tem področju. Mednarodne raziskave kažejo, da študenti zdravstvenih strok izražajo potrebo po dodatnem izobraževanju na področju duhovne oskrbe in opozarjajo na občutek nekompetentnosti zdravstvenih delavcev na tem področju (Booth & Kaylor, 2018; Jacob et al., 2020). Razvoj ciljno usmerjenih izobraževalnih programov bi lahko pomagal zmanjšati občutke negotovosti in izboljšal kompetence za izvajanje duhovne oskrbe. Poleg tega rezultati nekaterih raziskav kažejo na potrebo po večji vključenosti kulturnih

in socialnih vidikov v študijske programe, da bi se študentje lažje spopadali z raznolikimi potrebami pacientov v kliničnih okoljih (Jacob et al., 2020; Puchalski et al., 2014).

Kljub pomembnim ugotovitvam ima raziskava nekaj omejitev. Prva omejitev je povezana z odzivnostjo študentov, saj je bila ta kljub vabilu, poslanemu študentom zdravstvenih smeri osmih visokošolskih zavodov, dokaj nizka. Prav tako raziskava temelji na samoporočanju, kar lahko poveča tveganje za pristranskost socialne zaželenosti. Dodatno bi bilo smiselno vključiti kvalitativne metode, kot so poglobljeni intervjuji, za boljše razumevanje osebnih pogledov na duhovnost in duhovno oskrbo. Ne nazadnje raziskava ni upoštevala specifičnih kulturnih ali verskih razlik znotraj samega slovenskega okolja, kar bi lahko vplivalo na interpretacijo rezultatov. Za prihodnje raziskave bi bilo smiselno razširiti vzorec na druge evropske države ter raziskati širši spekter kulturnih in socialnih dejavnikov.

ZAKLJUČEK

Raziskava kaže, da študenti zdravstvenih smeri dojemajo koncept duhovnosti na širok, eklektičen in vključujoč način. Duhovnosti ne povezujejo zgolj z vero v Boga ali drugo višjo silo, temveč jo razumejo predvsem kot motivacijski konstrukt, ki posameznika usmerja pri iskanju notranjega miru, upanja, povezanosti z drugimi, smisla življenja ter sposobnosti odpuščanja. Za izboljšanje razumevanja duhovnosti in duhovne oskrbe ter razvoj kompetenc na tem področju bi bilo smiselno izvesti dodatne raziskave, ki bi vključile večjo mednarodno udeležbo. Multinacionalne primerjalne raziskave bi omogočile boljši vpogled v razlike med posameznimi kulturnimi in izobraževalnimi sistemi ter prispevale k oblikovanju usklajenih in učinkovitih izobraževalnih strategij. Poleg tega bi bilo pomembno raziskati tudi vpliv osebne religioznosti in verske prakse na percepcijo duhovnosti ter spodbujati študente k razpravi o teh temah v varnem in podpornem učnem okolju.

LITERATURA

- Attard, J., Baldacchino, D. R., & Camilleri, L. (2014). Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Education Today*, 34(12), 1460–1466. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.015>
- Booth, L., & Kaylor, S. (2018). Teaching spiritual care within nursing education: A holistic approach. *Holistic Nursing Practice*, 32(4), 177–181. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000271>
- Daghan, S. (2018). Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care: An example of Turkey. *Journal of Religion and Health*, 57(1), 420–430. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0416-y>
- DIREKTIVA 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta. (2005). [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgcle-findmkaj/https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=do)
- Fallahi Khoshknab, M., Mazaheri, M., Maddah, S. S., & Rahgozar, M. (2010). Validation and reliability test of Persian version of The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). *Journal of Clinical Nursing*, 19(19–20), 2939–2941. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03411.x>
- Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., & Ramezani, M. (2021). Spiritual care interventions in nursing: An integrative literature review. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1165–1181. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf
- Jacob, B., Huynh, T.-V., White, A., Nwaesei, A. S., Lorys, R., Barker, W., Hall, J., Bush, L., & Allen, W. L. (2020). Pharmacy and nursing students' perceptions regarding the role of spirituality in professional education and practice. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(9), ajpe7777. <https://doi.org/10.5688/ajpe7777>
- Kuckel, D. P., Jones, A. L., & Smith, D. K. (2022). *The spiritual assessment*. *American Family Physician*, 106(4), 415–419.
- Lantz, C. M. (2007). Teaching spiritual care in a public institution: Legal implications, standards of practice, and ethical obligations. *The Journal of Nursing Education*, 46(1), 33–38. <https://doi.org/10.3928/01484834-20070101-07>

Anja Sušin, dipl. m. s.¹

Tjaša Zdravec, dipl. m. s.¹

doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.²

¹študentki magistrskega študija Zdravstvene nege, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

anja.susin@gmail.com

STALIŠČA MEDICINSKIH SESTER DO IMPLEMENTACIJE E-IZOBRAŽEVANJ V ZDRAVSTVENO NEGO: INTEGRATIVNI PREGLED LITERATURE

Nurses' attitudes towards the implementation of E-learning in nursing: An integrative literature review

IZVLEČEK

Uvod: E-izobraževanja v zdravstveni negi predstavljajo inovativen pristop k usposabljanju in izpopolnjevanju zaposlenih na področju zdravstvene nege. Medicinskim sestram omogočajo uporabo digitalnih tehnologij za dostop do učnih gradiv in interaktivnih orodij za pridobivanje novih znanj neposredno na delovnem mestu. S tem izboljšujejo svoje strokovne kompetence ter prispevajo k večji učinkovitosti in kakovosti zdravstvene nege. Namen pregleda literature je raziskati stališča medicinskih sester do e-izobraževanj v zdravstveni negi. **Metode:** Izveden je bil integrativni pregled literature. Iskanje literature je potekalo v različnih podatkovnih bazah ob upoštevanju vnaprej določenih kriterijev izbora. Rezultati so bili analizirani z vsebinsko analizo. **Rezultati:** V končno analizo je bilo vključenih 11 izbranih člankov. Z analizo smo oblikovali

Prispevek je nastal na mag. študijskem programu Zdravstvena nega v okviru predmeta Izobraževanje odraslih v zdravstvu.

tri kategorije: stališča medicinskih sester do e-izobraževanj, prednosti e-izobraževanj in izzivi e-izobraževanj. Medicinske sestre izkazujejo pozitiven odnos do e-izobraževanj, ki jih sprejemajo in aktivno uporabljajo. Prednosti e-izobraževanja so dostopnost, priročnost, fleksibilnost in doslednost vsebin, izzivi pa tehnične težave, neustrezna zasnova, pomanjkanje prakse in omejen dostop do tehnologij. **Diskusija in zaključek:** E-izobraževanja so med medicinskimi sestrami dobro sprejeta, ključno vlogo ima motivacija, sodelovanje ter dostopnost do računalnikov in interneta. E-izobraževanja prispevajo k izboljšanju znanja, veščin, samozavesti in kompetenc, kar se odraža v bolj kakovostni zdravstveni negi ter razvoju stroke. Za učinkovito integracijo e-izobraževanj so potrebne nadaljnje raziskave in vzpostavitev nacionalnih smernic za implementacijo in raziskave, prilagojene specifičnim kliničnim okoljem.

Ključne besede: e-učenje, informacijsko-komunikacijska tehnologija, zdravstvene institucije, razvoj stroke

ABSTRACT

Introduction: E-learning in nursing represents an innovative approach to the training and professional development of employees in the field of nursing. It enables nurses to use digital technologies to access educational materials and interactive tools for acquiring new knowledge directly in the workplace. This improves their professional competencies and contributes to greater efficiency and quality in healthcare services. The purpose of this literature review is to explore nurses' attitudes towards e-learning in nursing. **Methods:** An integrative literature review was conducted. Literature was searched across various databases, following predefined selection criteria. The results were analyzed using content analysis. **Results:** A total of 11 selected articles were included in the final analysis. Through the analysis, three categories were identified: nurses' attitudes towards e-learning, advantages of e-learning, and challenges of e-learning. Nurses demonstrate a positive attitude towards e-learning, embracing and actively using it. The advantages of e-learning include accessibility, convenience, flexibility, and consistency of content, while the challenges are technical difficulties, inadequate design, lack of practice, and limited access to technology. **Discussion and Conclusion:** E-learning is well accepted among nurses, with motivation, engagement, and access to computers and the internet playing a crucial role. E-learning contributes to improved knowledge, skills, confidence, and competencies, which is reflected in higher quality healthcare and professional development. For effective integration of e-learning, further research and the establishment of national guidelines for implementation and research tailored to specific clinical environments are needed.

Key words: e-learning, information and communication technology, healthcare institutions, development of the profession

UVOD

E-izobraževanje označuje proces izobraževanja, ki se izvaja prek elektronskih medijev, kot so internet, intranet ali ekstranet. Vključuje uporabo internetnih brskalnikov in sistemov za upravljanje z učenjem, ki omogočajo dostop do učnih vsebin, interakcijo in sodelovanje v učnem procesu. Informacijsko-komunikacijska tehnologija (IKT) se nanaša na tehnologije, ki omogočajo dostop do informacij, komunikacijo prek telekomunikacijskih omrežij ter podpirajo izvajanje in omogočajo učinkovito učenje ter poučevanje na daljavo (Ratheeswari, 2018).

Obsega širok spekter metod in orodij, ki omogočajo dostop do izobraževalnih vsebin prek elektronskih medijev. Obstajajo spletni tečaji, predavanja, mobilno učenje, simulacije in virtualno učenje, socialno učenje, e-učbeniki, adaptivno učenje, e-portfoliji ter e-mentorstvo (Ebner & Gegenfurtner, 2019; Ennouamani & Mahani, 2017; Kumar Basak et al., 2018; Raja Harun et al., 2021; Souabi et al., 2021).

Prednosti e-izobraževanj so fleksibilnost, dostopnost, nižji stroški, prihranek časa, večja interaktivnost, hitrejši dostop do znanja, prilagodljivost učnih pristopov, boljša uporaba tehnologije, razvoj digitalnih kompetenc in spodbujanje samostojnega učenja (Clark & Mayer, 2016; Hošková-Mayerová & Rosická, 2015; Stecuła & Wolniak, 2022). E-izobraževanja omogočajo boljše dostopnost in prilagodljivost izobraževanj za medicinske sestre (Xing et al., 2018). Pozitiven odnos do e-izobraževanj pripomore k pridobivanju relevantnega znanja, razvoju kompetenc in izboljšanju kakovosti zdravstvene nege (Rouleau et al., 2019). Slabosti e-izobraževanj vključujejo zmanjšanje socialnih stikov, goljufanje pri ocenjevanju, potrebo po nakupu opreme, pomanjkanje motivacije in koncentracije, težave pri poučevanju praktičnih znanj, manj skupinskega dela, nevarnost vdora v zasebnost, tehnične težave, višji stroški električne energije ter neusklajenost med e-izobraževanjem in potrebami organizacije (Stecuła & Wolniak, 2022).

V zadnjih desetletjih se je uporaba IKT v zdravstveni negi močno povečala (Konttila et al., 2019), vendar še vedno obstajajo pomembne raziskovalne vrzeli. Trenutno primanjkuje raziskav, ki bi obravnavali stališča medicinskih sester do e-izobraževanj, zlasti glede njihovega vpliva na vsakodnevno prakso in strokovni razvoj. Obstoječe raziskave so pogosto osredotočene na študente ali posamezne vidike izobraževanja, kar ne zajame kompleksnosti implementacije v kliničnem okolju.

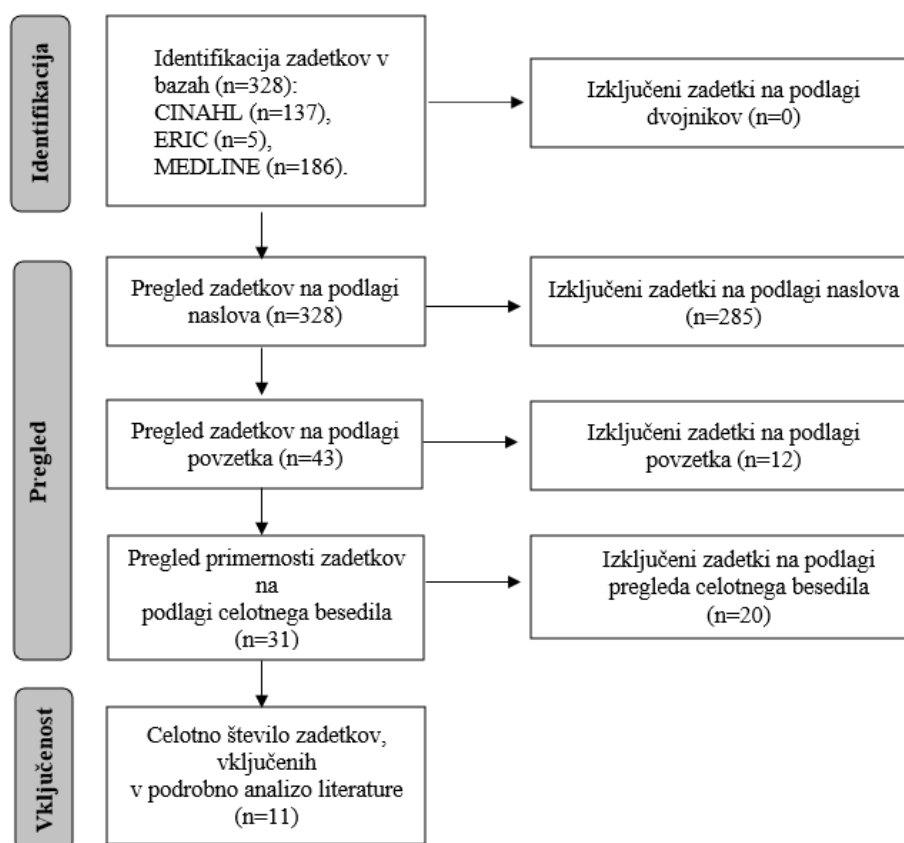
Namen pregleda literature je raziskati stališča medicinskih sester do e-izobraževanj v zdravstveni negi. Cilj raziskave je povzeti trenutne dokaze o pogledih, stališčih in izkušnjah medicinskih sester o e-izobraževanjih. Oblikovali smo raziskovalno vprašanje: Kakšna so stališča medicinskih sester do e-izobraževanj v zdravstveni negi?

METODE

Integrativni pregled literature smo izvedli med decembrom 2023 in januarjem 2024 s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, ERIC in MEDLINE. Uporabili smo naslednje ključne besede in besedne zveze: »e-learning« OR »online learning« OR »web-based learning« AND »nurse« OR »nursing« AND »hospital«. Opazovana populacija v raziskavah so bile medicinske sestre. Vključitveni kriteriji so obsegali znanstvene članke, objavljene med letoma 2014 in 2024, v angleškem jeziku, z dostopnostjo celotnega besedila v recenziranih publikacijah. Izključeni so bili dvojniki in članki, ki so bili vsebinsko neustrezni glede na namen in cilj raziskave.

Metode pregleda

Rezultati pregleda literature so prikazani s pomočjo diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis) (Page et al., 2021) (Slika 1). Sinteza rezultatov pa je bila narejena z vsebinsko analizo.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po diagramu PRISMA (Page et al., 2021)

REZULTATI

Rezultati raziskav, ki smo jih identificirali na podlagi integrativnega pregleda literature, so prikazani v Tabeli 1. V končno analizo smo vključili 11 raziskav (Tabela 1). Na podlagi analize člankov smo oblikovali tri kategorije: (1) stališča medicinskih sester do e-izobraževanj, (2) prednosti e-izobraževanj in (3) izzivi e-izobraževanj (Tabela 2).

Tabela 1: Temeljne ugotovitve analizirane literature

Avtor, letnica in država	Raziskovalni model	Namen raziskave	Vzorec	Ključne ugotovitve
Doğu & Tiryaki (2023), Turčija	Randomizirana kontrolna raziskava	Preučiti vpliv različnih tehnik usposabljanja intramuskularnega injiciranja na pridobljeno znanje in klinično prakso medicinskih sester.	120 medicinskih sester	Kombinacija e-izobraževanja, interaktivnih delavnic in praktičnega usposabljanja je učinkovita metoda za izboljšanje znanja in veščin medicinskih sester.
Monemi & Nematollahi (2023), Iran	Kvazi-eksperimentalna raziskava	Ugotoviti učinek e-izobraževanj o zdravstveni negi na področju pediatrije na vedenje medicinskih sester.	70 medicinskih sester	E-izobraževanja izboljšujejo vedenje medicinskih sester in kakovost zdravstvene nege. Omogočajo prilagodljivo učenje in preprost dostop do vsebin, zato so učinkovito dopolnilo tradicionalnim metodam učenja.
Nakamura et al. (2022), Japonska	Randomizirana kontrolna raziskava	Primerjati znanje in dožemanje medicinskih sester o »hiesho« negi (občutljivost rok ali nog na mraz) med tistimi, ki so imele e-izobraževanje, in tistimi, ki ga niso.	130 medicinskih sester	Dvotedensko e-izobraževanje je pri medicinskih sestrah izboljšalo znanje in izvajanje zdravstvene nege pri nosečnicah, kar potrjuje njegovo učinkovitost pri preprečevanju prezgodnjih porodov.
Singh-Weldon et al. (2022), Avstralija	Kvalitativna raziskava	Oceniti vpliv e-izobraževanj na vedenje medicinskih sester pri zdravstveni negi otrok in mladostnikov, ki se samopoškodujejo.	42 medicinskih sester	E-izobraževanja izboljšujejo odnose, empatijo, stališča in samozavest medicinskih sester pri zdravstveni negi otrok in mladostnikov, ki se samopoškodujejo.
Najafi Ghezaljah et al. (2021), Iran	Kvazi-eksperimentalna raziskava	Oceniti učinek e-izobraževanj, o varnosti pacientov, pri medicinskih sestrah in vodjih zdravstvene nege v nujni medicinski pomoči.	20 medicinskih sester	E-izobraževanja v nujni medicinski pomoči so učinkovitejša od tradicionalnih predavanj, cenovno ugodnejša in bolj fleksibilna, saj omogočajo večjo dostopnost do učnih gradiv.

Rees et al. (2021), Avstralija	Kvalitativna raziskava	Preučiti uporabo mobilnih tehnologij v zasebnem in delovnem okolju medicinskih sester ter izkoristiti ta vedenja za uvedbo mobilnega učenja v njihov poklicni razvoj.	27 medicinskih sester	Medicinske sestre vlagajo lastna sredstva (čas in denar) za ohranjanje strokovne usposobljenosti zaradi kadrovskega pomanjkanja in hitrega tempa dela. Mobilna tehnologija omogoča fleksibilno učenje.
Stevens et al. (2020), Kanada	Kvalitativna raziskava	Raziskati dožemanje e-izobraževanj med medicinskimi sestrami v bolnišničnem okolju.	10 medicinskih sester	E-izobraževanja so učinkovita, dostopna in podpora metoda, vendar obstajajo izzivi, kot so tehnične težave, pomanjkanje časa in neustrezna zasnova izobraževalnega programa.
Saint-Marc et al. (2019), Francija	Primerjalna raziskava	Oceniti uporabnost e-izobraževanj o uporabi infuzijskih črpalk ter preučiti njihovo izvedljivost in sprejemljivost med medicinskimi sestrami.	38 medicinskih sester	Delovne obremenitve in izmensko delo otežujejo načrtovanje usposabljanja, zato so e-izobraževanja ključna. Medicinske sestre raje kombinirajo tradicionalno in e-izobraževanje.
Johnson et al. (2018), Avstralija	Kvalitativna raziskava	Oceniti dožemanje medicinskih sester o e-izobraževanju, ki prikazuje strategije za zmanjšanje negativnih učinkov prekinitev pri dajanju zdravil.	9 medicinskih sester	E-izobraževanje z avtentičnimi slikami je povečalo zaznavanje strategij za obvladovanje prekinitev pri dajanju zdravil.
Chong et al. (2016), Malezija	Presečna opisna raziskava	Preučiti odnos medicinskih sester do e-izobraževanj ter njihov dostop do računalniških in internetnih virov.	300 medicinskih sester	Medicinske sestre so motivirane in imajo pozitiven odnos do e-izobraževanj, vendar je njihov dostop do interneta in računalnikov omejen ter večina s tem nima veliko izkušenj.
Riley & Schmidt (2015), Avstralija	Kvalitativna raziskava	Raziskati dejavnike, ki vplivajo na sodelovanje medicinskih sester pri e-izobraževanjih na podežlju.	12 medicinskih sester	E-izobraževanja na podežlju izboljšajo dostopnost, prilagodljivost in zmanjšajo stroške, vendar pa težave z dostopom do sistemov in pomanjkanje povratnih informacij omejujejo udeležbo.

V sklopu pregleda smo identificirali 26 kod oz. ključih spoznanj, ki smo jih vsebinsko povezali v 3 kategorije, prikazane v Tabeli 2.

Tabela 2: Vsebinske kategorije pregleda literature

Kategorije	Kode	Avtorji
Stališča medicinskih sester do e-izobraževanj	pozitiven odnos – sprejetost – spodbujanje k aktivni uporabi – pripravljenost za uvedbo – angažiranost v procesu – zadovoljstvo	Najafi Ghezeljeh et al., 2021; Rees et al., 2021; Stevens et al., 2020; Chong et al., 2016; Riley & Schmidt, 2015
Prednosti e-izobraževanj	cenovno ugodno – dostopnost – priročnost – podporno okolje – doslednost vsebin – privarčuje čas – lokacijsko neomejeno	Najafi Ghezeljeh et al., 2021; Rees et al., 2021; Riley & Schmidt, 2015
Izzivi e-izobraževanj	neustrezna zasnovanost programa – tehnične težave pri izvedbi – načrtovanje usposabljanja – pomanjkanje praktičnih vaj – pomanjkanje izkušenj – slaba dostopnost do računalnika – slaba internetna povezava	Rees et al., 2021; Saint-Marc et al., 2019; Chong et al., 2016

DISKUSIJA

S pregledom literature smo želeli raziskati stališča medicinskih sester do e-izobraževanj v zdravstveni negi. Večina raziskav je pokazala pozitiven odnos, visoko stopnjo sprejetosti in pripravljenosti medicinskih sester za uvedbo e-izobraževanj, skupaj z dobro mero angažiranosti in zadovoljstva z izvedbo (Chong et al., 2016; Najafi Ghezeljeh et al., 2021; Rees et al., 2021; Riley & Schmidt, 2015; Stevens et al., 2020). Kljub temu se pojavljajo nekatere omejitve, kot so pomanjkanje izkušenj z uporabo tehnologij, tehnične težave, slaba dostopnost do računalnikov in internetne povezave (Rees et al., 2021; Saint-Marc et al., 2019; Chong et al., 2016). Starejše medicinske sestre, zlasti tiste, ki nimajo veliko izkušenj z digitalnimi orodji, so manj zadovoljne z e-izobraževanji, kar nakazuje na potrebo po zagotavljanju dodatne podpore in usposabljanja (Riley & Schmidt, 2015). E-izobraževanja ponujajo številne prednosti, kot so cenovna ugodnost, neomejena dostopnost, priročnost in časovna prilagodljivost (Najafi Ghezeljeh et al., 2021; Rees et al., 2021; Riley & Schmidt, 2015). Te prednosti medicinskim sestram omogočajo, da se izobražujejo v času, ki jim najbolj ustreza, hkrati pa zagotavljajo preprost dostop do obveznih usposabljanj, zmanjšujejo stroške in ustvarjajo podporno učno okolje (Riley & Schmidt, 2015). Pogosto se pojavijo tudi težave, kot so pomanjkljiva zasnova programov, tehnične težave pri izvedbi in pomanjkanje praktičnih vaj, ki lahko zmanjšajo učinkovitost e-izobraževanj (Chong et al., 2016; Rees et al., 2021). Za uspešno uvedbo e-izobraževanj sta ključnega pomena kakovostna zasnova programov (Stevens et al., 2020) ter angažiranost in podpora vodij zdravstvene nege (Najafi Ghezeljeh et al., 2021), saj vse to neposredno vpliva na kakovost zdravstvene nege (Monemi & Nematollahi, 2023; Singh-Weldon et al., 2022). Medicinske sestre pogosto dajejo prednost kombiniranim učnim pristopom, ki vključujejo tako e-izobraževanje kot tradicionalne oblike učenja (Saint-Marc et al., 2019). Pri tem je pomembno, da so učni programi interaktivni in spodbujajo razvoj kognitivnih ter praktičnih spretnosti, kar je še posebej pomembno v zdravstveni negi (Doğu & Tiryaki, 2023).

S pregledom literature smo ugotovili, da je število kakovostnih raziskav, ki preučujejo odnos in sprejetost medicinskih sester do e-izobraževanj v zdravstveni negi, omejeno. Te omejitve izhajajo iz majhnega števila raziskav, ki so bile izvedene na manjših vzorcih medicinskih

sester in bolnišnic, zaradi česar rezultati niso posplošljivi na celotno področje zdravstvene nege. Raziskave so pogosto temeljile na subjektivnih ocenah in poročanjih, kar zmanjša natančnost pridobljenih informacij. V Sloveniji tovrstne raziskave še niso bile izvedene, izjema pa je raziskava Hvalič Touzery in Skinder Savić (2015), ki sta preučevali odnos slovenskih študentov zdravstvene nege do e-izobraževanj. Ugotovili sta, da študenti e-izobraževanjem niso bili posebej naklonjeni, pri čemer so na njihovo zadovoljstvo pomembno vplivali dejavniki, kot so fleksibilnost učenja, timsko sodelovanje in organizacija e-učilnice. Visokošolske institucije in učitelji imajo pri uspešni implementaciji e-izobraževalnih programov ključno vlogo.

ZAKLJUČEK

Pregled literature je pokazal, da medicinske sestre večinoma izkazujejo pozitiven odnos do e-izobraževanj v zdravstveni negi. Ta omogočajo prilagodljiv način pridobivanja znanja, dostop do različnih učnih gradiv, karierni razvoj ter časovno in finančno prilagodljivost. Poleg tega izboljšujejo dostop do obveznih usposabljanj, zmanjšujejo stroške in omogočajo večjo časovno fleksibilnost. Kljub številnim prednostim pa ostajajo izzivi, kot so pomanjkljiva zasnova programov, tehnične težave, omejen dostop do IKT, pomanjkanje praktičnih vsebin ter neenakomerna digitalna pismenost, kar lahko vpliva na zadovoljstvo medicinskih sester, vključenih v e-izobraževanja in uspešnost izobraževanj. Kombinacija e-izobraževanj, interaktivnih delavnic in praktičnega usposabljanja se kažejo kot najboljši pristop za izboljšanje teoretičnega in praktičnega znanja ter razvoj kompetenc in veščin medicinskih sester.

Nadaljnje raziskave o učinkovitosti e-izobraževanj so nujne za izboljšanje različnih izobraževanj za zaposlene medicinske sestre, pri čemer bi bilo pomembno oblikovati tudi nacionalne smernice za implementacijo in raziskave, prilagojene specifičnim kliničnim okoljem v Sloveniji. Le tako bodo e-izobraževanja dolgoročno prispevala k razvoju stroke, večji usposobljenosti medicinskih sester in boljši kakovosti zdravstvene obravnave pacientov.

LITERATURA

- Chong, M. C., Francis, K., Cooper, S., Abdullah, K. L., Hmwe, N. T. T., & Sohod, S. (2016). Access to, interest in and attitude toward e-learning for continuous education among Malaysian nurses. *Nurse Education Today*, 36, 370–374. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.09.011>
- Clark, R. C., & Mayer, R. E. (2016). *E-learning and the science of instruction: Proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning* (4th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Doğu, Ö., & Tiryaki, Ö. (2023). The effect of the interactive workshop, e-learning and practice training given to nurses on injection to the ventrogluteal region on the knowledge and practices of nurses. *Karya Journal of Health Science*, 4(1), 60–64. <https://doi.org/10.52831/kjhs.1175226>
- Ebner, C., & Gegenfurtner, A. (2019). Learning and satisfaction in webinar, online, and face-to-face instruction: A meta-analysis. *Frontiers in Education*, 4(92), 1–11. <https://doi.org/10.3389/educ.2019.00092>
- Ennouamani, S., & Mahani, Z. (2017). An overview of adaptive e-learning systems. *2017 Eighth International Conference on Intelligent Computing and Information Systems (ICICIS)*, 342–347. <https://doi.org/10.1109/intelcis.2017.8260060>
- Hošková-Mayerová, Š., & Rosická, Z. (2015). E-learning pros and cons: Active learning culture? *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 191, 958–962. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.702>
- Hvalič Touzery, S., & Skinder Savić, K. (2015). Odnos študentov zdravstvene nege do e-izobraževanja. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(4), 295–305. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.59>
- Johnson, M., Levett-Jones, T., Langdon, R., Weidemann, G., Manias, E., & Everett, B. (2018). A qualitative study of nurses' perceptions of a behavioural strategies e-learning program to reduce interruptions during medication administration. *Nurse Education Today*, 69, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.028>
- Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A., & Mikkonen, K. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 745–761. <https://doi.org/10.1111/jocn.14710>

- Kumar Basak, S., Wotto, M., & Bélanger, P. (2018). E-learning, m-learning and d-learning: Conceptual definition and comparative analysis. *E-Learning and Digital Media*, 15(4), 191–216. <https://doi.org/10.1177/2042753018785180>
- Monemi, E., & Nematollahi, M. (2023). Online education and improvement of caring behaviors of nurses in pediatric wards: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 22(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01315-8>
- Najafi Ghezeljeh, T., Karimpour, R., Omrani, S., Haghani, S., & Emami, A. (2021). The effects of e-learning on patient safety culture in emergency nurses. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(3), 215–226. <https://doi.org/10.32598/jccnc.7.3.378.1>
- Nakamura, S., Takeuchi, S., Hoshino, T., Okubo, N., & Horiuchi, S. (2022). Effects of web-based learning for nurses on their care for pregnant women with hiesho (sensitivity of hands or feet to cold): A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(4), e12490. <https://doi.org/10.1111/jjns.12490>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal*, 372(71), 1403–1420. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Raja Harun, R. N. S., Hanif, M. H., & Choo, G. S. (2021). The pedagogical affordances of e-portfolio in learning how to teach: A systematic review. *Studies in English Language and Education*, 8(1), 1–15. <https://doi.org/10.24815/siele.v8i1.17876>
- Ratheeswari, K. (2018). Information communication technology in education. *Journal of Applied and Advanced Research*, 3(1), 45–47. <https://doi.org/10.21839/jaar.2018.v3is1.169>
- Rees, S., Farley, H., & Moloney, C. (2021). How registered nurses balance limited resources in order to maintain competence: A grounded theory study. *BMC Nursing*, 20(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00672-6>
- Riley, K., & Schmidt, D. (2015). Does online learning click with rural nurses? A qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*, 24(4), 265–270. <https://doi.org/10.1111/ajr.12263>
- Rouleau, G., Gagnon, M. P., Côté, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E., Dubois, C. A., & Bouix-Picasso, J. (2019). Effects of e-learning in a continuing education context on nursing care: Systematic review of systematic qualitative, quantitative, and mixed-studies reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 21(10), e15118. <https://doi.org/10.2196/15118>
- Saint-Marc, P., Ratiney, R., & Schlatter, J. (2019). Challenges in implementing an e-learning education program for syringe pump use. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 16(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2017-0079>
- Singh-Weldon, J., Tsianakas, V., Murrells, T., & Grealish, A. (2022). Preparing children's nurses for working with children and adolescents who self-harm: Evaluating the "our care through our eyes" e-learning training package. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1427–1437. <https://doi.org/10.1111/inm.13041>
- Souabi, S., Retbi, A., Khalidi Idrissi, M. K. I., & Bennani, S. (2021). Recommendation systems on e-learning and social learning: A systematic review. *Electronic Journal of E-Learning*, 19(5), 432–451. <https://doi.org/10.34190/ejel.19.5.2482>
- Stecula, K., & Wolniak, R. (2022). Advantages and disadvantages of e-learning innovations during COVID-19 pandemic in higher education in Poland. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 8(3), 159. <https://doi.org/10.3390/joitmc8030159>
- Stevens, C. J., Horrigan, J., Heale, R., & Koren, I. (2020). Northeastern Ontario nurses' perceptions of e-learning: An interpretive description. *Nurse Education Today*, 92, 104509. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104509>
- Wang, M., Ran, W., Liao, J., & Yang, S. J. H. (2010). A performance-oriented approach to e-learning in the workplace. *Journal of Educational Technology & Society*, 13(4), 167–179.
- Xing, W., Ao, L., Xiao, H., Cheng, L., Liang, Y., & Wang, J. (2018). Nurses' attitudes toward and needs for online learning: Differences between rural and urban hospitals in Shanghai, East China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1495. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071495>

Larissa Dolinar¹
Anamarija Trobec Pintar¹

doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego
larissa.dolinar@gmail.com

TEORIJE UČENJA IN NJIHOVA UPORABA V IZOBRAŽEVANJU ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE: PREGLED LITERATURE

Learning theories and their application in the education of nursing students: literature review

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I I

203

IZVLEČEK

Uvod: Teorije učenja – behaviorizem, kognitivizem, konstruktivizem in humanizem – ponujajo različne pristope, od zunanjih dražljajev do socialnih interakcij in celostnega učenja. Pregled literature preučuje njihovo uporabnost v izobraževanju študentov zdravstvene nege. **Metode:** Izveden je bil pregled znanstvene in strokovne literature s področja teorij učenja in izobraževanja v zdravstveni negi. Uporabljene so bile podatkovne baze MEDLINE, ScienceDirect in COBIB.SI, pri čemer je bila literatura v slovenskem ali angleškem jeziku ter objavljena med letoma 2014 in 2024. **Rezultati:** Behaviorizem je ključen za klinično usposabljanje zaradi strukturiranosti in ponavljanja. Kognitivizem omogoča razumevanje kompleksnih vsebin in sprejemanje odločitev. Konstruktivizem spodbuja aktivno učenje in timsko delo, humanizem pa prispeva k osebni rasti in etičnemu razmišljanju. Integracija teh teorij izboljšuje pripravljenost študentov zdravstvene nege na klinično prakso. **Diskusija in zaključek:** Uporaba posamezne učne teorije v procesu izobraževanja študentov zdravstvene nege prispeva k učinkovitejšemu učnemu procesu. Behaviorizem ostaja ključnega pomena pri osnovnem usposabljanju, kognitivizem pri reševanju zahtevnih problemov, medtem ko konstruktivizem in humanizem krepi socialne in čustvene veščine. Nadaljnje raziskovanje bi bilo smiselno osredotočiti na razvoj in evalvacijo kombiniranih učnih modelov, ki bi omogočili celostno izboljšanje izobraževalnega procesa v zdravstveni negi.

Ključne besede: zdravstvo, pristopi k učenju, vpliv na znanje, andragogika, humanizem

Prispevek je nastal na mag. študijskem programu Zdravstvena nega v okviru predmeta Izobraževanje odraslih v zdravstvu.

ABSTRACT

Introduction: Learning theories—behaviorism, cognitivism, constructivism, and humanism—offer diverse approaches, ranging from external stimuli to social interactions and holistic learning. This literature review examines their applicability in nursing education. **Methods:** A review of scientific and professional literature on learning theories and nursing education was conducted. The databases MEDLINE, ScienceDirect, and COBIB.SI were used, including literature in Slovenian or English published between 2014 and 2024. **Results:** Behaviorism is essential for clinical training due to its structured and repetitive nature. Cognitivism facilitates understanding complex content and decision-making. Constructivism encourages active learning and teamwork, while humanism contributes to personal growth and ethical reasoning. The integration of these theories enhances nursing students' preparedness for clinical practice. **Discussion and conclusion:** The application of individual learning theories in the education of nursing students contributes to a more effective learning process. Behaviorism remains essential for basic training, cognitivism for solving complex problems, while constructivism and humanism strengthen social and emotional competencies. Further research should focus on the development and evaluation of combined learning models that would enable a comprehensive improvement of the educational process in nursing.

Key words: healthcare, approaches to learning, behaviorism, andragogy, humanism

UVOD

Teorije učenja opisujejo, napovedujejo in razlagajo učne procese. Aliakbari et al. (2015) jih vidijo kot orodje za izbiro najučinkovitejših pristopov, Badyal & Singh (2017) kot osnovo za načrtovanje poučevanja. Pri tem pa Khalil et al. (2016) opozarjajo na pomanjkanje enotne definicije teorij učenja, kar otežuje njihovo klasifikacijo. Schunk & DiBenedetto (2020) navajata pet glavnih teorij: behaviorizem, socialno kognitivno teorijo, konstruktivizem, teorijo obdelave informacij in kognitivno teorijo. Filozofija izobraževanja odraslih in teorije učenja skupaj oblikujejo konceptualne okvirje za razumevanje znanja, spretnosti in stališč posameznika, kar vpliva na njegovo uspešnost (Mukhalalati & Taylor, 2019).

Zdravstveno osebje prevzema odgovornost za načrtovanje, izvajanje in evalvacijo učnih procesov. Zaradi tega je ključnega pomena, da zdravstveni delavci obvladujejo in v praksi uporabljajo teoretične pristope k učenju, ki so najučinkovitejši za doseg optimalnih učnih izidov. Mukhalalati & Taylor (2019) poudarjata, da so v kontekstu zdravstvene nege najbolj relevantne učne teorije kognitivizem, konstruktivizem, behaviorizem in humanizem. Behaviorističen pogled na učenje trdi, da se študenti učijo skozi pozitivna ali negativna vedenja ter s podpornimi zunanjimi motivatorji (Dilshad, 2017). Učenje pri behaviorizmu poteka s ponavljanjem, vajami, nagradami in kaznimi, osrednjo vlogo ima učitelj (Brečko, 2016). Od študentov se pričakuje, da pozorno poslušajo predavano snov in so močno samo motivirani (Sidney, 2015). Za razliko od behaviorizma, ki se osredotoča predvsem na opazno vedenje, kognitivizem poudarja notranje miselne procese študenta (Dilshad, 2017). Temelji na modelu človeškega spomina, ki vključuje senzorični, delovni in dolgoročni spomin (Klojčnik, 2021). V nasprotju z behaviorizmom poudarja razvoj znanja in razumevanja namesto zgolj kopičenja znanja. Po kognitivni teoriji se lahko vsakdo nauči česar koli, če je uporabljena ustrezna metodologija (Dilshad, 2017). Kognitivizem zagovarja uporabo spoznanja o delovanju možganov za razvoj strategij, ki izboljšujejo učenje, s čimer prispeva k učinkovitejšim učiteljskim pristopom (Klojčnik, 2021). Behaviorizem in kognitivizem

sta v svoji osnovi predvsem objektivna. Konstruktivizem pa spodbuja bolj odprto učno izkušnjo, kjer tako učni izidi kot metode niso enostavno merljivi in se lahko razlikujejo med posameznimi študenti (Dilshad, 2017). Humanizem kot učna teorija uporablja psihološki pristop, ki poudarja vpliv celotne osebnosti posameznika, vključno z njegovimi vrednotami, dostojanstvom, interesi in težavami. Poudarja pomen posameznikovih ciljev, želja, čustev in ustvarjalnosti ter predstavlja tok človečnosti (Muhajirah, 2020). Ključni so zaupanje, sprejemanje, pristnost učitelja in empatičnost. Učitelj je spodbujevalec, ki študentu omogoča uresničevanje njegovih želja ter dosego maksimalnega razvoja (Koteswaraiah & Basavanna, 2016).

Namen pregleda literature je raziskati uporabnost teorij učenja na področju izobraževanja študentov zdravstvene nege. Cilj pregleda literature je osvetliti teoretična izhodišča štirih ključnih učnih teorij – behaviorizma, kognitivizma, konstruktivizma in humanizma. Pri tem smo si postavili naslednje raziskovalno vprašanje: Kdaj v procesu izobraževanja študentov zdravstvene nege uporabiti posamezne učne teorije – behaviorizem, kognitivizem, konstruktivizem in humanizem?

METODE

Izveden je bil pregled znanstvene in strokovne literature s področja teorij učenja in izobraževanja študentov zdravstvene nege. Literaturo smo iskali v slovenskem in angleškem jeziku s ključnimi besedami: teorije učenja / theories of learning, študenti zdravstvene nege in teorije učenja / nursing students AND theories of learning, optimalne teorije učenja / optimal theories of learning, teorije učenja in zdravstvena nega/theories of learning AND nursing. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah PubMed, ScienceDirect in COBIB.SI. Uporabljena literatura je bila prosto dostopna v obsegu celotnega besedila in v obliki primarnih virov, hkrati pa je bila tudi časovno omejena, in sicer iz obdobja od leta 2014 do 2024.

Kakovost v analizo vključenih raziskav smo ocenili glede na hierarhijo dokazov, pri čemer smo dali prednost sistematičnim pregledom, metaanalizam in randomiziranim kontroliranim raziskavam, vključeni pa so bili tudi kvalitativni in kvantitativni članki. Kriteriji za vključitev literature so vključevali tematiko izobraževanja študentov zdravstvene nege, jasne metode in veljavne analize podatkov. Izključena je bila nedostopna literatura, starejša od 10 let ter sekundarna brez ustreznih referenc. Pridobljeno literaturo smo pregledali, analizirali ter razvrstili glede na ključne teme (behaviorizem, kognitivizem, konstruktivizem, humanizem).

REZULTATI

Behavioristični pristop v izobraževanju študentov zdravstvene nege temelji na ponavljanju nalog in nagrajevanju, kar študentom omogoča utrjevanje osnovnih kliničnih veščin. Lee et al. (2018) so ugotovili, da simulacije, ki vključujejo behavioristične metode, izboljšujejo klinično uspešnost in motivacijo študentov. Simulacije jim omogočajo varno pridobivanje praktičnih izkušenj, kar povečuje njihovo samozavest in pripravljenost za delo v realnih kliničnih situacijah. Podobno Ramzan et al. (2017) poročajo o pozitivni povezavi med učnimi vedenji kliničnih mentorjev in učenjem študentov, saj behaviorizem omogoča strukturirano posredovanje praktičnih znanj. Klinični mentorji, ki uporabljajo ta pristop, jasno določijo cilje, pričakovanja in zagotavljajo neposredno povratno informacijo, kar pripomore k učinkovitejšemu učenju. Behavioristični pristop ima pomembno vlogo pri učenju osnovnih kliničnih veščin in pri oblikovanju profesionalnih kompetenc. Baker-Rush et al. (2015) so raziskovali vpliv behaviorističnih pristopov na vključenost

študentov v učni proces. Rezultati kažejo, da strukturirana navodila in jasne povratne informacije zmanjšujejo strah, povečujejo osredotočenost in angažiranost, kar je ključno za pridobivanje praktičnih spretnosti. Kermansaravi et al. (2015) so raziskovali stališča študentov zdravstvene nege in ugotovili, da behavioristični pristopi zmanjšujejo občutek negotovosti, saj zagotavljajo jasno strukturo in pričakovanja. Rezultati potrjujejo, da behavioristični pristop učinkovito podpira razvoj ključnih kliničnih spretnosti in samozavesti pri študentih.

Kognitivistični pristopi se v izobraževanju uporabljajo predvsem pri učenju kompleksnih vsebin, razvoju kritičnega mišljenja ter povezovanju teorije in prakse. Tabatabee et al. (2024) so ugotovili, da kognitivna obremenitev vpliva na uspešnost študentov pri odločanju v kliničnih situacijah, zato se ta pristop pogosto uporablja pri usposabljanju za reševanje problemov. Hsieh et al. (2016) so dokazali, da učne metode, kot so raziskovalno utemeljena predavanja in simulacije, spodbujajo kritično mišljenje, analizo informacij in uporabo znanja v realnih okoliščinah. Uporaba takšnih učnih metod je še posebej pomembna v zdravstveni negi, kjer je treba teoretično znanje prenesti v klinično prakso. Sadret et al. (2023) so raziskovali kognitivistične pristope v preventivnem izobraževanju in ugotovili, da so učinkoviti pri ozaveščanju o zdravju, saj ne le povečujejo znanje, temveč tudi spodbujajo vedenjske spremembe. Kermansaravi et al. (2015) so poudarili, da je kognitivistični pristop posebej učinkovit pri učenju zapletenih vsebin, kadar so učni cilji jasno določeni in podprti z logično strukturo vsebine.

Konstruktivistični pristop poudarja aktivno učenje in sodelovanje. Ko et al. (2019) so raziskovali zaznavanje dobrega načina poučevanja in ugotovili, da so študenti bolj zadovoljni, ko pouk vključuje konstruktivistične pristope, kot so skupinsko delo in aktivne razprave. Duane & Satre (2014) trdita, da konstruktivizem omogoča fleksibilno učenje, kjer študenti raziskujejo odgovore in razvijajo lastne strategije za reševanje problemov, kar je ključno za razvoj veščin, potrebnih v dinamičnem zdravstvenem okolju.

Humanistična teorija poudarja spoštovanje individualnih potreb in čustev študentov, kar spodbuja njihovo osebno in strokovno rast. Ghiyasvandian et al. (2018) so ugotovili, da takšni pristopi krepijo samozavest in etično razmišljanje. Ko et al. (2019) so ugotovili, da pozitiven odnos med učiteljem in študentom povečuje motivacijo in zadovoljstvo z učnim procesom. Koteswaraiah & Basavanna (2016) poudarjata, da humanistični učni pristopi ustvarjajo spodbudno okolje, kjer se študenti počutijo podprti in vključeni. Johnson (2014) poudarja, da humanistični pristop izboljšuje učne izkušnje, tako da povezuje učno vsebino z življenjskimi izkušnjami študentov in pri tem upošteva tudi njihova čustva. Ghiyasvandian et al. (2018) navajajo, da je empatija učitelja ključna za zagotavljanje občutka varnosti in spodbude, kar prispeva k osebnemu razvoju in učinkovitejšemu učenju študentov.

Prednosti in slabosti učnih teorij smo primerjali z vidika njihove uporabnosti v izobraževanju študentov zdravstvene nege. V končno analizo smo vključili 10 enot literature (Tabela 1).

Tabela 1: Prikaz ključnih ugotovitev identificiranih raziskav, vključenih v analizo

Avtor, leto in država	Vrsta raziskave	Namen	Velikost vzorca	Merski instrument	Ključne ugotovitve
Baker-Rush et al., 2021, ZDA	Kvantitativna	Raziskati, kako psihološki principi in behavioristični pristopi vplivajo na vključenost študentov v učni proces in njihovo učenje.	149 študentov	Simulacija	Obstaja možen vpliv zavestnih in podzavestnih misli ali strahov, čustev in miselnih procesov, ki vodijo v vedenje, ki vplivajo na učenje ter vključenost študentov.
Ghiyasvandian et al., 2018, Iran	Kvalitativna	Uporaba humanističnega pristopa v izobraževanju študentov zdravstvene nege.	16 študentov	Polstrukturirani intervjuji	Ugotovili so, da je humanistični pristop spodbudil pri študentih zdravstvene nege predvsem razvoj etičnih potreb in vidikov. Spoštovanje študentov kot edinstvenih osebnosti je pripomoglo k višji samozavesti omenjenih.
Kermansaravi et al., 2015, Iran	Kvalitativna	Razumeti stališča in izkušnje študentov zdravstvene nege glede izzivov in pomanjkljivosti v sistemu izobraževanja zdravstvene nege.	40 študentov	Intervju	Pogledi in izkušnje študentov glede kakovosti izobraževanja zdravstvene nege so opozorili na potrebo po skrbnem izbiranju in zaposlovanju kliničnih mentorjev, ocenjevanju njihovega pedagoškega dela in učnih pristopov.
Ko et al., 2019, Kitajska	Kvantitativna	Identificirati dobro poučevanje in zaželeno vedenje pri poučevanju.	324 študentov	Anketni vprašalnik	Ugotovili so, da so študenti bolj zadovoljni s tradicionalnimi načini poučevanja. Pri tem pa avtorji poudarjajo, da je v obzir treba vzeti tudi okolje ter politične ureditve v posamezni državi.
Lee et al., 2018, Kitajska	Kvalitativna	Raziskati dinamiko obdelave informacij pri študentih zdravstvene nege za gradnjo znanja in učnega konteksta.	15 študentov	Intervju	Z raziskavo so identificirali dinamiko gradnje znanja, ki je sestavljena iz treh kognitivnih procesov: povezovanje z informacijami, odločanje o sprejemu informacij in gradnja znanja.
Nes et al., 2021, Norveška	Kvalitativna	Raziskati izkušnje študentov zdravstvene nege pri učenju procesa zdravstvene nege z uporabo mešane učne metode.	240 študentov	Intervju	Študenti so metodo mešanega poučevanja, ki je vključevala metodo obratnega učenja z digitalnimi primeri, doživeli kot pomembno pripravo za praktično delo. Ta metoda je bila uporabna pri prenosu pridobljenega znanja na resnične primere pacientov v klinični praksi.

Ramzan et al., 2017, Pakistan	Kvantitativna	Oceniti povezavo med učnimi vedenji kliničnih mentorjev in učenjem študentov v učnih okoljih.	180 študentov	Vprašalnik	Ugotovili, da ima 89 % učnih vedenj močno in pozitivno povezavo z učenjem študentov, kar bistveno vpliva na njihov učni proces. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da imajo vedenja kliničnih mentorjev pozitivno povezavo in vpliv na učenje študentov.
Tabatabaee et al., 2024, Iran	Kvantitativna	Raziskati povezavo med komponentami teorije kognitivizma in spominom, notranjo in zunanjo obremenitvijo.	151 študentov	Vprašalnik	Rezultati raziskave so pokazali, da ima teorija kognitivne obremenitve pri učenju na delovnem mestu ustrezno skladnost s komponentami spomina, notranje kognitivne obremenitve, zunanje kognitivne obremenitve in kliničnih spretnosti odločanja kot ključnimi učnimi izidi v izobraževanju študentov zdravstvene nege.
Sadr et al., 2023, Iran	Kvantitativna	Ugotoviti učinek usposabljanja za ozaveščanje o škodljivostih kajenja, temelječega na teoriji kognitivizma, na povečanje ozaveščenosti ženskih zdravstvenih aktivistk o kajenju in njegovih negativnih posledicah.	862 žensk	Pre-test/post-test	Izobraževalna intervencija, temelječa na teoriji kognitivizma, o uporabi tobaka in njegovih škodljivih učinkih je izboljšala ozaveščenost žensk o škodljivosti tobaka, zato lahko zdravstveni delavci uporabijo omenjeno metodo intervencije.
Hsieh et al., 2016, Tajvan	Kvantitativna	Oblikovati nov izobraževalni program za študente zdravstvene nege.	187 študentov	Eksperiment	Ugotovili so, da je vključevanje na dokazih temelječe prakse skupaj s konstruktivizmom in kognitivnimi teorijami izboljšalo znanje študentov zdravstvene nege.

DISKUSIJA

Raziskovalno vprašanje, ki se osredotoča na vpliv različnih učnih teorij na izobraževanje študentov zdravstvene nege, je bilo naslovljeno s pomočjo empiričnega pregleda literature. Ugotovili smo da vsaka teorija – behaviorizem, kognitivizem, konstruktivizem in humanizem – prispeva k posameznim fazam učnega procesa. Behaviorizem se izkaže kot najučinkovitejši pri učenju tehničnih in psihomotoričnih spretnosti, saj ponavljanje in nagrajevanje omogočata hitro usvajanje osnovnih kliničnih postopkov (Ramzan et al., 2017; Lee et al., 2018). Kognitivizem olajšuje razumevanje kompleksnih zdravstvenih konceptov ter spodbuja analitično razmišljanje in reševanje problemov, kar je ključno za uspešno odločanje v kliničnih situacijah (Hsieh et al., 2016; Tabatabaei et al., 2024). Konstruktivizem poudarja pomen aktivnega učenja, sodelovanja in refleksije, kar izboljšuje prenos znanja v prakso in krepi timsko delo (Ko et al., 2019). Humanizem pa poudarja čustveno in osebno dimenzijo učenja, s čimer spodbuja samozavest, empatijo in razvoj profesionalne identitete bodočih zdravstvenih delavcev (Ghiyasvandian et al., 2018).

Pregled literature potrjuje, da je treba v proces izobraževanja v zdravstveni negi vključiti različne učne teorije in da ni dovolj uporaba le ene izmed navedenih učnih teorij. Optimalni učni modeli bi tako morali kombinirati behavioristične pristope za usvajanje osnovnih kliničnih spretnosti, kognitivistične pristope za razumevanje teoretičnih vsebin, konstruktivistične pristope za razvoj sodelovanja in kritičnega mišljenja ter humanistične pristope za podporo osebni in strokovni rasti študentov zdravstvene nege.

Pri pregledu literature so se pojavile določene omejitve, kot so geografska koncentracija raziskav in pomanjkanje empiričnih raziskav, ki bi podrobneje preučile sinergijo med različnimi učnimi teorijami. Praktična vrednost ugotovitev se kaže v možnostih prilagoditve učnih pristopov specifičnim potrebam študentov zdravstvene nege. V prihodnje bi bilo smiselno razviti in testirati izobraževalne modele, ki združujejo ključne elemente behaviorizma, kognitivizma, konstruktivizma in humanizma, ter raziskati njihov vpliv na dolgoročno uspešnost in zadovoljstvo študentov v kliničnem okolju. Pregled literature razkriva pomanjkanje enotnih definicij in klasifikacij učnih teorij, kar otežuje njihovo praktično uporabo in oceno učinkovitosti. Rezultati raziskav pa so pokazali, da kombinacija učnih teorij ponuja najbolj celovit pristop v izobraževanju, saj samo ena teorija ne pokriva vseh aspektov učenja v zdravstveni negi. Omejitve pregledanih raziskav vključujejo geografsko koncentracijo in raznolike metode zbiranja podatkov, kar omejuje generalizacijo ugotovitev.

ZAKLJUČEK

Na podlagi analizirane literature o uporabnosti teorij učenja v izobraževanju študentov zdravstvene nege lahko zaključimo, da pregled omogoča pomemben prispevek k razumevanju različnih učnih teorij in njihovih specifičnih prednosti v izobraževalnem procesu. Behaviorizem je posebej koristen za razvoj tehničnih spretnosti in izvajanje kliničnih usposabljanj, kjer ponavljanje in sistematično ocenjevanje krepi samozavest in učinkovitost študentov zdravstvene nege.

Za nadaljnje raziskovanje predlagamo preučitev integriranih modelov učenja, ki združujejo behaviorizem, kognitivizem, konstruktivizem in humanizem, ter ocenitev vpliva učnih teorij na dolgoročne učne izide in profesionalizacijo poklica. Teoretično bi lahko kombinacija različnih učnih teorij ustvarila okvir za večdimenzionalne učne pristope, ki izboljšujejo učinkovitost izobraževalnih procesov v zdravstveni negi. Praktično bi to omogočilo bolj prilagojene študijske programe zdravstvene nege, kar bi lahko vplivalo na dvig strokovne kompetentnosti in osebno rast bodočih medicinskih sester.

LITERATURA

- Aliakbari, F., Parvin, N., Heidari, M. & Haghani, F. (2015). Learning theories application in nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(2), 3–11. <https://doi.org/10.4103%2F2277-9531.151867>
- Badyal, D. K., & Singh, T. (2017). Learning theories: the basics to learn in medical education. *International Journal of Applied & Basic Medical Research*, 7(1), 1–3. https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_385_17
- Baker-Rush, M. L., Pabst, A., Aitchison, R., Anzur, T., & Paschal, N. (2021). Fear in Interprofessional Simulation: The role of psychology and behaviorism in student participation and learning. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 24, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100432>
- Brečko, N. B. (2016). Spremenjene pedagoške prakse z uporabo IKT. *Andragoška spoznanja*, 22(4), 43–56. <http://dx.doi.org/10.4312/as.22.4.43-56>
- Dilshad, M. N. (2017). Learning theories: Behaviorism, cognitivism, constructivism. *International Education and Research Journal*, 3(9), 64–66.
- Duane, B. T., & Satre, M. E. (2014). Utilizing constructivism learning theory in collaborative testing as a creative strategy to promote essential nursing skills. *Nurse education today*, 34(1), 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.03.005>
- Ghiyasvandian, S., Abdolrahimi, M., Zakerimoghadam, M., & Ebadi, A. (2018). Therapeutic communication of Iranian nursing students: A qualitative study. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 26(3), 1757–1774. <http://www.pertanika.upm.edu.my/>
- Hsieh, S. I., Hsu, L. L., & Huang, T. H. (2016). The effect of integrating constructivist and evidence-based practice on baccalaureate nursing student's cognitive load and learning performance in a research course. *Nurse Education Today*, 42(4), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.025>
- Johnson, A. P. (2014). Humanistic learning theory. *Education psychology: Theories of learning and human development*, 1–10.
- Kermansaravi, F., Navidian, A., & Yaghoobinia, F. (2015). Nursing students' views of nursing education quality: a qualitative study. *Global journal of health science*, 7(2), 351–359. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p351>
- Khalil, M. K., & Elkhider, I. A. (2016). Applying learning theories and instructional design models for effective instruction. *Advances in Physiology Education*, 40(2), 147–156. <https://doi.org/10.1152/advan.00138.2015>
- Klojčnik, M. (2021). Teorija kognitivne obremenitve v praksi: kako lahko učencem pomagamo, da se učijo učinkoviteje. *Vzgoja in izobraževanje*, 52(6), 6–9. <https://doi.org/10.59132/viz/2021/6/6-9>
- Ko, I., Kim, J., & Lee, J. (2019). Good teaching and desirable teaching behaviors perceived by nursing students. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 25(4), 496–507. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2019.25.4.496>
- Koteswaraiah, G. & Basavanna, M. (2016). Humanistic approach to education. *Journal of Indian Education*, 25(2), 1–12.
- Lee, J. J., Clarke, C. L., Carson, M. N., & Yang, S. C. (2018). How do Korean nursing students build knowledge? A constructivist grounded theory study. *BMJ open*, 8(7), e022050. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022050>
- Muhajirah, M. (2020). Basic of learning theory: (behaviorism, cognitivism, constructivism, and humanism). *International Journal of Asian Education*, 1(1), 37–42. <https://doi.org/10.46966/ijae.v1i1.23>
- Mukhalalati, B. A., & Taylor, A. (2019). adult learning theories in context: a quick guide for health-care professional educators. *Journal of medical education and curricular development*, 6, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2382120519840332>
- Nes, A. A., Høybakk, J., Zlamal, J., & Solberg, M. T. (2021). Mixed teaching methods focused on flipped classroom and digital unfolding case to enhance undergraduate nursing students' knowledge in nursing process. *International Journal of Educational Research*, 109, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2021.101859>
- Ramzan, S., Kousar, R., Chanda Jabeen, A. W., & Gilani, S. A. (2017). The behaviors of clinical nursing faculty toward Student learning. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Science*, 3, 669–80. <https://saudijournals.com/>
- Sadr, Z., Hossieni, F. S., Hemayatkhah, M., & Masjedi, M. (2023). The Effect of Awareness Training on the Harms of Smoking Based on the Cognitivism Theory on Raising the Level of Awareness of Female Health Activists. *Sociology of Education*, 9(2), 117–126. <https://doi.org/10.22034/ijes.2021.541983.1184>
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary educational psychology*, 60, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
- Sidney, P. F. (2015). *Evaluating a behaviorist and constructivist learning theory for 21st century learners*. Georgia Educational Research Association Conference, 17. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/gera/2015/2015/17>
- Tabatabaee, S. S., Jambarsang, S., & Keshmiri, F. (2024). Cognitive load theory in workplace-based learning from the viewpoint of nursing students: application of a path analysis. *BMC medical education*, 24(1), 678. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05664-z>

IMPLEMENTACIJA EKIPE ZA HITRO POSREDOVANJE V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

Implementation of medical emergency team at University Medical Center Ljubljana

IZVLEČEK

Medical Emergency Team ali ekipa za hitro posredovanje je multidisciplinarni tim. Ekipa za hitro posredovanje najdemo v bolnišnicah širom sveta s ciljem preprečiti nepričakovane kritične dogodke in nepotrebne sprejeme v enote intenzivne terapije. Pacienti običajno kažejo znake kliničnega poslabšanja več ur pred srčnim zastojem ali smrtjo, kar omogoča čas za intervencije in potek zdravljenja. Medical Emergency Team ni reanimacijska ekipa, temveč deluje v zgodnji fazi poslabšanja bolnikov še pred srčnim zastojem. Raziskave kažejo, da Medical Emergency Team zmanjšuje hospitalno smrtnost, vpliva na število sprejemov v enote intenzivne terapije, kar kaže na splošno izboljšanje oskrbe bolnikov. Kriteriji za aktivacijo ekipe temeljijo na v Angliji oblikovanem orodju nacionalni opozorilni skali, ki vsebuje izmerjene fiziološke vrednosti, kot so frekvenca dihanja, srčna frekvenca in krvni tlak. Nacionalna zgodnja opozorilna skala je orodje, ki pomaga pri prepoznavanju kliničnega poslabšanja in aktivaciji Medical Emergency tima. Univerzitetni klinični center Ljubljana je uvedel Medical Emergency tim, ki deluje na osnovi zgodnje opozorilne skale. Medical Emergency tim v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana je trenutno pilotni projekt in deluje 24 ur na dan na Kliničnem oddelku za travmatologijo in Kliničnem oddelku za kirurške okužbe s ciljem postopne razširitve na druge klinične oddelke v prihodnosti. Izobraževanje in kontinuirano usposabljanje osebja sta ključna za uspešno delovanje sistema Medical Emergency tima.

Ključne besede: Medical Emergency Team, zgodnja opozorilna skala, klinično poslabšanje pacienta

ABSTRACT

Medical Emergency Team or rapid response team, consisting of a multidisciplinary team. Rapid response teams are found in hospitals around the world, with the aim of preventing unexpected critical events and unnecessary admissions to intensive care units. Patients usually show signs of clinical deterioration several hours before cardiac arrest or death, allowing time for interventions and treatment. The Medical Emergency Team is not a resuscitation team, but operates in the early phase of patient deterioration, even before cardiac arrest. Research shows that the Medical Emergency Team reduces hospital mortality, affects the number of admissions to intensive care units, which indicates an overall improvement in patient care. The criteria for activating the team are based on a tool developed in England, the National Early Warning Scale, which contains measured vital signs such as respiratory rate, heart rate and blood pressure. The National Early Warning Scale is a tool that helps in recognizing clinical deterioration and activating the Medical Emergency Team. The University Clinical Center Ljubljana has introduced the Medical Emergency Team, which operates on the basis of the Early Warning Scale. The Medical Emergency Team at the University Medical Center Ljubljana is currently a pilot project and operates 24 hours a day at the Clinical Department of Traumatology and the Clinical Department of Surgical Infections, with the aim of gradually expanding to other clinical departments in the future. Education and continuous training of staff are key to the successful operation of the Medical Emergency Team system.

Key words: Medical Emergency Team, National Early Warning Score, clinical deterioration of patients.

UVOD

Številnim pacientom na bolnišničnih oddelkih se lahko klinično stanje med hospitalizacijo nenadno poslabša, kar lahko privede do nepričakovanega sprejema v enote intenzivne terapije ali celo do srčnega zastoja in smrti. Ocenjuje se, da je približno polovico resnih nezaželenih poslabšanj kliničnih stanj bolnikov mogoče preprečiti. Pogosto bolniki več ur kažejo posamezne znake fiziološkega poslabšanja (v povprečju šest ur) (Maharaj et al., 2015), Bellomo (2018) navaja tudi do 24 ur pred dejanskim srčnim zastojem. Teoretično je to dovolj časa za posege, ki bi spremenili potek poslabšanja. Ta »neuspeh reševanja« je v svetu bil povod za uvedbo sistemov hitrega odziva (Rapid response system – RRS) (Maharaj et al., 2015), v literaturi poimenovani tudi Medical emergency team (Ahmed et al., 2016). Eno izmed orodij, ki izboljšuje zaznavanje in odzivanje na klinično poslabšanje pri odraslih pacientih se imenuje National Early Warning Score (NEWS) (Royal College of Physicians, 2017).

EKIPA ZA HITRO POSREDOVANJE

Medical emergency team (MET) (slovenski prevod ekipa za hitro posredovanje), imenovan tudi rapid response team (RRT), je funkcionalni odzivni del Rapid response systema (RRS) (Levkovich, et al., 2021). MET deluje že več desetletij (Welch & Subbe, 2014) v vseh bolnišnicah v Avstraliji, večini bolnišnic na Novi Zelandiji, Danskem, Nizozemskem, Švedskem, v Angliji, Kanadi in Združenih državah Amerike (Bellomo, 2018). Prav tako v posameznih bolnišnicah timi delujejo tudi v Braziliji, Italiji, Portugalski, Nemčiji, Iranu, na Finskem, v Savdski Arabiji in na Japonskem (Bellomo, 2018), v Egiptu (Hosny et al., 2024). Cilj ekipe je identificirati oziroma obravnavati pacienta v zgodnji fazi poslabšanja kliničnega stanja in preprečiti kritične

dogodke (Ahmed et al. 2016). Glavna funkcija tima ni odziv in ukrepanje ob srčnem zastoj, temveč preprečitev nastanka srčnega zastoja oz. preprečiti nepričakovano/pričakovano smrt in nenačrtovane sprejeme v enote intenzivne nege/terapije. Običajno MET posreduje in ukrepa pri pacientih z respiratornimi, nevrološkimi in kardiološkimi poslabšanji (Bellomo, 2018). Po implementaciji MET v klinično okolje številne raziskave opisujejo povezavo z zmanjšano hospitalno smrtnostjo in številom srčnih zastojev zunaj intenzivne terapije (Berg, 2010; Maharaj, 2015; Solomon, 2016; Al-Omari et al., 2019). Al-Omari et al. (2019) navaja, da raziskave navajajo močan upad sprejemov v intenzivno terapijo po uvedbi MET oz. RRS. Prav tako navaja upad umrljivosti v bolnišnicah. Obenem Gale (2020) navaja, da je analize, ki povezujejo delovanje MET in pogostost sprejemov pacientov v enote intenzivne terapije ter uspeh zaključka zdravljenja, težje interpretirati. Navaja, da zvišanje ali znižanje premestitev pacientov v enote intenzivne terapije z uporabo različnih protokolov, tehnologije, lahko kaže na sedanjo splošno boljšo oskrbo pacientov kot v preteklosti. Navaja tudi, da se učinki implementacije MET kažejo šele po daljšem časovnem obdobju v odvisnosti od varnostne kulture delovnega okolja (Gale, 2020).

MET je običajno kadrovsko multidisciplinarni tim, ki je prilagojen institucionalnim potrebam in kadrovskim virom. Glede na navedeno se sestava in delo tima lahko glede na delovno okolje nekoliko razlikujeta (Maharaj et al., 2015). V Združenem kraljestvu lahko ekipo za hitri odziv vodi medicinska sestra, v Združenih državah Amerike (ZDA) medicinska sestra ali respiratorni terapevt (Priestley, 2004; Chan, 2008). V Avstraliji, Novi Zelandiji in Skandinaviji je ekipa pod vodstvom zdravnika (Hillman et al., 2005; Konrad et al. 2010). Optimalna sestava ekipe za hitri odziv ni znana in je odvisna od organizacijske strukture (Maharaj et al., 2015). Bellomo (2018) navaja, da se MET ne enači kot reanimacijska ekipa. V nekaterih bolnišnicah reanimacijska ekipa deluje vzporedno z MET. Člani MET pa lahko prav tako posredujejo ob srčnih zastojih oziroma njihove delovne naloge obsegajo tako posredovanje kot ekipa za srčni zastoj in tudi kot MET, odvisno od organizacije hospitalnega okolja.

Tan & Delaney (2014) navajata, da so občasno pri posameznih pacientih intervencije MET tudi povod za začetek razprave o nadaljevanju zdravljenja in paliativni oskrbi ob koncu življenja. Ob tem navajata pomembnost usposobljenega in za obravnavo opremljenega strokovnega kadra za soočenje s temi situacijami.

Raziskave poudarjajo tudi pomen kontinuiranega izobraževanja uporabnikov in izvajalcev MET. Več člankov tudi omenja izvajanje treningov izvedenih ukrepov ob simulacijah poslabšanj kliničnega stanja pri bolnikih (Hillman et al., 2005; Bellomo, 2018; Le Guen & Costa-Pinto, 2021).

NATIONAL EARLY WARNING SCORE – NEWS

Večina ekip za hitri odziv na podlagi smernic uvedbe RRS uporablja podobne kriterije za aktivacijo ekipe. V uporabi so kot zgodnji opozorilni znaki frekvenca dihanja, srčna frekvenca, krvni tlak, stanje zavesti kot tudi kriterij »zaskrbljenosti osebja«. Pogostost beleženja vitalnih znakov zunaj enot intenzivne terapije je običajno manj kot petkrat na dan. Razlike pri aktivaciji ekipe lahko vplivajo na učinkovitost ekipe za hitri odziv. Neaktivacija in zamujene aktivacije ekipe lahko povzročijo zamujeno prepoznavo kritično ogroženega pacienta in škodo vpeljanemu sistemu. Prav tako prepogosta aktivacija lahko povzroči preobremenjenost sistema (Maharaj et al., 2015).

Nacionalna zgodnja opozorilna skala (National Early Warning Score – NEWS) je orodje, ki so ga razvili v Združenem kraljestvu in izboljšuje zaznavanje in odzivanje na klinično poslabšanje pri odraslih pacientih. Je ključni element varnosti pacientov in izboljšanja izidov zdravljenja. Opozorilna skala se je kasneje nadgradila v NEWS 2. Med spremembami je poudarek tudi na pomembnosti razmišljanja o prisotnosti sepse. NEWS 2 je doživel široko uveljavitev v Angliji (Royal College of Physicians, 2017).

NEWS temelji na preprostem ocenjevalnem sistemu, v katerem se točke dodelijo fiziološkim meritvam, ki so že zabeležene v rutinski praksi med hospitalizacijo bolnika. Sestavlja ga šest preprostih fizioloških parametrov:

- frekvenca dihanja,
- nasičenost krvi s kisikom (SpO_2),
- sistolni krvni tlak,
- srčna frekvenca,
- stanje zavesti,
- telesna temperatura (Royal College of Physicians, 2017).

Posamezne točke se določijo vsakemu fiziološkemu parametru, ki je izmerjen, pri čemer vrednost točk odraža, kako močno se parameter razlikuje od mejne vrednosti. Točke se seštevajo in povečajo za 2 točki pri pacientih, ki za zadostno vrednost nasičenosti krvi s kisikom potrebujejo dodatek kisika. Ta pristop je ciljno usmerjen z namenom sistemske standardizacije in uporabi fizioloških parametrov, ki se že rutinsko merijo v bolnišnicah (Royal College of Physicians, 2017).

Izmerjene vrednosti so od 0 do 20. Vrednost NEWS 2 ≥ 5 zahteva takojšen klinični pregled (Royal College of Physicians, 2017). Pri vrednosti NEWS 5 ali več se priporoča poseben »razmislek o prisotnosti sepse« (Royal College of Physicians, 2017). Baker, et al. (2021) navaja primernost uporabe NEWS 2 merilnega orodja kot občutljivo metodo za prepoznavanje kliničnega poslabšanja pri hospitaliziranih bolnikih s covidom-19 kljub relativno visoki stopnji lažno pozitivnih sprožilcev.

Royal College of Physicians (2017) priporoča razdelitev izmerjenih vrednosti na štiri stopnje sprožilcev za klinično opozorilo, in sicer NIZKO opozorilo (NEWS vrednost 1–4), RDEČE opozorilo (vrednost 3 pri posameznem parametru), SREDNJE opozorilo (NEWS vrednost 5–6) in VISOKO opozorilo (vrednost NEWS več kot 7). Glede na stopnjo opozorila se nato aktivira ustrezna aktivnost ali ekipa npr. pogostejše opazovanje obposteljne medicinske sestre, posredovanje nadzorne medicinske sestre, lečečega zdravnika ali aktivacija MET klica.

Za olajšanje standardiziranega in nacionalno usklajenega pristopa beleženja vitalnih znakov je bil razvit barvno označen temperaturni list (grafikon NEWS). Namen grafikona je vizualno opozoriti lečeče zdravstveno osebje o morebitnem kliničnem poslabšanju in spremljati zdravstveno stanje bolnika na kliničnem oddelku (Royal College of Physicians, 2017).

Zgodnja opozorilna skala NEWS ni zanesljiva pri naslednjih stanjih/pacientih:

otročih, mlajših od šestnajst let, ali nosečnicah, ker se fiziološki odziv na akutno bolezen lahko glede na fiziologijo otroka in nosečnosti spremeni;

bolnikov s poškodbami hrbtenjače (tetraplegija ali visoka paraplegija) zaradi motenj v delovanju avtonomnega živčnega sistema (Royal College of Physicians, 2017).

IMPLEMENTACIJA MET V UKC LJUBLJANA

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKC) je pod okriljem Oddelka za urgentno anesteziološko dejavnost v okviru Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok marca 2023 začel delovati Medical Emergency Team (MET). Ekipo sestavljata specialist anesteziolog in diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v anesteziji. Ekipo je namenjena hitremu ukrepanju ob poslabšanju bolnikovega kliničnega stanja. Cilj ekipe je identificirati oziroma obravnavati bolnika v zgodnji fazi poslabšanja kliničnega stanja in preprečiti kritične dogodke.

Aktivacija MET temelji na vrednosti zgodnje opozorilne skale (ZOS). ZOS je orodje NEWS s posameznimi prilagoditvami za slovensko klinično okolje. Posamezni vitalni znaki so ovrednoteni s točkami v ZOS tabeli. Ocenjuje se frekvenca dihanja, spO_2 , dodatek kisika, sistolni krvni tlak, srčna frekvenca, zavest in temperatura. Najvišja ZOS vrednost je 20. Posamezne vrednosti medicinska sestra vpiše na posebej barvno izoblikovano tabelo.

Na osnovi ZOS vrednosti večji kot 5 medicinska sestra/fizioterapevt/zdravnik na oddelku aktivira MET na DECT številko 77-77. Glede na vrednost ZOS je odvisen tudi odzivni čas ekipe MET. Ekipo deluje 24h/dan. MET je pilotni projekt, ki je začel delovati na Kliničnem oddelku za travmatologijo, 2024 so ga implementirali tudi na Klinični oddelek za kirurške okužbe. V prihodnje je namen implementacija tudi na druge klinične oddelke v UKC.

Poleg omenjenih intervencij ZOS je po aktivaciji reanimacije na kliničnem oddelku v UKC naloga MET tudi vodenje reanimacije na vseh kliničnih oddelkih v UKC.

ZAKLJUČEK

V literaturi je mogoče zaslediti uveljavljenost MET po vsem svetu kot ključnega dejavnika pri preprečevanju nepričakovanih smrti in nepotrebnih sprejemih v enote intenzivne terapije. Razviti so različni instrumenti, ki opozarjajo na klinično poslabšanje bolnika. Implementacija MET in sistemov NEWS je pokazala pozitivne učinke na bolnikovo varnost in izid zdravljenja. MET kot pilotni projekt predstavlja pomemben korak k izboljšanju zdravstvene oskrbe bolnikov v slovenskem prostoru. Pri tem pilotnem projektu imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri uspešni implementaciji sistema. Z njihovim rednim beleženjem, poznavanjem ZOS in aktivacijo MET klika se bo pokazala potreba po MET ekipi. Za uspešno uveljavljenost v slovenskem kliničnem prostoru je za MET ekipo ključna vztrajna promocija projekta, izobraževanje uporabnikov sistema in izvajanje simulacij kritičnih stanj.

LITERATURA

- Ahmed, E., Chernyak-Hai, L., Fein, E. C., Mackie B., & O'Quinn, C. R. (2016). Six habits to enhance MET performance under stress: A discussion paper reviewing team mechanisms for improved patient outcomes. *Australian Critical Care*, 29, 104-109. DOI:10.1016/j.aucc.2015.07.006
- Al-Omari, A., Aljamaan, F., & Al Mutair, A. (2019). Outcomes of rapid response team implementation in tertiary private hospitals: a prospective cohort study. *International Journal of Emergency Medicine*, 12(31), 1-5. DOI: 10.1186/s12245-019-0248-5.
- Baker, K.F., Hanrath, A. T., Schim van der Loeff, I., Kay, L. J., Back, J., & Duncan, C. J. A. (2021). National Early Warning Score 2 (NEWS2) to identify inpatient COVID-19 deterioration: a retrospective analysis. *Clin Med*, 21 (2), 84-89. DOI: 10.7861/clinmed.2020-0688
- Bellomo R. (2018). Rapid response teams. *ICU Manag Pract*, 18(2), 92-96. DOI: 10.1056/NEJMra0910926
- Berg, R.A., Chan, P. S., Jain, R., Nallmothu, B. K., & Sasson, C. (2010). Rapid response teams: A systematic review and meta-analysis. *American medical association*, 170(1), 18-26. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.424

- Chan, P. S., Khalid, A., Longmore, L.S., Berg, R. A., Kosiborod, M., & Spertus, J. A. (2008). Hospital-wide code rates and mortality before and after implementation of a rapid response team. *Jama*, 300(21), 2506-2513. DOI: 10.1001/jama.2008.715.
- Gale, B., Hall, K. K., & Lim, A. (2020). The Use of Rapid Response Teams to Reduce Failure to Rescue Events: A Systematic Review. *J Patient Saf*, 16(3), 3-7. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000748
- Hillman, K., Chen, J., Cretikos, M., Bellomo, R., Brown, D., Doig, G., Finfer, S., & Flabouris, A. (2005). Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 365(9477), 2091-2097. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)66733-5
- Hosny, R., Hussein, R.S., Hussein, W. M., Hakim, S., A., & Habil, I. S. (2024). Effectiveness of Rapid Response Team implementation in a tertiary hospital in Egypt: an interventional study. *BMJ Open Quality*, 13(3), 1-8. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-002540
- Konrad, D., Jaderling, G., Bell, M., Granath, F., Ekbom, A., & Martling, C. R. (2010). Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive Care Med*, 36(1), 100-106. DOI: 10.1007/s00134-009-1634-x
- Le Guen M., & Costa-Pinto R. (2021). Medical emergency team training: needs assessment, feedback and learning objectives. *Intern Med J*, 51(8), 1298-1303.
- Levkovich, B. J., Jones, D. A., Bingham G., Orosz J., Dooley, M. J., Coopwe, D. J., & Kirkpatrick, C. M. (2021). Evaluation of medical emergency team medication management practices in acute hospitals: A multicentre study. *Aust Crit Care*, 35(1), 59-65. DOI: 10.1016/j.aucc.2021.02.008.
- Maharaj, R., Raffaele, I., & Wendon, R. (2015). Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Critical care*, 19(1), 18-26. DOI: 10.1186/s13054-015-0973-y
- Priestley, G., Watson, W., Rashidian, A., Mozley, C., Russell, D., Wilson, J., Cope, J., Hart, D., Kay, D., Cowley, K., & Pateraki, J. (2004). Introducing Critical Care Outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive Care Med*, 30(7), 1398-1404. DOI: 10.1007/s00134-004-2268-7
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. at:file:///C:/Users/kcane72/Downloads/NEWS2%20Executive%20Summary_0.pdf
- Solomon, R. S., Corwin, G. S., Barclay D. C., Quddusi, S. F., & Dannenberg, M. D. (2016). Effectiveness of rapid Response Teams on rates of in-hospital cardiopulmonary arrest and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Journal of hospital medicine*, 11(6), 438-45. DOI: 10.1002/jhm.2554
- Tan, L. H., & Delaney A. (2014). Medical emergency teams and end-of-life care: a systematic review. *Crit Care Resusc*, 16(1), 62-68. DOI:10.1016/S1441-2772(23)01446-1
- Welch, J. R., & Subbe, C. P. (2014). Critical care outreach and rapid response system. In J. R. Welch & C. P. Subbe (Eds.), *Oh's Intensive Care Manual* (7th ed., pp. 10-5). DOI: 10.1016/B978-0-7020-4762-6.00002-3

Jožica Brenčič, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.
viš. pred. Ivanka Limonšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava
jozica.brencic@zavod-dornava.si

SPECIALNI PRISTOPI PRI DELU Z OTROKI IN MLADOSTNIKI Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU TER VEDENJSKIMI IN ČUSTVENIMI TEŽAVAMI

Special approaches in working with
children and adolescents with intellectual
disabilities as well as behavioral and
emotional difficulties

IZVLEČEK

Prispevek predstavlja program za specializirano obravnavo otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem razvoju ter vedenjskimi in čustvenimi težavami. Program temelji na multidisciplinarnem pristopu, prilagojenih vzgojno-izobraževalnih metodah in individualiziranem delu s ciljem izboljšanja kakovosti življenja teh posameznikov. Poseben poudarek programa je namenjen preprečevanju kriznih situacij in uporabi pozitivne vedenjske podpore. Kljub napredku na tem področju program še vedno deluje kot pilotni projekt, kar kaže na potrebo po njegovi sistemski ureditvi, vključno s financiranjem in dolgoročnim razvojem.

Ključne besede: vedenjski odkloni, specializirana obravnava, krizne intervencije

ABSTRACT

The contribution presents a program for the specialized treatment of children and adolescents with intellectual disabilities as well as behavioral and emotional difficulties. The program is based

on a multidisciplinary approach, adapted educational methods, and individualized work, with the goal of improving the quality of life for these individuals. A special focus of the program is on preventing crisis situations and applying positive behavioral support. Despite progress in this area, the program still operates as a pilot project, highlighting the need for its systemic regulation, including funding, and long-term development.

Key words: behavioral disorders, specialized treatment, crisis interventions

UVOD

Motnje v duševnem razvoju (MDR) so vseživljenjsko stanje, za katero so značilne motnje v kogniciji, jeziku in socialnih sposobnostih (WHO, 2001), ki prizadene približno 1 % svetovnega prebivalstva (Maulik et al., 2011). Po kriterijih za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami v Sloveniji (2015) so te motnje opredeljene kot razvojne motnje, ki nastopijo pred 18. letom starosti. Kažejo se v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter odstopanjih prilagoditvenih spretnosti od dosežkov povprečne populacije. Ocenjuje se, da široko opredeljene težave v vedenju, vključno s samopoškodovanjem, agresijo in stereotipnim vedenjem, prizadenejo do četrtnine ljudi z motnjami v duševnem razvoju (Bowring, Painter & Hastings, 2019; Bowring et al., 2017).

V program specializirane obravnave so vključeni otroci in mladostniki do 26. leta starosti z diagnosticirano zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ter izrazitimi vedenjskimi in čustvenimi težavami. Njihovo vedenje je lahko destruktivno do te mere, da so nevarni sebi, drugim ali inventarju, kar onemogoča sobivanje v običajnih skupinah ali v družini. V specializirani program otroke in mladostnike sprejmejo na podlagi sklepa sodišča, ki izreče namestitve v socialnovarstveni zavod. Sprejem se opravi po izčrpanju možnosti zdravljenja in ko bi zunajinstitucionalna oblika namestitve predstavljala preveliko tveganje zaradi vedenjske neprilagojenosti. Ob sprejemu sta priložena izvedensko mnenje ter zdravstvena dokumentacija, ki sta pomembna za njihovo obravnavo. Vsi ti otroci so vključeni v posebni program vzgoje in izobraževanja s strani zavoda za šolstvo. V Sloveniji ni verificirane enote za mladoletne osebe z izdanim sklepom sodišča. Specializirana enota je vzpostavljena v dveh socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje, delo in varstvo oseb z motnjami v duševnem razvoju. Še vedno deluje kot pilotni projekt. Razlogi za vzpostavitev takšne enote so izhajali iz načela nujnosti ločitve nameščanja mladoletnikov skupaj z odraslimi, saj lahko takšna oblika namestitve negativno vpliva na njihov razvoj, varnost in psihosocialno dobro. V Sloveniji to področje ureja Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1), ki določa pravice in postopke za usmerjanje teh otrok v ustrezne programe vzgoje in izobraževanja (Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami [ZUOPP-1], 2011).

VEDENJSKE IN ČUSTVENE MOTNJE

Otroci in mladostniki z motnjami vedenja kažejo vzorce vedenja, ki se ponavljajo in trajajo, pri čemer so agresivni, nespoštljivi ali destruktivni do drugih in okolice. Pogosto so prisotni izbruhi jeze, fizična agresija, kraja, laganje, uničevanje lastnine, borbenost, krutost do ljudi ali živali, požigalništvo, izostajanje iz šole, pobeg od doma. To vedenje presega običajno otroško objektivnost ali najstniško upornišvo in traja najmanj 6 mesecev. Te motnje lahko spremljajo čustvene težave, kot sta depresija ali tesnoba (Kobolt et al., 2015). Težave v vedenju oz. vedenjske težave predstavljajo eno izmed glavnih ovir na poti do samostojnosti in socialne integracije

posameznika z MDR. Pogosto se pojavljajo problemi predvsem v tem, da se za njihovo označevanje uporabljajo različni termini: moteče, neprilagojeno, izzivalno ali izstopajoče vedenje (Emerson & Einfeild, 2011).

ORGANIZACIJA IN VLOGE V SPECIALIZIRANI ENOTI ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE

Pri delu z otroki z MDR se uporablja multidisciplinarni pristop, pri katerem je multidisciplinarni tim sestavljen iz strokovnjakov s področja medicine, zdravstvene nege, klinične psihologije, delovne terapije, pedagogike, fizioterapije, socialnega dela in socialne oskrbe.

Pri delu se upoštevajo značilnosti razvojnega obdobja, telesna in duševna rast in razvoj, stopnja duševne motnje, vključuje se učenje in zdravstvena vzgoja, sposobnost empatije ter sposobnost do verbalnega in neverbalnega izražanja uporabnika. Nudi se pomoč oz. podpora pri aktivnostih, ki jih posameznik sam ne more opraviti. Pri tem je nujno razumevanje uporabnikovega vedenja, uporaba primerne komunikacije in razvijanje terapevtskega odnosa ter zagotavljanje varnosti. Izvaja se diskreten nadzor samopoškodovalnega in heteroagresivnega vedenja z uporabo različnih terapevtskih in relaksacijskih tehnik, kot so progresivna mišična relaksacija, vodena vizualizacija, metoda snoezelen, terapevtske vodne kopeli Hubbard, meditacija, hidroterapija, hipoterapija, prilagojene tehnike vedenjsko-kognitivne terapije; modifikacija vedenja (klasično pogojevanje, instrumentalno pogojevanje, modelno učenje) ter trening socialnih veščin. V obravnavo so vključeni starši oz. uporabniku pomembne osebe. Omogoča se aktivno preživljanje prostega časa: prostočasne dejavnosti, individualne zadolžitve, pogovor, sprehod idr. (Limonšek & Brenčič, 2023).

IZOBRAŽEVANJE, USPOSABLJANJE IN IZPOPOLNJEVANJE ZAPOSLENIH V SPECIALIZIRANI ENOTI

Zaposleni v specializirani enoti v Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo Dornava (ZUDV Dornava) pri delu uporabljajo različne pristope, za kar potrebujejo dodatna, specifična strokovna znanja. Nujno je poznavanje značilnosti oseb z MDR in dodatnimi vedenjskimi in čustvenimi težavami. Vsi zaposleni so usposobljeni za uporabo deeskalacijskih tehnik, uporabo Team teach tehnike (pristopi, ki zmanjšujejo tveganje in minimizirajo uporabo fizičnih omejevalnih praks), komunikacijskih veščin v odnosu do uporabnikov, izobražujejo se na področju pristopa Low Arousal. Zaposleni so se usposobili za uporabo veščin samoobrambe, letno obnavljajo vsebine za uporabo posebnih varovalnih ukrepov (PVU), vključeni so v intervizijo in supervizijo. Letno se udeležijo organiziranega team buildinga (Limonšek & Brenčič, 2023).

Zgoraj navedene vsebine omogočajo lažje izvajanje aktivnosti v smislu »Strategij delovanja, ki vodijo k pozitivni vedenjski podpori«:

- spoštujejo se priporočila, pravice, odgovornosti in dolžnosti uporabnika – prizadevanje za pravičnost in osebnostno trdnost;
- oblikujejo se rutine – struktura dneva in tedna naj bo ustaljena, skrbi naj se za točen začetek in konec aktivnosti;
- omogočijo se omejene izbire; prestrukturiranje okolice glede na namen aktivnosti; določi se premore;
- empatičnost; načrtovanje uspeha; začeti in končati s pohvalo;
- predvidevanje neizogibnih posledic; določi se ocena tveganja v ožjem in širšem okolju; zmanjšanje hrupa in omejevanje dejavnosti pred nastopom krize; odstranitev gledalcev; iskanje mirnega prostora;

- organiziranje družabnih srečanj – vključevanje širšega kroga ljudi in večanje socialnega kroga uporabnikov ob podpori strokovnih delavcev;
- igralna terapija;
- različne strokovne metode (PECS, Mas gutova metoda, ABBA in druge) (Ornik, 2023).

Pozitivna vedenjska podpora se uporablja za preprečevanje in zmanjševanje vznemirjenosti uporabnika. Pomembno je razvijanje pozitivnega odnosa zaposlenega do uporabnika, modeliranje primerne vedenja, učenje prepoznavanja in izražanja čustev na sprejemljiv način (Usenik et al., 2024).

S prepoznavanjem zgodnjih znakov stiske in učinkovitim obvladovanjem okolja se zmanjša verjetnost stopnjevanja izzivalnega vedenja. Za zaposlene je pomembno, da skušajo prepoznati sprožilce in so pozorni na vse morebitne znake, ki nastanejo pred izbruhom, kot so sprememba tona glasu, izrazi na obrazu ali govorica telesa. Da se izogne krizni situaciji, je treba preusmerjati pozornost ali prilagajati okolje. Ko napetost naraste, lahko način komunikacije pomiri situacijo ali pa jo poslabša. Izrednega pomena je jasna in umirjena komunikacija. Tudi dejavniki v okolju imajo pomembno vlogo. S prilagajanjem okolja, kot je utišanje glasbe, se zmanjša senzorična preobremenjenost, ki je lahko sprožilec vznemirjenja (Pollack, 2024).

TEHNIKE ZMANJŠEVANJA VZNEMIRJENOSTI

Zaposleni morajo ob pojavu vznemirjenosti uporabnika ugotoviti, kaj ga vznemirja, in ga pomiriti s tehnikami zmanjševanja vznemirjenosti. Uporabljajo se tehnike, ki so zapisane v vedenjskem načrtu, ki ga ima vsak uporabnik ob individualnem načrtu:

- verbalno usmerjanje in pogovor,
- močnejši objem,
- preusmerjanje,
- humoren, sproščen pogovor,
- pustiti čas in dati prostor,
- tiho, počasno, umirjeno govorjenje,
- modeliranje primerne vedenja,
- ponujanje možnosti izbire,
- logične posledice,
- dogovor,
- spodbujanje,
- opogumljanje,
- načrtno ignoriranje,
- ponujena možnost za umik,
- zamenjava zaposlenega,
- umik občinstva,
- empatično reflektiranje (poslušanje, sprejemanje in ubeseditev čustev ...),
- zapovedan umik,
- medikamentozna terapija po naročilu zdravnika (Popović, 2010).

UKREPANJE V PRIMERU VEDENJSKE VZNEMIRJENOSTI, KI VODI K POMIRITVI

Ob pojavu vznemirjenosti uporabnika zaposleni uporabljajo naslednje korake delovanja:

- bližina se skrbno izbere, ne sooča se frontalno;
- premikanje je minimalno; umirjeno; govori se kratko in jedrnato; uporablja se nizek ton govorja; pusti nekaj tišine v komunikaciji; sprašuje se, kako se lahko pomaga;
- pohvali se, preden se zahteva;
- predvideva se in se zaščiti, odstrani se moteči faktorji, da se zmanjša tveganje;
- preusmeri se v drugo aktivnost; osebo se pohvali;
- nujno je poročanje, zapisovanje, evidentiranje, dokumentiranje in analiziranje;
- vedenje se popravlja, reflektira in reintegrira (Ornik, 2023).

FIZIČNO POSREDOVANJE

Fizično posredovanje je del celostne pozitivne vedenjske podpore in se uporablja le v specifičnih situacijah. Zaposleni morajo pri uporabi fizičnega posredovanja upoštevati naslednja načela:

- Največja korist uporabnika: Upoštevajo se zdravstvene potrebe, fizične omejitve in senzorne motnje uporabnika.
- Upravičenost uporabe: Fizično posredovanje mora biti upravičeno glede na situacijo.
- Najkrajši možni čas: Fizično posredovanje se izvaja za najkrajši možni čas, potreben za obvladovanje situacije (Low Arousal, 2018).

Med uporabo fizičnega posredovanja zaposleni nenehno spremljajo uporabnika, pozorni so na morebitne spremembe telesnih znakov, kot so barva kože, dihanje in potenje, ter ustrezno ukrepajo za zmanjšanje stiske uporabnika.

Vrste fizičnega posredovanja vključujejo:

- Fizične spodbude: Dotik zadnjega dela roke med ramo in komolcem.
- Vodenja: Prijem zadnjega dela roke nad komolcem.
- Spremstvo brez upiranja uporabnika.
- Spremstvo proti volji uporabnika.
- Fizično pridržanje (Low Arousal, 2018).

Spremstvo proti volji uporabnika in fizično pridržanje se uporabita le, ko so izčrpane vse druge tehnike za zmanjševanje vznemirjenosti. Te tehnike se uporabljajo le, če uporabnik s svojim vedenjem ogroža lastno zdravje ali življenje, zdravje drugih ali uničuje inventar. Prijemi temeljijo na biomehaniki in ne povzročajo bolečine. Uporaba mora biti sorazmerna, nujna in v najmilejši obliki za najkrajši možni čas, ob stalnem izvajanju dinamične ocene tveganja. Fizično posredovanje ni nikoli dovoljeno (Low Arousal, 2018).

KRIZNI PROTOKOL

Krizni protokol določa ravnanje zaposlenih ob nepredvidljivih kriznih dogodkih, ki niso zajeti v vedenjskem načrtu. Zaposleni delujejo skladno s tehnikami pozitivne vedenjske podpore in zagotovijo varnost drugih uporabnikov. V kriznih situacijah se organizira podporna skupina za pomoč uporabniku in zaposlenim. Če so izčrpane vse možnosti ukrepanja, pokličemo policijo in nujno medicinsko pomoč (SNMP).

Spoštovanje in poslušanje

- Uporabnikove občutke je treba jemati resno in jih priznavati.
- Prilagoditi komunikacijo glede na ton in besedišče uporabnika.
- Na ta način se zmanjšuje stres, krepi samozavest in zmanjšuje strah.

Jasno in nedvoumno sporazumevanje

Z otrokom/mladostnikom komuniciramo z jasnimi stavki, ki kažejo razumevanje npr.:

- »Razumem, da si jezen.«
- »Tukaj si na varnem, tu sem, da ti pomagam.«

Odziv na vedenje na nižji stopnji (stopnja vznemirjenja 1)

- Prepozna telesnih znakov in vedenja.
- Odstranijo viri frustracij in pomiri uporabnika.
- Razloži se situacija in posledice

Odziv na vedenje na srednji stopnji (stopnja vznemirjenja 2)

- Nadaljuje se z umirjanjem in preusmerjanjem pozornosti na pozitivne vidike.
- Postavijo se jasne meje, ponudijo alternative in varen izhod iz situacije.
- Odstrani se publika in vodi uporabnika na varen prostor.

Odziv na vedenje na višji stopnji (stopnja vznemirjenja 3)

- Poveča se varnost okolja, odstranijo se nevarni predmeti.
- Asertivno se vodi uporabnika in ga po potrebi omeji.
- Po potrebi se zamenja osebe za sveži pristop.

Odziv v fazi okrevanja

- Spremlja se uporabnika, brez dotikanja.
- Uporabniku je treba dati čas in prostor za umiritev ter odstranitev vira frustracije.

Odziv po incidentu

- Ponudi se podpora, brez disciplinarnih ukrepov.
- Pomirjanje in spremljanje, odzivanje na znake pripravljenosti za komunikacijo.

Okrevanje po incidentu

- Po incidentu se analizira situacija in oceni možne spremembe vedenja.
- Pogovor vključuje vprašanja, kot so: »Kaj se je zgodilo?« in »Kaj lahko narediš naslednjič?«
- Razpravljanje o možnostih za prihodnje vedenje ter iskanje rešitev brez obsojanja in krivde.

V obnovi se uporabijo aktivno poslušanje in tehnike, prilagojene potrebam uporabnika. Komunikacija med zaposlenimi mora biti jasna in incident se vpiše v evidenco. Pri pogovorih z uporabniki se lahko uporabljajo simboli, slike, glasba ali socialne zgodbe, da se olajša komunikacija. Cilj je razumevanje in preprečevanje prihodnjih kriz, ne iskanje krivde (Ornik, 2023).

UPORABA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU) se uporabljajo v skladu s Pravilnikom o uporabi posebnih varovalnih ukrepov in samo pri tistih uporabnikih, ki so nameščeni v centru po sklepu sodišča (Zakon o duševnem zdravju, 2010). Fizično oviranje naj bo skrajni primer, kadar je treba zagotoviti varnost ljudi in druge tehnike niso uspešne.

Tudi Low Arousal pristop dovoljuje uporabo le-tega, ko je treba zaščititi občutljive in travmatizirane osebe. Na treningu Low Arousal pristopa se zaposleni naučijo, kako izvesti fizično oviranje, ki je varno za vse udeležene:

- fizično oviranje naj bo zadnja možnost,
- vključeni zaposleni se učijo alternativne oblike fizičnega oviranja.
- fizično oviranje ne sme biti nekaj neizogibnega,
- fizično oviranje ni nikoli terapevtsko (Low Arousal, 2018).

PRIPOROČENA DOKUMENTACIJA IN EVALVACIJA DELA

Za uporabnike specializirane enote se pripravi naslednja dokumentacija:

- individualni načrt uporabnika;
- vedenjski načrt uporabnika;
- smernice za ravnanje z uporabnikom;
- poročila o incidentih;
- beležke o poskusih incidentov;
- načrt zdravstvene nege uporabnika (Limonšek & Popovič, 2024).

Dokumentacijo dosledno izpolnjujemo, vodimo evidence o incidentih. Dokumentacija je nujna za spremljanje izvedenih aktivnosti, sledenje aktualnosti individualnih načrtov in evalvaciji opravljenega dela. Iz zapisov se lahko razberejo morebitni sprožilci pred vedenjskim odklonom, vse intervencije, dogodki po incidentu ter opiše faza okrevanja.

ZAKLJUČEK

Vzpostavitev specializiranega programa obravnave za otroke in mladostnike z zmernimi do težkimi motnjami v duševnem razvoju ter izrazitimi vedenjskimi in čustvenimi težavami predstavlja pomemben korak k zagotavljanju celostne podpore tej ranljivi populaciji. Multidisciplinarni pristop, prilagojene metode dela ter upoštevanje individualnih potreb uporabnikov so ključni za njihovo varnost, dobro in razvoj. Čeprav program še vedno deluje kot pilotni projekt, so prvi rezultati obetavni in kažejo na potrebo po sistemski ureditvi tovrstne obravnave. Ugotavlja se, da so izobraževanje strokovnega kadra, razvoj učinkovitih terapevtskih pristopov ter zagotavljanje ustreznih pogojev za delo nujni za dolgoročno uspešnost programa. Tudi zaposleni se zavedajo pomena nenehnega usposabljanja in izobraževanja. Pomembno je tudi nadaljnje spremljanje in nadgrajevanje metod za zmanjševanje vedenjske vznemirjenosti ter kriznih situacij s ciljem ustvarjanja varnega in podpornega okolja za vse vključene.

LITERATURA

- Bowring, D. L., Painter, J., & Hastings, R. P. (2019). Prevalence of challenging behaviour in adults with intellectual disabilities, correlates, and association with mental health. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(2), 173–181. <https://doi.org/10.1007/s40474-019-00175-9>
- Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S., & Griffith, G. M. (2017). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 16–32. <https://doi.org/10.1111/bjc.12118>
- Brenčič, J., & Limonšek, I. (2023). *Vzpostavljeni pristopi dela pri uporabnikih z motnjami vedenja*. ZUDV Dornava (Internal material).
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Kobolt, A., Rajniš Pinterič, M., & Rogelj, F. (2015). Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. V N. Vovk-Ornik (Ed.), *Kriterij za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami* (2nd ed., pp. 32–34). Zavod RS za šolstvo. Retrieved from <https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf>
- Limonšek, I., & Popović, T. (Eds.). (2024). *Specializirana enota za otroke in mladostnike z vedenjskimi in čustvenimi motnjami*. ZUDV Dornava & CUDV Draga (Internal material).
- Low Arousal. (2018). *Attitudes to behaviour*. Retrieved from <https://www.lowarousal.com/attitudes-to-behaviour>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Ornik, N. (2023). *Specializirana enota za otroke in mladostnike z motnjo v duševnem razvoju in najtežjimi vedenjskimi in čustvenimi težavami*. (Internal material).
- Pollack, J. (2024). *7 de-escalation techniques for autism spectrum disorder meltdowns*. De-Escalation Training. Retrieved from <https://deescalation-training.com/2024/07/de-escalation-techniques-autism>
- Popović, T. (2010). Čustvene in vedenjske motnje. V V. Bužan, A. Golob, Š. Byrne, & B. Hegeduš (Eds.), *Težave v vedenju kot izziv* (pp. 8–18). CUDV Draga.
- World Health Organization (WHO). (2001). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). WHO Press.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDU-1). (2010). *Uradni list Republike Slovenije*, št. 77/2010.
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUO-PP-1). (2011). *Uradni list Republike Slovenije*, št. 58.
- Zavod RS za šolstvo. (2015). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami* (2nd ed.). Zavod RS za šolstvo. Retrieved from <http://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf>

Jelena Debeljak, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Urgentni center Ptuj
jelena.debeljak@sb-ptuj.si

OD STRESA DO RAVNOVESJA: ČUJEČNOST V ZDRAVSTVENI NEGI

From stress to balance: Mindfulness in nursing

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I I

225

IZVLEČEK

Čuječnost je praksa, ki vključuje osredotočeno zavedanje trenutka brez obsojanja in je postala pomembno orodje za krepitev duševnega zdravja v stresnih delovnih okoljih, kot je zdravstvena nega. Zdravstveni delavci se pogosto soočajo z visokimi stopnjami izgorelosti, čustvene izčrpanosti in kroničnega stresa. Vključitev čuječnosti v njihovo vsakodnevno prakso ne izboljšuje le njihovega počutja, temveč tudi kakovost oskrbe, ki jo nudijo pacientom. Treningi čuječnosti, kot so meditacije, tehnike dihanja in zavestna osredotočenost krepijo psihološko odpornost, izboljšujejo koncentracijo in podpirajo empatijo v kliničnem okolju. V prispevku smo raziskovali prednosti čuječnosti v zdravstveni negi, njen vpliv na duševno zdravje zdravstvenih delavcev in možnost uporabe čuječnosti v vsakdanji klinični praksi. Pri tem smo se oprli na številne raziskave. Rezultati raziskav potrjujejo pozitivne učinke čuječnosti na zdravstvene delavce. Udeleženci raziskav, ki so redno izvajali tehnike čuječnosti, so poročali o izboljšani koncentraciji, zmanjšani duševni izčrpanosti in o boljšem obvladovanju stresa ter o večji učinkovitosti na delu, ki je povezana z izboljšano empatijo in odnosi s pacienti. V Avstraliji so izvedli raziskavo z aplikacijo za čuječnost na zaznani stres in izgorelost pri zaposlenih v urgentnih oddelkih. Ena skupina je uporabljala mobilno aplikacijo Headspace, druga skupina pa je bila kontrolna. Rezultati so pokazali, da ima mobilna čuječnost majhen, vendar pomemben učinek na zmanjševanje stresa. Kot ključna se je izkazala redna, kratka vadba, ki je imela večji učinek kot daljše, redkejša vadbe. Pri čuječnosti gre za celoviti pristop k duševnemu zdravju, zato bi jo zdravstveni delavci morali uporabljati. Mobilne aplikacije za čuječnost predstavljajo dostopen in prilagodljiv način izvajanja teh tehnik brez organizacijskih sprememb.

Ključne besede: duševno zdravje, zdravstvo, izgorelost, tehnike sproščanja

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

ABSTRACT

Mindfulness is a practice that involves focused awareness of the present moment without judgment. It has become an essential tool for enhancing mental health in high-stress work environments, such as healthcare. Healthcare professionals often face high levels of burnout, emotional exhaustion, and chronic stress. Incorporating mindfulness into their daily practice not only improves their well-being but also enhances the quality of care they provide to patients.

Mindfulness training, including meditation, breathing techniques, and conscious awareness, strengthens psychological resilience, improves concentration, and supports empathy in clinical settings. A study published in *Emergency Medicine Australasia* examined the effects of a four-week mindfulness program, delivered via a mobile app, on emergency department staff.

The results showed that even short and accessible mindfulness training can significantly reduce stress levels among employees, positively impacting their mental health. The study revealed the following findings: Reduced stress: Participants reported a decrease in perceived stress levels. Improved focus: Mindfulness training enabled better concentration on tasks, which is crucial in fast-paced work environments. Enhanced well-being: Relaxation techniques and increased awareness of personal emotions contributed to improved overall well-being among healthcare workers. Mindfulness represents a key intervention for supporting mental health and reducing stress in nursing. The study confirms that even short programs, accessible through modern technology, can significantly enhance the well-being of healthcare workers and improve their efficiency. Encouraging such practices in nursing is a step toward a healthier and more sustainable workforce, which is the ultimate goal of every healthcare system.

Key words: mindfulness, healthcare, burnout, stress

UVOD

Čuječnost (angl. *mindfulness*), ki jo lahko opredelimo kot zavestno prisotnost v trenutku, se vse bolj uveljavlja kot učinkovita metoda za zmanjšanje stresa in izboljšanje dobrega počutja v zdravstveni negi. Gre za prakso osredotočanja pozornosti na sedanji trenutek, brez presojanja, z zavestnim zavedanjem lastnih misli, občutkov in telesnih zaznav (Otavnik, 2023). Redna uporaba tehnik čuječnosti, kot so zavestno dihanje, meditacija in telesna ozaveščenost, lahko izboljša čustveno odpornost, poveča koncentracijo in spodbuja empatijo pri delu s pacienti (Penque, 2019).

Vpeljava čuječnosti v zdravstveno nego ne prispeva le k boljšemu duševnemu zdravju zdravstvenih delavcev, temveč tudi k višji kakovosti oskrbe pacientov. Številne raziskave potrjujejo, da zdravstveni delavci, ki redno prakticirajo čuječnost, lažje obvladujejo stres, sprejemajo boljše odločitve in nudijo bolj sočutno oskrbo (Bazan et al., 2025).

V prispevku bomo raziskali prednosti čuječnosti v zdravstveni negi, njen vpliv na duševno zdravje zdravstvenih delavcev in možnosti njene uporabe v vsakdanji klinični praksi. Trditve bomo podprli z dokazili, in sicer z aktualno raziskavo z naslovom *Effects of mobile mindfulness on emergency department work stress: A randomised controlled trial* (Suleiman-Martos et al, 2020), ki je bila izvedena v Avstraliji med letoma 2019 in 2020, na dveh urgentnih bolnišničnih oddelkih s pomočjo mobilne aplikacije za čuječnost.

VPLIV ČUJEČNOSTI NA DOBROBIT MEDICINSKIH SESTER

Medicinske sestre se vsakodnevno soočajo z obremenitvami, stresom in čustvenimi izzivi, ki izhajajo iz njihovega delovnega okolja. Nenehna odgovornost za paciente, hitro sprejemanje odločitev in pogosto dolgi delovni dnevi prispevajo k večji verjetnosti za izgorelost, anksioznost in druge oblike psihološkega stresa. V tem kontekstu se čuječnost uveljavlja kot učinkovita strategija za izboljšanje duševnega zdravja in splošnega blagostanja medicinskih sester (Ramachandran et al., 2022).

KAJ JE ČUJEČNOST IN KAKO DELUJE?

Čuječnost pomeni zavestno, neobsojajočo prisotnost v sedanjem trenutku. Gre za sposobnost osredotočenega zavedanja lastnih misli, občutkov in telesnih zaznav, brez impulzivnega odzivanja nanje. Prakse čuječnosti vključujejo tehnike, kot so meditacija, zavestno dihanje, telesni sken in druge oblike kontemplativnih vaj (Mindful, anon., n. d.).

Raziskave so pokazale, da redno prakticiranje čuječnosti zmanjšuje raven kortizola (stresnega hormona), izboljšuje sposobnost obvladovanja čustvenih izzivov in povečuje odpornost na stres. Poleg tega čuječnost izboljšuje empatijo in kakovost odnosov s pacienti, kar je ključno v zdravstveni negi (Rezapour-Mirsaleh et al., 2022).

RAZISKOVALNI DOKAZI O VPLIVU ČUJEČNOSTI NA MEDICINSKE SESTRE

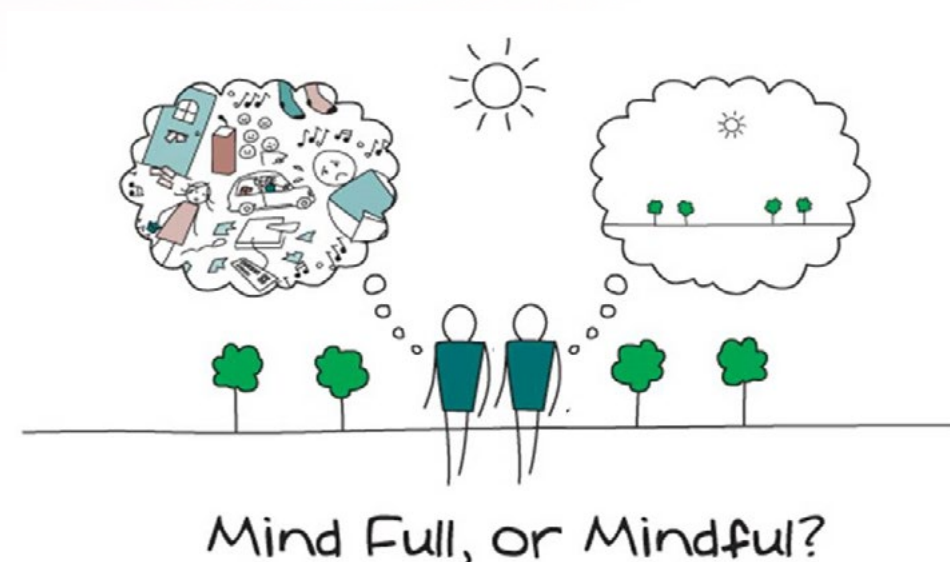
Več študij potrjuje pozitivne učinke čuječnosti na medicinske sestre. Raziskava, objavljena v Journal of Advanced Nursing (Suleiman-Martos et al., 2020), je pokazala, da programi čuječnosti znatno zmanjšujejo stres, anksioznost in izgorelost pri zdravstvenih delavcih. Udeleženci, ki so redno izvajali tehnike čuječnosti, so poročali o izboljšani koncentraciji, boljšem obvladovanju stresa in večjem občutku zadovoljstva pri delu.

Druga raziskava, objavljena v Mindfulness Journal (Grace Xu et al., 2021), je ugotovila, da se je pri medicinskih sestrah, ki so sodelovale v 4-tedenskem programu čuječnosti (MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction), zmanjšala raven duševne izčrpanosti za 30 %, hkrati pa sta se povečali obvladovanje stresa in kakovost oskrbe pacientov.

PREDNOSTI ČUJEČNOSTI

Redno prakticiranje čuječnosti prinaša številne prednosti, med katerimi so:

- Zmanjšanje stresa in izgorelosti: čuječnost pomaga medicinskim sestram razviti odpornost na stresne situacije in boljše obvladovanje le-teh.
- Izboljšanje osredotočenosti in delovne učinkovitosti: sposobnost prisotnosti v trenutku zmanjšuje motnje in povečuje zbranost pri delu.
- Povečanje empatije in boljših odnosov s pacienti: z večjo čustveno regulacijo medicinske sestre lažje vzpostavljajo povezavo s pacienti in sodelavci.
- Krepitev duševnega zdravja: prakse čuječnosti zmanjšujejo simptome anksioznosti in depresije ter izboljšujejo splošno psihološko odpornost (Spinelli et al., 2019; Green, Kinchen, 2021).



Slika 1: Dve plati čuječnosti (*Mindfulkompas, anon., n. d.*)

Slika 1 prikazuje dve plati čuječnosti, in sicer da lahko imamo na eni strani polno glavo misli, na drugi strani pa poln um. Leva stran prikazuje stresne situacije, desna pa čuječnost.

PRAKTIČNE TEHNIKE ČUJEČNOSTI V KLINIČNEM OKOLJU

Različne tehnike čuječnosti se lahko preprosto vključijo v delovno okolje zdravstvenih delavcev, ne da bi zahtevale veliko časa ali posebne pogoje. Med najbolj učinkovite sodijo:

- **Zavestno dihanje:** ena najpreprostejših in najdostopnejših tehnik čuječnosti je osredotočeno dihanje. Medicinske sestre lahko nekajkrat globoko vdihnejo in izdihnejo, pri čemer se osredotočijo samo na občutek dihanja. Ta tehnika pomaga pri hitri sprostitvi in izboljšanju koncentracije.
- **Telesni sken:** gre za metodo, pri kateri se oseba postopoma osredotoča na različne dele telesa in zaznava napetosti ali neprijetne občutke. Uporabna je med kratkimi premori na delovnem mestu za sprostitvev in ozaveščanje fizičnih občutkov.
- **Mini meditacije:** gre za kratke 2- do 5-minutne meditacije čuječnosti, ki jih lahko izvajamo med odmori ali pred začetkom dela. Osredotočanje na sedanost in zavestno opazovanje misli brez obsojanja lahko zmanjša stres in izboljša čustveno regulacijo.
- **Zavestna komunikacija:** medicinske sestre lahko čuječnost vključijo v svoje interakcije s pacienti in sodelavci, tako da se zavestno osredotočajo na poslušanje, ne prekinjajo govorca in ne sodijo informacij, ki jih prejemaajo. To prispeva k boljšim odnosom in zmanjšanju konfliktov na delovnem mestu.
- **Pisanje dnevnika hvaležnosti:** kratka refleksija na koncu delovne izmene, kjer si posameznik zapiše pozitivne trenutke dneva, pomaga preusmeriti pozornost na stvari, ki prinašajo zadovoljstvo in pomen dela (Chui et al., 2021; Balwalli-Udyawer, 2023).

Vključevanje teh preprostih tehnik v vsakodnevno prakso lahko pomaga medicinskim sestram pri obvladovanju stresa in izboljšanju njihovega duševnega zdravja.

IZKUŠNJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV S ČUJEČNOSTJO

V Sloveniji se zdravstveni delavci vse bolj zavedajo pomena duševnega zdravja in tehnik, ki jim pomagajo obvladovati stres v zahtevnem delovnem okolju. Čuječnost kot metoda zavedanja in prisotnosti v trenutku postaja del sodobne zdravstvene prakse, čeprav jo vsak posameznik doživlja na svoj način.

Za nekatere zdravstvene delavce je čuječnost zavestna rutina – nekaj minut miru med napornim delovnikom, osredotočeno dihanje pred zahtevnim posegom ali preprosto zavestno poslušanje pacienta brez motenj. Drugi jo doživljajo skozi telesno zaznavo – občutek stopal na tleh, zavesten dotik rok med oskrbo pacienta ali nežno opazovanje svojih misli brez presojanja.

Ker je zdravstvena nega poklic, ki zahteva veliko čustvene vpletenosti, je čuječnost lahko zelo osebna izkušnja. Nekateri zdravstveni delavci jo sprejemajo kot orodje za večjo odpornost proti izgorelosti, drugi kot način za spoprijemanje z napornimi čustvenimi situacijami in empatijo, ki jo dnevno vlagajo v paciente.

Čuječnost ni enotna metoda, temveč osebna izbira, ki lahko bistveno vpliva na kakovost dela in življenja. V slovenskih zdravstvenih ustanovah se vse bolj poudarja njena vloga pri dobrem počutju zdravstvenih delavcev, a njena praksa ostaja nekaj, kar vsak posameznik prilagodi svojemu značaju, izkušnjam in vrednotam.

DISKUSIJA

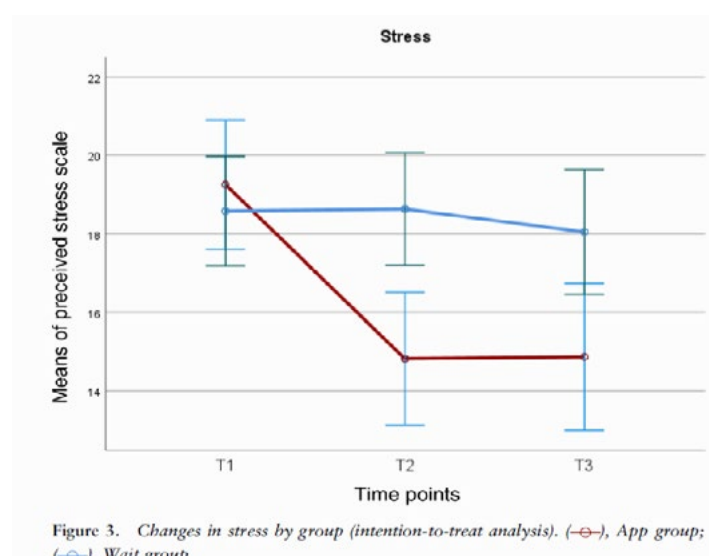
Raziskava Effects of mobile mindfulness on emergency department work stress: A randomised controlled trial (Xu et al., 2022) je bila izvedena z namenom preučiti vpliv štiritedenske uporabe mobilne aplikacije za čuječnost na zaznani stres in izgorelost pri zaposlenih v urgentnih oddelkih. Študija, ki je potekala v letih 2019–2020 na dveh urgentnih oddelkih v Avstraliji, je vključevala 148 zdravstvenih delavcev, med njimi medicinske sestre, zdravnike in administrativno osebje. Udeleženci so bili naključno razporejeni v dve skupini: aplikacijsko skupino, ki je štiri tedne uporabljala aplikacijo Headspace, in kontrolno skupino, ki je aplikacijo prejela kasneje. Udeleženci so izvajali 10-minutne vaje čuječnosti na dnevni ravni, njihovi rezultati pa so bili merjeni pred raziskavo, po štirih tednih in po treh mesecih.

Za oceno učinkov so bile uporabljene standardizirane merilne skale: Perceived Stress Scale (PSS) za zaznani stres, Maslach Burnout Inventory (MBI) za izgorelost, Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) za čuječnost in Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) za duševno blaginjo. Rezultati so pokazali statistično značilno zmanjšanje zaznanega stresa ($P < 0,001$) ter izboljšanje vseh treh komponent izgorelosti – čustvene izčrpanosti ($P < 0,001$), depersonalizacije ($P = 0,030$) in osebnih dosežkov ($P < 0,001$). Prav tako so bile zabeležene višje vrednosti čuječnosti in splošnega duševnega blagostanja ($P < 0,001$), kar kaže na pozitiven vpliv redne prakse čuječnosti na blaginjo zaposlenih v zdravstvu. Rezultati so prikazani na Sliki 2.

Raziskava je potrdila, da ima mobilna čuječnost majhen, a pomemben učinek na zmanjšanje stresa in izgorelosti med zdravstvenimi delavci. Ključnega pomena se je izkazala redna kratka vadba (2–10 minut dnevno), ki je imela večji učinek kot daljše, a redkejše vadbe. Pozitivni učinki so se obdržali tudi tri mesece po zaključeni raziskavi, kar potrjuje dolgoročno uporabnost mobilne čuječnosti kot učinkovitega pristopa za obvladovanje delovnega stresa. Prednost te metode je, da ne zahteva večjih organizacijskih sprememb in je dostopna vsem zaposlenim

v zdravstvu. Kljub temu ima raziskava nekatere omejitve, med njimi relativno majhno velikost vzorca ter dejstvo, da so bili rezultati pridobljeni s samoocenjevalnimi metodami, kar lahko vodi do subjektivnih pristranskosti. Prav tako je le približno polovica udeležencev dosledno uporabljala aplikacijo, kar kaže na potrebo po nadaljnjih raziskavah o motivaciji in vzdržnosti tovrstnih raziskav.

V zaključku lahko trdimo, da čuječnost skozi mobilne aplikacije ponuja preprosto, a učinkovito strategijo za izboljšanje duševnega zdravja zaposlenih v zdravstvu, še posebej v visoko stresnih okoljih, kot so urgentni oddelki.



Slika 2: Spremembe v zaznanem stresu po skupinah (intention-to-treat analiza) (Hui Xu, Kynoch, Tuckett & Eley, 2021)

ZAKLJUČEK

Čuječnost kot metoda osredotočene pozornosti in zavedanja v sedanjem trenutku postaja vse bolj pomembno orodje za obvladovanje stresa v zdravstveni negi. Zaposleni v zdravstvenih ustanovah, še posebej medicinske sestre, so vsakodnevno izpostavljeni visokim psihološkim in fizičnim obremenitvam, kar povečuje tveganje za izgorelost, anksioznost in zmanjšano delovno učinkovitost. Raziskave potrjujejo, da lahko redna praksa čuječnosti znatno zmanjša zaznani stres, izboljša duševno blagostanje ter prispeva k boljšim medosebnim odnosom in večji osredotočenosti pri delu s pacienti.

Posebej zanimivi so izsledki raziskav, ki kažejo, da so tudi kratke, a redne vaje čuječnosti lahko učinkovite pri zmanjševanju izgorelosti in izboljšanju čustvene odpornosti zdravstvenih delavcev. Uporaba mobilnih aplikacij za čuječnost, kot je bilo dokazano v randomiziranih kontroliranih raziskavah, predstavlja dostopen in prilagodljiv način izvajanja teh tehnik brez večjih organizacijskih sprememb. Kljub temu ostajajo izzivi pri implementaciji, saj vsi posamezniki niso enako motivirani za dosledno izvajanje vaj, prav tako pa je uspešnost odvisna od posameznikove pripravljenosti na spremembo miselnih vzorcev.

Čuječnost ni le tehnika sprostitve, temveč celoviti pristop k duševnemu zdravju, ki omogoča večjo odpornost na stres in boljšo samoregulacijo v zahtevnih delovnih situacijah. Njena vključitev v zdravstveno nego bi lahko dolgoročno prispevala k boljšemu počutju zaposlenih in večji kakovosti oskrbe pacientov. Pomembno je, da se v prihodnosti nadaljujejo raziskave o učinkovitosti različnih oblik čuječnosti, predvsem v kontekstu zdravstvenih delavcev, ter da se razvijejo strategije za trajnostno vključevanje čuječnosti v vsakodnevno klinično prakso. Le s sistematičnim pristopom in podporo delodajalcev lahko čuječnost postane del kulture duševnega zdravja v zdravstveni negi, kar bi prispevalo k bolj stabilnemu, zadovoljnejšemu in manj stresnemu delovnemu okolju.

LITERATURA

- Balwalli-Udyawer, S. (2023). *Thirty-Second Mindful Body Scan Meditation for Bedside Nurses*. [doktorska naloga, Walden University]. https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/13972/?utm_source
- Bartolac, A. (2024). Mogu li intervencije temeljene na mindfulnessu (MBI) osnažiti mentalno zdravilje i dobrobit zdravstvenih radnika? Pregled novijih istraživanja. *Journal of applied health sciences*, 9(2), 213–220. <https://doi.org/10.24141/1/9/2/10>
- Bazan N., G., Patterson, T., Sawyer, K., Wambui Kamau, D., Bradberry, M., Grissman, C., Mihandoust, S., Roney Hernandez, J., Stennett, C. & D. Longh, J. (2025). Mindfulness Bundle Toolkit's Impact on Nurse Burnout. *American Journal of Critical Care*, 34(2), 119–126. https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/34/2/119/32663/Mindfulness-Bundle-Toolkit-s-Impact-on-Nurse?redirectedFrom=fulltext&utm_source
- Chui L., P., Wai, S., Lai, L., See, M. & Tan, S. (2021). Mindful Breathing: Effects of a Five-Minute Practice on Perceived Stress and Mindfulness Among Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(2), 174–180. https://www.ons.org/publications-research/cjon/25/2/mindful-breathing-effects-five-minute-practice-perceived-stress-and?utm_source
- Green A., A. & V. Kinchen, E. (2021). The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *J Holist Nurs*, 39(4), 356–368. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33998935/>
- Hui Xu, G., Eley, R., Kynoch, K. & Tuckett, A. (2022). Effects of mobile mindfulness on emergency department work stress: A randomised controlled trial. *Emergency medicine Australasia: EMA*, 34(2), 176–185. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13836>
- Hui Xu, G., Tuckett, A., Eley, R. & Kynoch, K. (2021). Effects of mobile mindfulness on emergency department work stress: A randomised controlled trial. *Emergency medicine Australasia: EMA*, 34(2), 5. https://www.researchgate.net/publication/353234833_Effects_of_mobile_mindfulness_on_emergency_department_work_stress_A_randomised_controlled_trial
- Mindful. (2022, 25 June). *Getting Started with Mindfulness*. https://www.mindful.org/meditation/mindfulness-getting-started/?utm_source
- Mindfulkompas. (2022, August 16). *Mindfulness*. <https://mindfulkompas.com/mindfulness/>
- Otavnik, A. (2023). *Čuječnost kot tehnika zmanjševanja stresa pri medicinskih sestrah*. [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani]. <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=176643&lang=slv>
- Penque, S. (2019). Mindfulness to promote nurses' well-being. *Nursing Management*, 50(5), 38. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000557621.42684.c4>
- Ramachandran J., H., Bin Mahmud S., M., Rajendran, P., Jiang, Y., Cheng, L. & Wang, W. (2023). Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychological well-being, burnout and post-traumatic stress disorder among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 11–12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35187740/>
- Rezapour-Mirsaleh, Y., Aghabagheri, M., Choobforoushzadeh, A. & Ardakan M., A. (2022). Mindfulness, empathy and moral sensitivity in nurses: a structural equation modeling analysis. *BMC Nursing*, 21(1). https://bmcnurs.biomed-central.com/articles/10.1186/s12912-022-00912-3?utm_source
- Spinelli, C., Wisener, M. & Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29–38. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399919300662?utm_source
- Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1124–1140. <https://doi.org/10.1111/jan.14318>

Matej Rajgl, dipl. zn.

Vesna Bukovec

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

matej.rajgl@psih-klinika.si

SEMAFOR – PRAKTIČNA ORODJA ZA ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTOM OB SPREMENJENIH RAZMERAH NA INTENZIVNEM GERIATRIČNEM ODDELKU – UPORABNOST SPLETIŠČA www.varna-zn.net

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

232

SEMAFOR - practical tools to ensure patient safety in the face of changing conditions in the geriatric intensive care unit - the usefulness of www.varna-zn.net

1 5 . K O N G R E S

IZVLEČEK

Namen prispevka je predstavitev projekta SEMAFOR, ki je bil razvit na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege ob spremenjenih razmerah na oddelku zaradi nepričakovanega kadrovskega izpada in/ali povečanega obsega dela. Vsesplošno pomanjkanje medicinskih sester na vseh ravneh zdravstvenega varstva vpliva na kakovost zdravstvene obravnave, povečuje tveganje za pojav neželenih dogodkov in negativno vpliva na paciente (nezadovoljstvo z obravnavo, poslabšanje bolezenskega stanja,

ponovni sprejemi). Hkrati vsakodnevno določanje prioritet izvedbe intervencij zdravstvene nege povzroča stres, etične dileme in nezadovoljstvo, kar povzroča absenzizem, fluktuacijo in zapuščanje poklica medicinskih sester. Ob težavah pri izvedbi vseh potrebnih intervencij trčijo njihove osebne in poklicne vrednote. Zavedanje lastnih omejitev lahko vodi v izgorelost, zmanjšano kognitivno sposobnost, zlorabo substanc, depresijo in povečuje verjetnost strokovnih napak. S projektom SEMAFOR smo želeli zmanjšati omenjene občutke medicinskih sester ob spremenjenih razmerah na intenzivnem gerontopsihiatričnem oddelku. V ta namen je bilo razvito orodje, ki ob povečanem obsegu dela na oddelku in/ali kadrovskem izpadu zaradi nepričakovanega bolniškega dopusta oziroma nujnega spremstva pomaga zaposlenim v zdravstveni negi pri odločitvah o vrstnem redu izvedb intervencij zdravstvene nege. Projekt ne uvaja novih pravil, temveč upošteva veljavne standarde zdravstvene nege, protokole, navodila in klinične poti na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. Hkrati spletišče www.varna-zn.net nudi zaposlenim dostop do priročnika s smernicami za zagotavljanje varne zdravstvene nege ob spremenjenih razmerah na intenzivnem gerontopsihiatričnem oddelku, strokovne literature in je podlaga za vodenje timskih sestankov. Oblikovani sezname intervencij zdravstvene nege na podlagi rangiranja (semaforja) omogočajo hitro odločanje o prednostnih nalogah, ki zagotavljajo varno in na pacienta osredotočeno zdravstveno nego.

Ključne besede: varnost, kakovost, zdravstvena nega, izgorelost, absenzizem

ABSTRACT

The aim of this paper is to present the SEMAFOR project, which was developed at the University Psychiatric Clinic Ljubljana to ensure safe and quality nursing care in the event of a change in the ward situation due to unexpected staff shortages and/or increased workload. The generalised shortage of nurses at all levels of healthcare affects the quality of care, increases the risk of adverse events and has a negative impact on patients (dissatisfaction with treatment, worsening of the condition, readmissions). At the same time, the daily prioritisation of nursing interventions causes stress, ethical dilemmas and dissatisfaction, leading to absenteeism, turnover and abandonment of the nursing profession. Their personal and professional values clash when it is difficult to deliver all the necessary interventions. Awareness of their own limitations can lead to burnout, reduced cognitive ability, substance abuse, depression and increase the likelihood of professional errors. With the SEMAFOR project, we wanted to reduce these feelings of nurses in the face of changed conditions in the geronto-psychiatric intensive care unit. To this end, a tool was developed to help nursing staff decide on the order of nursing interventions in the event of increased workload on the ward and/or staff shortages due to unexpected sick leave or emergency attendance. The project does not introduce new rules, but follows the current nursing standards, protocols, guidelines and clinical pathways at the University Psychiatric Clinic Ljubljana. At the same time, the website www.varna-zn.net provides staff with access to a manual with guidelines for providing safe nursing care in changing situations in the geronto-psychiatric intensive care unit, professional literature and is used as a basis for conducting team meetings. The developed lists of nursing interventions, based on a ranking (traffic light), allow rapid decision-making on priorities to ensure safe and patient-centred nursing care.

Key words: safety, quality, nursing, burnout, absenteeism

UVOD

Zdravstvena nega se pogosto srečuje s spremenjenimi delovnimi pogoji bodisi zaradi nepričakovanega izpada osebja bodisi zaradi nenadnega povečanega obsega dela. Kljub strokovnosti in trudu zaposlenih se v takih okoliščinah lahko zgodi, da nekatere ključne naloge ostanejo neizvedene ali pride do napak. To lahko vpliva na varnost pacientov, povzroča stres pri osebju in povečuje občutek moralne odgovornosti.

V praksi smo ugotovili, da v kriznih trenutkih pogosto dajemo prednost rutinskim nalogam, medtem ko pomembne intervencije zaradi pomanjkanja časa in kadra izpadejo. Zaposleni se pri tem spopadajo z občutki nezadovoljstva, etičnimi dilemami in izčrpanostjo, kar dolgoročno vpliva na kakovost zdravstvene nege.

Da bi zmanjšali tveganja in olajšali delo zdravstvenega osebja, smo razvili projekt SEMAFOR. Njegov cilj je zagotoviti varnost pacientov tudi v izrednih razmerah, pri čemer se upoštevajo vsi vidiki varnosti, vključno s preprečevanjem bolnišničnih okužb. Projekt ne uvaja novih pravil ali protokolov, temveč zaposlenim omogoča boljše organizacijo dela s pomočjo seznama nalog, razvrščenih glede na nujnost. Praktična orodja, ki smo jih razvili, pomagajo zaposlenim pri sprejemanju odločitev in zagotavljajo kontinuiteto varne oskrbe.

S prispevkom želimo predstaviti projekt SEMAFOR, katerega cilji je izdelava seznama opravil, razvrščenih po kriterijih zagotavljanja varnosti pacientov, ter navodil za njegovo uporabo. Projekt zdravstvenemu osebju omogoča, da kljub izzivom ohrani osredotočenost na pacientove potrebe in zagotovi kakovostno zdravstveno nego.

STISKE MEDICINSKIH SESTER OB SPREMENJENIH RAZMERAH NA ODDELKU

Medicinske sestre se pri svojem delu pogosto soočajo s stresom, ki izhaja iz občutka odgovornosti in pomanjkanja časa. Strah pred pozabljenimi ali površno opravljenimi nalogami je stalno prisoten (Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013; Harvey, Thompson, Willis, Meyer & Pearson, 2018). Poleg tega neizvedene aktivnosti zdravstvene nege povzročajo občutke krivde, slabe vesti in nezadostnosti (Winters & Neville, 2012; Papastavrou, Andreou & Vryonides, 2014; Roddeghen, Yekta & Nasrabadi, 2018).

Nenehne obremenitve vodijo v telesno in čustveno izčrpanost, tesnobo in celo depersonalizacijo (Bentzen et al., 2013; Harvey, Thompson, Otis & Willis, 2020). Stres, povezan z delovnimi pogoji in neizvedeno zdravstveno nego, vpliva na duševno zdravje zaposlenih (Papastavrou et al., 2014; Harvey et al., 2018).

Občutek nemoči in nezmožnosti izpolnjevanja strokovnih standardov vodi v moralno-etične dileme, kjer se prepletajo kognitivni in vedenjski simptomi stresa. Dolgotrajna izpostavljenost takim razmeram zmanjšuje zadovoljstvo pri delu, povečuje tveganje za izgorelost in vodi v višjo stopnjo fluktuacije zaposlenih (Kawada & Otsuka, 2011). To ustvarja začarani krog, kjer stres povzroča neizvedeno zdravstveno nego, ta pa dodatno povečuje stres, kar dolgoročno vpliva na kakovost oskrbe in stabilnost kadra v zdravstveni negi.

NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA

Neizvedena zdravstvena nega je globalno prisoten pojav, ki vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe in varnost pacientov (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Srulovici & Drach-Zahavy, 2017). Pojavlja se, kadar medicinske sestre zaradi omejenih virov, kot so čas, osebje ali znanje, ne morejo v celoti izvesti načrtovanih intervencij (Papastavrou, Andreou & Efstathiou, 2013).

Raziskave kažejo, da medicinske sestre razvijejo neuradne hierarhije nalog, s katerimi si olajšajo odločanje o prioritetah pri oskrbi pacientov (Jones, Hamilton & Murry, 2015). Neizvedena zdravstvena nega se lahko kaže kot odložena, le delno izvedena ali v celoti izpuščena intervencija, kar ima klinične, čustvene in administrativne posledice.

Pomanjkanje ustrezne oskrbe zmanjšuje kakovost zdravstvene nege, povečuje tveganje za zaplete in negativno vpliva na zadovoljstvo pacientov, kar lahko vodi v ponovne sprejeme v bolnišnico (Schuckhart, 2010; Ausserhofer et al., 2014; Kalisch & Xie, 2014; Aiken et al., 2017). Dolgoročno lahko to poveča tudi obolevnost in umrljivost pacientov (Aiken et al., 2017).

Neizvedena zdravstvena nega vpliva tudi na medicinske sestre, saj se ob zavedanju, da pacienti potrebujejo oskrbo, ki je ne morejo zagotoviti v celoti, soočajo z notranjimi konflikti in etičnimi dilemami. To lahko povzroči izgorelost, nezadovoljstvo pri delu in dolgoročno vodi v fluktuacijo kadra v zdravstveni negi (Price, McGillis Hall, Angus & Peter, 2013).

SEMAFOR – praktično orodje za optimizacijo dela

Vodje oddelkov pogosto pričakujejo enako količino opravljenega dela ne glede na število zaposlenih v izmeni ali zahtevnost oddelka. Osebe ima pri tem občutek, da se jim godi krivica, več je napetosti in konfliktov. Ob pomanjkanju časa se naloge pogosto opuščajo brez načrta, kar lahko ogroža varnost pacientov in zaposlenih.

Da bi zagotovili boljšo organizacijo dela, smo razvili SEMAFOR – orodje, ki omogoča načrtovanje prilagoditev nalog v primeru kadrovskih primanjkljajev ali povečane delovne obremenitve.

RAZVOJ SEMAFORJA

Pred uvedbo smo preučili literaturo o varnosti pacientov, stiskah medicinskih sester, neizvedeni zdravstveni negi in pomanjkanju osebja. Izvedli smo delovne sestanke in spodbudili premislek o kakovosti oskrbe. S tem smo zaposlene opolnomočili pri zagotavljanju varne zdravstvene nege (European Network on Patient Empowerment, 2012).

UPORABA SEMAFORJA

Semafor se uporablja ob:

- nepričakovanem zmanjšanju števila osebja (npr. bolniška odsotnost, nujno spremstvo pacienta),
- nenadnem povečanju obsega dela (več sprejemov, zahteven oddelek),
- drugih okoliščinah, ki vplivajo na potek dela.

Sistem omogoča vnaprejšnje določanje nalog, ki jih je mogoče začasno preložiti, kar zmanjša stres pri zaposlenih in konflikte z nadrejenimi ter zagotavlja večjo varnost pacientov, vključno s preprečevanjem bolnišničnih okužb.

NAVODILA ZA UPORABO ORODJA SEMAFOR

Semafor se uporablja v primerih zmanjšanega števila osebja ali povečanega obsega dela. Odgovorna oseba (vodja oddelka ali vodja tima) prepozna izredne razmere in iz ustreznega seznama določi naloge, ki jih je mogoče preložiti.

Seznami opravil zdravstvene nege so prilagojeni posameznim izmenam in razvrščeni glede na varnost pacientov. Ti seznami, imenovani SEMAFOR, omogočajo boljšo organizacijo dela in večjo učinkovitost pri odločanju.

DISKUSIJA

Cilj projekta SEMAFOR je bil zagotoviti varnost pacientov tudi v izrednih razmerah, ko pride do nepričakovanega zmanjšanja števila izvajalcev zdravstvene nege ali povečanega obsega dela. Pri tem se upoštevajo vsi vidiki varnosti, vključno s preprečevanjem bolnišničnih okužb. Vzpostavitev jasnega sistema prioritet, ki določa, katere naloge je mogoče preložiti in katere morajo biti izvedene takoj, omogoča boljšo organizacijo dela in zmanjšuje obremenitev zaposlenih.

Rezultati vmesne evalvacije kažejo, da je sistem SEMAFOR pripomogel k premiku od osredotočenosti na naloge k večjemu poudarku na pacientovih potrebah. Sprva skeptično osebje je postopoma sprejelo sistem, saj jim omogoča brez slabe vesti preložiti manj nujne naloge. To je privedlo do večje jasnosti pri odločanju in zmanjšanja občutkov krivde ter moralne stiske, ki so pogosto prisotni pri medicinskih sestrah v pogojih pomanjkanja kadra (Papastavrou et al., 2014; Harvey et al., 2018).

Poleg tega se je pokazalo, da uporaba SEMAFORJA prispeva k zmanjšanju konfliktov z nadrejenimi, saj zaposleni lažje utemeljijo svoje odločitve in imajo podporo v sistemu, ki je vnaprej določen in prilagojen specifičnim razmeram na oddelku. Timske medicinske sestre so prevzele večjo odgovornost pri odločanju in postale bolj ozaveščene o pomembnosti organizacije dela, kar sovпада s strategijami opolnomočenja zaposlenih v zdravstveni negi (European Network on Patient Empowerment, 2012).

Nekatere raziskave opozarjajo, da neizvedena zdravstvena nega vodi v nezadovoljstvo pacientov, slabše klinične izide in celo povečano umrljivost (Kalisch & Xie, 2014; Aiken et al., 2017). V tem kontekstu je sistem SEMAFOR pomembno orodje, ki pomaga zdravstvenemu osebju sprejemati premišljene odločitve in zmanjšati tveganje za negativne posledice.

Omejitev projekta predstavlja dejstvo, da je še vedno v poskusnem obdobju, zato ni bilo izvedeno sistematično merjenje ključnih kazalnikov z vprašalniki ali drugimi objektivnimi metodami. Prav tako še ni podatkov o dolgoročnem vplivu uporabe SEMAFORJA na kakovost zdravstvene nege in zadovoljstvo zaposlenih. Nadaljnje raziskave bi morale vključevati kvantitativno analizo vpliva sistema na varnost pacientov, delovno obremenitev osebja in splošno zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi.

ZAKLJUČEK

Projekt SEMAFOR je prispeval k boljši organizaciji dela na oddelku in s tem k večji varnosti pacientov. Ključne prednosti vključujejo jasnejše prioritete pri izvedbi intervencij zdravstvene nege, zmanjšanje stresa in moralnih dilem pri zaposlenih ter večjo osredotočenost na potrebe pacientov. Sistem omogoča prilagodljivo odločanje v spremenjenih razmerah in zmanjšuje konflikte med osebjem ter nadrejenimi.

Kljub pozitivnim učinkom ima projekt tudi nekatere omejitve. Ker je še v poskusnem obdobju, ni sistematičnih podatkov o njegovem dolgoročnem vplivu na kakovost zdravstvene oskrbe in zadovoljstvo zaposlenih. Poleg tega uspešnost uporabe SEMAFORJA zahteva dobro seznanjenost osebja ter prilagodljivost organizacije, kar lahko predstavlja izziv pri njegovi širši implementaciji.

Za nadaljnji razvoj in izboljšanje sistema bi bilo smiselno izvesti raziskavo, ki bi kvantitativno ovrednotila učinke SEMAFORJA na kakovost oskrbe, delovno obremenitev in zadovoljstvo zaposlenih. Prav tako bi lahko razmislili o njegovi prilagoditvi za druge oddelke in zdravstvene ustanove. Dolgoročno je ključno, da zdravstvena nega sledi inovativnim rešitvam, ki omogočajo boljšo organizacijo dela in večjo osredotočenost na pacienta ter njegovo dobro.

LITERATURA

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M. D., & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., & Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Bentzen, G., Harsvik, A., & Brinchmann, B. S. (2013). Values that vanish into thin air: Nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research and Practice*, 2013, Article 939153. <https://doi.org/10.1155/2013/939153>
- European Network on Patient Empowerment. (2012). *Patient empowerment - Living with chronic disease*. Retrieved February 15, 2025, from <https://www.careum.ch/dokumente/20181/68311/Paper+patient+Empowerment+E-nope+Congress+2012>
- Harvey, C. L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), 494–510. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0248>
- Harvey, C., Thompson, S., Otis, E., & Willis, E. (2020). Nurses' views on workload, care rationing and work environments. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 912–918. <https://doi.org/10.1111/jonm.13019>
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027>
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Kawada, T., & Otsuka, T. (2011). Relationship between job stress, occupational position and job satisfaction using a brief job stress questionnaire (BJSQ). *Work*, 40(4), 393–399. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1251>
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2013). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 21(5), 583–593. <https://doi.org/10.1177/0969733013513210>
- Price, S. L., McGillis Hall, L., Angus, J. E., & Peter, E. (2013). Choosing nursing as a career: A narrative analysis of millennial nurses' career choice of virtue. *Nursing Inquiry*, 20(4), 305–316. <https://doi.org/10.1111/nin.12027>
- Rooddehghan, Z., Yekta, Z. P., & Nasrabadi, A. N. (2018). Ethics of rationing of nursing care. *Nursing Ethics*, 25(5), 591–600. <https://doi.org/10.1177/096973301666497>
- Schuckhart, M. C. (2010). *The MISSCARE Nursing Survey: A secondary data analysis*. Retrieved January 20, 2025, from <https://digitalcommons.hsc.unt.edu/theses/155>
- Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., & Merkouris, A. (2014). The ethical dimension of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 22(8), 881–900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
- Winters, R., & Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), 19–28.

Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Branka Červ, prof. zdr. vzg.
mag. Zdenka Mrak, prof. zdr. vzg.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Strateško upravljanje in poslovno administrativne storitve
branka.cerv@kclj.si

RAZLOGI ZA PREKINITVE DELOVNIH RAZMERIJ ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

Reasons for nursing staff resignations at the University Medical Centre Ljubljana

IZVLEČEK

Pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi je globalen problem, ki se v slovenskih bolnišnicah z leti vse bolj pogloblja. Da bi se v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana s tem problemom lahko učinkoviteje spopadali, smo 2022 začeli sistematično zbirati podatke o razlogih za prekinitev delovnega razmerja pri zaposlenih v zdravstveni negi.

Namen tega prispevka je pregledno prikazati te razloge. To smo poskusili doseči tako, da smo tematsko kategorizirali izjave o razlogih in opisno predstavili rezultate.

Štirje glavni tematski sklopi, v katerih so predstavljeni razlogi, ki so po navedbah zaposlenih v zdravstveni negi najpogostejše botrovali prekinitvi delovnega razmerja, so: 1) težko usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja, 2) preobremenjenost z delom, zahtevno delo in neugoden urnik dela, 3) želja po spremembi, napredovanju in kariernem razvoju in 4) slabo počutje na delovnem mestu zaradi medosebnih odnosov ali nasilja.

Ugotovitve lahko služijo kot osnova za razvoj strategij za zadržanje zaposlenih v zdravstveni negi v dotični bolnišnici in kot spodbuda za raziskovanje razlogov za pomanjkanje kadrov v zdravstveni negi v slovenskem javnem zdravstvenem sistemu.

Ključne besede: zdravstvena nega, bolnišnica, odhodi zaposlenih, pomanjkanje zaposlenih

ABSTRACT

The shortage of nursing staff is a global problem that has been worsening in Slovene hospitals over the years. In order to deal with this problem more effectively at the University Medical Centre Ljubljana, we began systematically collecting data on the reasons for nursing staff resignation in the year 2022.

The purpose of this paper is to present these reasons in a transparent manner. We attempted to achieve this by thematically categorizing the statements of reasons and presenting the results descriptively.

The four main thematic groups, in which the reasons that most often led to nursing staff resignation as presented by nursing staff, are: 1) difficult work-life balance, 2) overload with work, demanding work and unfavorable work schedules, 3) desire for change, progression and career development, 4) feeling bad at work due to interpersonal relationships or violence.

The findings can serve as a basis for developing strategies for retaining nursing staff in the hospital in question and as an incentive for researching the reasons for the nursing staff shortage in the Slovene public healthcare system.

Key words: nursing, hospital, nursing staff turnover, nursing staff shortage

UVOD

Pomanjkanje medicinskih sester je globalen problem. V državah zahodnega sveta se življenjska doba prebivalstva daljša in prebivalstvo oboleva za kroničnimi boleznimi, kar povečuje potrebo po pomoči in zdravstveni negi. Poleg tega se starajo tudi medicinske sestre in se posledično upokojujejo, med mladimi pa ni prevelikega navdušenja za fizično in psihično zahteven poklic. Problem kadrovskega pomanjkanja v bolnišnicah se veča tudi zaradi odhoda pomembnega števila medicinskih sester, ki si poskušajo poiskati svojim potrebam bolj prilagojeno in lažje delovno mesto (Bäckström, Pöder & Karlsson, 2024; Lessi, de Barbieri & Danielis, 2024). Razlogi za odhode so številni, globalno podobni in raziskovani (Alzahrani, 2022; Bahlman-van-Ooijen, Malfait, Huisman-de Waal & Hafsteindóttir, 2023; Prelec & Skela-Savič, 2023; Bäckström et al., 2024; Lessi et al., 2024; Pyhäjärvi & Söderberg, 2024; Bottega, De Faveri, Simeoni & Danielis, 2025).

Problem pomanjkanja medicinskih sester in drugih zaposlenih v zdravstveni negi se v Sloveniji pogloblja že vsaj četrt stoletja. Ves ta čas na nujnost reševanja tega problema opozarja tudi Zbornica – Zveza (Ažman, 2022). Pomanjkanju medicinskih sester v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL) so v preteklih letih botrovali različni dejavniki: od uvedbe Zakona o uravnoteženju javnih financ, ki je onemogočal nove zaposlitve na predhodno izpraznjena delovna mesta, preko odpiranja novih delovnih mest v urgentnih centrih in novoustanovljenih ambulantah po Sloveniji, ki so zaposlene iz UKCL privabila v ugodnejše delovne razmere bližje domu, do pandemije covid-19, ki je razgalila kadrovske podhranjenosti v slovenski zdravstveni negi (Prosen, 2020) in zaradi povečanih delovnih obremenitev stopnjevala preobremenjenost in izgorelost zaposlenih, ki so svoje stiske reševali tudi z odpovedmi delovnih razmerij (Ferčec, 2022; Stevanović, 2023).

Kljub aktualnosti problema kadrovske podhranjenosti v zdravstveni negi na splošno, posebno pa v bolnišnicah, so znanstvene in strokovne objave, ki bi predstavljale razloge za odhode

zaposlenih v zdravstveni negi iz slovenskih bolnišnic, redke. Namen tega zapisa je predstaviti razloge za prekinitve delovnih razmerij med zaposlenimi v zdravstveni negi v UKCL, ki so bili dokumentirani v letih od 2022 do 2024.

METODE

V UKCL smo 2022 začeli sistematično zbirati podatke o razlogih za prekinitve delovnega razmerja zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni so bili naprošeni, da v svoji odpovedi navedejo razloge za svoj odhod. Prav tako so bile glavne medicinske sestre klinik in kliničnih oddelkov naprošene, da se z zaposlenimi v izhodnem razgovoru med drugim pogovorijo tudi o razlogih za tako odločitve.

Informacije o razlogih za prekinitve delovnih razmerij, predstavljenih v tem prispevku, so bile zbrane iz zapisov v odpovedih ter iz zapisov izhodnih razgovorov z zaposlenimi. Nekaj informacij je bilo pridobljenih iz obrazcev za objave prostih delovnih mest.

Razlogi za prekinitve delovnega razmerja so bili razvrščeni v kategorije istih oziroma podobnih navedb. Te so bile nato združene v tematsko sorodne sklope.

REZULTATI

Pregledanih je bilo 482 dokumentov: 93 za leto 2022, 151 za leto 2023 in 238 za leto 2024. Večina je v svojih odpovedih navedla razlog za prekinitve delovnega razmerja, nekateri od njih zelo na kratko, drugi pa so jih navedli celo več. Najpogostejše odgovore smo zbrali v štiri tematske sklope: 1) težko usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja, 2) preobremenjenost z delom, zahtevno delo in neugoden urnik dela, 3) želja po spremembi, napredovanju in kariernem razvoju in 4) slabo počutje na delovnem mestu zaradi odnosov ali nasilja.

Težko usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja

V UKCL se zaposleni v zdravstveni negi vozijo iz različnih krajev Slovenije. Oddaljenost delovnega mesta od doma in s tem povezana vsakodnevna utrujajoča vožnja ter iskanje parkirišča zaposlenim jemljejo dragoceni čas, ki bi ga lahko namenili počitku in preživljanju časa z družino. Eden od načinov, kako bi lažje usklajevali poklicno in zasebno življenje in imeli dovolj časa za počitek, je ta, da se zaposlijo bližje domu in/ali v manj zahtevnem delovnem okolju.

Odločitev za ta korak res ni bila enostavna, vendar mi vsakodnevna vožnja predstavlja napor in prav tako veliko izgubljenega časa, preživetega na cesti, zato sem se odločil za menjavo službe bližje domu. (M., 2024)

Doma imam dve punčki, ki me res potrebuje, saj sta še majhni, partner pa tudi dela v izmenskem turnusu. Na žalost mi vožnja v Ljubljano in iskanje parkirišča vzame veliko časa, zato sem se odločila, da [...] dajem odpoved. (Z., 2024)

Odločila sem se, da je pravi čas za spremembo in da bom svojo karierno pot in družinsko življenje lažje usklajevala v novi službi. (Z., 2022)

Preobremenjenost z delom, zahtevno delo in neugoden urnik dela

Pomanjkanje kadra ima za neizogibno posledico preobremenjenost tistih, ki še vztrajajo na delovnih mestih. Zaposleni v zdravstveni negi v UKCL so tožili o fizično in psihično napornem delu in slabih delovnih pogojih. Vse to je bilo samo po sebi stresno, pri tem pa jih je spremljala

zavest, da postajajo razmere nevarne tako za paciente kot tudi zanje. Delo v bolnišnici je bilo zanje dodatno naporno in manj zanimivo tudi zaradi triizmenskega urnika dela ter dela ob vikendih in praznikih. Zaradi naštetega so iskali ugodnejše delovne razmere pri drugih delodajalcih. Nekateri so se odločili za delo drugje, ker jim je bil ponujen boljši zaslužek.

Delo v intenzivni terapiji postaja vedno težje, velika je preobremenjenost zaradi pomanjkanja kadra, posledično je čutiti tudi nezadovoljstvo, hkrati pa delo postaja tudi nevarno tako za paciente kot za zdravstvene delavce. (Z., 2022)

Po dolgih letih triizmenskega dela si želim stalen urnik brez nočnih izmen in delovnih vikendov, v mirnejšem okolju. (Z., 2023)

Ker se odpravljam na novo zaposlitveno pot, kjer so boljši delovni pogoji ter plača, dam [.] odpoved. (Z., 2023)

Želja po spremembi, napredovanju in kariernem razvoju

Bolnišnično okolje je dinamično in polno izzivov, ki zahtevajo neprestano usposabljanje in prilagajanje. Iz navedb zaposlenih je bilo zaznati, da so si želeli sprememb, napredovanja in kariernega razvoja, kar pa jim UKCL, še posebno v obdobju hudega pomanjkanja kadra, ni mogel vedno in takoj omogočiti. Zato so se odločali za iskanje druge zaposlitve. Nekateri so navajali, da si želijo novih izzivov. Drugi so povedali, da odhajajo v tujino ali pa da zapuščajo zdravstvo.

Razlog za odhod je [.] vodstveno delovno mesto [v novi službi]. (Z., 2023)

Po dolgem razmisleku sem se odločila, da naredim korak naprej in raziščem nove priložnosti, time in okolja. [.] želim napredovati, se razvijati in raziskovati tudi druge smeri in mislim, da je zdaj pravi čas za to. (Z., 2024)

Razlog za odpoved je zaposlitev in študij v Nemčiji. (Z., 2024)

Slabo počutje na delovnem mestu zaradi odnosov ali nasilja

Za uspešno in učinkovito delo v zdravstveni negi zaposleni potrebujejo podporo, spodbudo in vključenost. Če je tega premalo ali popolnoma izostane in se zaradi splošne preobremenjenosti pojavijo medosebna trenja, se zaposleni lahko odločijo za odhod. Tako so nekateri zaposleni navajali kot razlog odhoda slabe medsebojne odnose na delovnem mestu, nerazumevanje, včasih pa tudi nasilje in posledično slabo počutje v službi.

Po letih sodelovanja in mesecih nelagodnega počutja v službi si želim novega delovnega okolja [.] (M., 2024)

Zal se ne počutim več ugodno in svojega dela kljub prizadevanjem ne morem opravljati učinkovito. Delovni pogoji se niso izboljšali kljub mojim prizadevanjem za rešitev težav, zato vas prosim, da sprejmete mojo odpoved delovnega razmerja. (Z., 2023)

Razlog za odhod [je med drugim] [.] nasilje s strani pacientov, ki je čedalje pogostejše in se stopnjuje. (Z., 2023)

DISKUSIJA

Zaposleni v zdravstveni negi v UKCL so najpogostejše navajali, da dajejo odpoved zaradi želje po zaposlitvi bližje domu, kar bi jim skrajšalo potovalni čas v službo in domov in jim na ta

način omogočilo več časa za družino ter za počitek po napornem delu. Na ta način bi lažje usklajevali poklicno in zasebno življenje. Tudi v tuji literaturi so družinske obveznosti (Muir, Porat-Dahlerbruch, Nikpour, Leep-Lazar & Lasater, 2024) oziroma težave pri usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja (Homburg, van der Heijden & Valkenburgh, 2013; Çamveren, Yürümezoğlu & Kocaman, 2020; Lessi et al., 2024) pomemben faktor, ki botruje odhodom medicinskih sester iz zdravstvene ustanove ali pa kar iz poklica. Izčrpanost zaradi preobremenjenosti v službi in izmenskega dela skupaj z zahtevami zasebnega življenja je za marsikatero medicinsko sestro veliko breme (Bahlman-van Ooijen et al., 2023; Bottega et al., 2025). Ko služba začne v preveliki meri vplivati na zasebno življenje in se pojavijo celo občutki krivde zaradi zanemarjanja družine in predvsem otrok, se medicinske sestre pogosto odločijo za odhod iz poklica (Pyhäjärvi & Söderberg, 2024).

Raziskava v slovenskih bolnišnicah je pokazala na kritično pomanjkanje medicinskih sester in njihovo posledično preobremenjenost (Skela-Savič, 2022). V UKCL pomanjkanje kadra velja v celotnem spektru zaposlenih v zdravstveni negi, zato se ni čuditi, da kot razlog za odhod navajajo preobremenjenost, fizično in psihično prenaporno delo in slabe delovne pogoje. Zahtevno delovno okolje, ki ga poslabšuje nezmožnost zapolnitve kadrovske vrzeli, ki bi zagotovila varno in manj stresno delo, je v literaturi eden od glavnih razlogov, da medicinske sestre zapuščajo bolnišnično okolje (Bäckström et al., 2024; Lessi et al., 2024; Bottega et al., 2025) ali poklic (Bahlman-van Ooijen et al., 2023; Sillero, Poisa, Margañon, Marques-Sule & Margañon, 2025). Kot razloge za odpovedi oziroma odhode iz zdravstva navajajo preobremenitve v službi in nadurno delo (Çamveren et al., 2020), veliko izčrpanost zaradi dela (Lessi et al., 2024) ter izgorelost in čustveno utrujenost zaradi pomanjkanja kadra (Muir et al., 2024). Zavedanje, da zaradi pomanjkanja kadra ne morejo nuditi dobre zdravstvene oskrbe (Lessi et al., 2024), negativno vpliva na njihovo počutje, saj se zavedajo, da taka praksa pomeni varnostno tveganje za paciente (Pyhäjärvi & Söderberg, 2024). Zaposleni v zdravstveni negi v UKCL se odločajo za iskanje druge službe tudi zaradi boljšega plačila. Podobno tudi literatura omenja nezadovoljstvo z zaslužkom kot razlog za odhod iz bolnišnice ali iz poklica (Alzahrani, 2022; Bahlman-van Ooijen et al., 2023; Lessi et al., 2024).

Za slovenske medicinske sestre, zaposlene v bolnišnicah, je karierni razvoj pomemben (Skela-Savič, 2022). Zaposleni v UKCL so navajali tako splošno željo po spremembi kot specifično željo po napredovanju in kariernem razvoju. Možnosti za napredovanje so iskali pri drugem delodajalcu, saj je ena od posledic hudega pomanjkanja kadra med drugim tudi onemogočen ali pa vsaj otežen karierni razvoj tistih, ki še vztrajajo na delovnem mestu (Prelec & Skela-Savič, 2023). Tudi drugje je nezadovoljstvo z možnostjo razvoja razlog za to, da medicinske sestre zapuščajo bolnišnice (Alzahrani, 2022; Lessi et al., 2024; Bottega et al., 2025). Zato, ker nimajo možnosti za karierni razvoj in se čutijo prešibke, da bi takšne razmere spremenile in bi imele več možnosti za napredovanje, zapuščajo poklic (Bahlman-van Ooijen et al., 2023).

Čeprav v manjši meri kot zaradi drugih razlogov, se zaposleni v zdravstveni negi v UKCL odločajo za odhod tudi zaradi slabih odnosov in nasilja na delovnem mestu. Predvsem so omenjali nesoglasja med medicinskimi sestrami in z neposrednimi nadrejenimi, prav tako pa tudi nezadovoljstvo z odnosom zdravnikov in nasilje s strani pacientov. Tudi literatura opisuje stisko medicinskih sester zaradi takšnih odnosov. Poleg pomanjkanja profesionalne solidarnosti in podpore vodstva oziroma organizacije nasploh navaja tudi horizontalno nasilje (Çamveren et al., 2020; Alzahrani, 2022; Bahlman-van Ooijen et al., 2023; Bäckström et al., 2024; Lessi et

al., 2024; Bottega et al., 2025; Sillero et al., 2025). Avtorji poročajo o konfliktih v komunikaciji in nespoštovanju s strani zdravnikov (Bahlman-van Ooijen et al., 2023), kar zaznavajo tudi medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah (Skela-Savič, 2022). Poleg naštetega pa so lahko medicinske sestre deležne tudi nasilnega vedenja pacientov in njihovih svojcev, kar vse vodi v iskanje nove službe ali pa zapuščanje poklica (Bahlman-van Ooijen et al., 2023).

Omejitve

Podatki so bili pridobljeni le v eni bolnišnici, ki ima kot terciarna ustanova specifične značilnosti. V prihodnje bi bilo dobro v raziskovanje vključiti različne slovenske bolnišnice, kar bi omogočalo primerjavo in posploševanje. Zaposleni so bili naprošeni, ali lahko v svojo odpoved zapišejo tudi razlog zanjo. Predvidevamo, da so vsaj nekateri odgovarjali drugače, kot bi v anonimni anketi ali v pogovoru z raziskovalko. Navedbe nekaterih so bili zelo kratke. Nekaj zapisov je bilo obsežnejših in je dalo boljši vpogled v problematiko odhodov. Za boljše razumevanje razmer in razlogov za zapuščanje bolnišnic oziroma poklica bi bilo smiselno opraviti poglobljene razgovore z zaposlenimi v zdravstveni negi, ki se odločijo dati odpoved. To bi omogočilo bolj poglobljen uvid v težave in bolj ciljan razvoj strategij za zadržanje kadra.

ZAKLJUČEK

Zaposleni v zdravstveni negi v UKCL so navajali različne razloge za prekinitev delovnega razmerja. Podobno kot je pomanjkanje kadrov v zdravstveni negi globalen problem, tudi iz pričujočega pregleda razlogov za odhod lahko razberemo, da se le-ti skladajo s tistimi opisanimi v mednarodni literaturi. Zaposleni v zdravstveni negi zaradi narave dela težko usklajujejo poklicno in zasebno življenje, zaradi pomanjkanja kadra so preobremenjeni, poleg tega pa še slabo plačani, bolnišnice ne sledijo njihovi potrebi po napredovanju in kariernem razvoju, zaradi velikih pritiskov in napetih razmer se krhajo medosebni odnosi. Nezadovoljni zaposleni odhajajo, bolnišnični kadrovski bazen pa se prazni. Kljub številnim dosedanjim aktivnostim UKCL za pridobitev novega kadra in zadržanje izkušenega kadra se stanje na področju zaposlovanja v zdravstveni negi ni bistveno izboljšalo.

Zaradi kritičnega pomanjkanja kadra v slovenski zdravstveni negi, ki je še posebno izrazit v bolnišnicah, bi bilo nujno bolj podrobno raziskati ta problem in posledično razviti primerne strategije za spopadanje z njim.

LITERATURA

- Alzahrani, M.S.J. (2022) Impact of work environment on nurse's retention at hospital: Scoping review. *Evidence-Based Nursing Research*, 4(2): 39-53. <http://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v4i2.239>.
- Ažman, M. (2022) Human resource standards and norms as tools for enduring quality and safety in nursing and midwifery. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1): 4-8. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3166>.
- Bäckström, J., Pöder, U. & Karlsson A.-C. (2024) I was merely a brick in the game: A qualitative study on registered nurses' reasons for quitting their jobs in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 2024(1): 1-8. <https://doi.org/10.1155/2024/6662802>.
- Bahlman-van Ooijen, W., Malfait, S., Huisman-de Waal, G. & Hafsteinsdóttir, T.B. (2023) Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12): 4455-4471. <https://doi.org/10.1111/jan.15696>.
- Bottega, M., De Faveri, A.P., Simeoni, M. & Danielis, M. (2025) Why nurses discontinue practice in hospitals? Insights from a qualitative study. *International Nursing Review*, 72(1): e13083. <https://doi.org/10.1111/inr.13083>.
- Çamveren, H., Yürümezoğlu, H.A. & Kocaman, G. (2020) Why do young nurses leave their organization? A qualitative descriptive study. *International Nursing Review*, 67(4): 519-528. <https://doi.org/10.1111/inr.12633>.

- Ferčec, M. (2022) *Covid-19 iz perspektive spola: breme skrbstvenega dela medicinskih sester v žarišču epidemije*. [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani] [<https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=166064&lang=slv> (Dostop: 30. 1. 2025).
- Homburg, V., van der Heijden, B. & Valkenburg, L. (2013) Why do nurses change jobs? An empirical study on determinants of specific nurses' post-exit destination. *Journal of Nursing Management*, 21: 817-826.
- Lessi, L., de Barbieri, I. & Danielis, M. (2024) Addressing nursing resignation: Insights from qualitative studies on nurses leaving healthcare organisations and the profession. [Online] *Journal of Advanced Nursing*, <https://doi.org/10.1111/jan.16546> (Dostop: 4. 12. 2024).
- Muir, J., Porat-Dahlerbruch, J., Nikpour, J., Leep-Lazar, K. & Lasater, K.B. (2024) Top factors in nurses ending health care employment between 2018 and 2021. *JAMA Network Open*, 7(4): e244121. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.4121>.
- Prelec, A. & Skela-Savič, B. (2023) Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2): 117-129. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3203>.
- Prosen, M. (2020) Social stigma in the times of coronavirus (COVID-19): an epidemic we must not remain silent about. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2): 100-103. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3018>.
- Pyhäjärvi, D. & Söderberg, C.B. (2024) The straw that broke the nurse's back-Using psychological contract breach to understand why nurses leave. *Journal of Advanced Nursing*, 80(12): 4989-5002. <https://doi.org/10.1111/jan.16143>.
- Sillero, A.S., Poisa, M.G., Margañon, S.A., Marques-Sule, E. & Margañon, R.A. (2025) Shifting compasses: A qualitative study of lived experiences driving perioperative nurses to leave the profession post COVID-19. *Healthcare*, 13(4), 391: 1-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare13040391>.
- Skela-Savič, B. (2022) *Spoznanja raziskave o delovni sili v zdravstveni negi (RN4CAST) v izbranih slovenskih bolnišnicah*. [poročilo raziskave, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin] https://www.fzab.si/uploads/file/2022_Porocilo_raziskave.pdf (Dostop: 9. 2. 2023).
- Stevanović, D. (2023) *Izkušnje medicinskih sester ob epidemiji COVID-19*. [magistrska naloga, Univerza na Primorskem] <https://repozitorij.upr.si/Dokument.php?id=28048&lang=slv> (Dostop: 30. 1. 2025).

AMBULANTNA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA BOLEČIN MIŠIC MEDENIČNEGA DNA TER MEDENIČNEGA OBROČA

Outpatient physiotherapy of pelvic floor and pelvic girdle pain

IZVLEČEK

Težave z bolečinami mišic medeničnega dna ter medeničnega obroča imajo ženske v katerem koli obdobju. Zaradi slabše diagnostike in pomanjkanja fizioterapevtov s specialnimi znanji s področja mišično-skeletne manualne obravnave v Sloveniji so obravnave teh zapletov redke. Namen je predstaviti fizioterapevtsko obravnavo pacientk z bolečinami mišic medeničnega dna in v medeničnem obroču. Cilji so predstaviti manualne fizioterapevtske tehnike na področju miofascialnega bolečinskega sindroma mišic medeničnega dna in mišično-skeletnih disfunkcij medeničnega obroča. Izobraziti je treba fizioterapevte in druge zdravstvene delavce na področju ginekologije in porodništva o različnih pristopih pri obravnavah pacientk. kronične bolečine medenice vsebuje simptome bolečine medeničnega obroča in miofascialni bolečinski sindrom. Vzrok za te simptome so neravnovesje v mišicah medeničnega dna, medeničnem obroču, abdominalni muskulaturi, lumbalnem predelu hrbtenice, težave v perifernem živčevju, fascijah ... Sproščanje mišic medeničnega dna vpliva na zmanjšanje bolečin v mišicah medeničnega dna, zmanjšajo se bolečine pri spolni funkciji, izboljša se stanje prekomerno aktivnega sečnega mehurja. Manualne tehnike se uporabljajo za odpravo bolečin, izboljšanje gibljivosti in boljšo koordinacijo gibanja. Za uspešno zmanjšanje simptomov prekomerno aktivnih mišic medeničnega dna in obvladovanje bolečin v področju medenice je pomembno, da se doseže izboljšanje relaksacije, podaljšanje tkiv in povrnitev mišične funkcije. Cilj, ki se doseže s temi tehnikami, je zmanjšanje ali popolna odprava bolečin, funkcionalna normalizacija

gibanja pri vsakodnevni ter športni aktivnosti in s tem boljša kakovost življenja pacientk. Dokazano je bilo, da je učinkovito vključevanje manualne obravnave miofascialnih prožilnih točk v kombinaciji z vajami pri zdravljenju pacientk s kroničnimi bolečinami medenice.

Ključne besede: bolečina, miofascialne prožilne točke, kronična bolečina v medenici, miofascialni bolečinski sindrom

ABSTRACT

Women of all ages have problems with pelvic floor and pelvic girdle pain. Due to poorer diagnostics and lack of physiotherapists with specialised knowledge in musculoskeletal manual therapy in Slovenia, treatment of these complications is rare. The aim is to present the physiotherapeutic management of patients with PFM (pelvic floor muscles) pain and pelvic girdle pain. The aims are to present manual physiotherapy techniques in the field of myofascial pain syndrome of the PFM and musculoskeletal dysfunctions of the pelvic girdle. It is important to educate physiotherapists and other health professionals in the field of gynaecology and obstetrics on the different approaches in the management of female patients. Chronic pelvic pain (CPP) contains symptoms of pelvic girdle pain and myofascial pain syndrome (MPS). These symptoms are caused by imbalances in the PFM, pelvic girdle, abdominal musculature, lumbar spine, peripheral nerve problems, fasciae, etc... Manual release of PFM has an effect on reducing pain, painless sexual function, improving overactive bladder symptoms. Manual techniques are used to eliminate pain, improve mobility and improve coordination of movement. To successfully reduce the symptoms of overactive PFM and manage pelvic pain, it is important to achieve improved relaxation, tissue lengthening and restoration of muscle function. The aim of these techniques is to reduce or completely eliminate pain, to functionally normalise movement in daily activities and sports, and to improve the quality of life of the patient. Manual treatment of manual trigger point in combination with exercises has been shown to be effective in the treatment of patients with CPP.

Key words: pain, manual trigger point, chronic pelvic pain, myofascial pain syndrome.

UVOD

Težave z bolečinami mišic medeničnega dna ter medeničnega obroča imajo ženske v katerem koli obdobju. Zaradi slabše diagnostike in pomanjkanja fizioterapevtov s specialnimi znanji s področja mišično-skeletne manualne obravnave v Sloveniji so obravnave teh zapletov redke. V BGP Kranj imajo pacientke možnost poglobljene fizioterapevtske obravnave na področju ginekologije in porodništva.

Namen je predstaviti fizioterapevtsko obravnavo pacientk z bolečinami v mišicah medeničnega dna in v medeničnem obroču. Ključno je sodelovanje z drugimi timi, ki prepoznajo take bolečine, npr. babice, medicinske sestre in zdravniki. Drugi timi pripomorejo k čimprejšnji pravilni napotitvi pacientke na ustrezno fizioterapevtsko obravnavo. V klinični praksi na porodniškem oddelku medicinska sestra obvesti fizioterapevtko o bolečinah pacientke v mišicah medeničnega dna, uhajanju urina, uhajanju blata, bolečinah v medeničnem obroču, večjih rupturah ali epiziotomijah po porodu. Medicinska sestra preda informacije ginekologu, ki predpiše fizioterapijo. Začne se fizioterapevtska obravnava že v času hospitalizacije pacientke, nadaljuje se lahko ambulantno preko izdanega delovnega naloga, ki ga izda ginekolog ali osebni zdravnik. Preko ambulate lahko zdravnik napoti pacientko na fizioterapijo na podlagi delovnega

naloga. Na jutranji predaji službe tudi babice poročajo o poškodbah medeničnega dna, ki so nastale med porajanjem.

Cilji so predstaviti manualne fizioterapevtske tehnike na področju miofascialnega bolečinskega sindroma mišic medeničnega dna in mišično-skeletnih disfunkcij medeničnega obroča. Cilj vseh manualnih fizioterapevtskih tehnik je ponovna vzpostavitev normalnega delovanja mišic medeničnega dna in medeničnega obroča. Končni cilj, ki se doseže s temi tehnikami, je zmanjšanje ali popolna odprava bolečin, funkcionalna normalizacija gibanja pri vsakodnevni ter športni aktivnosti in s tem boljša kakovost življenja pacientk.

KRONIČNA BOLEČINA V MEDENICI

Kronična bolečina v medenici je zaznavanje anomalij v predelu medenice pri ženskah ali moških. Vključuje simptome miofascialnega bolečinskega sindroma mišic medeničnega dna in bolečine v medeničnem obroču.

Kronične bolečine v medenici zajemajo široko paleto diagnoz, ki se neprekinjeno pojavljajo šest mesecev ali dlje. Med drugim vključuje tudi disparevnijo, vaginizem, vulvodinijo, endometriozo, sindrom bolečega mehurja, sindrom piriformisa, prostatitis, disfunkcijo kolkov, težave v živčnem sistemu, v endokrinem sistemu, v reproduktivnih organih, gastrointestinalnem traktu, imunskem sistemu, pudendalno nevralgijo in spremembah v aktivnosti detruzorja (Bradley et al., 2017).

Pacientke s kronične bolečine medenice imajo miofascialne prožilne točke v lumbalnem delu hrbtenice, abdominalni steni, medeničnem obroču in so lahko primarni vzrok bolečine. Te MPT so najpogostejše locirane v musculus (m.) levator ani, m. obturator internus, m. piriformis, glutealnih mišicah, m. quadratus lumborum in mišicah abdominalne stene (Atas et al., 2024).

MIOFASCIALNI BOLEČINSKI SINDROM MMD

MBS zdravniki težko prepoznajo. Kadar so bolečine v mišicah medeničnega dna in s tem povezana stanja, kot disparevnija, boleče sedenje, bolečine pri uriniranju ter odvajanju blata in pri obračanju ter spremembah položajev, to nakazuje na miofascialni bolečinski sindrom. Če ginekolog ali zdravnik naredi vse preiskave, ki so v njegovi moči in ne diagnosticira nobene oprijemljive diagnoze, gre verjetno za miofascialni bolečinski sindrom mišic medeničnega dna.

Miofascialni bolečinski sindrom je sestavljen iz miofascialnih prožilnih točk, ki zajemajo različne mišice in mišične skupine. Miofascialne prožilne točke so področje, ki sproži bolečino, je na mestu ali pa se širi v druga področja po telesu (Gautschi, 2022).

Najbolj pogosto omenjena miofascialna disfunkcija medeničnega dna je miofascialni bolečinski sindrom, ki zajema mišice ter fascije medeničnega dna.

Vzrok za miofascialno disfunkcijo medeničnega dna so: miofascialne prožilne točke in brazgotine na mišicah medeničnega dna, ki povzročajo bolečine, napetost, vnetje in mišično oslabelost. Etiologije miofascialnih prožilnih točk so: nestabilnost v sosednjih sklepih ali anomalije, hormonske spremembe, težave z vezivnim tkivom, hlad, vročina in manjše ali večje travme na mišična vlakna, ki sprožijo bolečine. Vzrok za te simptome so neravnovesje v mišicah medeničnega dna, v medeničnem obroču, abdominalni muskulaturi, lumbalnem predelu hrbtenice, težave v perifernem živčevju, fascijah ... Miofascialni bolečinski sindrom mišic medeničnega dna je lahko prehodni ali konstanten. Akutna preobremenitev mišic je najpogostejša, ki pa kasneje lahko preide v kronično preobremenitev (Boke, 2023).

Kronična preobremenitev nastane zaradi ponavljajočih se gibov, drže, prisilne drže, poškodb med porodom (epiziotomija, ruptura), brazgotine, po ginekoloških operacijah in tenzije na mišicah medeničnega dna (Gautschi, 2022).

Cilji fizioterapije pri zdravljenju spolne disfunkcije vključujejo: desenzibilizacijo mehkih tkiv, normalizacijo mišičnih aktivnosti, izboljšanje mišične relaksacije, izolirano aktivacijo mišic medeničnega dna, izboljšanje elastičnosti introitalnega tkiva in zmanjšanje strahu pred vaginalno penetracijo. Tehnike, ki jih uporabljajo, so masaža mišic medeničnega dna in dilatorji vagine (Bradley et al., 2017).

Pri nastanku miofasialne prožilnih točk poteka zapleten proces. Pride do lokalne hipoksije mišičnih celic in posledično do hipoksije tkiva. Telo nevarnost hipoksije zazna, pride do vnetja, v mišičnih celicah se povečajo citokini, ki so posledica vnetja, temu sledi edem tkiva, poveča se tlak v tkivu. Nato pride do kompresije na venski sistem (lokalna ishemija). Tako nastane prožilna točka v mišičnem tkivu, po nociceptorjih se prenese impulz do možganov. V mišičnih celicah se poveča raven kalcija, pojavijo se težave v ionski črpalki. Sarkomere se v mišičnih celicah skrajšajo, aktinska in miozinska vlakna se zaklenejo in mišični tonus se poveča (Gautschi, 2022). Prizadete mišice medeničnega dna so lahko hipertrofirane ali oslabele, lahko kombinirane. Vse to pa lahko vodi do urinske inkontinence, bolečin in posledično tudi do disfunkcij sosednjih področij.

Brazgotina po carskem rezu v spodnjem kvadrantu abdominalno obojestransko, lahko povzroči bolečine v spodnjem delu trebuha in bolečine v mišicah medeničnega dna. Bolečine mišic medeničnega dna vodijo v povečan tonus mišic, vnetje mišic, oslabelelost mišic medeničnega dna in s tem kompenzacijo tonusa, ki niha iz hipertoniije v hipotonijo. Posledično pride poleg bolečin v mišicah tudi do urinske inkontinence.

Ko se opravi ocena specifičnih mišic medeničnega dna, vaginalno ali rektalno pri ženski pacientki in rektalno pri moškem pacientu, mora fizioterapevt natančno oceniti in ovrednotiti mišično-skeletno stanje, ki je osnova za obravnavo medenične bolečine. Mišično-skeletna stanja mišic medeničnega dna so lahko: premalo aktivne (hipotonična mišica, podaljšana, oslabele, nezmožna hotena aktivacija), preveč aktivne (hipertonične, spastične in skrajšane) ali kombinacije le-teh (Bradley et al., 2017).

TEHNIKE MIOFASIALNIH PROŽILNIH TOČK

Aktivne miofasialne prožilne točke povzročajo bolečine in motnje koordinacije. Omejena je mišična kontrakcija, mišična oslabelelost, pojavi se prenesena bolečina (sevajoča) ter mišična oslabelelost z ali brez mišične atrofije in motnje statike mišic medeničnega dna (Robin, 2023).

Tehnike miofasialnih prožilnih točk:

Manualna kompresija: je tehnika s pritiskom, kjer fizioterapevt najde prožilno točko in izvaja terapijo. Je tehnika s samim pritiskom ali kombinacija pritiska in izometrične kontrakcije mišic – doda upor na mišico.

Kompresija z mobilizacijo mišice, fizioterapevt drži točko in jo pomika v smeri mišičnih vlaken ali pravokotno na vlakna. Lahko pa pacientka kontrahira mišico in fizioterapevt drži miofasialno prožilno točko.

Fascialna tehnika: tu gre za raztezanje fascij, kjer fizioterapevt potuje vzdolž celega vlakna 1 mm/sekundo, enako tehniko lahko izvaja v raztegnjenem položaju mišičnega tkiva.

Fascialna separacija: tu izvaja fizioterapevt razplastitev med dvema mišicama ali med kostjo in mišico (Boke, 2023).

Tehnika manualna kompresija vpliva na izboljšanje krvnega pretoka v koži in je posebej pomembna za tkiva, ki niso primerna za raztezanje (Atas et al., 2024).

Sproščanje mišic medeničnega dna preko vagine: m. piriformis, m. puborectalis, m. pubovaginalis, m. pubococcygeus, m. iliococcygeus, m. ischiococcygeus in m. obturator internus.

Velika korelacija, ki povzroča bolečine v MMD: m. obliquus externus abdominis, m. rectus abdominis, m. adduktor (magnus, brevis, pectineus) in m. gluteus medius.

Vzrok za nastanek premalo aktivnih mišic medeničnega dna je nosečnost, porod, napenjanje, staranje in debelost.

Patološka stanja pri premalo aktivnih mišicah so: disfunkcija podpore organom ali prolapsi in urinska ali analna inkontinenca (Bradley et al., 2017).

Pri preveč aktivnih mišicah medeničnega dna oslABLJena je koordinacija in relaksacija MMD. Najpogostejši vzrok za nastanek in remisije je stresor ali travma. Patološka stanja pri preveč aktivnih MMD: bolečine v MMD, spolna disfunkcija (disparevnija, vulvodinia) in motnje defekacije. Do bolečin v mišicah medeničnega dna pride zaradi vaginalnega poroda, travme ali operacije.

Pri kombinacijah obojega pride do disfunkcije defekacije, urgentne inkontinence, prekomerno aktivnega sečnega mehurja in bolečin v dimljah ali kolčnem sklepu (Bradley et al., 2017).

BOLEČINE V MEDENIČNEM OBROČU

Pomeni, da se bolečine pojavijo zaradi čezmernega premikanja sklepov medenice. Do premikov prihaja v simfizi ali v sakroiliakalnih sklepih.

Znaki so: racajoča hoja, kratki koraki v širini medenice, ne zmorejo daljše prehojene razdalje po ravnini ali v hrib. Ko pacientka nekaj časa počiva na boku, se bolečina umiri. Ko vstane in se začne gibati, se proti večeru simptomatika poveča. Pojavi se šepanje in včasih tudi nezmožnost hoje. Pacientka se lahko giba s pomočjo bergel, včasih je tako hudo, da hoja ni mogoča in potrebuje invalidski voziček.

Temu so najbolj izpostavljene nosečnice po 30. tednu nosečnosti, po porodu porodnice ali pacienti, ki so doživeli travmo oz. hujši padec na medenico.

Mišično-skeletna in živčno-mišična medenična bolečina izvira iz mehkih tkiv, živcev, sklepov ali mišic ledveno-medeničnega predela, trebušno-medeničnega in kolčnega kompleksa v medeničnem obroču. Kadar pride do disfunkcije v kateri koli od teh komponent, se lahko pojavi bolečina. V odsotnosti okužbe, malignega obolenja ali visceralnega izvora je medenična bolečina običajno miofascialna, mišično-skeletna, živčno-mišična ali katera koli kombinacija teh vrst.

Funkcije medeničnega obroča: daje oporo notranjim organom, ima funkcijo izločal, spolno ter reproduktivno funkcijo in zagotavlja dinamično stabilnost trupa in kolkov, za ravnotežje in gibanje (Bradley, 2017). Med pacienti z bolečinami v lumbalnem delu hrbtenice je 10- do 25-% verjetnost, da vzrok za simptome izhaja iz sakroiliakalnega sklepa. Približno 25 % žensk ima bolečine v posteriornem delu medenice v pred- in poporodnem obdobju (Miles, 2019).

Pri kroničnih bolečinah medenice so bile ugotovljene bolečine, zmanjšanje gibanja, vpliv na kakovost življenja, depresijo in anksioznost (Atas et al., 2024).

Raziskave so dokazale, da imajo ženske v nosečnosti, ki fizično delajo 40- do 50-% povečano verjetnost za razvoj BMO-ja (De Andrade et al., 2018).

POTEK AMBULANTNE FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

Pomemben je celoten potek fizioterapevtske ambulantne obravnave pri bolečinah v mišicah medeničnega dna in v medeničnem obroču. Kako pristopiti do ginekološke fizioterapevtske obravnave ter metode in tehnike fizioterapevtske obravnave glede na zastavljene cilje. Najprej je treba narediti anamnezo, ki zahteva natančen pogovor.

Fizioterapevtko zanima: lokacija bolečine ali poškodbe, so poškodbe nastale pri porodu ali uhaja urin, ali gre za preobremenitev mišic medeničnega dna ali medeničnega obroča. V nadaljevanju je treba narediti abdominalno in vaginalno inspekcijo.

Sledi palpacija: zunanjsa spolovila in nevrološka ocena S1 ter S2 dermatoma, vaginalni pregled s palpacijo mišic medeničnega dna in vseh sten vagine. Kadar predvidevamo, da gre za bolečine v medeničnem obroču: testiramo simfizo obojestransko, sakroiliakalne sklepe obojestransko, križnico in trtico.

Pregled zajema abdominalno palpacijo, da se ugotovi, ali gre za boleče notranje organe ali mišice. Po potrebi se opravi ingvinalna palpacija, ki se izvede tudi v funkciji, da se definira ali gre za mišično ali pa ligamentarno bolečino. Testiranje adduktorne mišice je tudi pomembno, saj se te mišice naraščajo na medenico in lahko sodelujejo pri bolečinskem sindromu. Ingvinalno je treba biti zelo pazljiv, ker tu potekajo arterija femoralis, vena femoralis in femoralni živec. Ravno tako je treba biti pazljiv pri fizioterapevtski obravnavi na dorzalni strani medenice na samo izhodišče živca ischiadicusa.

Postaviti moramo realne fizioterapevtske cilje. Realizacija ciljev s pomočjo fizioterapevtskih tehnik, ki se uporabljajo v BGP, temeljijo na širokem znanju in veliko izkušnjah. Pacientke obravnavajo z manualnimi tehnikami, s tehnikami sproščanja, mobilizacijskimi tehnikami, manipulacijami ali mišičnimi ter mišično-energetskimi tehnikami, odvisno, katere tehnike bodo glede na predhodno fizioterapevtsko oceno izbrane. Za sproščanje mišic medeničnega dna se uporablja tudi biofeedback. Kadar ima pacientka vzporedno še urinsko inkontinenco, obravnavamo še to. Zdravljenje urinske inkontinence zajema široko znanje fizioterapevta, ki je zato posebej usposobljen in zahteva znanje s področja ginekologije in porodništva. Na porodniškem oddelku v BGP Kranj izvajamo fizioterapevtske obravnave, kadar so prisotne bolečine v medeničnem obroču ali ob večji poškodbi mišic medeničnega dna.

DISKUSIJA

Na podlagi izkušenj pri delu s pacientkami so rezultati manualne fizioterapije zelo uspešni. Ugotovili smo, da sproščanje mišic medeničnega dna vpliva na zmanjšanje bolečin v mišicah medeničnega dna. Zmanjšajo se bolečine pri spolni funkciji in se izboljša stanje prekomerno aktivnega sečnega mehurja. Pri sproščanju mišic medeničnega dna se zmanjša mišična aktivnost, s tehnikami se aktivira diafragmalno dihanje, uporabijo se lahko tehnike vizualizacije sprostitve mišic medeničnega dna ter se s pomočjo termoterapije izboljša cirkulacija mišic (Bradley et al., 2017).

Poleg krepitev mišic medeničnega dna je nujno tudi sproščanje teh mišic. V tujini uporabljajo tudi tehniko dry needling, ki pa pri nas še ni vpeljana.

Mobilizacija mehkih tkiv ter sproščanje miofascialnih in vezivnih tkiv se uporablja za izboljšanje cirkulacije, obnovitev celovitosti tkiva, zmanjšanje ishemije in zmanjšanje kompresije na perifernih živčnih vejah. Mobilizacija sklepov ali MPT se lahko uporabi za ponovno vzpostavitev gibljivosti ledvene hrbtenice, medeničnega obroča in kolčnih sklepov.

Za 50 % se zmanjša bolečina v mišicah medeničnega dna pri pacientkah, ki so bile deležne intravaginalnega manualnega zdravljenja in pri pacientkah, ki so jim aplicirali zdravila v MPT (Bradley et al., 2017).

Tudi mi v ambulantni poleg manualne fizioterapije pacientki pokažemo vaje za krepitev mišic medeničnega dna in damo napotke za samozdravljenje mišic medeničnega dna (tehnike sproščanja MMD, diafragmalno dihanje, termoterapija, nakup biofeedback naprave).

Bradly et al. so v svoji raziskavi ugotovili, da je 62-% izboljšanje povprečne ocene bolečine pri bolečinah v trtici. V raziskavi so pri pacientkah obravnavali sproščanje MPT (internalno, eksternalno), biofeedback z vodenim sproščanjem mišic medeničnega dna, diafragmalno dihanje, kontrolo drže in uporabo dilatorjev za domačo uporabo.

MPT v mišicah medeničnega dna in abdominalni steni lahko povzročajo simptome preaktivnega mehurja, disfunkcije mišic medeničnega dna z mehanizmom prenesene bolečine. Z izvajanjem manualne terapije na omenjenih MPT so opazili bistveno izboljšanje v povezavi z urgenco, frekvenco, spolno funkcijo v več raziskavah.

Atas et al. so v svoji raziskavi vključevali manualne tehnike manualne kompresije, nizkointenzivno lasersko terapijo skupaj z vajami. Opazili so izboljšanje na področju bolečine, obsega gibljivosti, kakovosti življenja, jakosti simptomov in zadovoljstva pacientke.

Carlos H. et al. so v svoji raziskavi našli asociacijo med psihološkim faktorjem in pojavom BMO-ja med nosečnostjo. Motnje menstrualnega ciklusa, kot so dismenoreja, menoragija in nereden menstrualni ciklus, so pogoste pri adolescenci in so pogosto dejavniki pri nezreli hipofizi, ki vpliva na ciklus jajčnikov. Niso še raziskali točnega vzroka za pojav bolečine v lumbalnem delu hrbtenice med menstruacijo. Nekatere raziskave ugotavljajo, da so bolečinska stanja rezultati hormonskih sprememb, do katerih pride med menstrualnim ciklusom, in lahko vplivajo na sintezo kolagena. Kar lahko vodi v zmanjšanje stabilnosti hrbtenice zaradi zrelaksiranih ligamentov. Zato lahko sklepamo, da imajo pacientke s temi težavami večjo nagnjenost za pojav BMO-ja v nosečnosti, ki so rezultat laksnosti ligamentov med nosečnostjo (De Andrade et al., 2018).

Pri BMO imamo v praksi odlične rezultate s postopki manualne fizioterapije. Rezultati kažejo, da so pacientke brez bolečin, nimajo več oviranosti pri vsakdanjih aktivnostih in športu. Sede-nje ni več boleče. Manualna obravnava mora vključevati specifične aktivne vaje, vaje za mišice medeničnega dna, vaje za m. transversus abdominis, napotke za pravilno posedanje, gibanje in morebitno uporabo opornic po potrebi (medenični pas).

ZAKLJUČEK

Za uspešno zmanjšanje simptomov prekomerno aktivnih mišic medeničnega dna in obvladovanje bolečin v področju medenice je pomembno, da dosežemo izboljšanje relaksacije, podaljšanje tkiv in povrnitev mišične funkcije.

Dokazano je bilo, da je učinkovito vključevanje manualne obravnave MPT v kombinaciji z vajami pri zdravljenju pacientk s kronično bolečino medenice. V BGP Kranj uporabljamo za zdravljenje manualne tehnike MPT za vse mišice medeničnega dna, tehnike mobilizacije ali manipulacije pri BMO, tehnike za obravnavo sakroiliakalnih ligamentov ter sklepov, nevrnalno mobilizacijo živčevja, fascialne tehnike Fascial Distortion Model. Manualne tehnike so zelo učinkovite in so dobri rezultati pri zmanjševanju in odstranitvi bolečin. Izboljšata se giblivosť ter kakovost življenja v mirovanju in gibanju pacientk. V Sloveniji je še vedno to področje okrnjeno, fizioterapevtov s specialnimi znanji s področja ginekologije in porodništva je malo. Tehnike manualne terapije izvajamo le redki fizioterapevti. Drugi se ukvarjajo s problematiko na drugih področjih.

LITERATURA

Ataş, Kübra & Mutlu, Ebru & Yasa, Cenk & Ugurlucan, Funda. (2023). The Effectiveness Of Trigger Point Treatment In Chronic Pelvic Pain; A Pilot Randomised Controlled Trial. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*. 34. 10.1055/a-2004-5802. DOI: 10.1055/a-2004-5802

Boke R. (2023). Trigegepunkt – Therapie IMTT Kurses Modul I.

Boke R. (2024). Trigegepunkt – Therapie IMTT Kurses Modul II.

Bradley MH, Rawlins A, Brinker CA. (2017). Physical Therapy Treatment of Pelvic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017 Aug; 28(3):589-601. doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.009. Epub 2017 May 12. DOI: 10.1016/j.pmr.2017.03.009

De Andrade, C.H.S., Bitencourt, R.C.L., de Freitas, R.K.G., da Cunha, L.F., Matos, D.C., Lira, P.I.C., Barbosa, L., Lemos, A. (2018) Factors associated with pain in the pelvic girdle in pregnant adolescents: A case-control study, *Musculoskeletal Science and Practice*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.09.011>.

Gautschi R. (2022). Triggerpunkte & Faszien. Thieme.

INTERDISCIPLINARNI PRISTOP K DOLGOTRAJNI REHABILITACIJI OSEB S PRIDOBLENO MOŽGANSKO POŠKODBO: VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Interdisciplinary approach to long-term rehabilitation of individuals with acquired brain injury: The role of nurses

IZVLEČEK

Dolgotrajna rehabilitacija oseb s pridobljeno možgansko poškodbo temelji na interdisciplinarnem pristopu, ki vključuje strokovnjake s področja zdravstva, rehabilitacije in socialnega varstva. Pomembno vlogo pri tem ima medicinska sestra, ki sodeluje pri izvajanju zdravstvene nege, koordinaciji rehabilitacijskega procesa ter nudenju podpore pacientom in njihovim svojcem. Celostna obravnava vključuje fizične, kognitivne in psihosocialne vidike rehabilitacije, pri čemer je ključno strukturirano sodelovanje strokovnjakov, redna evalvacija in prilagajanje rehabilitacijskih ciljev glede na potrebe posameznika. Kljub pomembni vlogi medicinskih sester v rehabilitacijskih timih se pogosto pojavljajo izzivi, povezani s časovnimi in kadrovskimi omejitvami ter nejasno določenimi vlogami, kar lahko vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. Poudarja se potreba po večji prepoznavnosti prispevka medicinskih sester ter krepitevi avtonomije pri delu, kar bi omogočilo večjo učinkovitost rehabilitacijskega procesa in boljše rezultate pri pridobivanju samostojnosti pacientov za vsakdanje življenje. V prispevku se poudarja pomen organizacijskih izboljšav in sistemskih rešitev za optimizacijo vloge medicinske sestre v interdisciplinarnem timu, saj le usklajeno timsko delo omogoča doseganje najboljših možnih rehabilitacijskih izidov.

Ključne besede: zdravstveno-rehabilitacijski tim, celostni pristop, sodelovanje, evalviranje

ABSTRACT

The long-term rehabilitation of individuals with acquired brain injury is based on an interdisciplinary approach that includes professionals from the fields of healthcare, rehabilitation, and social care. A key role in this process is played by the nurse, who participates in the provision of healthcare, coordination of the rehabilitation process, and support for patients and their families. Comprehensive care encompasses the physical, cognitive, and psychosocial aspects of rehabilitation, with structured collaboration among professionals, regular evaluation, and adaptation of rehabilitation goals to individual needs being essential.

Despite the important role of nurses in rehabilitation teams, challenges often arise related to time and staffing constraints as well as unclear role definitions, which can affect the quality of care. There is a growing need for greater recognition of their contributions and the strengthening of their autonomy, which would enhance the efficiency of the rehabilitation process and lead to better outcomes in patients' acquisition of independence for everyday life. The article highlights the importance of organizational improvements and systemic solutions to optimize the role of nurses within interdisciplinary teams, as only well-coordinated teamwork enables the achievement of the best possible rehabilitation outcomes.

Keywords: Healthcare rehabilitation team, comprehensive approach, interdisciplinary collaboration, evaluation

UVOD

Osebe s pridobljeno možgansko poškodbo (PMP) se po akutnem zdravljenju in rehabilitaciji še vedno prilagajajo na novo življenje, pri čemer doživljajo različne psihofizične spremembe. Nekatere spremembe postanejo opazne šele po daljšem času, zato je ključnega pomena vključitev v programe dolgotrajne rehabilitacije, kjer jim interdisciplinarni rehabilitacijski tim zagotavlja celostno podporo za nadaljnje kakovostno življenje.

Raziskave kažejo, da je za optimalne rezultate rehabilitacije pomemben celostni, interdisciplinarni pristop, pri katerem v timu aktivno sodelujejo različni strokovnjaki, med katerimi je nepogrešljiv člen tudi medicinska sestra (Gutenbrunner, Stievano, Stewart, Catton & Nugraha, 2021). V nekaterih procesih je avtonomna vloga medicinske sestre že prepoznana, v drugih pa njena vloga ostaja nevidna in ne dovolj jasno povezana z uspehi rehabilitacije (Ehrlich, Lewis, New, Jones & Grealish, 2021; Tanlaka et al., 2023).

V prispevku obravnavamo vlogo medicinske sestre v dolgotrajni rehabilitaciji oseb s PMP ter izzive, s katerimi se sooča pri izvajanju zdravstvene nege v interdisciplinarnem timu.

PRIDOBLEJENA MOŽGANSKA POŠKODBA IN NJEN VPLIV NA POSAMEZNIKA

Ameriška zveza za možganske poškodbe (Brain Injury Association of America, 2024) opredeljuje pridobljeno možgansko poškodbo (PMP) kot okvaro možganov, ki nastane po rojstvu in ni dedna, prirojena ali posledica porodne travme. Poškodbe deli na travmatske (padci, udarci, nesreče) in netravmatske (možganski tumorji, možganska kap, meningitis, posledice pomanjkanja kisika, vpliv različnih toksinov).

V Centru Naprej in Centru Korak (2020) opredeljujejo posledice PMP kot širok spekter dolgotrajnih težav na različnih področjih človekovega življenja. Možne spremembe, ki jih doživijo osebe s PMP, so:

- fizične: motorične (paraliza, ataksija, težave z ravnotežjem), senzorne (izguba/dvojni vid, hemianopsija, izguba sluha), fizični simptomi (utrujenost, bolečina, disfagija, epilepsija);
- komunikacijske: disfazija, težave z izražanjem, razumevanjem, branjem, pisanjem;
- kognitivne: motnje zaznavanja, pozornosti, spomina, načrtovanja, samonadzora, socialne presoje;
- vedenjske/čustvene: nihanje razpoloženja, težave s prilagajanjem, depresija, anksioznost, apatija, agresija, spremembe v spolnem izražanju.

Razumevanje vplivov PMP na posameznika in sprememb v delovanju in načinu prilagajanja teh oseb je ključno za vzpostavitev primerne zdravstvene oskrbe in rehabilitacije (Fadyl, Theadom, Channon & McPherson, 2017).

REHABILITACIJA PO PRIDOBLENI MOŽGANSKI POŠKODBI: FAZE PROCESA IN POMEN DOLGOTRAJNE REHABILITACIJE

Z izboljšanjem akutne zdravstvene oskrbe poškodb se povečuje preživetje po resnih poškodbah, kar vodi v večje število oseb s kompleksnimi težavami in funkcionalnimi okvarami, ki potrebujejo rehabilitacijo (Tanlaka et al., 2023). Hkrati pa staranje in soobolevnost povečujeta kompleksnost potreb po celoviti in prilagojeni rehabilitaciji (Ehrlich et al., 2021).

Uspešna rehabilitacija po PMP zahteva prilagojen pristop glede na posameznika. Osebe in njihovi bližnji potrebujejo prostor za okrevanje, prilagoditev in sprejemanje nove realnosti, kar lahko traja več let ali celo življenje, saj se skozi različna življenjska obdobja odkrivajo novi izzivi in potrebe poškodovanca (D'Cruz, Howie & Lentin, 2015; Fadyl et al., 2017).

Posebnost pri vključevanju oseb s PMP v proces rehabilitacije je, da pogosto nimajo zadostnega uvida v svojo situacijo, zato potrebujejo ciljno usmerjeno strokovno-interdisciplinarno podporo v procesu rehabilitacije (Grabljevec, 2014).

Rehabilitacija možganskih poškodb poteka v več fazah, ki se razlikujejo po trajanju in pristopu, pri čemer je pogosto prehajanje med strokovnjaki in ustanovami.

Faza akutne rehabilitacije se odvija v bolnišnici in se osredotoča na preživitvene funkcije ter stabilizacijo stanja. Sledi subakutna faza, kjer oseba začne pridobivati samostojnost. Ta faza se praviloma odvija v rehabilitacijski ustanovi, ki osebi pomaga pri obvladovanju sprememb. Ob koncu te faze se lahko oseba vrne v domače okolje, vključi v program dolgotrajne rehabilitacije ali vključi v institucionalno varstvo (Center Naprej in Center Korak, 2020).

Dolgotrajna ali doživljenjska rehabilitacija presega medicinske okvirje rehabilitacije in se usmerja v oblikovanje novega življenjskega sloga, prevzemanja novih vlog ter izboljšanja kakovosti življenja. Namenjena je osebam s PMP, ki po predhodnih fazah rehabilitacije niso sposobne vključitve v delovno okolje, potrebujejo pomoč pri skrbi zase in vsakodnevnih opravilih. To je aktivni proces učenja znanj in veščin, potrebnih za optimalno telesno, psihološko in socialno delovanje. Glavni cilj je zmanjšanje vpliva oviranosti ter doseganje čim večje stopnje samostojnosti (Center Naprej, 2024).

Zagotavljanje dolgotrajne rehabilitacije je velik organizacijski in kadrovski izziv (Center Naprej in Center Korak, 2020). Izzivi se pojavljajo pri dostopnosti timske rehabilitacije in prehajanju med fazami. Težava je kontinuiteta, predvsem zaradi neusklajenosti, pomanjkanja informacij ali nezadostnih prostih mest za obravnavo. Prav prehod med storitvami in strokovnjaki je kritična točka, pogosto odvisna od samoiniciativnosti in ozaveščenosti oseb s PMP, njihovih svojcev ali strokovnih delavcev (Larsson-Lund, Pettersson, & Strandberg, 2022).

Sam proces rehabilitacije mora biti torej fleksibilen in se aktivno prilagajati spreminjajočim se potrebam uporabnika ter njegovih svojcev. Obenem pa jim mora zagotavljati čim večjo podporo v vsaki od faz rehabilitacije (Center Naprej in Center Korak, 2020).

INTERDISCIPLINARNI PRISTOP IN DOLGOTRAJNA REHABILITACIJA PRI PRIDOBLENIM MOŽGANSKIM POŠKODBAH

Storitve v procesu dolgotrajne rehabilitacije izvaja tim strokovnjakov s področja zdravstva in socialnega varstva. Smernice Centra Naprej in Centra Korak (2020) opredeljujejo naslednjo sestavo strokovnega tima: zdravstveno-rehabilitacijski tim sestavljajo diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, tehnik zdravstvene nege, zdravnik specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, logoped, psiholog, delovni terapevt ter (nevro) fizioterapevt. Ta tim tesno sodeluje s psihosocialno-rehabilitacijskim timom, ki vključuje skupinske/individualne (re)habilitatorje, psihologe, socialne delavce, delovne inštruktorje ter varuhe. Sodelujejo pa tudi z zunanjimi strokovnjaki, kot so psihiatri, nevrologi in osebni zdravniki.

Trenutno sodelovanje med člani rehabilitacijskega tima pogosto poteka skozi neformalne oblike komunikacije, priložnostne sestanke in sodelovanje strokovnjakov ob trenutnih izzivih. Treba je vzpostaviti bolj strukturiran način delovanja, vpeljati redne strokovne sestanke in se aktivno osredotočiti na komuniciranje med člani tima z namenom razvijanja interdisciplinarnega sodelovanja (Ehrlich et al., 2021).

Interdisciplinarni pristop ima pomembne koristi za izide rehabilitacije oseb s PMP. Moe in Brataas (2016) opredeljujeta ključne procese za učinkovito vzpostavitev tega pristopa, kot so razvoj delovnih rutin, oblikovanje delovnih procesov, ki jih redno evalvira celoten tim. S formalno komunikacijo (raporti, timski sestanki, beleženje informacij v informacijski sistem) in neformalnimi pogovori se krepi sodelovanje in zaupanje med strokovnjaki. To omogoča neprekinjen pretok informacij, ki so ključne za uspešno obravnavo oseb v rehabilitaciji.

Kontinuiteta, celostna informiranost tima in usmerjenost k skupnim ciljem so osnova interdisciplinarnega pristopa. Kot koordinatorka teh odnosov in informacij se mnogokrat navaja prav diplomirana medicinska sestra (Ehrlich et al., 2021).

ZDRAVSTVENA NEGA NA PODROČJU REHABILITACIJE

Zdravstvena nega v rehabilitaciji doživlja številne spremembe. Pristopi, ki so se osredotočali predvsem na podporo pacientom pri osnovnih potrebah in jih postavljali v pasivno vlogo, se razvijajo v celostno obravnavo pacientov, ki poleg osnovne oskrbe vključuje tudi preventivo, zdravstveno vzgojo in rehabilitacijo (Gutenbrunner et al., 2021). Medicinska sestra mora pri rehabilitaciji delovati s pacientom, ne za ali namesto njega. Kljub temu da bi lahko določene naloge opravila hitreje ali drugače, je ključno, da pacienta usposablja za samostojno izvajanje aktivnosti, saj je to temelj pri procesu rehabilitacije (Gutenbrunner et al., 2021).

VLOGA MEDICINSKE SESTRE V INTERDISCIPLINARNEM REHABILITACIJSKEM TIMU PRI OSEBAH S PRIDOBLENO MOŽGANSKO POŠKODBO: PRISPEVEK IN IZZIVI

- Pomoč pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in pridobivanju samostojnosti
Medicinska sestra pri osebah s PMP izvaja intervencije zdravstvene nege v okviru vseh temeljnih življenjskih aktivnosti. Uporabnikom ne samo pomaga, ampak jih aktivno spodbuja, spremlja in uči samostojnosti pri različnih aktivnostih. Spodbuja izvajanje (na)učbenih aktivnosti v domačem okolju ter z uporabnikom obnavlja pristope vseh sodelavcev

rehabilitacijskega tima. Poleg fizične podpore medicinska sestra nudi tudi psihološko podporo, izvaja pogovore o čustvih, izražanju, socialni mreži uporabnika in svojcev (Tanlaka et al., 2023).

- Vir informacij glede zdravstvenega stanja
Medicinska sestra v procesu obravnave uporabnika redno spremlja in beleži ključne informacije o njegovem zdravstvenem stanju. Izvaja meritve vitalnih funkcij, telesne višine, teže, spremlja stopnjo bolečine ter ocenjuje uporabnikove sposobnosti na področju samooskrbe, varnosti, tveganj in spoznavnih funkcij. Pripravlja in razdeljuje predpisano terapijo ter sodeluje pri uporabi in naročanju medicinsko-tehničnih pripomočkov. Izvaja zdravstveno vzgojo: nudi svetovanje o zdravem življenjskem slogu, prehrani in gibanju. Glede na uporabnikove potrebe se povezuje z zunanjimi institucijami za naročanje in spremljanje na pregledih ter prenos informacij ob sprejemu ali odpustu v druge ustanove (Center Naprej in Center Korak, 2020; Tanlaka et al., 2023).
- Prilagodljivost in sodelovanje v rehabilitacijskem procesu
Medicinska sestra svoje delovanje nenehno prilagaja glede na potrebe posameznika, s katerim sodeluje. Njeno delo zajema sodelovanje z uporabniki, njihovimi svojci in člani rehabilitacijskega tima. Poleg svoje primarne vloge izvajanja storitev zdravstvene nege prevzema vlogo učiteljice, zagovornice, koordinatorke in organizatorke rehabilitacijskega procesa (Ehrlich et al., 2021). Skupaj z uporabnikom oblikuje individualni načrt rehabilitacije, ki ga redno evalvira v sodelovanju s pacientom in drugimi člani tima (Center Naprej in Center Korak, 2020). Pogosto deluje kot posrednica med različnimi interesi, kot so akutne zdravstvene potrebe in dolgoročni cilji rehabilitacije (Ehrlich et al., 2021).
- Evidentiranje, dokumentiranje in evalvacija rehabilitacijskih aktivnosti
Pomemben del je evidentiranje izvedenih aktivnosti ter spremljanje in predaja stanja uporabnikov, napredka in izzivov, s katerimi se srečujejo med rehabilitacijo. Glede na organizacijske možnosti, kjer dela, medicinska sestra beleži izvedene storitve in opažanja v papirno ali elektronsko dokumentacijo (Meng, Chen, Liu & Zhou, 2019). Ob udeležbi na sestankih strokovnega tima preda svoja opažanja hkrati pa prejema informacije drugih strokovnjakov. Pri tem avtonomno zagovarja svoja mnenja in aktivno sodeluje pri oblikovanju ter evalviranju rehabilitacijskega programa (Meng et al., 2019; Tanlaka et al., 2023).
- Izzivi in ovire pri delu medicinskih sester v dolgotrajni rehabilitaciji
Najpogostejši izzivi, s katerimi se srečujejo medicinske sestre na področju rehabilitacije, vključujejo obvladovanje časa, obsega dela, pomanjkanje kadra in priznavanja avtonomije (Meng et al., 2019; Ehrlich et al., 2021; Tanlaka et al., 2023). Zaradi omejenih virov so pogosto soočene s težavami pri postavljanju prioritet pri delu. Razdvojene so med zagotavljanjem osnovne zdravstvene oskrbe in izvajanjem zdravstvene vzgoje, treningom samostojnosti in svetovanjem. Pogosto naletijo na težave s pomanjkanjem časa za spremljanje, spodbujanje in čakanjem, da uporabniki opravijo naloge samostojno (Tanlaka et al., 2023). Izziv predstavlja dejstvo, da uporabniki, s katerimi delajo, pogosto trpijo za več pridruženimi boleznimi, kar povečuje zahtevnost in podaljšuje čas obravnave (Ehrlich et al., 2021). Poleg tega pomanjkanje časa in kadra otežuje udeležbo na sestankih, zaradi česar lahko pride do nekonsistentnosti pri spremljanju uporabnikov in izgube dragocenih priložnosti za izmenjavo informacij ter načrtovanja rehabilitacije. To vpliva na zmanjšanje avtonomije medicinske sestre v rehabilitacijskem timu (Ehrlich et al., 2021).

DISKUSIJA

Celostna rehabilitacija oseb s PMP temelji na interdisciplinarnem sodelovanju strokovnjakov, ki upoštevajo individualne potrebe, želje in sposobnosti uporabnika. Aktivno vključevanje uporabnika v vse faze rehabilitacije je ključnega pomena za uspeh procesa rehabilitacije (Center Naprej in Center Korak, 2020). Interdisciplinarno sodelovanje omogoča doseg boljših rehabilitacijskih rezultatov (Moe & Brataas 2016; Gutenbrunner et al., 2021). Pomembnost vloge medicinske sestre v interdisciplinarnem rehabilitacijskem timu postaja vse bolj prepoznana (Meng et al., 2019). Kljub temu njeno delo in vloga v nekaterih primerih še vedno ostajata spregledana. Njen prispevek je lahko obravnavan kot samoumeven, delovne naloge pa so zaradi svoje razpršenosti včasih nevidne (Ehrlich et al., 2021). Medicinske sestre se soočajo z izzivi, kot so obvladovanje časa, obsega dela, kadra in postavljanju prioritet pri delu. Pogosto so vključene v neformalno sodelovanje in nepopolno strukturirane odnose v timu, kar vodi v oteženo uveljavljanje avtonomije (Meng et al., 2019; Ehrlich et al., 2021; Tanlaka et al., 2023). Zato je pomembno, da se vloga medicinske sestre v rehabilitaciji posodobi in bolj jasno opredeli, pri čemer je ena od rešitev oblikovanje jasnejših smernic za klinične protokole, kar bi omogočilo boljšo opredelitev njihove vloge in prispevka v rehabilitacijskem procesu (Xianmei et al., 2019).

ZAKLJUČEK

Vloga medicinske sestre v dolgotrajni rehabilitaciji oseb s PMP je nepogrešljiva, a še vedno premalo prepoznana. Za nadaljnji razvoj tega področja bi bilo smiselno raziskati, kako lahko izboljšana organizacija dela in večja avtonomija medicinskih sester še bolj prispevata k izidom rehabilitacije. Odpira se prostor za nove pristope in izboljšave, med drugim na področju vpeljevanja digitalizacije, pridobivanja novih kompetenc ali oblikovanja kliničnih smernic, ki bi lahko še bolj učinkovito podprle medicinsko sestro v rehabilitaciji oseb s PMP.

LITERATURA

- Brain Injury Association of America. (2024). ABI vs. TBI: What is the difference? <https://biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/nbic/what-is-the-difference-between-an-acquired-brain-injury-and-a-traumatic-brain-injury>
- Center naprej (2024). Center naprej – rehabilitacija. <https://www.center-naprej.si/rehabilitacija>
- D'Cruz, K., Howie, L., & Lentin, P. (2015). Client-centred practice: Perspectives of persons with a traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(1), 30–38. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1057521>
- Ehrlich, C., Lewis, D., New, A., Jones, S., & Grealish, L. (2021). Exploring the role of nurses in inpatient rehabilitation care teams: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 128, 104134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104134>
- Fadyl, J. K., Theadom, A., Channon, A., & McPherson, K. M. (2017). Recovery and adaptation after traumatic brain injury in New Zealand: Longitudinal qualitative findings over the first two years. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(7), 1095–1112. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1364653>
- Grabljevec, K. (2014). Klinične smernice za rehabilitacijo odraslih oseb po neizogibni poškodbi možganov = Clinical guidelines for rehabilitation of patients after traumatic brain injury. 13, 53–68. http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2014_S1_p053-068.pdf
- Gutenbrunner, C., Stievano, A., Stewart, D., Catton, H., & Nugraha, B. (2021). Role of nursing in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine – Clinical Communications*, 4, 1–2. <https://doi.org/10.2340/20030711-1000061>
- Larsson-Lund, M., Pettersson, A., & Strandberg, T. (2022). Team-based rehabilitation after traumatic brain injury: a qualitative synthesis of evidence of experiences of the rehabilitation process. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54, 1–12. <https://doi.org/10.2340/jrm.v53.1409>
- Meng, X., Chen, X., Liu, Z., & Zhou, L. (2019). Nursing practice in stroke rehabilitation: Perspectives from multidisciplinary healthcare professionals. *Nursing and Health Sciences*, 22(1), 28–37. <https://doi.org/10.1111/nhs.12641>
- Moe, A., & Brataas, H. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 173–182. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s103696>
- Pridobljene možganske poškodbe: dolgotrajna rehabilitacija oseb s pridobljeno možgansko poškodbo v doživljenjskem obdobju: strokovne podlage za nacionalne smernice in standarde storitev. (2020). Center Naprej; Center Korak.
- Tanlaka, E. F., McIntyre, A., Connelly, D., Guitart, N., Nguyen, A., & Snobelen, N. (2023). The Role and Contributions of Nurses in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(8), 764–776. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

Saša Šajn Lekše, dipl. m. s.
Robertina Benkovič, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Zdravstveni dom Ljubljana
sasa.sajn-lekse@zd-lj.si

SODELOVANJE V TIMU KOT DEJAVNIK USPEŠNOSTI AMBULANT DRUŽINSKE MEDICINE

Teamwork as a factor of good performance of family medicine clinics

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I I

259

IZVLEČEK

Prispevek opisuje delo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine. Prikazano je opravljeno delo diplomirane medicinske sestre z vidika kazalnikov kakovosti in opisani nekateri razlogi za doseganje ali nedoseganje le-teh v letu 2024. Predstavljena je ena izmed možnosti za izboljšanje timskega dela, ki bi lahko pomembno vplivala na rezultate dela. Cilj prispevka je predstaviti način spremljanja kakovosti dela dipl. m. s. v ambulanti družinske medicine in opisati oblike sodelovanja med člani tima, z namenom opozoriti na nujnost dobrega sodelovanja za večjo kakovost oskrbe pacientov.

Ključne besede: diplomirana medicinska sestra, kazalniki kakovosti, delo v timu

ABSTRACT

The article describes the work of a registered nurse in a family medicine clinic. Work results in terms of quality indicators and some reasons for better or worse results in 2024 are described. The article offers one possible solution for teamwork improvement, which might have a significant impact on work results. Lack of recent scientific evidence on teamwork in primary health care is also highlighted. The goal of the article was to present quality assurance in family medicine clinics and describe the forms of cooperation between team members, with the aim of drawing attention to the necessity of good teamwork for improved quality of patient care.

Key words: registered nurse, quality indicators, working in teams

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

UVOD

Diplomirana medicinska sestra v referenčnih ambulantah družinske medicine sodelujejo na področju preventivne dejavnosti že od leta 2011. V Zdravstvenem domu Ljubljana, ki je največji javni zdravstveni zavod na primarni ravni v Sloveniji, je bilo leta 2024 v referenčnih ambulantah družinske medicine zaposlenih 35 diplomiranih medicinskih sester. Od aprila 2024 se delo diplomirane medicinske sestre vrednoti drugače kot do marca 2024, kar vpliva na obremenitve in rezultate dela. 2025 se je normativ nekoliko znižal na račun ukinitve določenih storitev. Storitve dipl. m. s. se prištevajo v realizacijo tima kot celote, zato je nujno, da ta cilj enakovredno zasledujejo vsi v timu. Za svoj delež realizacije so dipl. m. s. odgovorne same, medtem ko srednja medicinska sestra (SMS) in zdravnik sodelujeta pri deležu realizacije iz kurativnih in administrativnih obiskov. Realizacijo lahko izboljša dobro timsko delo – medsebojna predaja pacientov, pomoč SMS pri naročanju pacientov tudi k diplomirani medicinski sestri in motiviranje pacientov ZDM za udeležbo na pregledu.

Timsko delo v zdravstvu ni nov koncept. V praksi se začne uveljavljati z razvojem Engelovega biopsihosocialnega modela zdravja, ki predpostavlja, da celosten model oskrbe pacientov lahko dosežemo le s prehodom od izključno biomedicinskega modela na izvajanje oskrbe s strani različno usposobljenih strokovnjakov (Engel, 1977). Tim potrebujemo, kadar delovne naloge presegajo zmožnosti samo ene stroke ali posameznika, kadar se morajo za izpolnitev nalog združiti različne spretnosti. Razvoj dobrega tima terja odgovor na dve vprašanji: kdo so člani tima in kako delujejo skupaj?

Najbolj učinkovit je interdisciplinarni tim, kjer gre za neposredno povezovanje več strokovnjakov. Komunikacija poteka v vodoravni smeri. Člani tima imajo različne naloge, ocene in mnenja pa prediskutirajo v timu, kjer se odločijo za nadaljnje aktivnosti. Tim na eni strani ohranja delovno disciplino, na drugi strani pa spodbuja razvoj ter ustvarjalnost.

Boljšo kohezijo v timu lahko dosežemo s postavljanjem jasnih ciljev z merljivimi rezultati, dobro razvitimi kliničnimi in administrativnimi sistemi, delitvijo dela, usposabljanjem vseh članov tima in učinkovito komunikacijo. Pomembno je, da si člani tima vzajemno pomagajo, združujejo moči pri doseganju ciljev ter spodbujajo in sprejemajo nove ideje. Dober vodja bo spodbujal in usmerjal drugače misleče člane ter hkrati pazil, da se nihče v timu ne počuti ogroženega (Grumbach & Bodenheimer, 2004, Stepanović & Poplas, 2021).

Cilj prispevka je opisati spremljanje dela dipl. m. s. v ADM s pomočjo kazalnikov kakovosti in ovire, s katerimi se srečujejo pri doseganju teh kazalnikov. Namen prispevka je opozoriti na pomen dobrega sodelovanja v timu za večjo objektivno delovno uspešnost in zadovoljstvo pri delu v družinski medicini.

REFERENČNA AMBULANTA DRUŽINSKE MEDICINE

Tim v referenčni ambulanti družinske medicine sestavljajo zdravnik družinske medicine, SMS in diplomirane medicinske sestre. Diplomirana medicinska sestra spremlja parametre stabilne kronične bolezni in vodi preventivno dejavnost, ki zagotavlja zgodnje odkrivanje tveganj za pojav kroničnih obolenj. Z rednimi preventivnimi pregledi se kronične bolezni pojavijo kasneje v življenju, bistveno se podaljša aktivna življenjska doba in poveča kakovost življenja, kar omogoča velik prihranek zdravstveni blagajni. Za spremljanje napredka in vrednotenja kakovosti dela se vrednosti kazalnikov kakovosti mesečno poročajo. Tako dobivamo dragocene

podatke o pojavnosti in spremljanju kroničnih bolnikov za analize zdravja v Sloveniji (Ministrstvo za zdravje, 2020).

Ena diplomirana medicinska sestra sodeluje z vsaj dvema timoma, če ZDM dela v obsegu 40 ur tedensko. Z vsakim timom sodeluje v obsegu 50 % ordinacijskega časa in svoje delo opravlja neodvisno od obravnav ZDM. V prihodnje se pričakuje, da bo dipl. m. s. potrebna v ambulantni celoten ordinacijski čas. Trenutno testno na tak način v ZDL dela en tim.

Diplomirana medicinska sestra na preventivne preglede vabi na videz zdravo odraslo populacijo, kjer skrbi za preprečevanje in zgodnje odkrivanje srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2, debelosti, arterijske hipertenzije, astme, kronične obstruktivne pljučne bolezni, dednih rakavih bolezni, depresije in osteoporoze. Povsem zdrave osebe vabi na 5 let, pri prisotnih dejavnih tveganja pa tudi pogosteje v skladu z veljavnimi protokoli (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023).

Kronične bolnike diplomirana medicinska sestra vabi na redne kontrolne preglede enkrat letno. Storitve obravnave kroničnega bolnika lahko obračuna enkrat v koledarskem letu, nadzor nad dejavniki tveganja lahko obračunava večkrat. Z uvedbo količniškega obračuna je obravnava nekaterih oseb vrednotena bolje kot obravnava drugih (Tabela 1).

Tabela 1: Nabor storitev diplomirane medicinske sestre v ambulantni družinske medicine

Storitev	Vrednost v količnikih od 1. 4. 2024
Preventivna obr. – DMS: KNB 15,91	15,91
Obr. kronič. pacienta – DMS: koronarna bol. 15,91	15,91
Preventivna obr. – DMS: SŽO 14,14	14,14
Preventivna obr. – DMS: AH 14,14	14,14
Preventivna obr. – DMS: SB tip 2	14,14
Obr. kronič. pacienta – DMS: SB tip 2 14,14	14,14
Obr. kronič. pacienta – DMS: AH 14,14	14,14
Obr. kronič. pacienta – DMS: KOPB 14,14	14,14
Obr. kronič. pacienta – DMS: z depresijo 12,37	12,37
Preventivna obr. – DMS: KOPB 10,60	10,60
Preventivna obr. – DMS: pitje alkohola 10,60	10,60
Preventivna obr. – DMS: ogrož. za depresijo	10,60
Obr. kronič. pacienta – DMS: astma 10,60	10,60
Obr. kronič. pacienta – DMS: prostata 7,07	7,07
Obr. kronič. pacienta – DMS: osteoporoza 7,07	7,07
Preventivna obr. – DMS: osteoporoza 7,07	7,07
Kontrola dejav. tveg. s svetov. pri DMS 7,07	7,07
Obravnava v timu 1,77	1,77
Kratek obisk pri DMS	plačan v pavšalu od 1. 2. 2025
Obravnave na daljavo	plačane v pavšalu od 1. 2. 2025
Letni normativ za 0,5 DMS (1 tim v polnem obsegu)	13.000 K od aprila 2024, 11.180 K od februarja 2025

Tipična obravnava pacienta pri diplomirani medicinski sestri brez zapletov traja približno 30 minut. Morebitno podaljšanje obravnave je odvisno od izkušenosti, spretnosti in prilagodljivosti diplomirane medicinske sestre. V osmih urah lahko diplomirana medicinska sestra kakovostno obravnava šest do največ osem oseb, brez obravnave na daljavo, ki ravno tako terjajo svoj čas. V 30 minut ni všteto naročanje na pregled, dokumentiranje obravnave in beleženje za obračun. Čas za naročanje lahko od obremenitev diplomirane medicinske sestre odštejejo tisti timi, kjer na obravnavo pri diplomirani medicinski sestri naroča drugi član tima. Ta idealno poskrbi tudi za pojasnila in usmeritve pacientu ter naročanje laboratorijskih preiskav, kar poveča odzivnost vabljenih.

REALIZACIJA V ŠTEVILKAH

Za primer smo izbrali referenčno ambulantno družinske medicine iz ZDL, kjer je sodelovanje v timu relativno dobro. V RADM je bilo 31. 12. 2024 registriranih 1913 oseb (ali 2915 glavariških količnikov, ob takratnem normativu 1895 GK). 1240 jih je bilo starejših od 50 let in 156 starejših od 75 let. Tabela 2 prikazuje opravljeno delo dipl. m. s. po izbranih kazalnikih kakovosti (vseh je 28) v 121 delovnih dneh. Od 726 opravljenih pregledov, približno 6 obravnave dnevno, je bilo 119 preventivnih. Glede na število registriranih kroničnih bolnikov je doseganje vseh kazalnikov kakovosti v tej referenčni ambulantidružinske medicine nedosegljivo, če diplomirana medicinska sestra delo opravlja 20 ur tedensko.

Tabela 2: Izbrani kazalniki kakovosti v eni referenčni ambulanti družinske medicine

Kazalnik	Št. opravljenih intervencij	Doseganje praga v 2024
4011 Vsaj 1-krat na dve leti izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih.	499	Da
4021 Vsaj 1-krat letno preverjen kadilski status pri registriranih kroničnih bolnikih.	739	Da (razen junij in oktober)
4051 Vsaj 1-krat letno preverjen pivski status pri registriranih kroničnih bolnikih.	453	Ne
3041 Preverjena ogroženost za osteoporozni zlom v zadnjih 5 letih pri registrirani populaciji, stari 60 let ali več.	232	Ne
6011 Vsaj 1-krat letno določen HbA1c pri bolnikih s sladkorno boleznijo.	142	Ne
6031 Vsaj 1-krat letno opravljen pregled stopal pri bolnikih s sladkorno boleznijo.	56	Ne
8011 1-krat letno izvedena spirometrija pri bolnikih s KOPB.	15	Da (od aprila dalje)

Tabela 3 prikazuje realizacijo dipl. m. s. v svojih ambulantah in primerjavo z doseženo realizacijo ostalih dipl. m. s. v ZD Ljubljana. Pred aprilom 2024 je ob normativu 120 storitev/mesec in v 21 dneh prisotnosti na delu opravila 364 storitev. Po prevedbi je to pomenilo 2335,36 količnika v treh mesecih ob normativu 3600 količnikov. Po starem vrednotenju je bil torej normativ dosežen, po novem ne več.

Realizacija vseh dipl. m. s. v referenčni ambulanti družinske medicine v letu 2024 je bila 65,6%, realizacija izbrane diplomirane medicinske sestre pa 90,5%, vendar se je njen obseg dela večkrat v letu spreminjal zaradi kadrovskih sprememb v enoti in na nobeni točki ni dosegel

100-% delovne obveznosti v referenčni ambulanti družinske medicine, od tod razlike v normativu. Realizacija iz ur je nekoliko višja in je posledica nadurnega dela v izbrani referenčni ambulanti družinske medicine.

Tabela 3: Realizacija storitev v referenčni ambulanti družinske medicine, Zdravstveni dom Ljubljana v letu 2024

Storitve DMS v 2024	Real. št. K iz obiskov	Št. del. iz ur v ADM	Normativ za 12 mes	Indeks rea./nor.	Normativ za 12 mes	Indeks rea./nor.
V eni ambulanti	13.248	0,52	13.528	97,9	13.000	101,9
1 DMS	23.536	0,85	22.018	106,9	26.000	90,5
DMS ZD Ljubljana – skupaj	656.205	35,12	913.148	71,9	1.000.783	65,6

V povprečju je ena diplomirana medicinska sestra v Zdravstvenem domu Ljubljana v letu 2024 dosegla 17.048 količnikov. Primerjavo v številu opravljenih storitev med letoma 2023 in 2024 vidimo v Tabeli 4. Število storitev je v letu 2024 naraslo, upoštevajoč, da sta v letu 2024 delo opravljali dve dipl. m. s. več kot v letu prej.

Tabela 4: Primerjava v številu opravljenih storitev diplomirane medicinske sestre za leto 2023 in 2024

Šifre RA... oz. RA...K	Št. storitev 2023	Št. storitev 2024	Indeks 2024/2023
RA116 Preventivna obr. – DMS: ogrož. za depresijo	3.731	4.665	125,0
RA117 Obr. kronič. pacienta – DMS: z depresijo	1.517	1.819	119,9
RA118 Kontrola dejav. tveg. s svetov. pri DMS	2.242	2.771	123,6
RA119 Preventivna obr. – DMS: SŽO	1.783	2.363	132,5
RA120 Preventivna obr. – DMS: pitje alkohola	970	887	91,4
RA121 Preventivna obr. – DMS: KNB	4.030	5.393	133,8
RA122 Preventivna obr. – DMS: AH	198	253	127,8
RA123 Preventivna obr. – DMS: SB tip 2	112	146	130,4
RA124 Preventivna obr. – DMS: KOPB	2.319	2.589	111,6
RA126 Obr. kronič. pacienta – DMS: SB tip 2	3.033	3.105	102,4
RA127 Obr. kronič. pacienta – DMS: AH	9.017	9.285	103,0
RA128 Obr. kronič. pacienta – DMS: astma	1.096	1.205	109,9
RA129 Obr. kronič. pacienta – DMS: KOPB	519	616	118,7
RA131 Obravnava v timu	7.576	9.594	126,6
RA132 Kratek obisk pri DMS	11.580	11.645	100,6
RA133 Obr. kronič. pacienta – DMS: prostata	1.740	1.916	110,1

RA134 Obr. kronič. pacienta – DMS: osteoporoza	1.314	1.343	102,2
RA135 Preventivna obr. – DMS: osteoporoza	4.846	5.280	109,0
RA136 Obr. kronič. pacienta – DMS: koronarna bol.	518	809	156,2
RA137 Preventivna obr. na daljavo – DMS	86	117	136,0
RA138 Obr. kroničnega pacienta na daljavo – DMS	350	394	112,6
RA139 Obravnava v timu na daljavo	34	130	382,4
RA140 Kontrola dej. tveganja s svetovanjem na daljavo	1.150	1.382	120,2
RA141 Kratek obisk pri DMS na daljavo	16.288	20.774	127,5
SKUPAJ ZDL	76.049	88.481	116,3
Število DMS iz ur ZDL	33,69	35,12	104,2

KAKO DOSEGATI VEČJO REALIZACIJO

Dejavniki, na katerega nimamo vpliva, je višina postavljenega normativa, ki je po mnenju mnogih diplomirane medicinske sestre previsok, če bi želeli kakovostno opravljati s protokoli in kazalniki kakovosti dorečeno delo diplomirane medicinske sestre. Eden glavnih izzivov, na katerega lahko vplivamo, je sodelovanje v timih referenčne ambulate družinske medicine. Zdravstveni dom Ljubljana je prepoznal ta izziv, zato smo v našem simulacijskem izobraževalnem centru (SIM) v letu 2025 začeli izvajati strokovno usposabljanje »Timsko delo v ambulanti družinskega zdravnika«. Namenjeno je vsem članom tima in poteka v spletni učilnici in v živo. Zasnovano je bilo z namenom izboljšanja kakovosti zdravstvene oskrbe, spodbujanja učinkovite komunikacije in sodelovanja med člani tima in krepitev razumevanja posameznih vlog in odgovornosti znotraj tima družinske medicine. Usposabljanje traja **šest dni, prvih pet dni izključno za SMS** in diplomirane medicinske sestre. Prvi del v e-učilnici je namenjen opredelitvi vlog in odgovornosti v timu. Drugi del usposabljanja je učenje ustrezne telefonske triaže in triaže v živo. Ko imata medicinski sestre posameznega tima opravljene vse obveznosti, se pridružijo nosilci zdravnikov in celoten tim se zbere skupaj v SIM centru, kjer poslušajo vsebine o koordinaciji dela v ambulanti, psihološki varnosti v timu, odigrajo timski sestanek in izvedejo delavnico o načrtovanju dela v timu (SIM center, 2025).

DISKUSIJA

V letu 2024 so dipl. m. s. v referenčni ambulanti družinske medicine opravile več storitev kot leto prej. Eden od razlogov je verjetno spremenjen način obračuna opravljenih storitev, ki je terjal določene spremembe v načinu dela v timih, če so želeli še naprej dosegati zahtevano realizacijo. Ker timi niso imeli vzpostavljenega dobrega sodelovanja že prej, je bilo to opaziti tudi pri številu količnikov/realizaciji na koncu meseca. Ker je bila diplomirana medicinska sestra sprejeta kot enakovreden član tima in se je vzpostavilo dobro sodelovanje med člani tima na področju usmerjanja in napotovanja pacientov na obravnave k diplomirani medicinski sestri in obratno pomoč diplomiranih medicinskih sester ambulanti, npr. pri negovalnih intervencijah, kjer SMS presega kompetence, ni bilo težav pri doseganju realizacije.

Tim bo učinkovito deloval, če bodo vloge članov dobro definirane ter medsebojni odnosi zavestno grajeni. Dober odnos prepoznajo tudi bolniki. Dober zdravstveni tim je celica dobro delujočega zdravstvenega sistema in obravnava bolnikov je pomembno soodvisna od tega (Stepanović in Poplas, 2021).

V Zdravstvenem domu Ljubljana upamo, da bo ciljno usmerjeno strokovno izobraževanje izboljšalo sodelovanje. Ne samo rezultati dela, tudi zadovoljstvo zaposlenih in pacientov je povezano s kakovostjo timskega dela. O delu v referenčni ambulanti družinske medicine že dlje časa ni bila opravljena nobena raziskava. Rezultati raziskave izpred devet let (Pečelin in Sočan, 2016) so pokazali, da si predvsem mlajše dipl. m. s. želijo manjše delovne obremenitve. Z naraščanjem let dela se občutek obremenjenosti zmanjšuje, vendar so se v zadnjih letih zahteve odločevalcev povečale. V raziskavi iz leta 2016 so bile diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine delno zadovoljne na delovnem mestu, s sodelavci so si lahko izmenjavali izkušnje in se o težavah sproti pogovarjali (Pečelin in Sočan, 2016). V kolektivu ene izmed enot Zdravstvenega doma Ljubljana v zadnjem letu dipl. m. s. opažajo veliko ovir pri doseganju normativov, predvsem slabše sodelovanje z ZDM/SMS/ZT, neoptimalni pogoji dela (prostorska stiska, nezadostna digitalna podpora ...) in slaba odzivnost pacientov. Za možne vzroke navajajo fluktuacijo kadra (ni stalne sestave timov), razlike v razumevanju vloge dipl. m. s. in pomenu preventivne dejavnosti s strani drugih članov tima. Nujno bi bilo obširno raziskovanje vlog v timu družinske medicine na nacionalni ravni, kjer bi lahko zaznali tudi razlike med različnimi javnimi in koncesionarskimi izvajalci, med večjimi zavodi in manjšimi skupinskimi praksami. S primeri dobrih praks, kot je interno strokovno izobraževanje v Zdravstvenem domu Ljubljana, bi lahko načrtovali intervencije za izboljšanje timskega dela pri izvajalcih, kjer je to zaznano kot slabše.

ZAKLJUČEK

Spremembe v delu referenčne ambulante družinske medicine od članov tima zahtevajo konstantno prilagajanje in dobro sodelovanje, kar mora prepoznavati in spodbujati tudi zdravstveni zavod, kjer tim deluje. Timskega dela se lahko naučimo z organiziranimi usposabljanji na delovnem mestu, kamor je smiselno napotovati vsak tim ob spremembi sestave članov tima. Način dela v timu lahko izboljša ali poslabša uspešnost dela ambulant družinske medicine in vsak član tima nosi svoj del odgovornosti za kakovost opravljenega dela. Predvsem vloga dipl. m. s. v timu naj bo jasno definirana, da lahko skupaj delujemo proti skupnim ciljem tako z vidika zdravstvenega sistema kot tudi z vidika pacientov. Potrebne bi bile novejšje, predvsem kvalitativne raziskave na področju timskega dela.

LITERATURA

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Grumbach, K., & Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary care practice?. *Jama*, 291(10), 1246-1251.
- Ministrstvo za zdravje. (2025, February 15). Referenčne ambulate. <https://ezdrav.si/resitve/referencne-ambulate/>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025, February 15). Kaj je preventivni pregled. <https://www.skupajzdravje.si/preventivni-pregled/kaj-je-preventivni-pregled/>
- Pečelin, S. & Sočan, M. (2016). Referenčne ambulate: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), 157-162. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.82>
- SIM center. (2025, February 10). Timsko delo v ambulanti družinskega zdravnika (e-učilnica + SIM). <https://sim-center.si/timsko-delo-v-ambulanti-druzinskega-zdravnika-e-ucilnica-sim/>
- Stepanović, A. & Poplas Susić T. (2021). Vodenje širšega tima na primarni ravni. In E. Cedilnik-Gorup & D. Rotar Pavlič (Eds). *Vodenje v družinski medicini. Učno gradivo za 38. učne delavnice za mentorje v družinski medicini* (pp. 42-46). Združenje zdravnikov družinske medicine pri SZD. Ljubljana. https://www.mf.uni-lj.si/application/files/1816/3770/7248/internet_prelom_Vodenje.pdf#page=44

PREPOZNAVANJE GOVORA V ZDRAVSTVENI NEGI

Speech Recognition in Healthcare

IZVLEČEK

V 21. stoletju se razvijajo komunikacijske tehnologije in umetna inteligenca, kar odpira možnosti za uporabo inovativnih tehnologij v zdravstvu. Prispevek obravnava, kako lahko prepoznavanje govora zmanjša administrativno breme medicinskih sester, ki pogosto prispeva k nezadovoljstvu in izgorevanju na delovnem mestu. Pregledana je obstoječa literatura v slovenskem in angleškem jeziku ter analizirani praktični primeri uporabe tehnologije za prepoznavo govora v zdravstveni negi. Iskanje literature je potekalo preko podatkovnih baz Medline, CINAHL with Full Text, COBISS.SI, Google brskalnika in JAMA Internal Medicine. Omejitve pri iskanju literature vključujejo datum publikacije in jezikovne omejitve. Razlogi za omejeno količino literature so relativna novost tehnologije in pomanjkanje obsežnih raziskav. Ugotovitve kažejo, da uporaba tehnologije za prepoznavanje govora bistveno zmanjša čas, ki ga medicinske sestre porabijo za administrativne naloge, kar vodi do večjega zadovoljstva pri delu in boljše kakovosti oskrbe pacientov. Uporaba tehnologije za prepoznavanje govora je ključna za optimizacijo delovnih procesov v zdravstveni negi, saj omogoča več časa za neposredno oskrbo pacientov. Medicinske sestre v Sloveniji bi morale biti v ospredju in voditi napredek zdravstvene nege s sprejemanjem naprednih tehnoloških rešitev, ki bi omogočale razbremenitev dela in pripravo na prihodnje preoblikovanje zdravstvenih organizacij.

Ključne besede: prepoznavanje govora, zdravstvena nega, administrativne naloge, medicinske sestre

ABSTRACT

In the 21st century, communication technologies and artificial intelligence are developing, opening up possibilities for the use of innovative technologies in healthcare. This paper discusses how speech recognition can reduce the administrative burden on nurses, which often contributes to job dissatisfaction and burnout. Existing literature in Slovenian and English was reviewed, and practical examples of the use of speech recognition technology in nursing were analyzed. The literature search was conducted through databases Medline, CINAHL with Full

Text, COBISS.SI, Google search engine, and JAMA Internal Medicine. Limitations in the literature search include publication dates and language barriers. Reasons for the limited amount of literature are the relative novelty of the technology and the lack of extensive research. Findings show that the use of speech recognition technology significantly reduces the time nurses spend on administrative tasks, leading to greater job satisfaction and better quality of patient care. The use of speech recognition technology is crucial for optimizing work processes in nursing, as it allows more time for direct patient care. Nurses in Slovenia should be at the forefront and lead the advancement of nursing by adopting advanced technological solutions that would alleviate their workload and prepare for the future transformation of healthcare organizations.

Key words: speech recognition, nursing, administrative tasks, nurses

UVOD

V 21. stoletju smo v času razvoja komunikacijskih tehnologij in umetne inteligence. Veliko je govora o možnosti uporabe inovativnih tehnologij v zdravstvu, da bi se izboljšala kakovost obravnave pacienta in pospešil prenos točnih informacij med člani tima in zaposlenimi v zdravstvenih ustanovah. Komunikacija in timsko delo sta osnovna naloga medicinskih sester, to pa vključuje administrativna dela in odmik od osnovnega poslanstva, kar je delo s pacientom. Namen tega prispevka je pokazati, kako lahko prepoznavanje govora zmanjša administrativno breme medicinskih sester, ki pogosto prispeva k nezadovoljstvu in izgorevanju na delovnem mestu.

METODE DELA

Pregledali smo obstoječo literaturo različnih raziskav v slovenskem in angleškem jeziku in analizirali praktične primere, kjer se tehnologija za prepoznavo govora že uporablja v zdravstveni negi. Vključili smo raziskave, ki preučujejo, kako rešitev prepoznave govora vpliva na administrativna dela, delovne pogoje medicinskih sester in kakovost oskrbe pacientov. Iskanje, pregled in zbiranje literature je potekalo preko podatkovnih baz: Medline, CINAHL with Full Text, COBISS.SI, Google brskalnik in JAMA Internal Medicine. Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju, so bile: prepoznavanje govora, zdravstvena nega, administrativna dela, medicinske sestre. Iskanje je potekalo v obdobju od januarja 2025 do marca 2025.

Omejitve pri iskanju literature so vključevale datume objav, saj je bilo veliko literature v angleščini glede uporabe prepoznavanja govora objavljene pred letom 2015, zelo malo literature ter raziskav o prepoznavanju govora je bilo objavljenih v slovenščini. Omejitve pri iskanju literature vključujejo tudi relativno novost tehnologije za prepoznavo govora v zdravstveni negi in pomanjkanje obsežnih raziskav na tem področju. Medicinske sestre niso bile pogosto vključene v delo s prepoznavo govora, kot so bili zdravniki.

Po pregledu literature smo našli 10 virov, ki so izpolnjevali kriterije za vključitev, vendar smo v analizo vključili 5 najbolj relevantnih virov. Ti viri natančno pokažejo, koliko časa uporabijo medicinske sestre za administrativne naloge in koliko časa prihranijo pri teh nalogah z uporabo sistema prepoznave govora ter kako ta prihranek časa pozitivno vpliva na delo.

GLAVNI DEL

Medicinske sestre se pogosto spopadajo z obsežnimi administrativnimi nalogami, kot so pisanje poročil in dokumentacije. Da bi jim olajšali delo, se vse bolj uporablja tehnologija za prepoznavo govora. Ta tehnologija omogoča, da medicinske sestre preprosto govorijo, sistem pa

samodejno prepiše njihove besede v besedilo (Singh, Sittig, & Classen, 2024). Zdravstveni delavci, vključno z medicinskimi sestrami in zdravniki, porabijo znaten del svojega časa za neklinične naloge, kar prispeva k izgorelosti in zmanjšanemu zadovoljstvu pri delu. Skoraj četrtina nacionalnih zdravstvenih izdatkov v ZDA gre za administrativne stroške (McKinsey & Company, 2022). Da bi zmanjšali administrativno breme in izboljšali delovne pogoje, je uporaba tehnoloških rešitev za avtomatizacijo administrativnih procesov ključna, ker zmanjšuje odvisnost od človeških virov in izboljšuje učinkovitost. Medicinske sestre običajno porabijo 19 do 35 % časa v 12-urni izmeni za dokumentacijo v obrazcih (Everett, Redner, Kalenscher, Durso, & Nguyen, 2022). V raziskavi, kjer so uporabljale sistem za prepoznavo govora, pa so ta čas zmanjšale za 30 % (Everett et al., 2022). S tem ko zmanjšamo ta čas za administrativno delo, omogočimo več časa za neposredno oskrbo pacientov (Everett et al., 2022). Prihranek časa poveča zadovoljstvo medicinskih sester in vodi do večje angažiranosti zaposlenih, bolj zdravega delovnega okolja, povečane produktivnosti in manjše fluktuacije zaposlenih (Joseph, Moore, Patton, O'Connor, & Nugent, 2020). Ugotovitve raziskav kažejo tudi, da lahko prepoznavanje govora bistveno izboljša natančnost administrativnih zapisov in dokumentacije, kar ima pozitivne učinke na delovne pogoje medicinskih sester in kakovost oskrbe pacientov (McCartney, 2013). Tudi v raziskavi, objavljeni v *Journal of Clinical Nursing*, se je pokazal prihranek časa za 20–30 % pri administrativnem delu (Joseph et al., 2020).

DISKUSIJA

Namen tega prispevka je bil pokazati, kako lahko sistem za prepoznavo govora zmanjša administrativno breme medicinskih sester. Ugotovitve kažejo, da uporaba tehnologije za prepoznavanje govora bistveno zmanjša čas, ki ga medicinske sestre porabijo za administrativne naloge, kar vodi do večjega zadovoljstva pri delu in boljše kakovosti oskrbe pacientov. Raziskave so pokazale, da medicinske sestre, ki uporabljajo sisteme za prepoznavanje govora, porabijo do 30 % manj časa za pisanje poročil, kar izboljšuje njihovo delovno učinkovitost in zmanjšuje obremenjenost.

Tehnologija prepoznavanja govora v zdravstveni negi je še vedno v fazi razvoja, kar pomeni, da je na voljo omejeno število raziskav, ki bi lahko zagotovile celovite podatke o njenem vplivu na delo medicinskih sester. Poleg tega se večina obstoječih raziskav osredotoča na uporabo te tehnologije pri zdravnikih, kar ustvarja vrzel v razumevanju njenega potenciala in izzivov pri uporabi v negovalnem procesu.

ZAKLJUČEK

Pregled uporabe tehnologije za prepoznavanje govora v zdravstveni negi je pokazal, da lahko ta inovativna rešitev bistveno zmanjša administrativno breme medicinskih sester. Poleg tega uporaba prepoznavanja govora prispeva k boljši kakovosti zdravstvene nege, saj medicinske sestre lahko več časa posvetijo neposredni oskrbi pacientov. Raziskave so tudi pokazale, da je uporaba tehnologije za prepoznavanje govora ključna za optimizacijo delovnih procesov v zdravstveni negi. Zdravstveni delavci, vključno z medicinskimi sestrami in zdravniki, lahko s pomočjo teh rešitev skrajšajo čas, porabljen za neklinične naloge, in se bolj posvetijo svojemu primarnemu delu – oskrbi pacientov. Medicinske sestre v Sloveniji bi morale biti v ospredju in voditi napredek zdravstvene nege s sprejemanjem naprednih tehnoloških rešitev, ki bi omogočale razbremenitev dela, saj bo v prihodnosti z razvojem umetne inteligence sledilo tudi preoblikovanje zdravstvenih organizacij, za kar morajo biti pripravljene.

LITERATURA:

Everett, M., Redner, J., Kalenscher, A., Durso, D., & Nguyen, S. (2022). Speech recognition technology for increasing nursing documentation efficiency. *Online Journal of Nursing Informatics*. Retrieved 20.2.2025, from <https://gkc.himss.org/resources/speech-recognition-technology-increasing-nursing-documentation-efficiency>

Joseph, J., Moore, Z. E. H., Patton, D., O'Connor, T., & Nugent, L. E. (2020). The impact of implementing speech recognition technology on the accuracy and efficiency (time to complete) clinical documentation by nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. Retrieved 20.2.2025, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32243006/>

McCartney, P. R. (2013). Speech recognition for nursing documentation. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. Retrieved 15.3.2025, from https://journals.lww.com/mcnjournal/citation/2013/09000/speech_recognition_for_nursing_documentation.14.aspx

McKinsey & Company. (2022). The gathering storm: The uncertain future of US healthcare. Retrieved from 15.3.2025, from <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/the-gathering-storm-the-uncertain-future-of-us-healthcare>

Singh, H., Sittig, D. F., & Classen, D. C. (2024). Maximizing the ability of health IT and AI to improve patient safety. *JAMA Internal Medicine*. Retrieved 23.2.2025, from <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2825453>

Debora Levstik Jašarevič, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Izola
levstik.debora@gmail.com

SODOBNE STRATEGIJE KADROVANJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Contemporary recruitment strategies in nursing

IZVLEČEK

Uvod: Pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja globalni izziv, ki ovira delovanje zdravstvenih sistemov. To pomanjkanje je zelo izrazito tudi v Sloveniji, kar močno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. Raziskava se osredotoča na iskanje sodobnih strategij za učinkovito zaposlovanje v zdravstveni negi, ki bi izboljšalo stanje v zdravstvu globalno in v Sloveniji. **Metode:** Izveden je bil sistematični pregled literature. Vključenih je bilo 14 znanstvenih raziskav. Izbrane raziskave so bile ocenjene glede na kakovost z uporabo kontrolnega seznama CASP in Polit-Beckove hierarhije dokazov ter analizirane z integrativno tematsko analizo. **Rezultati:** V analizo je bilo vključenih 14 znanstvenih raziskav. Rezultati so prikazali sedem skupin dejavnikov pri zaposlovanju v zdravstveni negi: privabljanje kadra, izobraževanje kadra, finančni ukrepi, moški v zdravstveni negi, izboljšanje kliničnega okolja, mednarodno zaposlovanje, področja z večjo potrebo po kadru. **Diskusija in zaključek:** Zbrane sodobne strategije zaposlovanja je mogoče uporabiti v slovenskem zdravstvenem sistemu. Za uspešno implementacijo teh sprememb je nujno izvajanje nadaljnjih raziskav in spremljanje učinkov, da bi zagotovili trajnostne izboljšave v zaposlovanju in obvladovanju kadrovskih izzivov v zdravstveni negi.

Ključne besede: medicinske sestre; zaposlovanje; strategije

ABSTRACT

Introduction: The shortage of nurses is a global challenge that is hampering the functioning of health systems. This shortage is also very evident in Slovenia, which has a major impact on the quality of health care. This research focuses on finding contemporary strategies for effective nurse recruitment that could improve the situation in health care globally and in Slovenia. **Methods:** A systematic literature review was conducted. The quality of the selected studies was assessed using the CASP checklist and the Polit-Beck hierarchy of evidence and

analysed by using integrative thematic analysis. **Results:** 14 scientific studies were included in our analysis. The results showed 7 groups of factors in nursing recruitment: attracting staff, educating staff, financial measures, men in nursing, improving the clinical environment, international recruitment, areas with a greater need for staff. **Discussion and conclusion:** The collected contemporary recruitment strategies can be applied in the Slovenian health care system. Further research and impact monitoring are necessary for successful implementation of these changes to ensure sustainable improvements in recruitment and management of staffing challenges in nursing.

Key words: Nurses, recruitment, strategies

UVOD

»Globalno pomanjkanje medicinskih sester zavira svet,«

dr. Pamela F. Cipriano, predsednica Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN)

Zaposleni v zdravstveni negi so zaupanja vredni strokovnjaki, vendar vlade pogosto ne priznavajo njihove celotne vrednosti in vodijo zdravstvene sisteme brez zadostnega števila medicinskih sester (International Council of Nurses, 2024).

Imajo ključno vlogo pri izboljšanju zdravja in gospodarstva, zato so naložbe vanje nujne. Po ocenah SZO (Svetovna zdravstvena organizacija) je na svetu 29 milijonov medicinskih sester, do leta 2030 jih bo primanjkovalo 4,5 milijona (World Health Organization, 2024).

Pomanjkanje osebja v zdravstveni negi prispeva k povečanemu razmerju med medicinskimi sestrami in pacienti ter večji delovni obremenitvi osebja. Povečana delovna obremenitev prispeva k upadu kvalitete zdravstvene nege in je povezana s podaljšanjem dolžine bivanja pacientov, številom ponovnih sprejemov, varnostnimi napakami bolnikov in bolnišničnimi okužbami (McVey, 2023). 20-% pomanjkanje osebja v domovih za ostarele je povezano s povečanjem deleža stanovalcev z upadom sposobnosti za vsakodnevne aktivnosti, izgubo mobilnosti, izgubo teže in razjedami zaradi pritiska (Chen et al., 2023).

V Sloveniji je pomanjkanje medicinskih sester skrb vzbujajoče. Zdravstveni zavodi in pacienti to prepoznajo kot enega ključnih problemov, ki bo zaradi demografskih sprememb in odliva kadra v tujino še bolj pereč. Kadrovske standardi vplivajo na kakovost oskrbe in delovne obremenitve (Zbornica – Zveza, 2021).

Kadrovanje medicinskih sester je ključno za kakovost oskrbe, vendar tradicionalni pristopi niso dovolj učinkoviti. Pomembno je ustvarjanje podpornega delovnega okolja z ugodnimi pogoji in prepoznavanjem truda zaposlenih (International Council of Nurses, 2024). V nadaljevanju bomo predstavili sodobne strategije kadrovanja medicinskih sester

Namen, cilji in raziskovalno vprašanje

Namen raziskave je najti, preučiti in zbrati sodobne strategije kadrovanja medicinskih sester.

Cilj raziskave je zbrati in predstaviti najučinkovitejše strategije kadrovanja medicinskih sester.

Zastavili smo si raziskovalno vprašanje po metodi PICO: »Katere so sodobne strategije kadrovanja medicinskih sester?«

METODE

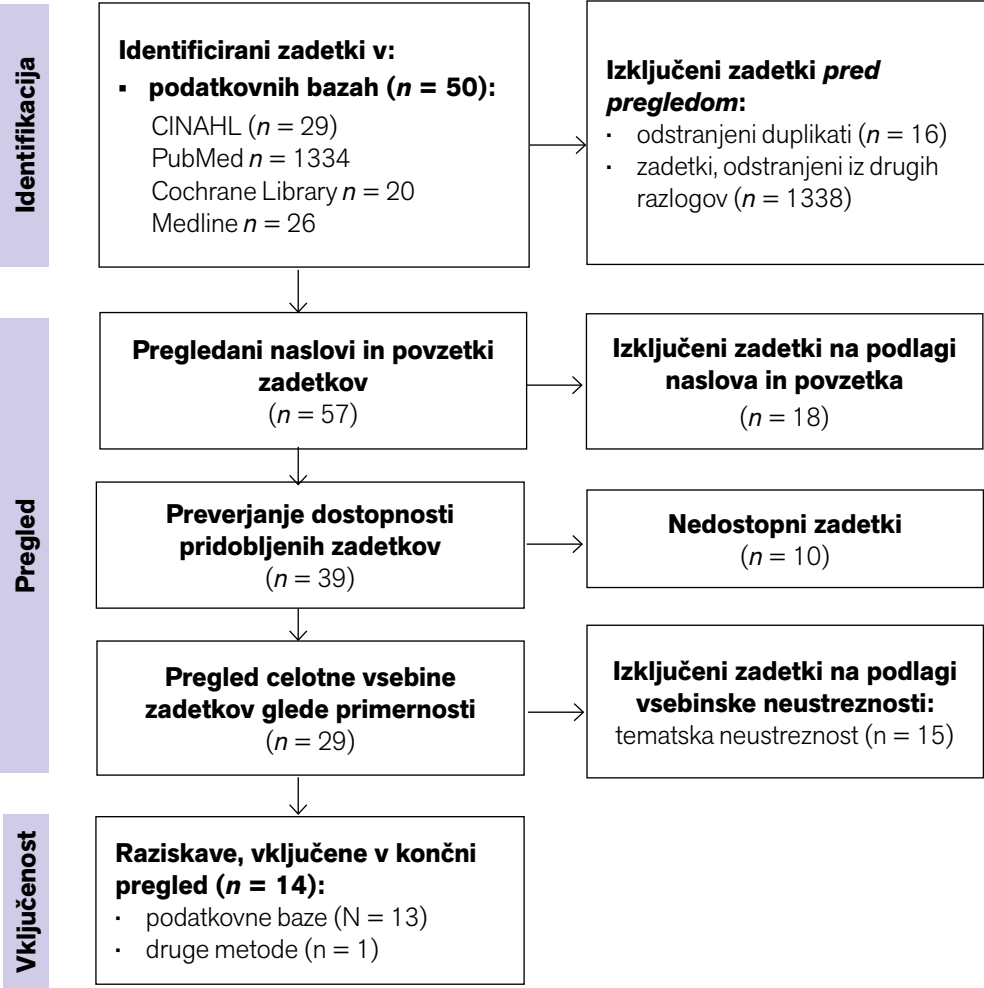
Izveden je bil sistematični pregled znanstvene literature.

Metode pregleda

Decembra 2024 smo izvedli sistematični pregled literature v bazah CINAHL, Medline, Cochrane Library in PubMed. Uporabili smo izraze Nurse, Recruitment in Strategies. Vključili smo recenzirane znanstvene članke iz leta 2020 ali novejši v angleščini s celotnim besedilom.

Rezultati pregleda

Proces izbire znanstvenih člankov je prikazan s pomočjo diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis), ki je predstavljen v Sliki 1 (Moher et al., 2009).



Slika 1: Strategija iskanja člankov – diagram PRISMA

Z iskanjem po bazah podatkov smo identificirani 57 zadetkov: CINAHL (n = 29), PubMed (n = 1334), Cochrane Library = 20, Medline = 26. Dodatno smo našli še dva zadetka iz drugih virov. V slovenskem jeziku nismo našli zadetkov. Skupno smo pregledali 29 raziskav, izključili smo jih 15. V pregled literature smo vključili 14 raziskav.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Raziskave smo ocenili s kontrolnim seznamom CASP (CASP UK, 2024) in Polit–Beckovo hierarhijo dokazov (Polit & Beck, 2017). Vključitvene kriterije je doseglo 14 raziskav: 3 sistematični pregledi, 2 pregleda literature, 5 kvalitativnih raziskav, 2 z mešano metodo, 1 presečna korelacijska študija in 1 diskurzivni članek. Obravnavali so sodobne strategije za kadrovanje medicinskih sester, analizirali pa smo jih z integrativno tematsko analizo (Booth et al., 2012).

REZULTATI

V Tabeli 1 so prikazani ključni prepoznani dejavniki iz posameznega vira. Zadnji stolpec je namenjen oceni hierarhije dokazov razporejenih po dr. Susanne Cruickshank et al. (b. d.).

Tabela 1: Analiza vključenih raziskav

Avtorji, letnica in država	Metodologija	Namen	Vzorec	Ključne ugotovitve	Ocena hierarhije dokazov
Amicucci & Warren, 2023, ZDA	Kvalitativna raziskovalna metoda	Oceniti stanje na področju zaposlovanja medicinskih sester	Ni specifično zapisano	Program podpore v prvem letu zaposlitve. Program vključuje tudi sestanke Care Code za obvladovanje stresa, tesnobe in izzivov v delu.	6. raven
Baumann & Crea-Arsenio, 2024, Kanada	Kvalitativna raziskovalna metoda	Preučiti inovativne pobude za zaposlovanje medicinskih sester	Analiza politik in ukrepov	Kanadska vlada je napovedala naložbo 200 milijard kanadskih dolarjev v zdravstveno osebje. Štipendije do 10.000 kanadskih dolarjev letno za študente v zdravstvu ali socialnih storitvah. Štipendije do 10.000 kanadskih dolarjev za enoletno zaposlitev v domovih za ostarele.	6. raven
Bindayel 2022, Savdska Arabija	Kvalitativna raziskovalna metoda	Raziskati dejavnike, ki vplivajo na inovativne prakse pri zaposlovanju medicinskih sester	Namenski vzorec 20 oseb, vodij in zaposlenih v zdravstveni negi	- Izboljšanje pedagoških metod, osredotočanje na kritično mišljenje namesto memoriranja ter usposabljanje učiteljev za spodbujanje odprtih razprav. - Program pripravništva, kjer zdravstvene ustanove sodelujejo z bolnišnicami, ki privabijo in izučijo bodoče medicinske sestre in si tako zagotovijo kader. - Sodelovanje s specializiranimi podjetji za zagotavljanje kadra medicinskih sester. - Bolnišnice bi morale spodbujati kulturo inovacij z zagotavljanjem časa za generiranje idej.	6. raven
Brown et al., 2023), ZDA	Mešane metode raziskovanja	Opredeliti metode za zmanjševanje pomanjkanja medicinskih sester	Ni jasno zastavljen	- Sodelovanje s šolami za zdravstveno nego in vključitev Kroženj na nefroloških oddelkih v študij. - Kampanje v medijih, mentorske mreže in ozaveščanje skupnosti o ledvičnih boleznih. - Izboljšanje delovnih pogojev, podpora duševnemu zdravju, boljše plačilo in ugodnosti ter spoštovanje dela. - Pomembno je ustvarjanje pozitivnega delovnega okolja, zagotavljanje varnosti in možnosti za stalno izobraževanje. - Predstavitve na konferencah, predavanja o dializi. - Večja podjetja, ki se ukvarjajo z dializnimi pripomočki lahko vlagajo v pripravništva. - Spodbujanje vključevanja v strokovna združenja ter ponujajo mentorstvo, fleksibilne urnike in nagrade za zadržanje kadra v zdravstveni negi.	6. raven

Dirks, 202, ZDA	Pregled literature	Opredeliti priložnosti za mentorstvo v zdravstveni negi	Ni jasno zastavljen.	• Pri mentorstvu je ključno ustrezno ujemanje mentorja in mentoriranca, jasni cilji, dobra komunikacija ter redne povratne informacije. • Pomembno je zagotoviti dovolj časa za mentoriranje. • Mentorji morajo imeti ustrezne veščine, organizacije pa naj zagotovijo podporo in usposabljanje. • Mentorstvo zmanjšuje fluktuacijo zaposlenih, spodbuja strokovni razvoj in prenos znanja. • Spletni mentorski program.	6. raven
Hong & Jiong, 2020, Kitajska	Kvalitativna raziskovalna metoda	Raziskovanje izzivov in priložnosti, s katerimi se soočajo moški zdravstveniki	25 zdravstvenikov in dva bolnišnična administratorja	• Večina intervjuvanih moških zdravstvenikov je menila, da imajo fizične prednosti pri delu na zahtevnih oddelkih, večjo psihično vzdržljivost, odločnost in racionalnost v nujnih primerih ter boljše upravljanje s tehnično medicinsko opremo. • Imajo se za manj sočutne in slabše pri komunikaciji s pacienti, zato pogosto delajo na manj interaktivnih področjih. • Menijo, da moški nimajo porodniškega dopusta in imajo manj družinskih obveznosti, kar jim omogoča večjo predanost delu. Zaradi dela na bolj tveganih oddelkih in nočnih izmen so imeli več možnosti za napredovanje in višje plače. • Moški v zdravstveni negi se soočajo z diskriminacijo. Nekateri so doživljali zavračanje s strani pacientk in otrok. • Družbeni stereotipi so vplivali na njihovo poklicno in osebno življenje. Nekateri so menili, da poklic v zdravstveni negi negativno vpliva na možnosti za partnerski odnos, drugi so zaradi nizkega družbenega statusa in pritiska razmišljali o odhodu. • Kljub izzivom so intervjuvanci, ki so ostali v poklicu, z leti pridobili višje strokovne nazive in pomembno vlogo na oddelkih, nekateri pa so v svojem delu našli občutek samouresničitve.	6. raven
Jonsson & Muhonen, 2021, Švedska	Deskriptivna metoda s kvalitativnim pristopom	Raziskati mentorstvo in procese zaposlovanja medicinskih sester	Intervjuji z 10 mentorji zdravstvene nege in 6 vodjami oddelkov	• Oddelki morajo zagotoviti mentorstvo za študente zdravstvene nege. • Mentorstvo naj se obravnava kot naravni del procesa zaposlovanja. • Pomembno je, da se študenti obravnavajo spoštljivo, saj pozitivne izkušnje pripomorejo k promociji delovnega mesta. • Zagotoviti se mora ustrezno organizirano in načrtovano mentorstvo, da se zmanjša dodatno breme za medicinske sestre. • Mentorji morajo imeti vlogo navdihovanja in motiviranja.	6. raven

Khalil & Alemeddine, 202021 met the inclusion criteria and were studied using WHO's Global Recommendations For Increasing Access To Health Workers In Remote And Rural Areas Through Improved Retention (education, regulation, financial, and personal/professional, Egipt	Sistematičen pregled literature	Pregled literature o zaposlovanju kadra zdravstvene nege na podeželskih območjih	21 znanstvenih člankov	- Izobraževalne intervencije: izgradnja izobraževalnih ustanov na podeželju, ciljno usmerjene štipendije, učni načrti/kompetence, usmerjene na podeželje, pripravnštva/izmenjave na podeželju, sodelovanje s podeželsko skupnostjo. - Regulativni posegi: praktično usposabljanje pred začetkom dela na podeželskih in oddaljenih območjih, podpora pri preselitvi družinskih članov. - Finančni posegi: nudenje dodatnih ugodnosti, npr. stanovanja, subvencije, avto, povračilo stroškov šolanja, odplačevanje posojil, višje plače. - Poklicni ukrepi: nadgradnja infrastrukture zdravstvenih prostorov na podeželju, vzpostavitev strokovnih mrež (društev), namenjenih podeželskim zdravstvenim delavcem.	2. raven
Oates et al. 20202005, Velika Britanija	Sistematičen pregled literature	Ugotoviti, kako izkušnje medicinskih sester vplivajo na zaposlovanje	15 znanstvenih člankov	- Zagotoviti jasno opredeljene poti napredovanja za medicinske sestre. - Povečati vlaganja v supervizijo in mentorstvo, da bi podprli osebni in poklicni razvoj zdravstvenega osebja. - Uporabiti psihometrične teste za prepoznavanje medicinskih sester z visoko samopodobo in samozavestjo, ki so primerne za delo v čustveno težkih okoljih. - Zagotoviti ustrezno podporo za medicinske sestre zunaj delovnega okolja, kar pripomore k zmanjšanju negativnih učinkov dela na njihovo dobro počutje. - Poskrbeti za dobro podprte zdravstvene time, saj ta dejavnik pomaga zmanjšati stres in čustveno obremenitev osebja.	2. raven
Phiri et al., 2022, Velika Britanija	Diskurzivna analiza	Preučiti pomanjkanje medicinskih sester v Britanskem nacionalnem zdravstvenem sistemu	Statistični podatki o trenutnem stanju zaposlovanja in izzivih	- Mednarodno zaposlovanje je prioriteta naloga za Nacionalno zdravstveno službo (NHS). - Mednarodne medicinske sestre ob zaposlitvi v NHS prejmejo triletni vizum, sponzorstvo organizacije in podporo za lažji prehod v novo delovno okolje. - Vstop je za tujce olajšan, kar omogoča hitrejši, cenejši in lažji prihod v Združeno kraljestvo. - NHS omogoča tudi, da vizumi podpirajo vloge za vzdrževane osebe, kar omogoča, da se zaposlenim pridružijo partnerji in otroci. - Zaposlovanje mednarodnih delavcev iz držav v razvoju postavlja etična vprašanja, saj lahko vodi do pomanjkanja zdravstvenih delavcev v državah v razvoju.	6. raven

Rodriguez-Garcia et al., 2021, Španija	Presečna, korelacijska študija	Analizirati perspektivo študentov zdravstvene nege o kliničnem učnem okolju in povezava z zaposlitvijo	180 študentov zdravstvene nege	- Poskrbeti za pozitiven odnos mentorjev do nadzora prakse, ki spodbuja spoštovanje in odobravanje med mentorjem in študentom. - Omogočiti študentom enostavno sodelovanje z osebjem v zdravstvenem timu. - Zagotoviti jasno dokumentacijo zdravstvene nege, ki študentom pomaga pri učenju in prilagajanju v praksi. - Študente vključiti v negovalni tim. - Povečati stopnjo zadovoljstva študentov z okoljem in učnim procesom, kar povečuje njihovo namero, da ostanejo v bolnišnicah, kjer so opravljali prakso.	6. raven
Tussing, Chipps & Tornwall, 2022, ZDA	Pregled literature	Raziskati specifične značilnosti zaposlovanja milenijcev in generacije Z v zdravstvu	Ni jasno zastavljen	- Delodajalci morajo prilagoditi zaposlovanje generacijskim razlikam. - Spletna mesta naj vključujejo infografike in videe za privabljanje mlajših generacij. - Ključne so družbena odgovornost, raznolikost in prisotnost na družbenih omrežjih. - Opisi delovnih mest morajo biti verodostojni, jedrnat in navdihujoči. - Pomembni so podatki o kulturi, tehnologiji in edinstvenosti bolnišnice. - Prijavni postopek naj bo hiter, prilagojen za oddajo prijave na mobilnem telefonu in s takojšnjim potrjevanjem prejetja prijave. - Komunikacija naj bo prilagojena, razgovori sproščeni in časovni roki spoštovani.	6. raven
Williamson & Taylor, 2022, Velika Britanija	Sistematičen pregled literature	Opredeliti pobude za izboljšanje zaposlovanja medicinskih sester	13 znanstvenih člankov	- Podpora nadrejenih je ključna za zadržanje medicinskih sester. - Stalno strokovno izpopolnjevanje povečuje razvoj in zadržanje kadra. - Vlaganje v izobraževanje starejših sester ohranja kakovost znanja. - Priznanje in nagrade zmanjšujejo fluktuacijo in povečujejo zadovoljstvo. - Inovativne vloge v timu prispevajo k priznanju medicinskih sester. - Timsko delo zmanjšuje stres, krepi avtonomijo in podporo vodstva. - Fizično okolje, vključno s kakovostjo zraka in udobnim pohištvom, vpliva na motivacijo in zadržanje zaposlenih. - Prilagodljiv delovni čas izboljšuje ravnovesje med delom in zasebnim življenjem.	2. raven

Zekveld, 2022, Kanada	Mešana metoda raziskovanja	Oceniti izvedbo Programa usposabljanja v perioperativni zdravstveni negi	13 študentov	• Povečanje izpostavljenosti perioperativni specialnosti med dodiplomskimi študenti. • Uvedba programa prakse v operacijskem bloku za študente četrtega letnika, ki vključuje 360 ur praktičnih kliničnih izkušenj. V letu 2020 – 2021 se je 11 od 13 študentov, ki so bili na praksi v operacijskem bloku, po končanem študiju zaposlilo v operacijskem bloku. • Razvijanje priložnosti za spodbujanje perioperativne zdravstvene nege že v zgodnjih letnikih dodiplomskega študija. • Ozaveščanje študentov o perioperativni negi kot karierni poti.	6. raven

Legenda / Legend: Avtorji, letnica in država / Authors, year and country, Metodologija / Methodology, Namen / Purpose, Vzorec / Sample, Rezultati / Results, Ocena relevantnosti / Relevance assessment, Ocena hierarhije dokazov / Hierarchy of evidence assessment

V Tabeli 1 so prikazani ključni prepoznani dejavniki iz posameznega vira. V Tabeli 2 so predstavljene kategorije, razporejene po temah.

Tabela 2: Razporeditev kategorij po temah

Kategorije/Categories (n = 19)	Avtorji/Authors
Tema 1: <i>Privabljanje kadra</i> : Prijava na delovno mesto v zdravstvu – Oglaševanje zdravstvene nege – Prilagodljiv delovni čas.	Bindayel, 2022; Brown et al., 2023; Hong & Jiong, 2020; Rodriguez-Garcia et al., 2021.
Tema 2: <i>Izobraževanje kadra</i> : Študenti – Pripravištvo – Program uvajanja – Mentorstvo – Izboljšanje izobraževanja.	Bindayel, 2022; Dirks, 2021; Jonsson & Muhonen, 2021; Williamson & Taylor, 2022; Zekveld, 2022.
Tema 3: <i>Finančni ukrepi</i> : Štipendije – Finančni vložek.	Baumann & Crea-Arsenio, 2024; Bindayel, 2022; Brown et al., 2023; Khalil & Alemeddine, 2020.
Tema 4: <i>Moški v zdravstveni negi</i> : Lastnosti zdravstvenikov – Diskriminacija in predsodki.	Hong & Jiong, 2020.
Tema 5: <i>Izboljšanje kliničnega okolja</i> : Spodbujanje spremembe kulture – Izboljšanje delovnih pogojev – Podpora zdravstvenih delavcev.	Bindayel, 2022; Brown et al., 2023; Oates et al., 2020; 2005 Williamson & Taylor, 2022.
Tema 6: <i>Mednarodno zaposlovanje</i> : Olajšan vstop – Podpora kadru	Bindayel, 2022; Khalil & Alemeddine, 2020; Phiri et al., 2022.
Tema 7: <i>Področja z večjo potrebo po kadru</i> : Zaposlitev na podeželju – Specifična področja	Brown et al., 2023; Khalil & Alemeddine, 2020; Oates et al., 2020; 2005 Zekveld, 2022.

DISKUSIJA

Pregled literature razkriva sodobne strategije kadrovanja v zdravstveni negi, ki bi jih lahko uporabili v Sloveniji.

Mentorstvo je ključno za uspešno vključitev novozaposlenih (Lim et al., 2022), pri čemer je pomembno tudi boljše sodelovanje fakultet in zdravstvenih zavodov ter usposabljanje mentorjev kot vzornikov. Za zahtevnejša delovna mesta, kot je intenzivna nega, bi morali izobraževalne module vključiti že v študij. Emami et al. (2017) poudarjajo pomen medpoklicnega sodelovanja v izobraževanju.

Zdravstvena nega je pretežno ženski poklic – v UKC Ljubljana je bilo leta 2021 zaposlenih le 16 % moških (UKC Ljubljana, 2021). Organizacijska podpora je ključna za njihov poklicni uspeh, vendar se soočajo s stereotipi (Smith et al., 2021). Rešitev bi bile ozaveševalne kampanje in mreža mentorjev moškega spola.

Generacije X, Y in Z imajo različna pričakovanja do dela – mlajši pričakujejo fleksibilnost, hitro komunikacijo in uporabo tehnologije (Keith et al., 2021). Za njihovo privabljanje bi morali izkoristiti družbene medije in omogočiti mobilne prijave.

Delo na podeželju bi spodbudili s finančnimi dodatki, stanovanjskimi subvencijami in obvezno prakso za študente. Ključno je tudi nadomestilo za preselitev in družbeno življenje v skupnosti (Jessup et al., 2021).

Pri mednarodnem zaposlovanju bi morali okrepiti podporo tujim medicinskim sestram in promovirati Slovenijo kot privlačno delovno okolje. Na Finskem opozarjajo na potrebo po politikah enakosti in vključevanja (Cubelo, 2024).

Celovite spremembe bi izboljšale ugled in privlačnost poklica za nove in obstoječe kadre.

ZAKLJUČEK

Sodobno zaposlovanje v zdravstveni negi je ključno za prihodnost zdravstvenih sistemov. Rezultati raziskave ponujajo strategije za izboljšanje kadrovanja v Sloveniji, pri čemer je pomembna tudi sprememba kulturnega okolja. Delodajalci morajo biti odprti za nove pristope in se hitro prilagajati potrebam ter vrednotam sodobnih generacij.

Ključno je, da se ugotovitve raziskav vključijo v prakso zdravstvenih organizacij. S celovitim pristopom lahko učinkovito naslovimo kadrovske izzive ter izboljšamo kakovost in dostopnost zdravstvene nege v Sloveniji.

LITERATURA

- Amicucci, B., Titus, D., & Warren, M. (2023). Let's hang on! Ramping up nurse resident retention strategies after the pandemic. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 54(6), 245–247. <https://doi.org/10.3928/00220124-20230511-02>
- Baumann, A., Smith, V., & Crea-Arsenio, M. (2024). Innovative nursing employment initiatives to strengthen and sustain the health workforce in Canada. *Healthcare Management Forum*, 37(4), 251–257. <https://doi.org/10.1177/08404704241232668>
- Bindayel, M. A. (2022). Innovation leadership and employee behaviours in nurse recruitment in Saudi Arabian hospitals: A qualitative study.
- Booth, A., Papaioannou, D., & Sutton, A. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review*. (3. izd., str. 178). SAGE Publications.
- Brown, J. S., Gomez, N., Harper, M., & Olivares, R. (2023). Combating the nursing shortage: Recruitment and retention of nephrology nurses. *Nephrology Nursing Journal*, 50(1), 49–53. <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2023.50.1.49>
- CASP Checklists – Program za kritično presojo. (b. d.). CASP – Program za kritično presojo. Pridobljeno 10. novembra 2024 s <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Chen, M., Goodwin, J. S., Bailey, J. E., Bowblis, J. R., Li, S., & Xu, H. (2023). Longitudinal associations of staff shortages and staff levels with health outcomes in nursing homes. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 24(11), 1755–1760.e7. <https://doi.org/10.1111/jgs.18174>

- Cubelo, F. (2024). The challenges of diversity in nursing faculty recruitment: The case of Finland. *Nursing Outlook*, 72(6), 102301. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102301>
- Dirks, J. L. (2021). Alternative approaches to mentoring. *Critical Care Nurse*, 41(1), e9–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2021789>
- Emami, A., Jaffe, D., Minton-Foltz, P., Parker, G., Manfredi, S., Braungardt, T., Marley, K. W., Cooley, L., & Siem, S. B. (2017). Nursing schools and academic health centers: Toward improved alignment and a synergistic partnership. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 271–276. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S129663>
- Jessup, B., Barnett, T., Cross, M., Obamiro, K., & Mallick, S. (2021). Rural employment: A get-go for recent nursing and allied health graduates? *The Australian Journal of Rural Health*, 29(5), 688–700. <https://doi.org/10.1111/ajr.12773>
- Jönsson, S., Stavreski, H., & Muhonen, T. (2021). Preceptorship as part of the recruitment and retention strategy for nurses? A qualitative interview study. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1841–1847. <https://doi.org/10.1111/jonm.13319>
- Keith, A. C., Warshawsky, N., & Talbert, S. (2021). Factors that influence millennial generation nurses' intention to stay: An integrated literature review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 51(4), 220. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001001>
- Khalil, M., & Alameddine, M. (2020). Recruitment and retention strategies, policies, and their barriers: A narrative review in the Eastern Mediterranean Region. *Health Science Reports*, 3(4), e192. <https://doi.org/10.1002/hsr2.192>
- Kim, J., Chae, D., & Yoo, J. Y. (2021). Reasons behind Generation Z nursing students' intentions to leave their profession: A cross-sectional study. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 58, 0046958021999928. <https://doi.org/10.1177/0046958021999928>
- Lim, S., Xin Min, L., Chan, C. J. W., Dong, Y., Mikkonen, K., & Zhou, W. (2022). Peer mentoring programs for nursing students: A mixed methods systematic review. *Nurse Education Today*, 119, 105577. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105577>
- McVey, C. (2023). Telenursing: A concept analysis. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 41(5), 275–280. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000973>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Oates, J., Topping, A., Ezhova, I., Wadey, E., & Marie Rafferty, A. (2020). An integrative review of nursing staff experiences in high secure forensic mental health settings: Implications for recruitment and retention strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2897–2908. <https://doi.org/10.1111/jan.14521>
- Phiri, P., Sajid, S., Baykoca, A., Shetty, S., Mudoni, D., Rathod, S., & Delanerolle, G. (2022). International recruitment of mental health nurses to the national health service: A challenge for the UK. *BMC Nursing*, 21(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01128-1>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed., international ed.). Wolters Kluwer.
- Rodríguez-García, M. C., Gutiérrez-Puertas, L., Granados-Gámez, G., Aguilera-Manrique, G., & Márquez-Hernández, V. V. (2021). The connection of the clinical learning environment and supervision of nursing students with student satisfaction and future intention to work in clinical placement hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7–8), 986–994. <https://doi.org/10.1111/jocn.15642>
- Smith, B. W., Rojo, J., Everett, B., Montayre, J., Sierra, J., & Salamonson, Y. (2021). Professional success of men in the nursing workforce: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2470–2488. <https://doi.org/10.1111/jonm.13445>
- Tussing, T. E., Chipps, E., & Tornwall, J. (2022). Next generation of nurses: Considerations for successful recruitment. *The Journal of Nursing Administration*, 52(11), 569–571. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001211>
- Williamson, L., Burog, W., & Taylor, R. M. (2022). A scoping review of strategies used to recruit and retain nurses in the health care workforce. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2845–2853. <https://doi.org/10.1111/jonm.13786>
- World Health Organization. (2024, May 3). *Nursing and midwifery*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
- Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. (2025). *Iskanje dela: Medicinska sestra*. Pridobljeno 5. januarja 2025, iz <https://www.ess.gov.si/iskalci-zaposlitve/iskanje-zaposlitve/iskanje-dela/#/?drzava=SI&iskalniTekst=medicinska%20sestra&iskalnaLokacija=>
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2021). *Analiza razmer na trgu dela in predlog politik ter ukrepov kadrovske strategije*. Pridobljeno 5. januarja 2025, iz https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/09/Analiza_razmer_na_trgu_dela_in_predlog_politik_ter_ukrepov_kadrovske_strategije2.pdf
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2021). *Kadrovske standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi* (Z. Kramar & B. Bregar, Eds.). https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/07/Z_Z_Kadrovske-standardi_2021_splet.pdf
- Zekveld, K., & Berquist, R. (2022). Perioperative nurse recruitment: An OR placement program for fourth-year nursing students in Ontario. *AORN Journal*, 116(2), 133–142. <https://doi.org/10.1002/aorn.13746>
- Zhang, H., & Tu, J. (2020). The working experiences of male nurses in China: Implications for male nurse recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 441–449. <https://doi.org/10.1111/jonm.12950>

UVEDBA MIKRO ODMOROV ZA IZBOLJŠANJE POČUTJA MEDICINSKIH SESTER V DELOVNEM OKOLJU

Introducing micro-breaks to improve nurses' well-being in the work environment

IZVLEČEK

Medicinske sestre se pri svojem delu soočajo z visokimi delovnimi obremenitvami, kar pogosto vodi do povečane utrujenosti, izgorelosti in mišično-skeletnih težav. Kljub dokazanim koristim odmorov si zaradi pomanjkanja časa in kadra pogosto ne morejo privoščiti niti krajših prekinitiv. Mikro odmori, ki trajajo od dve do deset minut, omogočajo obnavljanje psihofizičnih virov, zmanjšujejo utrujenost ter izboljšujejo koncentracijo in delovno učinkovitost. Prispevek preučuje pomen mikro odmorov za dobro počutje medicinskih sester, opredeljuje izzive pri njihovi implementaciji ter predlaga strategije za uspešno vključitev v klinično prakso. Ugotovitve kažejo, da so strukturirani mikro odmori, podprti s strani vodstva, ključni za izboljšanje delovnega okolja in kakovosti zdravstvene oskrbe. Poleg izboljšanja počutja lahko redni mikro odmori prispevajo k zmanjšanju napak pri oskrbi pacientov ter zmanjšanju absentizma, kar dolgoročno pozitivno vpliva na celotno organizacijo. Pravilno implementirani mikro odmori ne motijo delovnega procesa, temveč ga optimizirajo in omogočajo boljše obvladovanje delovnih zahtev.

Ključne besede: mikro odmori, medicinska sestra, delovno okolje, dobro počutje

ABSTRACT

Nurses face high workloads in their work, often leading to increased fatigue, burnout and musculoskeletal problems. Despite the proven benefits of breaks, nurses often cannot afford even short breaks due to lack of time and staff. Micro-breaks of two to ten minutes allow to

replenish psycho-physical resources, reduce fatigue and improve concentration and work efficiency. This paper examines the importance of micro-breaks for nurses' well-being, identifies challenges in their implementation, and suggests strategies for their successful integration into clinical practice. The findings show that structured micro-breaks, supported by management, are key to improving the work environment and quality of care. In addition to improving well-being, regular micro-breaks can contribute to reducing errors in patient care and reducing absenteeism, with a positive long-term impact on the whole organisation. Properly implemented, micro-breaks do not disrupt the work process, but optimise it and allow better management of work demands.

Key words: micro-breaks, nurse, work environment, well-being

UVOD

Medicinske sestre zagotavljajo celostno oskrbo pacientov in skrbijo za njihovo varnost ter dobro počutje. Zato se pri svojem delu pogosto soočajo z visokimi delovnimi obremenitvami, hitrim tempom dela in čustveno zahtevnimi situacijami, kar lahko vodi do utrujenosti, izgorelosti in fizičnih težav (Riedl et al., 2024). Pomanjkanje kadra, nepredvidljivost delovnih nalog in dolge izmene pogosto onemogočajo redne odmore, ki so ključni za ohranjanje telesnega in duševnega zdravja (Retting et al., 2021).

Odmori na delovnem mestu so pomembni za obnavljanje psihofizičnih virov, zmanjšanje stresa in povečanje delovne zmogljivosti. Kljub temu si številne medicinske sestre odmora ne privoščijo, saj ga dojemajo kot nepotreben luksuz, ki si ga zaradi pomanjkanja časa ne morejo privoščiti (Retting et al., 2021). V tem kontekstu so mikro odmori, ki trajajo od dve do deset minut, izjemno pomembni, saj omogočajo kratko, a učinkovito regeneracijo brez motenja delovnega procesa (Fitz et al., 2011).

Namen prispevka je preučiti pomen mikro odmorov za medicinske sestre, raziskati njihov vpliv na fizično in duševno počutje ter predlagati strategije za njihovo uspešno vključitev v klinično prakso.

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA DOBRO POČUTJE MEDICINSKIH SESTER

Dobro počutje medicinskih sester je odvisno od različnih dejavnikov, med katerimi izstopajo fizični, psihološki in organizacijski dejavniki. Dolgotrajna izpostavljenost stresu, visoka delovna obremenitev in pomanjkanje ustreznih odmorov lahko vodijo do izgorelosti, kronične utrujenosti in mišično-skeletnih težav, kar zmanjšuje delovno učinkovitost in povečuje tveganje za napake pri oskrbi pacientov (Amin et al., 2018; Armas et al., 2021).

Fizični dejavniki vključujejo ponavljajoče se gibe, dviganje težkih bremen in dolgotrajno stoječe delo, kar pogosto vodi v bolečine v hrbtu, ramenih, vratu, rokah in nogah (Soylar & Ozer, 2018; Waters & Dick, 2014). Raziskave kažejo, da redni mikro odmori zmanjšujejo mišično-skeletne bolečine in izboljšujejo telesno zmogljivost, kar prispeva k večji delovni učinkovitosti (Biganeh et al., 2022).

Psihološki dejavniki vključujejo stres, tesnobo in čustveno izčrpanost, ki so posledica visokih delovnih obremenitev in odgovornosti. Raziskava Sagherian et al. (2023) je pokazala, da več kot 60 % medicinskih sester med odmorom še vedno opravlja manjše delovne naloge ali razmišlja o delu, kar zmanjšuje učinkovitost odmora in povečuje tveganje za izgorelost (Li et al., 2024).

Poleg tega organizacijski dejavniki, kot so pomanjkanje kadra, neprilagodljivost urnikov in neorganiziranost delovnih procesov, pogosto preprečujejo izvajanje rednih odmorov (Retting et al., 2021).

Da bi zagotovili optimalno delovno okolje, je nujno posvetiti več pozornosti zdravju zaposlenih v zdravstveni negi. Skrb za dobro počutje medicinskih sester ne prinaša koristi le njim, temveč tudi povečuje kakovost zdravstvene oskrbe, zmanjšuje število napak pri delu ter znižuje stroške, povezane z bolezensko odsotnostjo zaposlenih (Letvak et al., 2012).

MIKRO ODMORI – DEFINICIJA IN POMEN

Mikro odmori so kratke, načrtovane prekinitve dela, namenjene preprečevanju telesnih in duševnih obremenitev ter obnavljanju psihofizičnih virov. Njihov glavni namen je izboljšanje delovnega počutja, zmanjšanje utrujenosti in povečanje osredotočenosti pri delu (McLean et al., 2001). Običajno trajajo od dve do deset minut in so prilagojeni delovnemu procesu, ne da bi pri tem bistveno vplivali na potek dela. Gre za kratke prekinitve, ki omogočajo, da se zaposleni mentalno in fizično odmaknejo od delovnih nalog, kar jim omogoča boljše obvladovanje stresa in izboljšanje splošnega počutja (Fritz et al., 2011).

Za razliko od daljših, formalnih odmorov, ki so pogosto predvideni v urniku dela, so mikro odmori fleksibilni in prilagodljivi trenutnim potrebam zaposlenih. Njihova učinkovitost temelji na kratkotrajnem, a rednem izvajanju, ki preprečuje kopičenje utrujenosti in zmanjšuje tveganje za izgorelost. Raziskave kažejo, da so mikro odmori najučinkovitejši, kadar so prilagojeni specifičnim potrebam delovnega okolja in vključujejo aktivnosti, ki spodbujajo regeneracijo, kot so dihalne vaje, raztezne vaje ali kratek sprehod (Kim et al., 2016; Riedl et al., 2024).

Poleg fizičnih koristi mikro odmori pozitivno vplivajo tudi na kognitivne sposobnosti in čustveno ravnoesje. Albulescu et al. (2022) so ugotovili, da redni mikro odmori povečujejo energičnost, zmanjšujejo psihično izčrpanost in izboljšujejo delovno zmogljivost, s čimer se strinjajo tudi Bennett in sodelavci (2020). Raziskava Zhu et al. (2018) je pokazala, da mikro odmori izboljšajo razpoloženje in splošno psihološko blagostanje, kar posledično vodi do večje produktivnosti in manjšega tveganja za napake pri delu.

Vrsta aktivnosti med mikro odmorom pomembno vpliva na njegovo učinkovitost. Najbolj koristni so aktivni odmori, ki vključujejo raztezne vaje, dihalne tehnike in kratke sprehode, saj zmanjšujejo fizično in psihično utrujenost ter izboljšujejo splošno počutje zaposlenih. Nasprotno pa so pasivni odmori, npr. branje novic ali uporaba mobilnega telefona, manj učinkoviti, saj ne omogočajo popolnega mentalnega odklopa (Fritz et al., 2011).

Pomembno je, da mikro odmori postanejo del rednega delovnega procesa in ne zgolj priporočilo. Gander in sodelavci (2019) poudarjajo, da je za uspešno implementacijo treba omejiti neprekinjeno delo ter zagotoviti več krajših mikro odmorov, ki trajajo od 5 do 10 minut, na vsaki 2 do 3 ure. Luger et al. (2019) dodajajo, da so za optimalno učinkovitost priporočljive tudi 1- do 2-minutne prekinitve na vsakih 20 do 40 minut, saj takšne redne prekinitve bistveno prispevajo k dolgoročnemu izboljšanju počutja in delovne zmogljivosti.

Za medicinske sestre, ki delajo v nočnem času, so redni aktivni odmori ena izmed najučinkovitejših strategij za obvladovanje utrujenosti in ohranjanje budnosti. Landis in sodelavci (2021) priporočajo 5- do 10-minutne odmore vsake 2 do 3 ure, pri čemer so se kot najučinkovitejše izkazale lahke raztezne vaje, dihalne tehnike in kratki sprehodi po oddelku. Takšni odmori ne

le zmanjšajo fizično utrujenost, temveč tudi izboljšajo mentalno osredotočenost in delovno učinkovitost.

Ciljno usmerjeni mikro odmori s preprostimi razteznimi vajami lahko bistveno izboljšajo fizično počutje in mentalno osredotočenost zaposlenih v intenzivnih delovnih okoljih. Kirurgi, ki so vključevali te kratke, strukturirane odmore, so poročali o zmanjšanju bolečin v vratu, hrbtu, ramenih, rokah, zapestjih, kolenih in gležnjih ter izboljšani telesni zmogljivosti in večji miselni zbranosti (Park et al., 2016). Podobne ugotovitve so zabeležili tudi Hallbeck in sodelavci (2017), ki so pri kirurških zaznali manj nelagodja v ramenih ter večjo mentalno osredotočenost, pri čemer mikro odmori niso bistveno podaljšali trajanja operacij, ampak so postali zaželeni del delovnega procesa.

Kljub jasnim koristim mikro odmorov raziskave opozarjajo, da ti ne prinašajo pričakovanih učinkov, če niso ustrezno zasnovani. Aktivni odmori, ki vključujejo fizično in mentalno sprostitve, so bistveno učinkovitejši od pasivnih prekinitev, pri katerih zaposleni ostanejo sedeči in še naprej miselno obremenjeni z delom (Karpež & Petersen, 2017). To poudarja potrebo po izobraževanju zaposlenih o ustrezni uporabi odmorov in prilagoditvi organizacijskih smernic, ki omogočajo njihovo dosledno izvajanje.

Mikro odmori so torej preprosta, a izjemno učinkovita strategija za izboljšanje telesnega in duševnega počutja, ki zahteva ustrezno implementacijo in podporo organizacije. Le z dosledno uporabo in prilagoditvijo delovnim pogojem lahko mikro odmori postanejo trajnosten del delovnega okolja in prispevajo k bolj zdravemu, produktivnemu ter zadovoljivemu delovnemu mestu za medicinske sestre.

KORISTI MIKRO ODMOROV

Mikro odmori prinašajo številne koristi za medicinske sestre, saj prispevajo k zmanjšanju fizične in psihične utrujenosti, izboljšanju koncentracije ter večji delovni učinkovitosti. Raziskave kažejo, da redni odmori zmanjšujejo mišično-skeletne bolečine, ki so posledica dolgotrajnega stoječega dela in ponavljajočih se gibov (Radwan et al., 2021). Poleg tega medicinske sestre, ki si redno vzamejo krajše odmore, poročajo o manj bolečinah v hrbtu, ramenih in vratu ter o večji telesni zmogljivosti ob koncu izmene (Biganeh et al., 2022).

Poleg fizičnih koristi mikro odmori pomembno vplivajo tudi na duševno zdravje. Študija Albulescu et al. (2022) je pokazala, da redni mikro odmori povečujejo energičnost, zmanjšujejo psihično izčrpanost in izboljšujejo kognitivno učinkovitost, kar omogoča bolj osredotočeno in natančno izvajanje delovnih nalog. Zhu et al. (2018) pa poudarjajo, da mikro odmori izboljšajo razpoloženje in splošno psihološko blagostanje zaposlenih. Vključitev mikro odmorov v delo medicinskih sester je ključnega pomena tudi za obvladovanje stresa, ki nastane zaradi delovnih obremenitev (Prior et al., 2021).

Koristi mikro odmorov se kažejo tudi na ravni organizacije, saj redne prekinitve zmanjšujejo tveganje za izgorelost in izboljšujejo kakovost oskrbe pacientov (Cordoza et al., 2018; Al Ma'mari, 2020). Armas in sodelavci (2021) so ugotovili, da so medicinske sestre, ki so izvajale aktivne odmore med vizitami, poročale o boljšem timskem vzdušju, manjšem stresu in večjem zadovoljstvu pri delu.

IZZIVI PRI IMPLEMENTACIJI MIKRO ODMOROV

Kljub dokazanim koristim mikro odmorov njihova implementacija pogosto naleti na ovire, povezane z organizacijsko kulturo, delovno obremenitvijo in posameznikovimi navadami. Ena glavnih ovir je visoka delovna obremenitev, zaradi katere si medicinske sestre pogosto ne morejo privoščiti odmora, tudi kadar bi ga potrebovale (Huang et al., 2017). Pomanjkanje kadra, dolgi delovniki in neprilagodljivi urniki pogosto preprečujejo redne prekinitve, kar vodi do povečane utrujenosti in tveganja za izgorelost (Trinkoff et al., 2021).

Organizacijska kultura lahko prav tako pomembno vpliva na izvajanje mikro odmorov. V nekaterih delovnih okoljih so odmori še vedno dojeti kot znak manjše delovne zavzetosti, kar pri zaposlenih vzbuja občutek krivde (Trogakos & Hideg, 2009). Poleg tega pomanjkanje jasnih smernic za izvajanje mikro odmorov pogosto vodi do neenakomerne porazdelitve prekinitev ali njihove popolne opustitve (Landis et al., 2021).

Za premagovanje teh izzivov je ključna podpora vodstva, jasne smernice za izvajanje mikro odmorov in izobraževanje zaposlenih o njihovih koristih. Vodstvo mora aktivno spodbujati kulturo, kjer so mikro odmori prepoznani kot naložba v zdravje in produktivnost zaposlenih, ne pa kot ovira pri doseganju delovnih ciljev (Luger et al., 2019).

DISKUSIJA

Namen prispevka je bil preučiti pomen mikro odmorov za medicinske sestre, prepoznati izzive pri njihovi implementaciji ter predlagati strategije za njihovo učinkovito vključitev v klinično prakso. Izhajajoč iz problema pomanjkanja ustreznih prekinitev med delovnim časom, ki vodi v utrujenost, izgorelost in zmanjšano delovno zmogljivost, so ugotovitve pokazale, da lahko mikro odmori bistveno prispevajo k izboljšanju fizičnega in duševnega počutja medicinskih sester. Aktivni mikro odmori, kot so raztezne vaje, dihalne tehnike in kratki sprehodi, se izkažejo za najučinkovitejše pri zmanjševanju fizične in psihične utrujenosti (Kim et al., 2016; Riedl et al., 2024). Poleg tega sprostitveni odmori, kot sta meditacija in globoko dihanje, pomembno prispevajo k zmanjšanju stresa in izboljšanju osredotočenosti, kar dolgoročno izboljša delovno učinkovitost (Albulescu et al., 2022).

Ugotovitve potrjujejo, da imajo mikro odmori pozitivne učinke ne le na individualno počutje, temveč tudi na delovno uspešnost, saj prispevajo k večji osredotočenosti, zmanjšanju napak pri delu in izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe (Sinval et al., 2021). Strukturirani mikro odmori omogočajo zaposlenim, da se učinkoviteje spopadejo z delovnimi obremenitvami ter zmanjšajo tveganje za kronično utrujenost in izgorelost, kar posledično vpliva na boljše delovno okolje in zadovoljstvo pri delu (Nie et al., 2021).

Kljub jasnim koristim mikro odmorov njihova implementacija pogosto naleti na ovire, povezane z organizacijsko kulturo, delovno obremenitvijo in pomanjkanjem kadra. Ena glavnih ovir je visoka delovna obremenitev, zaradi katere si medicinske sestre pogosto ne morejo privoščiti odmora, tudi kadar bi ga potrebovale (Huang et al., 2017). Poleg tega v številnih zdravstvenih ustanovah ni jasno določenih smernic za izvajanje mikro odmorov, kar vodi do njihove neenakomerne porazdelitve in pomanjkljivega izvajanja (Landis et al., 2021).

Omejitve pri preučevanju problema vključujejo pomanjkanje standardiziranih protokolov za izvajanje mikro odmorov ter raznolike delovne pogoje med zdravstvenimi ustanovami, kar otežuje splošno implementacijo in oceno učinkovitosti teh praks. Prav tako so številne obstoječe

raziskave izvedene v omejenih okoljih ali na manjših vzorcih, kar lahko vpliva na prenos ugotovitev v različna klinična okolja.

ZAKLJUČEK

Mikro odmori predstavljajo pomembno strategijo za izboljšanje telesnega in duševnega počutja medicinskih sester, saj omogočajo obnavljanje psihofizičnih virov, zmanjšujejo utrujenost ter izboljšujejo koncentracijo in delovno učinkovitost. Poleg individualnih koristi lahko redni mikro odmori prispevajo tudi k izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe. Medicinske sestre, ki imajo možnost kratkih prekinitev, namreč poročajo o večji osredotočenosti, manjšem številu napak in večji učinkovitosti pri izvajanju nalog.

Kljub jasnim koristim pa njihova implementacija ostaja izziv, predvsem zaradi pomanjkanja kadra, visoke delovne obremenitve in neustrezne organizacijske kulture. Uspešna vključitev mikro odmorov zahteva celovit pristop, ki vključuje podporo vodstva, jasne smernice za izvajanje odmorov ter izobraževanje zaposlenih o njihovih koristih. Organizacije bi morale mikro odmore obravnavati kot naložbo v dolgoročno produktivnost in dobro počutje, ne pa kot oviro pri doseganju delovnih ciljev.

V prihodnosti bi bilo smiselno razviti standardizirane smernice za izvajanje mikro odmorov ter prilagoditi delovne procese, da bi bile te prakse trajnostne in izvedljive v različnih kliničnih okoljih. Nadaljnje raziskave bi morale biti usmerjene v oceno dolgoročnih učinkov mikro odmorov na zdravje zaposlenih, kakovost oskrbe pacientov in organizacijsko učinkovitost. Poleg tega je ključnega pomena, da se mikro odmori vključijo v delovno rutino na način, ki omogoča njihovo redno izvajanje brez občutka krivde ali pritiska zaradi delovnih obveznosti. Le s celostnim pristopom in podporo na vseh ravneh zdravstvenega sistema bodo mikro odmori lahko postali stalna praksa, ki bo izboljšala ne le dobro počutje medicinskih sester, temveč tudi kakovost zdravstvene oskrbe in splošno delovno okolje.

LITERATURA

- Albulescu, P., Macsinga, I., Rusu, A., Sulea, C., Bodnaru, A., & Tulbure, B. T. (2022). „Give me a break!“ A systematic review and meta-analysis on the efficacy of micro-breaks for increasing well-being and performance. *Plos One*, 17(8), e0272460.
- Al Ma'mari, Q., Sharour, L. A., & Al Omari, O. (2020). Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. *British journal of nursing*, 29(1), 28-34.
- Amin, N. A., Quek, K. F., Oxley, J. A., Noah, R., & Nordin, R. (2018). Emotional Distress as a Predictor of Work-Related Musculoskeletal Disorders in Malaysian Nursing Professionals. *The International Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 9(2), 69–78. <https://doi.org/10.15171/ijoom.2018.1158>
- Armas, M., Aronowitz, D., Gaona, R., Coppa, G., & Barrera, R. (2021). Active breaks initiative during hospital rounds in the surgical ICU to improve wellness of healthcare providers: an observational descriptive study. *World Journal of Surgery*, 45, 1026-1030.
- Bennett, A. A., Gabriel, A. S., & Calderwood, C. (2020). Examining the interplay of micro-break durations and activities for employee recovery: A mixed-methods investigation. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 25(2), 126.
- Biganeh, J., Ashtarinezhad, A., Behzadipour, D., Khanjani, N., Tavakoli Nik, A., & Bagheri Hosseinabadi, M. (2022). Investigating the relationship between job stress, workload and oxidative stress in nurses. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 28(2), 1176-1182.
- Cordoza, M., Ulrich, R. S., Manulik, B. J., Gardiner, S. K., Fitzpatrick, P. S., Hazen, T. M., Mirka, A., & Perkins, R. S. (2018). Impact of Nurses Taking Daily Work Breaks in a Hospital Garden on Burnout. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27(6), 508–512. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018131>
- Fritz, C., Lam, C. F., & Spreitzer, G. M. (2011). It's the little things that matter: An examination of knowledge workers' energy management. *Academy of Management Perspectives*, 25(3), 28-39.

- Gander, P., O'Keeffe, K., Santos-Fernandez, E., Huntington, A., Walker, L., & Willis, J. (2019). Fatigue and nurses' work patterns: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.011>.
- Hallbeck, M. S., Lowndes, B. R., Bingener, J., Abdelrahman, A. M., Yu, D., Bartley, A., & Park, A. E. (2017). The impact of intraoperative microbreaks with exercises on surgeons: a multi-center cohort study. *Applied ergonomics*, 60, 334–341.
- Kerpez, K., & Petersen, N. (2017). Take Better Breaks: Relationships between Microbreaks and Fatigue (Doctoral dissertation, Radford University).
- Kim, S., Park, Y., & Niu, Q. (2017). Micro-break activities at work to recover from daily work demands. *Journal of Organizational Behavior*, 38(1), 28–44.
- Landis, T. T., Wilson, M., Bigand, T., & Cason, M. (2021). Registered nurses' experiences taking breaks on night shift: A qualitative analysis. *Workplace Health & Safety*, 69(6), 252–256. <https://doi.org/10.1177/2165079920983018>
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *The American journal of nursing*, 112(2), 30–39. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9>
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059–e2443059.
- Luger, T., Maher, C. G., Rieger, M. A., & Steinhilber, B. (2019). Work-break schedules for preventing musculoskeletal symptoms and disorders in healthy workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(7), CD012886. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012886.pub2>
- Mclean, L., Tingley, M., Scott, R. N., & Rickards, J. (2001). Computer terminal work and the benefit of microbreaks. *Applied ergonomics*, 32(3), 225–237. [https://doi.org/10.1016/s0003-6870\(00\)00071-5](https://doi.org/10.1016/s0003-6870(00)00071-5)
- Nie, Q., Zhang, J., Peng, J., & Chen, X. (2021). Daily micro-break activities and workplace well-being: A recovery perspective. *Current Psychology*, 42(9972–9985). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02300-7>
- Park, A. E., Zahiri, H. R., Hallbeck, M. S., Augenstein, V. A., Sutton, E., Yu, D., Denham, B., & Zheng, B. (2016). Intraoperative micro-breaks with targeted stretching enhance surgeon physical function and mental focus: A multicenter cohort study. *Annals of Surgery*, 263(2), 271–276. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001185>
- Patrician, P. A., Bakerjian, D., Billings, R., Chenot, T., Hooper, V., Johnson, C. S., & Sables-Baus, S. (2022). Nurse well-being: A concept analysis. *Nursing outlook*, 70(4), 639–650.
- Prior, Y., Martelli, M. F., & Anderson, J. (2021). Coping with work stress by using micro-breaks and reframing strategies: A qualitative study among healthcare workers. *American Psychological Association (APA) Conference*, Division 14: Industrial & Organizational Psychology.
- Riedl EM, Perzl J, Wimmer K, Surzykiewicz J, Thomas J. Short Mindfulness Meditations During Breaks and After Work in Everyday Nursing Care: A Simple Strategy for Promoting Daily Recovery, Mood, and Attention? *Workplace Health & Safety*. 2024;72(11):491-502. [10.1177/21650799241262814](https://doi.org/10.1177/21650799241262814)
- Rettig, A. E. (2021). Take-a-break intervention: improving oncology nurse wellness. *Number 2/April 2021*, 25(2), 210–214.
- Sagherian, K., McNeely, C., Cho, H., & Steege, L. M. (2023). Nurses' rest breaks and fatigue: the roles of psychological detachment and workload. *Western Journal of Nursing Research*, 45(10), 885–893.
- Sinval, J., van Veldhoven, M., Oksanen, T., Azevedo, L. F., Atallah, Á. N., Melnik, T., & Marôco, J. (2021). *Interventions for improving recovery from work (Protocol)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(12), CD014518.
- Soylar, P., & Ozer, A. (2018). Evaluation of the prevalence of musculoskeletal disorders in nurses: a systematic review. *Med Sci*, 7(3), 479–85.
- Trinkoff, A. M., Baldwin, C. M., Chasens, E. R., Dunbar-Jacob, J., Geiger-Brown, J., Imes, C. C., Landis, C. A., Patrician, P. A., Redeker, N. S., Rogers, A. E., Scott, L. D., Todero, C. M., Tucker, S. J., & Weinstein, S. M. (2021). Nurses are more exhausted than ever: What should we do about it? *American Journal of Nursing*, 121(12), 18–27.
- Trougakos, J. P., & Hideg, I. (2009). Momentary work recovery: The role of within-day work breaks. In *Current Perspectives on Job-Stress Recovery* (Vol. 7, pp. 37–84). Emerald Group Publishing Limited.
- Waters, T. R., & Dick, R. B. (2015). Evidence of health risks associated with prolonged standing at work and intervention effectiveness. *Rehabilitation Nursing*, 40(3), 148–165.
- Zhu, Z., Kuykendall, L., & Zhang, X. (2019). The impact of within-day work breaks on daily recovery processes: An event-based pre-/post-experience sampling study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 92(1), 191–211.

Julija Ocepek, dipl. del. ter., MSc OT
Lea Gabrovšek, dipl. del. ter., mag. prom. zdr.
Nadja Slokan, dipl. ekon.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, Ljubljana
julija.ocepek@ir-rs.si

INTERDISCIPLINARNI TIM ZA ZDRAVO DELOVNO OKOLJE

Interdisciplinary team for healthy workplace

IZVLEČEK

Delo lahko pozitivno vpliva na človekovo duševno in telesno zdravje ter splošno dobro počutje. Po drugi strani pa lahko neurejeno delovno okolje privede do različnih obremenitev in posledično zdravstvenih težav. Promocija zdravja na delovnem mestu je ključnega pomena za zagotavljanje dobrega počutja zaposlenih, saj neposredno vpliva na produktivnost, zadovoljstvo in splošno kakovost življenja. Eno od pomembnih področij promocije zdravja je ergonomija, ki se ukvarja s prilagajanjem delovnih mest, orodij in procesov, tako da ustrezajo potrebam delavca in zmanjšajo tveganje za poškodbe ter obremenitve. V letu 2012 je na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije Soča začel delovati Tim za zdravo delovno okolje, ki temelji na zakonskih podlagah. Glavni namen je ustrezna prilagoditev delovnega okolja, pri čemer se upoštevajo posameznik, narava in proces dela. Tim sestavljajo različni strokovni delavci: varnostni inženir, delovni terapevti, specialist medicine dela, prometa in športa ter strokovna sodelavka službe za ravnanje s človeškimi viri. Namen prispevka je predstaviti delovanje tima za zdravo delovno okolje in najpogostejše izvedene prilagoditve delovnih mest za več kot 130 zaposlenih, ki so imeli ali status delovnega invalida ali težave z zdravjem zaradi neergonomске ureditve delovnega mesta.

Ključne besede: ergonomija, prilagoditve, delo, delovni terapevt

ABSTRACT

Work can positively impact an individual's mental and physical health, as well as their overall well-being. On the other hand, an unmanaged work environment can lead to various stressors and, consequently, health issues. Workplace health promotion is crucial for ensuring the well-being of employees, as it directly affects productivity, job satisfaction, and overall quality of life. One of the key areas of health promotion is ergonomics, which focuses on adjusting

workplaces, tools, and processes to meet the needs of workers and reduce the risk of injury and strain. In 2012, the team for healthy workplace was established at the University Rehabilitation Institute, Republic of Slovenia (URI Soča), based on legal foundations. The primary goal of the team is to appropriately adjust the work environment, taking into account the individual, the nature of the work, and the work process. The team consists of various professionals, including a safety engineer, an occupational therapist, a specialist in occupational medicine, transport, and sports medicine, and a human resources officer. This paper aims to present the work of the team and the most common workplace adjustments made for over 130 employees who either had a disability status or health issues due to a poor ergonomic workplace design.

Key words: ergonomics, adjustments, work, occupational therapist

UVOD

Delo je ena od pomembnejših vrednot v družbi in v zadnjih letih se je odnos do njega zelo spremenil. Človeku daje občutek zadovoljstva, finančno podlago za življenje in hkrati je pomemben del identitete posameznika (Reitman in Schneer, 2008). Delovno okolje vpliva na zdravje zaposlenih in je eno pomembnejših življenjskih okolij, saj v njem preživimo tretjino svojega življenja. V delovnem okolju, ki podpira zdravje, delo pozitivno vpliva na telesno in duševno blaginjo. Po drugi strani pa je lahko delovno mesto vir tveganj za zdravje. V sedanjem času izstopajo predvsem psihosocialne obremenitve, ki povečujejo negativni stres in povzročajo težave v duševnem zdravju. Zato je še kako pomembna skrb za zdravje. Ko govorimo o zdravju, imamo v mislih *biopsihosocialni model zdravja*, ki upošteva biološke, psihološke in socialne dejavnike kot enakovredne determinante zdravja in bolezni (Stergar & Urdih Lazar, 2006). Model upošteva procese na mikro in makro ravni ter njihovo medsebojno delovanje, kar ima za posledico različne stopnje zdravja oziroma bolezni.

Promocija zdravja na delovnem mestu je ključnega pomena za zagotavljanje dobrega počutja zaposlenih, saj neposredno vpliva na produktivnost, zadovoljstvo in splošno kakovost življenja. »Promocija zdravja na delovnem mestu so sistematične ciljne aktivnosti in ukrepi, ki so namenjeni vsem delavcem in se izvajajo za vse delavce pod enakimi pogoji, z namenom ohranjanja in krepitev telesnega in duševnega zdravja zaposlenih. Gre za kombinacijo sprememb fizičnega in socialnega okolja ter z zdravjem povezanega življenjskega sloga« (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Eno od pomembnih področij promocije zdravja je ergonomija, ki se ukvarja s prilagajanjem delovnih mest, orodij in procesov, tako da ustrezajo potrebam delavca in zmanjšajo tveganje za poškodbe ter obremenitve. Je znanost, ki je vpeta med človeka in njegovo delo, pri tem pa proučuje anatomska, fiziološka, mehanska, kognitivna in organizacijska načela vplivov na zmogljivost človeka pri delu (Balantič et al., 2016). Z ergonomskimi ukrepi želimo ustvariti dinamično ravnotežje telesnih in duševnih funkcij človeka z delovnim in bivalnim okoljem (Gazvoda et al., 2006). Ob enem ergonomija proučuje delovne obremenitve ter išče razbremenitve, kadar obremenitev povzroča neudobje ali celo prekoračuje tolerančno mejo (Balantič et al., 2016).

Poškodbe pri delu predstavljajo resen problem tako v Sloveniji kot v drugih državah. V vseh starostnih skupinah so poškodbe pri delu med moškimi pogostejše kot med ženskami. Pri moških so najpogostejše poškodovani prsti (25,4 %), noga (11,4 %) in celotno telo (9,9 %), medtem ko je pri ženskah najpogostejše poškodovano celotno telo (51,5 %), prsti rok (12,2 %) in noga (6,1 %) (NIJZ, 2022).

Približno četrtnina državljanov EU navaja eno izmed oblik invalidnosti, ki omejuje njihove vsakdanje dejavnosti. Leta 2022 je imelo 27 % prebivalcev EU, starejših od 16 let, eno od oblik invalidnosti (Eurostat, 2024). Vključenost oseb z invalidnostmi na trg dela je eno najpomembnejših področij za izboljšanje njihovega vsesplošnega položaja, a so v primerjavi z osebami brez invalidnosti pogostejše prikrajšane. Konec leta 2023 je bilo v Sloveniji med vsemi brezposelnimi 16,1 % oseb s statusom invalida (ZRSZ, 2024).

Namen prispevka je predstaviti delovanje tima za zdravo delovno okolje (Tim ZDO) in najpogostejše izvedene prilagoditve delovnih mest za več kot 130 zaposlenih, ki so imeli ali status delovnega invalida ali težave z zdravjem zaradi neergonomske ureditve delovnega mesta.

TIM ZA ZDRAVO DELOVNO OKOLJE (TIM ZDO)

Tim ZDO deluje v okviru skupine za krepitev moči zaposlenih in upravljanje z invalidnostjo v URI Soča, ki jo je 16. marca 2011 imenoval generalni direktor z namenom, da opravlja naloge, ki so bile že v razvojnem projektu »Čili, zdravi in zadovoljni zaposleni« prepoznane kot naloge, ki lahko pripomorejo k izboljšanju zdravja in krepitvi moči zaposlenih za izboljšanje njihovega zadovoljstva (Razvojna strategija URI-Soča 2011–2015). Zaradi potreb po prilagoditvah in izboljšanju pogojev dela invalidov in tudi drugih zaposlenih v inštitutu, zlasti tistih, ki se že srečujejo z začasnimi zdravstvenimi omejitvami, je nastala potreba po širitvi skupine s strokovnjaki drugih delovnih področij. Tako je bil kot nadgradnja že prej omenjene skupine za krepitev moči zaposlenih in upravljanja z invalidnostjo januarja 2012 ustanovljen Tim ZDO (Tim za zdravo delovno okolje v URI-Soča in Protokol o prilagoditvi delovnega okolja zaposlenim, 2012).

ČLANI TIMA ZA ZDRAVO DELOVNO OKOLJE

Tim ZDO je zasnovan kot interdisciplinarna skupina strokovnjakov URI Soča v sestavi: varnostni inženir, vodja službe za ravnanje s človeškimi viri, strokovna sodelavka službe za ravnanje s človeškimi viri, delovne terapevte in specialistka medicine, dela, prometa in športa. Takšna sestava omogoča strokovnjakom različnih profilov pokrivanje naslednjih področij dela: ravnanje s človeškimi viri, varnost in zdravje pri delu, medicino dela, prometa in športa ter delovno terapijo - ergonomijo. Organizacijo Tima ZDO vodi in koordinira vodja, ki je tudi eden izmed članov. Glede na zahtevnost posameznega obravnavanega primera se k sodelovanju povabijo tudi drugi strokovnjaki, zaposleni v URI Soča.

Glavni namen Tima za zdravo delovno okolje je ustrezna prilagoditev delovnega okolja, pri čemer upoštevajo posameznika, naravo in proces dela ter delovna sredstva in pripomočke. S tem želimo vsakemu zaposlenemu v URI Soča omogočiti zdravo in pozitivno delovno okolje ter preprečiti in/ali odpraviti težave, ki se lahko pojavijo na delovnem mestu. Eden izmed namenov Tima ZDO je tudi učenje oz. izobraževanje zaposlenih, ki so bili oz. so obravnavani v okviru Tima ZDO, kako določene delovne pripomočke in opremo tudi pravilno uporabljati. Prav tako je Tim ZDO po sprejetju sklepa na kolegiju generalnega direktorja aktivno vključen v strokovno komisijo, ki je zadolžena za načrtovanje/preurejanje delovnega okolja oz. novih projektov v URI Soča.

DELOVANJE TIMA ZA ZDRAVO DELOVNO OKOLJE

Osnova za dosledno in učinkovito delovanje ter strokovno delo Tima ZDO je Protokol o prilagoditvi delovnega okolja na URI Soča (v nadaljevanju protokol). Protokol vsebuje navodila o

celotnem procesu obravnave, ki mu je dodanih več obrazcev in vprašalnikov, katerih namen je prepoznati težave na delovnem mestu (analiza), spremljati obravnavo in končne učinke (evalvacija). Protokol je »živ dokument« in se oblikuje skladno s pridobljenimi izkušnjami Tima ZDO in potrebami URI Soča na področju ravnanja s človeškimi viri, s ciljem zagotavljanja varnosti in zdravja na delovnih mestih. Protokol in vsi dokumenti so zaposlenim na razpolago na intranetni strani URI Soča in so vključeni v sistem kakovosti ISO 9001:2015.

POSTOPEK OBRAVNAVE ZAPOSLENEGA IN UREDITVE/PRILAGODITVE DELOVNEGA OKOLJA

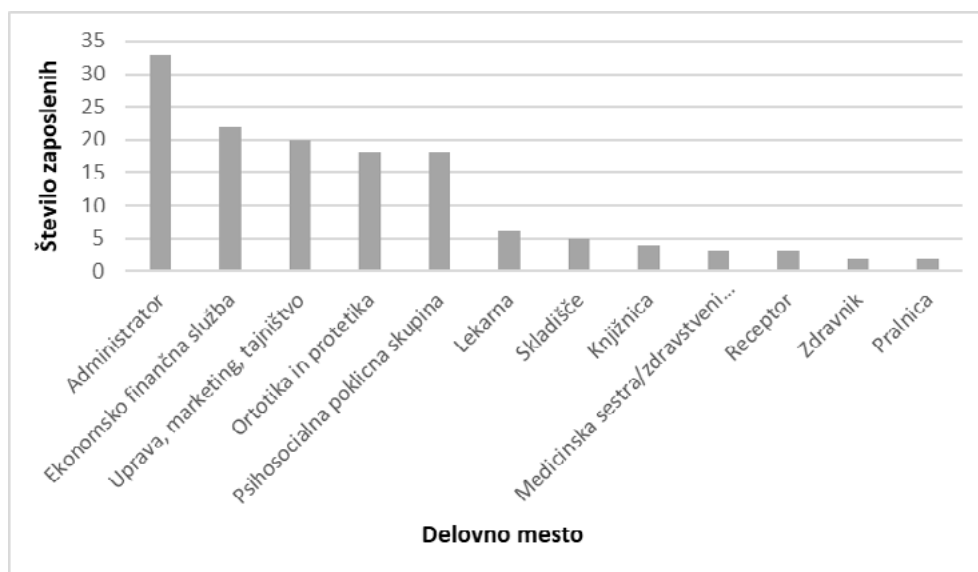
Ureditve delovnega okolja je kompleksen postopek in zajema spodaj naštetе faze:

Predlog za prilagoditev delovnega okolja,
ogled in analiza delovnega okolja,
izvedba prilagoditve delovnega okolja,
realizacija prilagoditve delovnega okolja.

ANALIZA IZVEDENIH PRILAGODITEV DELOVNIH MEST

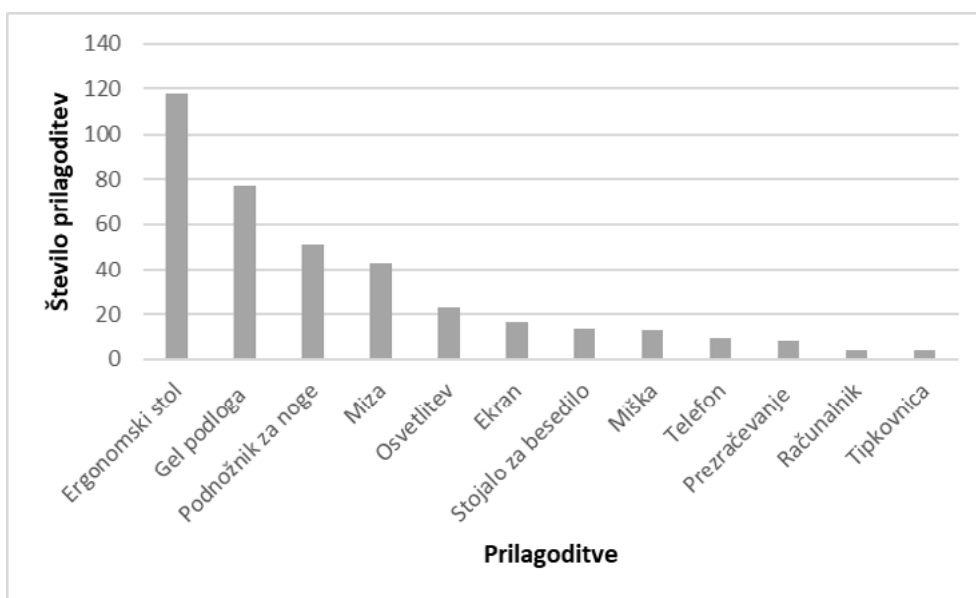
Med leti 2012 in 2024 je Tim ZDO obravnaval oz. še vedno obravnava 136 zaposlenih, od tega ima 17 status delovnega invalida. V skupini prevladujejo ženske, ki jih je 110, moških je 26.

Med zaposlenimi s statusom delovnega invalida so bili naslednji poklici: zdravnik, socialni delavec, psiholog, zdravstveni tehnik, ortopedski tehnik, receptor, kuhar in zdravstveni administrator. Obravnavani zaposleni so imeli priznано invalidnost II. ali III. kategorije z določenimi omejitvami, nekateri izmed njih tudi skrajšani delovni čas. Med zaposlenimi, pri katerih je zaradi neergonomске ureditve delovnega mesta prišlo do težav z zdravjem, je bilo največ zdravstvenih administratorjev. Število zaposlenih glede na delovno mesto je prikazano na Sliki 1.



Slika 1: Izvedba prilagoditev glede na delovno mesto

Prilagoditve delovnega okolja oz. delovnega mesta so največkrat zajemale nabavo ergonomskih stolov (31 %), nakup gel podlog za zapestje (tako za miško kot tipkovnico) (20 %), nakup podnožnikov/počival za noge (13 %), prilagoditev delovnega pohištva (višina mize, polic) (11 %) in nakup osnovne pisarniške opreme. Sledila je ureditev mikroklimatskih pogojev (osvetlitev in prezračevanje) (8 %), nakup nove strojne opreme (večji ekrani, prilagojene miške in tipkovnice, računalniki, telefoni) (13 %), stojala za besedila (4 %) in v nekaj primerih tudi celovita ureditev delovnega mesta. Vrste in delež prilagoditev prikazuje slika 2.



Slika 2: Najpogostejše izvedene prilagoditve

DISKUSIJA

Za zagotavljanje pravilno urejenega in organiziranega delovnega okolja smo odgovorni tako zaposleni sami kot delodajalec, ki lahko z različnimi ukrepi uspešno in učinkovito prilagodi delovno okolje. Eden izmed takih ukrepov v URI Soča je bila ustanovitev Tima ZDO, ki uspešno deluje od leta 2012. Tim ZDO je organiziran in deluje kot interdisciplinarni tim, ki s svojo strukturo in procesi omogoča enakovreden status zaposlenih znotraj tima, ob tem pa zmanjšuje vpliv tradicionalnih hierarhičnih struktur (Reid Ponte, Gross, Milliman-Richard & Lacey, 2011). Za interdisciplinarni tim je značilna visoka stopnja sodelovanja med člani ter povezovanje različnih strokovnjakov k doseganju skupnega cilja (Mayer et al., 2001).

Pomembno interdisciplinarno področje delovanja je tudi ergonomija na delovnem mestu. Ergonomija na delovnem mestu igra ključno vlogo pri izpolnjevanju zahtev Zakona o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, 2011), saj so ergonomski ukrepi del širše strategije za zagotavljanje varnosti in zdravja na delovnem mestu. Z ustrezno ergonomsko prilagoditvijo delovnih postaj, zagotavljanjem pravilne delovne opreme in rednimi izobraževanji o pravilni telesni drži lahko delodajalci znatno zmanjšajo tveganje za nastanek poškodb in bolezni, povezanih z delom.

Analiza prilagoditev delovnih mest je pokazala, da so bile najpogostejše izvedene prilagoditve nakup ergonomskega stola, gel podlag za zapestje, podnožnikov/počival za noge in prilagoditev delovnega pohištva, kar gre pripisati temu, da je bil največji delež obravnavanih zaposlenih v zdravstveni administraciji, ekonomsko finančni službi, v upravi, marketingu in v tajništvih. Skupna značilnost omenjenih delovnih mest je pretežno sedeče delo, uporaba računalnika in druge strojne opreme. Leta 2013 smo na URI Soča izvedli raziskavo glede učinkovitosti izvedenih prilagoditev. Z analizo rezultatov Evalvacijskega vprašalnika smo ugotovili, da zaposleni v veliki večini (82,4 %) izvedene prilagoditve/izboljšave in delovna sredstva, opremo ter

pripomočke ocenjujejo kot povsem uporabne, kar potrjuje pravilno in strokovno izbiro, nakup ter izvedbo načrtovanih prilagoditev s strani članov Tima ZDO (Ocepek & Jesenko, 2014). Za zaposlene, ki opravljajo sedeče delo, je ustrezen ergonomski stol zelo pomemben pri zmanjševanju oz. odpravljanju kostno-mišičnih težav, kar potrjujejo tudi ugotovitve preglednega članka, ki ga je opravila Van Niekerkova s sodelavci (2012). Za zdravstvene administratorje je še posebej značilno sedeče delo in delo z računalnikom, zato je zelo pomembno, da je njihovo delovno mesto urejeno upoštevajoč Pravilnik o varnosti in zdravju pri delu s slikovnim zaslonom (Ur. l. RS, št. 30/2000, št. 73/2005) in drugo zakonodajo s tega področja.

Tim ZDO se pri svojem delu srečuje tudi z ovirami, ki občasno upočasnijo izvajanje obravnav. Največja ovira je čas oz. razpoložljivost članov, saj je delovanje članov prostovoljno in se izvaja v okviru rednega delovnega časa. Druga ovira je pomanjkanje finančnih sredstev za realizacijo rešitev, ki so predlagane za zaposlene, ki nimajo statusa delovnih invalidov.

ZAKLJUČEK

Člani Tima ZDO s svojim strokovnim znanjem in izkušnjami vsem zaposlenim ne glede na poklic, delovno mesto, status ali težave pomagajo urediti oz. prilagoditi delovno okolje, ki zaposlenemu omogoča kakovostno, zadovoljno in zdravo opravljanje dela. Izvedene prilagoditve delovnega okolja preprečujejo nadaljnja obolenja in vplivajo na zmanjševanje bolniških dopustov. Vse to pa vodi k boljšemu sodelovanju zaposlenih in poslovne skupnosti. V nadaljevanju bi bilo smiselno preveriti število bolniških dopustov ter raziskati vpliv prilagoditev na njihovo zmanjšanje.

LITERATURA

- Balantič, Z., Polajnar, A., & Jevšnik, S. (2016). *Ergonomija v teoriji in praksi : znanstvena monografija*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Eurostat. (2024). Eurostat [podatkovna baza]. Luxembourg: Eurostat. Pridobljeno s <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Gazvoda, M. T., Dodič-Fikfak, M., Ivanetič, I., Krajnc Nikolić, T., Lukežič, M., Margan Čačić, A. & Tomše, M. (2006). Ergonomski ukrepi na delovnem mestu. *Priročnik za svetovalce za promocijo pri delu*. Ljubljana: Klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.
- Mayer, J., Bečaj Knežević, A. N., Košir, M., Kovač, B., Pisani, L., Praper, P., Rajkovič, V., Trstenjak, A. & Velikonja, M. (2001). *Skrivnost ustvarjalnega tima*. Ljubljana: Dedalus – Center za razvoj vodilnih osebnosti in skupin.
- Ministrstvo za zdravje (2015). Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu. Ljubljana. Dostopno na: Smernice promocija zdravja na delovnem mestu-marec 2015
- NIJZ (2022). Dostopno na https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/03/2.5.1_POSKODBE-PRI-DELU_2022_Z-1.pdf
- Ocepek, J. & Jesenko, P. (2014). *Vloga delovnega terapevta v timu za zdravo delovno okolje* (Tim ZDO). In Pihlar Z., *Z delovno terapijo do aktivnega življenja: zbornik prispevkov 7. kongresa delovnih terapevtov Slovenije, Ptuj 24. in 25. oktober 2014* (pp. 227-237). Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - Strokovno Združenje.
- Pravilnik o varnosti in zdravju pri delu s slikovnim zaslonom. Uradni list RS št.30/2000, št.73/2005.
- Reid Ponte, P., Gross, A. H., Milliman-Richard, Y. J. & Lacey, K. (2010). Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 159–189. doi:10.1891/0739-6686.28.159
- Reitman, F. & Schneer, J.A. (2008). Enabling the new careers of the 21st century. *Organization Management Journal* 5 (1): 17-28.
- Stergar, E. & Urdih Lazar, T. (2006). *Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu*. Ljubljana: Klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.
- Tim za zdravo delovno okolje v URI-Soča in Protokol o prilagoditvi delovnega okolja zaposlenim, 2012. Dostopno na: <http://intranet.ir-rs.si/intranet/kakovost/08-usposabljanje-zaposlenih>.
- Van Niekerk, S. M., Louw, Q.A. & Hillier, S. (2012). The effectiveness of a chair intervention in the workplace to reduce musculoskeletal symptoms. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 13 (13): 145-151.
- Vizija in razvojna strategija Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta - Soča 2011-2015. Dostopno na :http://www.uri-soca.si/f/docs/O_institutu/vizija_in_razvojna_strategija_2011-2015.pdf
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Uradni list RS, št. 43/11. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) (PISRS)
- ZRSZ. (2024). Podatki o brezposelnosti invalidov [interni podatki]. Ljubljana: Zavod RS za zaposlovanje.

Majda Oštir, mag. zdr. neg., viš.pred¹

Metka Gajšek Zver, dipl. m. s.²

doc. dr. Anamarija Meglič, dr. med., specialistka pediatrije³

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni ²Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo

³Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za nefrologijo
majda.ostir@kclj.si

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V TIMU ZA PALIATIVNO OSKRBO OTROK IN MLADOSTNIKOV

Interprofessional collaboration in the palliative care team for children and adolescents

IZVLEČEK

Paliativna oskrba je osnovna pravica vsakega neozdravljivo bolnega. Multidisciplinarni tim za paliativno oskrbo otrok in mladostnikov na terciarni ravni Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana sestavljajo specialisti pediatri, diplomirane medicinske sestre, klinični psihologinji in socialna delavka. Za izvajanje kakovostne paliativne oskrbe je bistvenega pomena timski pristop, ki omogoča osredotočanje na otroka/mladostnika in njegovo družino oziroma njihovo kakovost življenja. V multidisciplinarnem timu v sodelovanju in partnerstvu z otrokovim pediatrom in patronažno medicinsko sestro in vsemi drugimi, ki lahko prispevajo k podpori otroka/mladostnika in družine, v sklopu družinskih sestankov oblikujejo napredne načrte oskrbe, ki obravnavo prilagajajo rasti in razvoju otroka/mladostnika, napredovanju bolezni, poslabšanju zdravstvenega stanja ali novih potreb. V obravnavi obvezno vključujejo sodelovanje vzgojno-varstvenih ustanov, ki skrbijo za celosten razvoj otrok in mladostnikov. V timu spodbujajo zgodnjo paliativno obravnavo in se v zadnjem času soočajo tudi s prenatalno paliativno oskrbo. Po koncu življenja v timu nudijo podporo družini v procesu žalovanja. Člani tima si morajo pridobiti zaupanje otrok in mladostnikov in svojcev, da jim povedo svoje težave, želje in pričakovanja. Tako se lažje vključijo v načrtovanje oskrbe in imajo možnost upoštevanja njihovih želja. Vsi člani tima enakopravno sodelujejo pri obravnavi otrok in mladostnikov in

družine in imajo isti cilj, to je preprečiti trpljenje in obravnavati pacienta kot celoto, kot osebo s telesnimi, psihičnimi, socialnimi in duhovnimi potrebami.

Ključne besede: multidisciplinarnost, sodelovanje, pediatrija, paliativna obravnava

ABSTRACT

Palliative care is a basic right of every terminally ill person. The multidisciplinary team for palliative care for children and adolescents at the tertiary level of the Pediatric Clinic of the University Medical Center Ljubljana consists of pediatric specialists, registered nurses, clinical psychologists, and a social worker. A team approach is essential for implementing quality palliative care, which allows for a focus on the child/adolescent and his/her family and their quality of life. In the multidisciplinary team, in cooperation and partnership with the child's pediatrician and community nurse and all others who can contribute to supporting the child/adolescent and family, as part of family meetings, they create advanced care plans that adapt the treatment to the growth and development of the child/adolescent, the progression of the disease, worsening of the health condition or new needs. The treatment necessarily includes the participation of educational and care institutions that ensure the comprehensive development of children and adolescents. The team encourages early palliative treatment and has recently also been dealing with prenatal palliative care. At the end of life, the team supports the family in the grieving process. Team members must gain the trust of children and adolescents and relatives to tell them about their problems, wishes, and expectations. This makes it easier for them to be involved in the planning of care and have the opportunity to take their wishes into account. All team members participate equally in the treatment of children and adolescents and the family and have the same goal, which is to prevent suffering and treat the patient as a whole, as a person with physical, psychological, social and spiritual needs.

Key words: multidisciplinary, collaboration, pediatrics, palliative care

UVOD

Paliativna oskrba otrok je specializirana paliativna oskrba, ki ima v primerjavi s paliativno oskrbo odraslih določene posebnosti. Namesto obravnav in zdravljenja, ki otroka in družino zgolj obremenjujejo, ne prinašajo pa koristi v smislu dolgotrajnega izboljšanja stanja, zdravljenje prilagodimo in uvedemo različne ukrepe za izboljšanje kakovosti življenja otroka in njegove družine (Meglič, 2022). Več kot dve desetletji je minilo, odkar je Ameriška akademija za pediatrijo pozvala k vključitvi paliativne oskrbe v stalno medicinsko obravnavo otrok s smrtno nevarnimi boleznimi od točke diagnoze do konca življenjske dobe. Od takrat so se razvili modeli integrirane pediatrične paliativne oskrbe, v katerih soobstajata tako kurativna terapija kot paliativna oskrba. Ko se možnosti zdravljenja zmanjšujejo, se povečuje vloga paliativne oskrbe. Storitve hospica so na voljo v zadnjih mesecih življenja (Docherty, Thaxton Allison, Barfield & Tamburro, 2012).

Najpogostejša bolezenska stanja v pediatriji, ki zahtevajo paliativno oskrbo, razvrstimo v štiri skupine:

- bolezni, pri katerih je usmerjeno zdravljenje sicer možno, a lahko neuspešno;
- kronično potekajoča napredujoča bolezenska stanja, ki za ohranjanje kakovosti življenja zahtevajo intenzivno in dolgotrajno zdravljenje;
- napredujoče bolezni, pri katerih usmerjeno zdravljenje ni možno;
- ne napredujoča, a nepopravljiva stanja z veliko verjetnostjo zdravstvenih zapletov (Meglič, 2022).

Paliativna oskrba je eno najhitreje rastočih področij medicine. To vitalno polje skrbi za hudo bolne ljudi in njihove družine. Timska obravnava se je izkazala za zelo učinkovito pri paliativni oskrbi, bolnišnice in ostali zdravstveni sistemi pa se v vse večjem številu obračajo k tej praksi (Imes, Omilion - Hodges, Leah, Hester & Esch, 2020). Posebnosti pediatrične paliativne oskrbe v primerjavi s paliativno oskrbo odraslih so naslednje: številčno je teh bolnikov manj, a so bolj kompleksni kot večina odraslih bolnikov; spekter bolezni, ki povzročijo smrt otroka pred odraslostjo, je zelo širok in številne uvrščamo med t. i. redke bolezni; nekatere genetske bolezni prizadenejo tudi več otrok v družini; ker se med potekom bolezni otrok razvija tako telesno kot tudi čustveno in kognitivno, se spreminjajo tudi njegove zdravstvene in družbene potrebe ter hkrati otrokovo razumevanje bolezni in smrti; skrb za otroka poteka v različnih okoljih, tudi npr. v šoli. Ne glede na neozdravljivo bolezen je izobraževanje tudi za bolnega otroka osnovna pravica in poteka dalje v njegovim zmožnostim prilagojeni obliki (Meglič, 2022). Zagotavljanje kakovostne paliativne oskrbe je bistvenega pomena za dobro počutje bolnih ljudi, družin in zdravstvenih sistemov. V zdravstvenih sistemih, kjer se že dolgo osredotočajo na zdravljenje in so ideje »dobre« smrti pogosto uokvirjene kot »odrekanje«, ponudniki paliativne oskrbe izpolnjujejo etično in moralno obveznost skrbi za bolne ljudi in družine, ki doživljajo resne bolezni, ne glede na možnost ozdravitve le-te (Imes et al., 2020). V modelu integrirane pediatrične paliativne oskrbe je sočasna oskrba opredeljena kot uvedba načel paliativne oskrbe v času življenjsko ogrožajoče diagnoze, z naraščajočo podporo skozi čas, ko bolezen napreduje, kar vključuje večdimenzionalno oceno za prepoznavanje, preprečevanje in lajšanje trpljenja (Docherty et al., 2012).

Namen prispevka je ozvestiti strokovno javnost o razlikah, ki so prisotne med paliativno oskrbo otrok in mladostnikov (POO) in aktivnostih, ki sledijo tem razlikam. Prednosti celostne oskrbe so pri obravnavi otrok in mladostnikov z multiorgansko boleznijo izjemne, zato je predstavljeno delovanje tima POO, ob tem pa so izpostavljene prednosti in izzivi le tega, s ciljem prenosa znanja in izkušenj na strokovnjake različnih področij, na različnih ravneh zdravstvenega varstva, da bi kar najbolje prispevali h kakovosti življenja otrok in mladostnikov v paliativni oskrbi.

TIMSKA PALIATIVNA OBRAVNAVA V PEDIATRIJI

V Smernicah klinične prakse za kakovostno paliativno oskrbo je prvi del smernic najboljše prakse posvečen razvoju kakovostnih interdisciplinarnih timov. Čeprav so timi novejši način organiziranja na številnih področjih zdravstvenega varstva, postajajo standard za paliativno oskrbo. Model celostne oskrbe z združevanjem več disciplin v sodelovanju pri oskrbi bolnih ljudi in njihovih družin. Timi so pomembni pri paliativni oskrbi, saj združujejo potrebna strokovna znanja zdravnikov, medicinskih sester, socialnih delavcev, psihologov, duhovnikov in farmacevtov ter drugih, s ciljem ponuditi najboljšo možno oskrbo težko bolnih ljudi. Poleg tega ima dobro delujoči tim dodatno prednost sprejemanja boljših odločitev in izogibanju članske izgorelosti (Imes et al., 2020).

Osnove paliativne oskrbe otrok v Sloveniji so bile pri otrocih z rakom na Pediatrični kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) sicer uvedene že pred več kot 20 leti, v letu 2018 pa se je na kliniki začelo organizirano multidisciplinarno delo na področju paliativne oskrbe otrok tudi z nerakavimi, neozdravljivimi boleznimi in s sistematičnim izobraževanjem zdravstvenih delavcev v pediatriji. Na kliniki se zdravijo najtežje bolni otroci iz vse države, tudi tisti, pri katerih postavimo diagnozo neozdravljive bolezni, zaradi katere bo otrok umrl prej, kot če bi bil zdrav. Ti bolniki so pogosto multiorgansko prizadeti in jih obravnavajo strokovnjaki

različnih subspecialnosti. Ob rasti in razvoju otroka je od neonatalnega obdobja do zgodnje odrasle dobe pogosto pridruženemu razvojnemu zaostanku in hkrati ob napredovanju neozdravljive bolezni nujen multidisciplinarni pristop tako zdravnikov različnih subspecialnosti kot tudi sodelovanje s psihologi, medicinskimi sestrami in drugimi podpornimi službami. Sodelovanje zdravstvenih delavcev v oskrbi otroka sega tudi zunaj UKCL (Meglič, 2021). Osnovno oskrbo zagotavlja otrokov osebni pediater na primarni ravni v sodelovanju s patronažno službo. Sekundarna raven in terciarna raven z multidisciplinarnim pristopom pomembno prispevata k celostni obravnavi bolnikov z večorgansko prizadetostjo. Multidisciplinarni tim oblikuje načrt nadaljnjega zdravljenja ter postopke oskrbe nenehno prilagaja rasti in razvoju otroka, napredovanju bolezni, slabšanju bolnikovega stanja in pojavu novih težav (Meglič, 2022). Tim na terciarni ravni se neposredno povezuje in sodeluje z ostalimi ravnmi zdravstvene oskrbe, tj. z osebnimi pediatri, patronažnimi medicinskimi sestrami in drugimi s primarne ravni ter z zdravstvenim osebjem regionalnih bolnišnic, ki je bolnikom in staršem bližje in lažje dosegljivo v nujnih situacijah (Meglič, 2021). Posebej pomembno pa je povezovanje z drugimi pomembnimi skupinami in posamezniki, ki lahko bistveno prispevajo h kakovosti življenja otroka in družine, kot so prostovoljci, učitelji in vzgojitelji v šolah ali zavodih, strokovnjaki v rehabilitaciji, duhovna oskrba, prijatelji ...

Cilj tima za pediatrično paliativno oskrbo Pediatrične klinike (POO) je z vzorom in nadaljnjim izobraževanjem omogočiti razrast POO na vseh ravneh zdravstvene obravnave v vseh slovenskih regijah. V prihodnje bi lahko prevzel konziliarno in izobraževalno vlogo pri osnovanju in delu drugih paliativnih timov za oskrbo na sekundarni in primarni ravni. Glede na vsebino in potrebe bi jih sestavljale skupine zdravstvenih delavcev, ustrezno usposobljenih s področja pediatrije in z dodatnimi znanji iz POO. Sestavljala bi jih vsaj zdravnik pediater in medicinska sestra z izkušnjami v pediatriji, klinični psiholog z izkušnjami v pediatriji, lahko tudi koordinator in po potrebi socialni delavec, delovni terapevt, fizioterapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci. Obseg njihove pomoči bi bil odvisen od potreb bolnika in njegovih bližnjih ter bi se od začetka bolezni do smrti postopno stopnjeval. Posebej pomembno bi bilo zgodnje prepoznavanje bolnikov, dobro obvladovanje veščin sporazumevanja, naklonjenost delu in stalno izobraževanje ne le s področja pediatrične paliativne oskrbe, ampak tudi drugih neozdravljivih bolezni z različnih pediatričnih subspecialističnih področij (Meglič, 2022).

DISKUSIJA

Številne težave, s katerimi se srečujejo otroci s kompleksnimi zdravstvenimi potrebami in njihove družine, ter številne pomanjkljivosti pri oskrbi ob koncu življenja so del širše družbene, gospodarske in kulturne problematike. Ker je število otrok z življenjsko nevarnimi zdravstvenimi stanji ter kompleksnimi zdravstvenimi potrebami majhno, le-to predstavlja izziv pri pridobivanju dovolj kliničnega strokovnega znanja o oceni stanja in obravnavi, vključno z oskrbo ob koncu življenja (National Hospice and Palliative Care Organization, 2022). Ameriško združenje za klinično onkologijo zagovarja zgodnjo vključitev paliativne oskrbe v standardno zdravljenje raka pri malignih boleznih z velikim bremenom simptomov. Vendar pa pri izvajanju teh integriranih modelov obstajajo številni izzivi, vključno z ekonomskimi omejitvami trenutnega zdravstvenega okolja, pomanjkanjem potrebnih orodij in veščin, ki jih potrebujejo ponudniki zdravstvenih storitev, in neusklajenostjo paliativne oskrbe izključno s potrebami po oskrbi ob koncu življenja. Čeprav je paliativna oskrba zdaj na splošno priznana kot ključni del odlične oskrbe otrok z življenjsko omejujočimi boleznimi, kot je npr. rak, pacienti to oskrbo še naprej prejemajo zelo pozno v svoji bolezni (Docherty et al., 2012). Ocena števila otrok, ki bi potrebovali pediatrično paliativno obravnavo v Sloveniji, je kompleksna in je zaradi pomanjkljivih dostopnih podatkov za zdaj ne moremo navesti. Po zadnjih okvirnih podatkih se na Pediatrični kliniki obravnava letno vsaj 100 otrok z različnimi bolezenskimi stanji, pri katerih bi bila paliativna oskrba upravičena čim prej, z vključenimi vodenimi v celotnem UKC Ljubljana pa je

takih verjetno vsaj 150 bolnikov letno. Sicer so številni otroci in mladostniki z neozdravljivimi boleznimi, stanji in z motnjami v razvoju nastanjeni v socialnovarstvenih zavodih in le občasno obravnavani na terciarni ravni, nekateri pa zdravljeni le v regionalnih sekundarnih zdravstvenih ustanovah (Meglič, 2021).

Da bi modeli integrirane oskrbe delovali, bi morali vsi zdravstveni delavci imeti osnovne temeljne veščine in delovno razumevanje načel paliativne oskrbe. Specialisti v storitvah paliativne oskrbe morajo biti na voljo vsem pacientom, ko njihove potrebe postanejo kompleksne (Docherty et al, 2012). Ker sistemi zdravstvenega varstva delujejo, tako da obravnavajo kompleksne potrebe neozdravljivo bolnih ljudi, je ob spoznanju bližajočega se pomanjkanja specialno usposobljene delovne sile – oziroma izvajalcev paliativne oskrbe, vedno bolj nujen poziv k spodbujanju primarne paliativne oskrbe, ki jo izvajajo zdravstveni delavci, ki niso strokovnjaki za paliativno oskrbo, kot so zdravstveni delavci v primarnem zdravstvenem varstvu, ki skrbijo za hudo bolne ljudi in njihove družine, vendar niso posebej usposobljeni za paliativno oskrbo (Imes et al., 2020).

Medtem ko so vloge med izvajalci paliative na primarni in specialni ravni oskrbe včasih neizogibno prekrivajoče, bo potreba po visoko usposobljenih strokovnjakih z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe za reševanje zapletenih potreb po oskrbi resno bolnih ljudi in njihovih družin visoko prioriteta. Poleg zagotavljanja neposredne paliativne oskrbe na specialistični ravni so izvajalci tudi pozvani, da preoblikujejo oskrbo hudih bolezni, zagotavljajo mentorstvo in usposabljanje vseh ponudnikov oskrbe o osnovnih veščinah obvladovanja bolečine in simptomov ter komunikacijskih veščinah (Imes et al., 2020).

ZAKLJUČEK

Paliativna oskrba v pediatriji je specializirana paliativna oskrba. Najbolje je, če otroke in mladostnike z napredujočimi neozdravljivimi boleznimi vključimo čim bolj zgodaj, saj s tem izboljšamo kakovost življenja cele družine. Le multidisciplinarni pristop medsebojno povezanih strokovnjakov različnih ravni zdravstvenega varstva omogoča doseganje ciljev paliativne obravnave. Ugotovljene prednosti predstavljenega dela so velike tako za otroke in mladostnike ter njihove družine kot tudi zdravstvene delavce, ki delujemo na tem hitro razvijajočem se področju. Neizogibno je dodatno in usmerjeno izobraževanje strokovnjakov različnih področij na vseh ravneh zdravstvenega varstva, saj bo le to omogočilo dovolj zgodnjo paliativno oskrbo. Dosedanje aktivnosti na tem področju so pokazale, da gremo v pravo smer. Zagotovo so prisotni tudi izzivi, saj živimo v času, ko se srečujemo z velikim pomanjkanjem strokovnjakov, vendar bomo s skupnimi močmi dosegli napredek na tem področju. Potrebne so raziskave, ki bodo odkrile dejavnike vpliva in razvoj timov POO ter pokazale rezultate dosedanjega dela, ki nam bodo vodilo v prihodnosti.

LITERATURA

- Docherty, S. L., Thaxton, C., Allison, C., Barfield, R. C., & Tamburro, R. F. (2012). The nursing dimension of providing palliative care to children and adolescents with cancer. *Clinical medicine insights. Pediatrics*, 6, 75–88. <https://doi.org/10.4137/CMPed.S8208>
- Imes RS, Omilion-Hodges, Leah MH, Hester Jennifer DB, Esch AE. (2020). Communication and Care Coordination for the Palliative Care Team. Springer Publishing Company. Doi 10.1891/9780826158062
- Meglič A. (2021). Pediatrična paliativna oskrba. In: Ebert Moltara, M., Malačič, S., Gumilar, I., *Paliativna oskrba: Priročnik*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe Slovenskega zdravniškega združenja, pp. 135–144.
- Meglič A. (2022) Izzivi sodobne pediatrične paliativne oskrbe. *Slovenska Pediatrija*, (12), 102–108. <https://doi.org/10.38031/>
- National Hospice and Palliative Care Organization, (2022). Standards of Practice for Pediatric Palliative care. https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/Pediatric_Standards.pdf

Nataša Koprivnik, mag. vzg. in men. v zdr., pred.

Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede

natasia.koprivnik@uni-nm.si

ERGONOMIJA V ZDRAVSTVENI NEGI: POVEZOVANJE STROK ZA ZMANJŠANJE MIŠIČNO-KOSTNIH TEŽAV IN BOLEČIN

Ergonomics in healthcare: Combined professions to reduce musculoskeletal problems and pain

299

IZVLEČEK

Dolgoživa družba in povečane potrebe po zdravstvenih storitvah prinašajo nove izzive za zdravstvene delavce, ki se pogosto srečujejo z delom povezanimi mišično-kostnimi obolenji. Medicinske sestre zaradi fizično zahtevnih nalog, kot so dvigovanje in premeščanje pacientov, dolgotrajni statični položaji ter upogibanje trupa naprej, sodijo med najbolj obremenjene poklicne skupine. Najpogosteje prizadeta dela telesa sta vrat in spodnji del hrbta. Namen prispevka je ponuditi vpogled v trenutno stanje ergonomije v slovenskem zdravstvenem sektorju ter predstaviti ergonomske pristope za preprečevanje in obvladovanje z delom povezanimi mišično-kostnimi obolenji pri medicinskih sestrah. Cilja prispevka sta predstaviti vlogo fizioterapevta pri implementaciji ergonomskih ukrepov ter podati strokovne smernice za pravilno rokovanje s pacienti in vključevanje aktivnih odmorov v delovne procese. Dosledno upoštevanje ergonomskih načel je ključno za zmanjšanje tveganja za z delom povezanimi mišično-kostnimi obolenji. Uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov in pravih tehnik premeščanja pacientov znatno zmanjšuje fizične obremenitve medicinskih sester. Poleg tega je nujno zagotavljati redno izobraževanje medicinskih sester

o varnih delovnih praksah, pravilni uporabi ergonomske opreme, ustreznih telesnih držah, tehnikah dvigovanja ter pomembnosti telesne vadbe. Spodbujanje zdravega delovnega okolja z rednimi odmori in ergonomsko prilagojenimi delovnimi mesti prispeva k večji varnosti in večji učinkovitosti dela. Fizioterapevti imajo osrednjo vlogo pri oblikovanju in izvajanju ergonomskih ukrepov, saj njihovo poglobljeno znanje s področja biomehanike in ergonomije omogoča prilagajanje delovnih procesov, oceno tveganj ter izobraževanje zaposlenih. Kot nepogrešljivi člani interdisciplinarnih timov sodelujejo pri uvajanju sistemskih rešitev, ki prispevajo k varnejšemu in zdravemu delovnemu okolju.

Ključne besede: ergonomski pristopi, medicinske sestre, ergonomsko-tehnični pripomočki, izobraževanje, interdisciplinarno sodelovanje

ABSTRACT

A lengthening society and increased demand for healthcare services bring new challenges for healthcare workers, who often face a high risk of work-related musculoskeletal disorders (WMSDs). Nurses are one of the most stressed occupational groups due to physically demanding tasks such as lifting and transferring patients, prolonged static postures and forward bending of the trunk. The most affected parts of the body are the neck and lower back. The aim of this article is to provide an insight into the current state of ergonomics in the Slovenian healthcare sector and to present ergonomic approaches for the prevention and management of WMSDs in nurses. The aim of the article is to present the role of the physiotherapist in the implementation of ergonomic measures and to provide practical tips for proper patient handling and the integration of active breaks into work processes. Consistent adherence to ergonomic principles is key to reducing the risk of WMSDs. The use of ergonomic-technical aids (ETPs) and the implementation of correct techniques when repositioning patients significantly reduce the strain on the body. It is also essential to provide regular training for nurses on safe working practices, the correct use of equipment, appropriate body positions, lifting techniques and exercise. Promoting a healthy work environment through regular breaks and ergonomically designed workstations also increases work safety and efficiency. Physiotherapists play a central role in the development and implementation of ergonomic measures, using their knowledge of biomechanics and ergonomics to help adapt workplaces, assess risks and educate employees. As part of an interdisciplinary team, they are important partners in implementing changes that contribute to a safer and healthier working environment.

Key words: ergonomic approaches, nurses, ergonomic-technical aids, education, interdisciplinary cooperation

UVOD

Z delom povezana mišično-kostna obolenja (DMKO) so skupina bolezni mišic, kit in živcev, ki se razvijejo postopoma in so lahko boleča med delom ali v mirovanju (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2024). Zdravstvena nega je prepoznana kot fizično zahtevno delo in eno od delovnih mest, ki se nenehno sooča z visokim tveganjem za DMKO (Clari et al., 2021). Povprečna razširjenost DMKO pri medicinskih sestrah je nad 80 %, pri čemer sta najbolj prizadeta predela vrat (33,1 %) in spodnji del hrbta (več kot 50 %). V Evropi je razširjenost za 1,5-krat višja kot na ostalih celinah (Jacquier-Bret & Gorce, 2023).

Zaposleni se v delovnem okolju srečujemo s fizičnimi, psihičnimi in ekološkimi obremenitvami, ki vplivajo na organizem. Če sistema obremenitev in obremenjenosti nista v ravnotežju, lahko pride do utrujenosti, poškodb, poklicnih bolezni, invalidnosti ter posledično absentizma, prezentizma in fluktuacije delavcev (Balantič, Polajnar & Jevšnik, 2016). V medicini dela velja pravilo, da so lahko obremenitve samo tako velike, da ne povzročijo okvar zdravja pri delavcu oziroma da jih lahko brez škode za zdravje opravljamo zelo dolgo obdobje (Čelan, 2018). Medicinska sestra opravlja svoje delo najpogosteje v stoječem položaju, kar pomeni večjo obremenitev za spodnje okončine ter hrbtenico in posturalno mišičje. Če se stoječemu delu pridruži še pripogibanje in dvigovanje bremena, se povečajo energetske in hemodinamske obremenitve organizma ter pritisk na medvretenčne ploščice (Stričević, 2018). Ne smemo pa zanemariti statičnih obremenitev, ki vključujejo dolgotrajne prisilne drže, med katerimi je pogosto dolgotrajno delo z računalnikom (Čelan, 2018). DMKO so večfaktorski pojav, na katerega vplivajo različni neposredni in posredni dejavniki tveganja, ki jih na splošno razdelimo na biomehanske (fizične), psihosocialne, sociokulturne, individualne (osebne), organizacijske in okoljske (Jakovljevič, 2024).

Najpogostejši dejavniki tveganja med medicinskimi sestrami so upogibanje trupa naprej, dvigovanje ali premeščanje slabše pokretnega ali nepokretnega pacienta, delo v istem položaju za daljše časovno obdobje ter zdravljenje velikega števila pacientov v enem dnevu (Gorce & Jacquier-Bret, 2023). Najpogostejše aktivnosti medicinskih sester pri premeščanju pacientov so prestavljanje pacientov v bolniški postelji, premeščanje s stola na posteljo/terapevtsko mizo, premeščanje s postelje na stol, obračanje pacienta na bok in premeščanje z ene postelje na drugo. Seveda je stopnja obremenitve medicinske sestre odvisna od telesne teže in gibalne sposobnosti pacienta ter njegove pripravljenosti sodelovati v postopku menjave položaja (Vinstrup, Jakobsen, Madeleine, & Andersen, 2020). Salama & Eleshnamie (2018) ugotavljata, da je dejavnik tveganja, ki je povezan z bolečino v vratu in rami, uporaba računalnika na delovnem mestu več kot eno leto.

Za celovito obravnavo ergonomskih tveganj v zdravstveni negi je nujno podrobno preučiti delovne procese in intervencije, zlasti tiste, ki vključujejo dvigovanje in premeščanje pacientov, saj predstavljajo enega najpogostejših vzrokov za obremenitve in poškodbe gibalnega sistema (Ravnik, 2017). Sistematična ocena dejavnikov tveganja je ključna za razvoj ciljno usmerjenih intervencijskih strategij, katerih namen je zmanjšanje ali preprečevanje DMKO. Na splošno lahko metode za ocenjevanje tveganja DMKO kategoriziramo kot samoocenjevanje, (strokovno) opazovanje, neposredno merjenje in daljinsko zaznavanje (Jakovljevič, 2024). S pomočjo analize dela diplomirane medicinske sestre po metodi OWAS je Mujič (2016) opozoril na štiri ogrožajoče položaje, ki lahko v doglednem času povzročijo težave, in sicer položaj, v katerem ima oseba sklonjeno držo hrbta, položaj, pri katerem je oseba v sklonjeni drži s torzijo ali lateralno fleksijo, položaj, kjer je glava sklonjena za vsaj 45° ter položaj, kjer sta ena ali obe nadlahti odmaknjeni od telesa, ob tem pa nista nad višino ramen. Dokazal je izboljšanje rezultatov že zgolj s poznavanjem ergonomskih načel pri zaposlenih.

Asuquo, Tighe, & Bradshaw (2021) poudarjajo vrednost večdimenzionalnih pristopov, ki jih je mogoče uporabiti za preprečevanje in zmanjševanje DMKO pri medicinskih sestrah v domovih za starejše in dolgotrajnih bivalnih okoljih, to so: specializirana oprema, usposabljanje osebja, politike in postopki za zmanjšanje DMKO ter podpora in spremljanje. Sousa in kolegi (2023) kot uspešne intervencije navajajo izobraževanje medicinskih sester o napravah za dvigovanje, vključevanje vodij, uvedbo protokolov v sam delovni proces, nabavo ergonomske opreme in

uporabo tehnik dviganja brez ročnega napora. Broz (2024) ugotavlja, da bi medicinske sestre pri svojem delu za preprečevanje DMKO morale slediti naslednjim intervencijam: uporabi pravilne tehnike dviganja in premeščanja pacientov, uporabi ustrezne ergonomske opreme, izvedbi telesne vadbe, prilagoditvam delovnega okolja individualnim potrebam medicinskih sester ter promociji ozaveščenosti o pomenu ergonomije. Prall & Ross (2019) razlagata, da obstaja več možnosti za upravljanje tveganj DMKO pri medicinskih sestrah, vključno z izobraževanjem, ergonomskimi ocenami in posegi zdravljenja na kraju samem, ki pozitivno vplivajo na stroške in izid zdravljenja. Dodatna možnost je samopomoč delavca, ki lahko vključuje brošure z navodili, priročnike in računalniško podprte učne module za pripravo posameznikov na obvladovanje DMKO ali spremembo življenjskega sloga.

Namen prispevka je ponuditi vpogled v trenutno stanje ergonomije v slovenskem zdravstvenem sektorju ter predstaviti ergonomske pristope za preprečevanje in obvladovanje DMKO pri medicinskih sestrah. Cilja prispevka sta predstaviti vlogo fizioterapevta pri implementaciji ergonomskih ukrepov ter podati praktične nasvete za pravilno rokovanje s pacienti in vključevanje aktivnih odmorov v delovne procese.

ERGONOMIJA

Ergonomija je veda, ki se zadnja leta intenzivno uveljavlja tudi v slovenskem prostoru, medtem ko je v večini večjih evropskih držav že dobro razširjena ter poznana (Ravnik, 2017). Je znanstvena disciplina, ki se ukvarja z razumevanjem interakcij med ljudmi in drugimi elementi sistema ter uporablja teorijo, načela, podatke in metode za načrtovanje z namenom doseganja najboljšega počutja ljudi in optimalnega delovanja sistema (International Ergonomics Association, n. d.). Proučuje anatomsko, fiziološko, mehansko, kognitivno in organizacijska načela vplivov na zmogljivost človeka pri delu. Gre za interdisciplinarno proučevanje delovnih obremenitev ter iskanje razbremenitev, kadar obremenitev povzroča neudobje ali celo presega tolerančno mejo (Balantič, 2000 cited in Balantič et al., 2016). Z upoštevanjem načel ergonomije lahko zmanjšamo tveganje za nastanek DMKO (Kermavnar & Dodič-Fikfak, 2013).

Rakuša Krašovec (2022) je s pomočjo poglobljenih intervjujev desetih zdravstvenih tehnikov, zaposlenih v Splošni bolnišnici Novo mesto, ugotovila, da večina anketiranih posameznikov ne pozna temeljnih konceptov ergonomije, vendar se strinjajo, da je uporaba ergonomskih pripomočkov ključnega pomena za zagotavljanje varnega in ustreznega dela pri oskrbi pacientov. Goltnik (2019) je v svoji raziskavi ugotovila, da študenti zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin poznajo pojem ergonomije, vendar imajo zgolj srednje razvito znanje o njeni aplikaciji v kliničnem okolju. Podobno je Laznik (2018) na vzorcu 33 študentov zdravstvene nege Univerze v Novem mestu ugotovil, da dve tretjini študentov poznata osnovni koncept ergonomije, manj kot polovica pa je seznanjena z ergonomskimi standardi. Kljub temu več kot polovica študentov prepozna pomen njihovega upoštevanja pri vsakodnevnem delu.

Spasovski (2019) navaja, da več kot polovica zaposlenih na kliniki za kirurgijo meni, da so v okviru formalnega izobraževalnega procesa pridobili nezadostno znanje in praktične kompetence za učinkovito uporabo ergonomsko-tehničnih pripomočkov (ETP). Ti izsledki nakazujejo na potrebo po celovitejšem izobraževalnem pristopu, ki bi študentom in medicinskim sestram omogočil boljše razumevanje ergonomskih pristopov ter njihovo uspešno implementacijo v klinično prakso.

Ergonomska načela izvirajo iz lastnosti človeškega organizma, pri čemer se mora okolje temu prilagajati. Pri delu je priporočljivo upoštevati ergonomska načela, in sicer: ohranjanje nevtralnega položaja telesa ali njegovih delov, opravljanje dela v območju največjega udobja, omogočanje gibanja sklepov in raztezanja mišic, zmanjševanje prekomernih fizičnih obremenitev, zmanjševanje neprimernih gibov (ponavljajočih se), zmanjševanje točkovnih pritiskov na telo, zmanjševanje prekomernih vibracij, zagotavljanje ustrezne osvetlitve, zagotavljanje dostopnosti, delo na primerni višini, omejevanje statične obremenitve, zagotavljanje jasnosti sporočil in omejevanje stresa (Balantič et al., 2016).

ERGONOMSKE INTERVENCIJE ZA ZMANJŠANJE TVEGANJ

Namen ergonomskega posega je izboljšava delovnega mesta in boljšega počutja delavca na delovnem mestu in jih delimo na izobraževalne, organizacijske, okoljsko-arhitekturne in psihološke intervencije (Podrekar, Kozinc, & Zerbo Šporin, 2021).

Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja delavcev pri ročnem premeščanju bremen (veljaven od 1. avgusta 2024) določa, da mora delodajalec delovna mesta prilagoditi tehničnemu in tehnološkemu napredku in ročno premeščanje bremen nadomestiti s primerno delovno opremo, pripomočki in primernimi mehanskimi pomagali. Kadar se ročnemu premeščanju ni mogoče izogniti, mora delodajalec sprejeti primerne organizacijske in tehnične ukrepe, uporabiti primerno opremo ter pravilen način dela za zmanjšanje tveganja za DMKO, oceniti varnostne in zdravstvene razmere pri delu in proučiti dejavnike tveganja. Noseča delavka ne sme dvigovati, držati, prenašati ali rokovati z bremenom, težjim od 5 kilogramov oziroma potiskati ali vleči breme, večje od 50 newtonov. Delodajalec mora zagotoviti, da se skupinsko dvigovanje bremen uporabi pri dvigovanju težjih ali dimenzijsko večjih bremen. Delodajalec je obvezan, da delavce seznani z značilnostmi bremen, s tveganji, ki jim utegnejo biti izpostavljeni, ter jih teoretično in praktično usposobi za varno delo pri ročnem premeščanju bremen.

Uporaba tehničnih pripomočkov

Metode dvigovanja in premeščanja pacientov se izvajajo ob uporabi manjših pripomočkov, in sicer rjuh iz tkanine z nizkim koeficientom trenja, ergonomskega pasov, vrtljivih podnožij, trapezov ter uporabo elektromehanske dvigalne opreme (Gov.si, n. d.).

Sparovski (2019) v svoji raziskavi, izvedeni na kliniki za kirurgijo, ugotavlja, da večina anketiranih zdravstvenih delavcev (73 %) uporablja ETP, medtem ko jih dobra polovica (53 %) pri premeščanju pacientov poišče pomoč sodelavcev. Med najpogostejše uporabljene ETP so električno nastavljive postelje, posteljni trapezi, deske za premeščanje ter drsne rjuhe ali podloge za premeščanje, medtem ko je pas najmanj uporabljen pripomoček. Več kot polovica anketirancev poroča, da jim uporaba ETP večkrat olajša delo. Laznik (2019) ugotavlja, da 60 % študentov zdravstvene nege Univerze v Novem mestu pri dvigovanju pacientov v zdravstvenih zavodih ne uporablja dvigal, čeprav so po njihovem mnenju ta prisotna v 57 % ustanov. Rolo deske, ki so na voljo v 66 % zavodov, uporablja le 30 % študentov, medtem ko 18 % študentov paciente samostojno premika k vzglavju postelje, 48 % pa jih pri tem sodeluje v parih. Tavželj (2018) poroča, da zdravstveno osebje v domovih za starejše občane pri premeščanju nepomičnih stanovalcev uporablja ETP v manj kot polovici primerov. Najpogostejše uporabljene pripomočki so deska za presedanje, samostoječe dvigalo za dvigovanje iz postelje, vrtljivi krožnik in rolo deska, medtem ko je pas za presedanje najmanj pogosto v uporabi. Raziskava Vanček (2020) je pokazala, da patronažne medicinske sestre večinoma poznajo ETP za premeščanje

pacientov, vendar jih v praksi ne uporabljajo. Nizka stopnja uporabe ETP je bila ugotovljena tudi v raziskavi Goltnikove (2019), ki je pokazala, da se študenti redko odločijo za uporabo pripomočkov, ki bi jim olajšali delo. Empirični dokazi kažejo, da je najučinkovitejša metoda za varno dvigovanje pacientov uporaba talnih ali stropnih dvigal, medtem ko se za bočno premeščanje in prestavljanje pacientov priporočajo naprave s pomočjo zraka (Fray & Davis, 2024). Ti rezultati poudarjajo potrebo po večjem osveščanju in usposabljanju medicinskih sester o pomenu in pravilni uporabi ergonomskih pripomočkov, saj lahko njihova ustrezna implementacija bistveno zmanjša fizične obremenitve in tveganje za nastanek mišično-kostnih obolenj.

Pravilne tehnike dvigovanja

Pri upogibu hrbtenice na eni strani nastaja natezna, na drugi strani pa kompresijska sila. Kompresijska sila sosednjih vretenc medvretenčno ploščico deformira v klinasto obliko, del sile vretenca deluje kompresijsko, del pa iztiska vretence navzven. Pri upogibu izgine zaščitna fiziološka lordoza, zato se poveča pritisk želatinastega jedra na zadnjo stran fibroznega obroča.

Poveča se aktivnost vzravnalk trupa, kar povzroča dodatno kompresijsko silo (Supej & Zorko, 2014). Mišično aktivnost pri posedanju pacienta lahko razdelimo na tri faze, in sicer: faza 1, ko medicinska sestra pristopi do pacienta, pokrči kolena in kolke, pri tem ekstenzorne mišice hrbta delujejo kot agonisti s koncentrično kontrakcijo in pri tem stabilizirajo hrbtenico. Faza 2 se začne, ko medicinska sestra asistira pacientu pri obračanju na bok (rotacija od leve proti desni in obratno) in so mišice na desni strani agonisti ter faza 3, ko medicinska sestra asistira pri posedanju in je delo globokih hrbtnih mišic ekscentrično (Cheung et al., 2019).

Za varno premeščanje pacientov je pomembno upoštevanje biomehanskih ergonomskih načel, s katerimi zmanjšamo silo, ki deluje na sklepe hrbtenice (Hočevar Posavec & Bohinc, 2015). Bistvo koncepta je uporaba pravilne telesne mehanike, tako da držimo pacienta blizu našega telesa, upogibamo kolena in ohranjamo »dvojno S-obliko« hrbtenice (Fray & Davis, 2024). Pri posedanju pacienta preko roba postelje iz ležečega položaja na hrbtu je treba dvigniti posteljo tako visoko, da je pacient pri ležanju 20 cm pod komolčno višino oziroma da je medenica pacienta pri posedanju v višini našega popka (Ravnik, 2024). Pred premikom aktiviramo stabilizatorje trupa (Hočevar Posavec & Bohinc, 2015) po metodi »bracing«, ki spodbuja so-kontrakcijo globokih mišic (transversusa in multifidusov) in površinskih mišic, vključno z notranjimi in zunanji poševnimi mišicami in rectusom abdominis (Golob, Opara Zupančič, & Kozinc, 2024).

Uvajanje odmorov in telesne vadbe

Dobnik & Šarabon (2021) priporočata, da se pri fizično zahtevnejših delih v aktivni odmor vključijo pretežno raztežno-sprostilne vaje s poudarkom na zgornjih okončinah in mišicah trupa, stabilizacijske vaje za trup ter v manjšem deležu krepilne vaje za spodnje okončine. Literatura (Alqhtani, 2023; Jakobson, 2018) navaja pozitivne koristi telesne vadbe na zmanjšanje intenzivnosti bolečine.

DISKUSIJA

DMKO predstavljajo enega najpogostejših zdravstvenih izzivov v zdravstveni negi, kjer fizična obremenitev, dolgotrajne statične drže in nepravilne biomehanske obremenitve prispevajo k visoki razširjenosti teh težav. Medicinske sestre so zaradi narave svojega dela še posebej izpostavljene obremenitvam hrbtenice, predvsem v predelu spodnjega dela hrbta in vratu,

kar je povezano s premeščanjem pacientov, statičnimi položaji (Jacquier-Bret & Gorce, 2023) ter pogosto uporabo računalnika (Salama & Eleshenamie, 2018).

Vloga fizioterapevta pri zmanjševanju DMKO v zdravstveni negi je bistvena. Fizioterapevti lahko prispevajo k izboljšanju delovnega okolja z izvajanjem ergonomskih ocen, izobraževanjem o pravih tehnikah dvigovanja in premeščanja pacientov ter uvajanjem programov za telesno vadbo. Pristopi, kot so ergonomske intervencije, uporaba specializirane opreme in multidisciplinarnе strategije, dokazano zmanjšujejo pojavnost DMKO (Asuquo, Tighe & Bradshaw, 2021; Sousa et al., 2023).

Ergonomske rešitve vključujejo prilagajanje delovnih mest, uporabo tehničnih pripomočkov ter organizacijske in izobraževalne ukrepe. Uporaba električnih dviznih naprav, ergonomsko oblikovanih postelj in drsnih podlog za premeščanje pacientov zmanjšuje fizično obremenitev medicinskih sester.

Poleg tehničnih rešitev je ključnega pomena tudi ozaveščenost medicinskih sester o pomenu ergonomije. Čeprav večina medicinskih sester priznava pomen ergonomskih načel, raziskave kažejo, da jih v praksi pogosto ne uporabljajo dosledno zaradi pomanjkanja usposabljanja in dostopa do ergonomskih pripomočkov (Goltnik, 2019; Rakuša Krašovec, 2022). Izobraževalni programi, ki vključujejo praktične delavnice in uporabo simulacij, lahko pripomorejo k izboljšanju znanja in uporabi ergonomskih pristopov v vsakdanji praksi.

Ob upoštevanju obstoječih raziskav in priporočil je jasno, da je celostni pristop k obravnavi DMKO ključen za zmanjšanje njihove pojavnosti. Povezovanje medicinskih sester, fizioterapevtov in delodajalcev v načrtovanje in izvajanje ergonomskih rešitev bo prispevalo k boljšemu zdravju zaposlenih, zmanjšanju absentizma in izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe.

Za učinkovito zmanjšanje tveganja za razvoj DMKO pri medicinskih sestrah je nujna celostna strategija, ki vključuje naslednje ukrepe:

- Uvajanje interdisciplinarnih pristopov, ki združujejo spoznanja iz ergonomije, fizioterapije in psihologije, s čimer bi celostno naslovili biomehanske, organizacijske in psihosocialne dejavnike tveganja.
- Sistematično izvajanje ocen tveganja in ergonomskih prilagoditev delovnih mest, kar omogoča zgodnje prepoznavanje dejavnikov, ki prispevajo k preobremenitvam, ter zagotavlja preventivne ergonomske intervencije.
- Krepitev uporabe ETP za dvigovanje pacientov, ob hkratnem spodbujanju delodajalcev k vlaganju v sodobno in ergonomsko optimizirano opremo, ki zmanjšuje fizične obremenitve medicinskih sester.
- Oblikovanje organizacijskih politik, ki omejujejo prekomerne delovne obremenitve, optimizirajo razporejanje dela ter podpirajo zaposlovanje dodatnega kadra, kar prispeva k zmanjšanju mehanskih preobremenitev in izboljšanju delovnih pogojev.
- Redna izvedba izobraževanj in praktičnih treningov, ki medicinskim sestram omogočajo osvajanje in utrjevanje pravih tehnik dvigovanja, premeščanja pacientov ter upoštevanja ergonomskih načel pri vsakodnevnem delu.

Celovita implementacija teh ukrepov lahko bistveno prispeva k zmanjšanju incidence DMKO, izboljšanju ergonomskih pogojev dela ter dolgoročno poveča delovno učinkovitost in dobrobit medicinskih sester.

V prihodnje bo pomembno nadaljnje raziskovanje učinkovitosti posameznih ergonomskih intervencij in njihova prilagoditev specifičnim delovnim okoljem. Le s sistematičnim pristopom, ki vključuje preventivne ukrepe, izobraževanje in prilagajanje delovnih procesov, bo mogoče dolgoročno zmanjšati breme DMKO v zdravstveni negi.

ZAKLJUČEK

Delovna mesta v zdravstveni negi, zlasti delo medicinskih sester, predstavljajo visoko tveganje za razvoj DMKO. Ključni dejavniki tveganja so fizične obremenitve – dvigovanje in premeščanje pacientov, dolgotrajni statični položaji ter upogibanje trupa naprej, ne smemo pa zanemariti psihosocialnih dejavnikov. Za učinkovito zmanjšanje DMKO je nujen celovit in interdisciplinaren pristop, ki vključuje preventivne ukrepe, prilagoditve delovnega okolja in uporabo ergonomske opreme. Prav tako je pomembno redno ocenjevanje tveganj, spodbujanje politike za zmanjšanje delovnih obremenitev in zagotavljanje dodatnega kadra. Nepogrešljivo vlogo ima tudi stalno izobraževanje medicinskih sester o varnih delovnih praksah, pravilni uporabi ergonomske opreme, ustreznih telesnih držah in tehnikah dvigovanja ter izvajanju sprostilnih vaj ter vaj za stabilizacijo trupa. Za uspešno reševanje teh izzivov je ključno medsebojno povezovanje strok ter proaktivno sodelovanje z odločevalci pri oblikovanju politik, ki spodbujajo varno delo in skrb za zdravje zaposlenih. Takšen celostni pristop prispeva k trajnostnemu razvoju zdravstvenega sistema in dolgoročno izboljšuje kakovost oskrbe pacientov.

LITERATURA

- Alqhtani, R. S., Ahmed, H., Alshahrani, A., Khan, A. R., & Khan, A. (2023). Effects of Whole-Body Stretching Exercise during Lunch Break for Reducing Musculoskeletal Pain and Physical Exertion among Healthcare Professionals. *Medicina*, 59(5), 910. <https://doi.org/10.3390/medicina59050910>
- Asuquo, E. G., Murphy Tighe, S., & Bradshaw, C. (2021). Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders among healthcare staff in nursing homes; An integrative literature review. *International journal of nursing studies advances*, 3, 100033. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100033>
- Balantič, Z., Polajnar, A., & Jevšnik, S. (2016). *Ergonomija v teoriji in praksi*. Ljubljana: NIJZ.
- Broz, U. (2024). Preprečevanje in obvladovanje mišično-skeletnih težav in bolečin pri medicinskih sestrah s pomočjo ergonomskih pristopov [magistrska naloga, Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede]. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=87918>
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2024). What are work-related musculoskeletal disorders? <https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/rmirsi.html>
- Clari, M., Godono, A., Garzaro, G., Voglino, G., Gualano, M. R., Migliaretti, G., Gullino, A., Ciocan, C., & Dimonte, V. (2021). Prevalence of musculoskeletal disorders among perioperative nurses: a systematic review and META-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.*, 22(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04057-3>
- Čelan, D. (2018). Preprečevanje težav s hrbtenico pri zdravstveni negi bolnikov. In Funkcionalna ergonomija in razbremenitev zdravstvenih delavcev. Univerza v Mariboru.
- Dobnik, M., & Šarabon, N. (2021). Vloga kineziologije za ohranjanje zdravja delavcev. In D. Zerbo Šporin (Eds.), Aktivnosti za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj in psihosocialnih tveganj pri delu (pp. 115–232). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Fray, M., & Davis, K. G. (2024). Effectiveness of Safe Patient Handling Equipment and Techniques: A Review of Biomechanical Studies. *Hum Factors.*, 66(10), 2283–2322. <https://doi.org/10.1177/00187208231211842>
- Golob, I., Opara Zupančič, M., & Kozinc, Ž. (2024). Abdominal Hollowing vs. Abdominal Bracing: A Scoping Review of Clinical Trials on Effectiveness for Trunk Stability and Rehabilitation. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 9(4), 193. <https://doi.org/10.3390/jfmk9040193>
- Goltnik, Š. (2019). Poznavanje ergonomije pri študentih zdravstvene nege [diplomska naloga, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin]. <https://revis.openscience.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=6310>
- Gov.si. (n. d.). Tehnike ravnanja z bolniki za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj v zdravstvu. <https://vzd.mdsz.gov.si/document-download/tehnike-ravnanja-z-bolniki-za-preprecevanje-kostno-misicnih-obolenj-v-zdravstvu-2022-01-14-266>

- Hočevar Posavec, B., & Bohinc, M. (2015). Smernice za premeščanje pacientov kot dejavnik preprečevanja poškodb medicinskih sester. In N. Kregar Velikonja & M. Blažič (Eds.), *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca* (pp. 133–142). Univerza v Novem Mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV%20simpozij%202015/zbornik_prispevkov_fzv_simpozij_2014.pdf
- International Ergonomics Association (IEA). (n. d.). What is Ergonomics? <https://iea.cc/about/what-is-ergonomics/>
- Jacquier-Bret, J., & Gorce, P. (2023). Prevalence of Body Area Work-Related Musculoskeletal Disorders among Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 20(1), 841. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010841>
- Jakobsen, M. D., Sundstrup, E., Brandt, M., & Andersen, L. L. (2018). Effect of physical exercise on musculoskeletal pain in multiple body regions among healthcare workers: Secondary analysis of a cluster randomized controlled trial. *Musculoskeletal science and practice*, 34, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.01.006>
- Jakovljević, M. (2024). Work-related musculoskeletal disorders in nurses: still an unsolved problem in reality (narrative literature review). In *Nursing studies - a path to success* (pp. 1–24). London. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=159386>
- Kermavar, T., & Dodič-Fikfak, M. (2013). *Oblikovanje po meri človeka, ilustirani učbenik iz ergonomije, 1. del*. Ljubljana: UKC, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.
- Laznik, G. (2018). Analiza uporabe ergonomskih pripomočkov in standardov med kliničnim usposabljanjem študentov UNMFZV. In G. Laznik (Eds.), *Pomen ergonomije v zdravstveni negi, priročnik za klinične mentorje* (pp. 41–45). Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede. https://www.uni-nm.net/publikacije/2018/fzv_pezn/files/downloads/UNM_FZV-Pomen_ergonomije_v_zdravstveni_negi.pdf
- Mujić, A. (2016). Ergonomski pristop k delu diplomirane medicinske sestre v domu za varstvo odraslih Velenje [diplomsko delo, Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju]. <https://repozitorij.upr.si/Dokument.php?id=16331&lang=slv>
- Podrekar, N., Kozinc, Ž., & Zerbo Šporin, D. (2021). Pomen ergonomije za zdravo delovno okolje. In D. Zerbo Šporin (Eds.), *Aktivnosti za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj in psihosocialnih tveganj pri delu* (pp. 61–113). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Prall, J., & Ross M. (2019). The management of work-related musculoskeletal injuries in an occupational health setting: the role of the physical therapist. *J Exerc Rehabil.*, 15(2), 193–199. <https://doi.org/10.1177/00187208231211842>
- Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja delavcev pri ročnem premeščanju bremen.* (2024). Uradni list RS, št. 84/23, 98/23 in 47/24 – popr. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV15049>
- Rakuša Krašovec, K. (2022). Poznavanje ergonomije zaposlenih v zdravstveni negi, absentizem in ekonomske posledice absentizma. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 9(2), 54–74. <https://doi.org/10.55707/eb.v9i2.118>
- Ravnik, D. (2017). Praktična ergonomija na delovnem mestu v zdravstvu. In R. Batas (Eds.), *Rane, stome, inkontinenca* (pp. 12–21). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/2017_Rane_stome_inkontinenca_2017.pdf
- Ravnik, D. (2024). Ergonomija na delovnem mestu – Izvedba gibalnih intervencij v zdravstveni negi s poglobljena fizioteapevta. In R. Batas (Eds.), *Kompleksnost multidisciplinarne obravnave v enterostomalni terapiji – rane, inkontinenca, stome* (pp. 94–103). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2024/04/Kompleksnost-multidisciplinarne-obravnave-v-enterostomalni-terapiji-rane-inkontinenca-stome-2024.pdf>
- Salama, L. A. A., & Eleshnamie, H. A. (2018). Musculoskeletal disorder: Risk factors and coping strategies among nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(11), pp. 50–60. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n11p50>
- Sousa, A. D, Baixinho, C. L, Presado, M. H., & Henriques, M. A. (2023). The Effect of Interventions on Preventing Musculoskeletal Injuries Related to Nurses Work: Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 185. <https://doi.org/10.3390/jpm13020185>
- Spasovski, N. (2019). Uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov v obravnavi pacientov na kliniki za kirurgijo. [diplomska naloga, Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede]. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=134784&lang=slv>
- Stričević, J. (2018). Pomembnost ergonomije in implementacija ergonomskih načel. In *Funkcionalna ergonomija in razbremenitev zdravstvenih delavcev*. Univerza v Mariboru.
- Supej, M., & Zorko, M. (2014). Biomehanski vidiki obremenitev hrbtenice. In N. Šarabon & M. Voglar (Eds.), *Bolečina v spodnjem delu hrbta: struktura, funkcija, ergonomija in gibalna terapija* (pp. 45–57). Koper: Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič.
- Tavželj, M. (2018). Uporaba ergonomsko tehničnih pripomočkov v domovih za starejše. [magistrsko delo, Univerza v Mariboru Fakulteta za organizacijske vede]. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=121224&lang=slv>
- Vanček, N. (2020). Zdravstvene težave patronažnih medicinskih sester, povezane z (ne)uporabo ergonomsko tehničnih pripomočkov [magistrsko delo, Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede]. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=147851&lang=eng>
- Vinstrup, J., Jakobsen, M. D., Madeleine, P., & Andersen, L. L. (2020). Biomechanical load during patient transfer with assistive devices: Cross-sectional study. *Ergonomics*, 63(9), 1164–1174. <https://doi.org/10.1080/00140139.2020.1764113>

Nina Zlatič dipl. fiziot.
Alenka Cergol dipl. fiziot.
Splošna bolnišnica Izola
nina.zlatic@sb-izola.si

TELOVADBA ZA ZAPOSLENE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI IZOLA

Exercise for employees at General Hospital Izola

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

308

IZVLEČEK

Splošna bolnišnica Izola je uvedla program vadbe za zaposlene, ki ga vodijo fizioterapevti, z namenom spodbujanja zdravja in dobrega počutja. Telovadba vključuje vaje za krepitev mišic, raztezanje, sprostitvene tehnike, visoko intenzivno intervalno vadbo ter elemente različnih vadb, kot sta joga in pilates. Udeleženci poročajo o boljšem telesnem počutju, zmanjšanem stresu in večji delovni učinkovitosti. Program služi kot preventivni ukrep za zmanjšanje mišično-skeletnih težav, obvladovanje stresa in izboljšanje splošnega počutja (zdravstvenih) delavcev, ki se pogosto soočajo z visokimi fizičnimi in psihičnimi obremenitvami, sedečim načinom dela ter pomanjkanjem telesne aktivnosti. Kljub splošno znanim koristim redne telesne dejavnosti večina ljudi, vključno z zdravstvenimi delavci, ne dosega priporočenih ravni telesne aktivnosti. Svetovna zdravstvena organizacija poudarja pomen gibanja na delovnem mestu kot ključen dejavnik za izboljšanje zdravja delovne populacije. Fizioterapevti imajo pomembno vlogo pri izvajanju programov promocije zdravja, saj z ustreznimi intervencijami prispevajo k večji telesni aktivnosti zaposlenih in posledično boljšemu zdravju ter počutju delovne populacije. Program predstavlja primer dobre prakse in model za druge zdravstvene ustanove.

Ključne besede: promocija zdravja, vadba, telesna aktivnost, zdravje zaposlenih, zdravstveni delavci

ABSTRACT

General hospital Izola has introduced an exercise program for employees led by physiotherapists, with the aim of promoting health and well-being. The exercise includes muscle-strengthening exercises, stretching, relaxation techniques, high-intensity interval training

1 5 . K O N G R E S

and elements of various exercises such as yoga and pilates. Participants report better physical well-being, reduced stress and increased work efficiency. The program serves as a preventive measure to reduce musculoskeletal problems, manage stress and improve the general well-being of (healthcare) workers who often face high physical and mental loads, sedentary work and lack of physical activity. Despite the well-known benefits of regular physical activity, most people, including health care workers do not achieve the recommended levels of physical activity. The World Health Organization emphasizes the importance of movement in the workplace as a key factor in improving the health of the working population. Physiotherapists play an important role in implementing health promotion programs, as they contribute to increased physical activity of employees through appropriate interventions and consequently better health and well-being of the working population. The program represents an example of good practice and a model for other healthcare institutions.

Key words: health promotion, exercise, physical activity, employee health, healthcare professionals

UVOD

Splošna bolnišnica Izola je z namenom spodbujanja zdravja in dobrega počutja zaposlenih uvedla program vadbe, ki ga vodijo fizioterapevti. Program je zasnovan kot preventivna aktivnost za zmanjšanje tveganja za mišično-skeletne težave, obvladovanje stresa in izboljšanje splošnega počutja zaposlenih v delovno intenzivnem zdravstvenem okolju.

Nekaj telesne dejavnosti je bolje kot nič. Namreč kljub preventivnim prizadevanjem se zaposleni soočajo s številnimi izzivi v poklicnem življenju, kakor tudi z (ne)zdravjem pri delu, kot so razširjenost kostno-mišičnih obolenj, multimorbidnost, epidemija debelosti in staranje delovne sile. Telesna (ne)dejavnost močno vpliva na zdravje in telesno zmogljivost, zato jo je treba spodbujati med delom. Moramo pa biti pozorni, da odmerjanje telesne dejavnosti ne vodi v poslabšanje, s tem, da upoštevamo značilnosti posameznega delovnega mesta (Calogiuri et al., 2019).

Telesna nedejavnost je eden izmed primarnih dejavnikov tveganja za umrljivost zaradi nenalezljivih bolezni. Neaktivni posamezniki imajo 20–30 % večje tveganje za smrt v primerjavi z ljudmi, ki so redno telesno aktivni (World Health Organization, 2024). Čeprav so prednosti redne telesne dejavnosti splošno prepoznane, večina prebivalstva ne dosega priporočil za telesno dejavnost. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (angl. World Health Organization, WHO) poudarja pomembnost spodbujanja telesne dejavnosti na delovnem mestu kot ključno okolje za doseganje zdravja in dobrega počutja delovne populacije (Abdin, Welch, Byron-Daniel & Meyrick, 2018).

Več kot polovica zdravstvenih delavcev v slovenskih zdraviliščih (56 % fizioterapevtov in 85 % zdravstvenih delavcev) ne pozna priporočil SZO o priporočeni telesni aktivnosti odraslih (Brenzlik, 2023). Redna telesna dejavnost je povezana s številnimi pozitivnimi učinki na telesno in duševno zdravje. Zdravstveni delavci imajo pogosto nizko raven telesne dejavnosti. Glavni dejavniki, ki jih omejujejo pri telesni dejavnosti, so pomanjkanje prostega časa, večizmensko delo (Saridi et al., 2019; Das & Adams, 2021). Kljub zavedanju o visokem tveganju je pri njih pogosto prisoten tudi nezdrav način prehranjevanja in prekomerno uživanje alkohola (Joseph & Joseph, 2016; Saridi et al., 2019). SZO je izdala Smernice o telesni dejavnosti in sedečem načinu življenja za vse starostne generacije od 5 do 65 let in več. Smernice se ne ločujejo glede na spol, kulturo ali družbeni status, pomembne so za vse ljudi različnih sposobnosti.

Podrobneje bomo pogledali priporočila za odrasle od 18. do 64. leta. Vsi odrasli morajo biti redno telesno dejavni. Priporočeno je, da se izvaja 150–300 minut zmerno intenzivne aerobne telesne aktivnosti ali 75–150 minut visoke intenzivne aerobne telesne aktivnosti ali sorazmerno kombinacijo zmerne in visoko intenzivne aktivnosti za dodatno zdravstveno korist. Poleg aerobne zmogljivosti morajo odrasli izvajati vadbo za krepitev mišične moči zmerne ali visoke intenzivnosti. Vadba za moč naj vključuje vse glavne večje mišične skupine dvakrat ali več dni na teden. Omenjena vadba ima tudi večje koristi za zdravje. Seveda se lahko obseg telesne aktivnosti poveča na 300 minut zmerne intenzivne aerobne vadbe na teden ali izvajanje več kot 150 minut in visoko intenzivne aerobne telesne aktivnosti ali enakovredno kombinacijo teh dveh intenzivnosti skozi ves teden (World health organisation, 2020; World health organisation, 2021 in Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022).

Namen strokovnega prispevka je opisati telovadbo za zaposlene v Splošni bolnišnici Izola in opredeliti pomembnost izvajanja promocije zdravja. Naš cilj je ozaveščanje o telesni aktivnosti na delovnem mestu in vključevanje več programov promocije zdravja v delovno okolje.

Spodbujanje telesne aktivnosti in potek telovadbe za zaposlene: Sodoben način življenja nas sili v nedejavnost in k sedentarnemu načinu življenja. Sedeče delo, v katerem preživimo naš delovnik, vpliva na pojav deformacij hrbtenice in slabše zdravje gibalnega sistema. Redna, zmerna telesna aktivnost pozitivno vpliva na procese staranja in nam nudi dolgotrajno, kvaliteto ter neodvisno življenje (Splošna bolnišnica Izola, 2024).

Fizioterapija je del zdravstvene stroke in se posveča gibanju ter vadbenim programom skozi vsa življenjska obdobja in zdravstvena stanja (Jakopič & Bahun, 2024). Fizioterapevt deluje na različnih zdravstvenih ravneh, v katera spada primarna preventiva (promocija zdravja), zdravljenje kot del sekundarne preventive in rehabilitacije/habilitacije ter v sklopu terciarne obravnave. Promocija zdravja (angl. health promotion) omogoča ljudem, da prevzamejo nadzor nad determinantami lastnega zdravja. Vključuje razna izobraževanja in podporo nad dejavnimi ter življenjskimi okoliščinami. Osebni dejavniki so pogojeni z načinom življenja, med katere spadajo značilnosti posameznika, neodvisne od zdravstvenega stanja ali statusa (spol, starost, rasa, telesna pripravljenost, ostala zdravstvena stanja, življenjski slog, vzgoja, navade, načini soočanja s težavami, poklic, izobrazba, socialno ozadje, pretekle in sedanje izkušnje, vedenjski vzorci in posameznikov značaj, psihološke lastnosti) in ostali dejavniki, ki lahko vplivajo na zmanjšano zmožnost oz. invalidnost. Imamo tudi zunanje okoljske dejavnike, ki določajo karakteristike telesnega in družbenega okolja, v katerem posameznik živi. Zaradi več dejavnikov, ki vplivajo na (zdravje) posameznika, lahko zmanjšano zmožnost/invalidnost. Zmanjšano zmožnost opredelimo na treh ravneh: telesni, osebni in družbeni ravni. Pod telesno raven spadajo okvare telesne funkcije in zgradbe, osebna raven vključuje omejitve dejavnosti in družbena raven omejuje sodelovanje (Puh, 2013 in World Confederation for Physical Therapy, 2023). Fizioterapevtska obravnava temelji na pacienta osredotočenim holističnim pristopom s ciljem obnove in izboljšanja kakovosti gibanja. Upošteva telesne, psihološke, čustvene in socialne dejavnike. S tem fizioterapevti zagotavljajo posamezniku in skupnosti razvoj ter vzdrževanje zdravja (Jakopič & Bahun, 2024; World Physiotherapy, 2019; National Health Service, 2022). Glavni fizioterapevtski pristopi vključujejo (National Health Service, 2022):

- izobraževanje in svetovanje o držni, pravih tehnikah dvigovanja oz. nošenja za preprečevanje poškodb,
- gibanje in prilagojeni vadbeni programi ter svetovanje o telesni dejavnosti in aktivnosti,
- manualna terapija, pri kateri fizioterapevt s svojimi rokami ali pripomočki lajša bolečine in okorelost ter izboljša gibanje telesa.

Zdravstveni delavci niso dovolj telesno aktivni glede na priporočila SZO. K telesni neaktivnosti so dodatno podvrženi starejši zaposleni zdravstveni delavci v primerjavi s svojimi sodelavci, ki imajo nižji dohodek (Saad, Low, Jamaluddin, & Chee, 2020 in Mcphail & Waite, 2014).

Vadbo za zaposlene v Splošni bolnišnici Izola izvajajo fizioterapevti, ki imajo strokovno svobodo pri oblikovanju vsebine vadbe. Izvaja se od januarja 2024 v prostorih fizioterapije Splošne bolnišnice Izola. Zaposlenim so na voljo trije termini dvakrat tedensko, dva termina v popoldanskem času in en termin pred začetkom dopoldanskega delovnika. Vključuje vaje za krepitev mišic, raztezanje ter sprostitve, prilagojene specifičnim potrebam zaposlenih. Programi so raznoliki, vsebujejo elemente joge in pilatesa, krožno vadbo, visokointenzivni intervalni trening (VIIT, angl. High-intensity interval trening (HIIT)) ter različne kombinacije vadbenih slogov. Cilj vadbe je spodbujati dobro počutje zaposlenih, zmanjševati stres ter izboljševati njihovo fizično pripravljenost in splošno zdravje. Fizioterapevti poskrbijo za individualizacijo vaj in pravilno izvedbo le-teh. Povratne informacije udeležencev so izboljšano telesno počutje, zmanjšanje napetosti in večja delovna učinkovitost. Program vadbe za zaposlene predstavlja primer dobre prakse, ki lahko služi kot model za druge zdravstvene ustanove pri spodbujanju zdravja in dobrega počutja zaposlenih.

Promocija zdravja na delovnem mestu: Izpostavili bomo dva člena Zakona o varnosti in zdravju pri delu (Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), 2011).

- 6. člen: Delodajalec mora načrtovati in izvajati promocijo zdravja na delovnem mestu.
- 32. člen: Delodajalec mora promocijo zdravja na delovnem mestu načrtovati ter zanjo zagotoviti potrebna sredstva, pa tudi način spremljanja njenega izvajanja.

Zakon zahteva ukrepe promocije zdravja na delovnem mestu, ampak ne zgolj zaradi inšpekcijskega nadzora, ampak zaradi boljšega zdravja in počutja delavcev v ustanovi, posledično se izboljšajo poslovni rezultati delodajalca (Predjed, Bajt & Jeriček Klanšček, 2016; Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), 2011). V slovenskih organizacijah obstaja veliko možnosti za izboljšavo promocije zdravja na delovnem mestu, še boljše rezultate prinaša zunanji strokovnjak, ki pomaga h kakovostni analizi stanja, oblikovanju načrta promocije zdravja in usposabljanju skupine za zdravje. Ena izmed učinkovitih in dobrih praks je, da se v delovnih organizacijah ustanovi skupina za zdravje. Moramo pa omeniti, da najučinkovitejše spodbujanje zdravja mora ustvariti vsak kolektiv samostojno (Predjed, Bajt & Jeriček Klanšček, 2016).

Zdravstveni delavci, še posebej fizioterapevti, bi mogli promocijo zdravja obravnavati kot enega izmed sestavnih delov vloge poklica. Promocija zdravja predstavlja eno izmed temeljnih kompetenc, ki se pričakuje od poklica fizioterapevta (Frantz & Ngambre, 2013). Fizioterapevti so več telesno aktivni kot ostala populacija, zaradi tega so odločilni za spodbujanje telesne dejavnosti, vzor pacientom in svojim zdravstvenim (so)delavcem. Na drugi strani imamo fizioterapevte, ki se ne držijo tega, kar učijo in ne predstavljajo vzora v svojem delovnem in socialnem okolju, zaradi tega niso v takšni meri učinkoviti pri spodbujanju telesne dejavnosti (Kwokong & Parker, 2020).

DISKUSIJA

Namen strokovnega prispevka je opisati telovadbo za zaposlene v okviru promocije zdravja na delovnem mestu in poudariti pomembnost aktivnega izvajanja promocije zdravja v državnih in zasebnih organizacijah. Naš cilj je ozaveščanje o telesni aktivnosti delovne populacije in vključitev raznovrstnih programov promocije zdravja.

Dva najpomembnejša faktorja za poslabšanje zdravja sta telesna neaktivnost in sedeče delovno mesto. Telovadba na delovnem mestu ima številne pozitivne učinke, na primer dokazano izboljša telesno vzdržljivost in zdravstveno stanje. Danes se slabo in premalokrat zavedamo pomena gibanja ter večino dneva preživimo v sedečem položaju, tudi po več ur brez (aktivnega) odmora (Bates, 2017 cited in Ocvirk, Dolenc & Hadžić, 2021). Zdravstveni delavci so izpostavljeni psihološkemu stresu na delovnem mestu, kot so časovni pritiski, pomanjkanje podpore s strani sodelavcev ali nadrejenih, neravnovesje med vloženim trudom in prejetimi nagradami ter konflikti med poklicnim in zasebnim življenjem (Heuel, Otto & Wollesen, 2024). Mišično-skeletne poškodbe so med najpogostejšimi poklicnimi boleznimi, ki nastanejo kot posledica delovne obremenitve (Hammig, 2020; Horvat Tišlar, 2024; Jakovljević, 2024). Prav tako so pri zdravstvenih delavcih potrjene kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen, hipertenzija in kardiovaskularne bolezni (Joseph & Joseph, 2016). Redna telesna dejavnost je učinkovita pri zmanjševanju negativnih posledic delovnega stresa (Das & Adams, 2021). Za izvajanje vsakodnevne telesne dejavnosti znotraj bolnišnice zadostuje miren kotiček. Učinkovite so vaje za zaznavanje telesa ali pet- do desetminutna hoja na svežem zraku (Heuel, Otto & Wollesen, 2024; Shi et al., 2024) ter kratke vaje globokega dihanja s pozitivno naravnostjo, kot je denimo hvaležnost (Melnik et al., 2020). Ugotovitve potrjujejo, da različne oblike telesne dejavnosti izboljšujejo ergonomsko držo, zmanjšujejo bolečine v hrbtu ter povečujejo delovno sposobnost. Uspešni programi so vključevali tudi jogo, aerobno vadbo, vaje za mišično moč in gibljivost (Heuel, Otto & Wollesen, 2024). Odzivnost na telesno dejavnost med delovnim časom je bila pozitivna. Zdravstveni delavci so poročali, da bi jim telesna dejavnost na delovnem mestu pomagala izboljšati telesno pripravljenost (Saridi et al., 2019). Vadba pod strokovnim nadzorom fizioterapevta je pokazala še boljše rezultate, saj je prispevala k večji motivaciji udeležencev in omogočila lažje ohranjanje ustrezne intenzivnosti vadbe. Zato lahko fizioterapevti igrajo pomembno vlogo pri spodbujanju višje ravni zdravja v zdravstvenih ustanovah (Matsugaki et al., 2024). Ker se delovne zahteve razlikujejo med delovnimi okolji, bi telesna dejavnost morala biti prilagojena potrebam zaposlenih (Heuel et al., 2024; Fijačko, Creber, Metličar, Gosak & Štiglic, 2024).

Zaradi spremembe življenjskega sloga, še posebej v zadnjih desetletjih, ljudje zanemarljivo svoje telo in svojo energijo preusmerjamo v delo. Če je delo avtomatizirano, le dodatno poslabša zdravstveno stanje s poudarkom na mišično-skeletnih težavah, daljših bolniških dopustih, nezadovoljstvu na delovnem mestu in stresu. Vadba pozitivno vpliva na več komponent: zmanjša obremenitve mišično-skeletnih struktur, izvajanje telovadbe med delom je pripomoglo k večji telesni aktivnosti v prostem času in spremeni se sestava telesa (zmanjšan obseg pasu, znižan delež maščobe v telesu in v nekaterih primerih tudi znižanje telesne mase). Zaradi znižanja telesne mase se zniža tveganje za sladkorno bolezen in hipertenzijo. Ne smemo pozabiti na mentalno zdravje, namreč vadečim se je izboljšalo počutje, povečala produktivnost in imeli so manj odsotnosti zaradi bolezni (Ocvirk, Dolenc & Hadžić, 2021). Promocija zdravja je učinkovito sredstvo pri spopadanju s stroški bolniških odsotnosti, zmanjšanja stroškov prezentizma (zaposlenih, ki so kljub zdravstvenim težavam prisotni na delovnem mestu), poveča se produktivnost in ekonomičnost (Predjed, Bajt & Jeriček Klanšček, 2016). Metaanaliza je pokazala pozitivne učinke promocije zdravja na rezultatih povezanih s težo, duševnimi motnjami in mišično-skeletnimi težavami. Promocija zdravja ima preventivni učinek, z osredotočenostjo na spremembo vedenja in spodbujanje zdravega življenjskega sloga, pri tem so uspešnejše celovite multimodalne intervencije (vadba, dieta, obvladovanje vedenjskih vzorcev, samopomoč, individualno ali skupinsko svetovanje ...) za preprečevanje kroničnih

bolezni. Priporočil za delodajalce ni lahko oblikovati. Prvi pogoj je vsekakor ocena potrebe in možnosti ter okrepiti delodajalce s praktičnimi orodji za izvajanje promocije zdravja in preprečevanje prekomerne telesne teže, duševnih in mišično-skeletnih motenj, vendar potrebujemo večji vpogled na prednosti in ovire za izvajanje intervencij za spodbujanje zdravja na delovnem mestu (Ingeborg Proper & van Oostrom, 2019).

Fizioterapija je zdravstveno področje, odgovorno za promocijo, spodbujanje, razvoj, vzdrževanje in vzpostaviti največjo gibalno in funkcionalno sposobnost. Zahteva strokovno znanje in izkušnje na področju rehabilitacije in znanosti o gibanju, zato so pomembni udeleženci pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe. Fizioterapevti so visoko izobraženi avtonomni izvajalci, ki delujejo na vseh ravneh zdravstva, kakor tudi na domu, v skupnosti in v številnih podjetjih ter organizacijah (Taimoor Khalid, Farhan Sarwa, Haroon Sarwar & Sarwar, 2015). Celovite zdrave intervencije na delovnem mestu lahko izboljšajo zdravje, dobro počutje in spodbujajo zdrav življenjski slog zdravstvenih delavcev (Brand et al. 2017). Dokazi zadnjih treh desetletij dokazujejo, da dobro načrtovani in izvedeni programi, ki temeljijo na načelih in dokazih, imajo pozitivne zdravstvene in finančne izide. Vsaka organizacija ima svojo kulturo, zato ni enovitega programa, ki »deluje«. Zato morajo razmisliti o svojih ciljih za olajšanje poti do uspeha. Delodajalci, ki se odločijo za program promocije zdravja morajo uporabiti najboljše in obetavne izsledke praks za povečanje verjetnosti pozitivnih rezultatov (Goetzel, Henke, Tabrizi, Pelletier, Loeppke & Ballard ... et al., 2014).

Omejitev pri preučevanju sta majhen vzorec skupin in kratko časovno obdobje izvajanja telovadbe za zaposlene. Posledično ne moremo izvesti dolgoročne analize vpliva vadbe na zdravje ljudi. Za eno izmed omejitev lahko štejemo subjektivnost povratnih informacij vadečih, saj udeleženci morda niso bili iskreni pri izražanju svojih dejanskih mnenj in občutkov. Omejitev, a hkrati možnost za izboljšavo, je, da nismo merili ravni telesne pripravljenosti z diagnostičnimi orodji, na primer meritve telesne sestave z bioimpedančno analizo. Za objektivno merjenje z diagnostičnimi orodji in za dolgoročno vzdržnost programa ter zadovoljstvo odgovornih za izvajanje telovadbe za zaposlene so potrebni dodatni finančni viri, čas in podpora vodstva.

ZAKLJUČEK

Vsakršna vadba ali telesna aktivnost je dobrodošla. Promocija zdravja je učinkovita za delavce na vseh področjih, vključno v zdravstvu. Še posebej zdravstveni delavci in sodelavci morajo spodbujati čim več telesne dejavnosti in strukturirane telesne aktivnosti. Telesna aktivnost oziroma telovadba dokazano učinkuje na obvladovanje telesne teže, nenalezljive bolezni (znižuje visok krvni tlak in zmanjša možnost pojava sladkorne bolezni in raka ter drugih srčno-žilnih bolezni) in izboljša kvaliteto spanca ter prispeva h regulaciji hormonskega ravnovesja. Prav tako prispeva k manjšemu absentizmu zaradi zdravstvenih težav. Predstavlja cenovno dostopen način spoprijemanja z zdravstvenimi težavami, vključno z mišično-skeletnimi obolenji, pripomore k boljšemu mentalnemu zdravju ter vsesplošnemu boljšemu počutju, zmanjšuje splošno umrljivost in tveganje za prezgodnjo smrt. Zaradi sodobnega sedentarnega načina življenja, ki nam onemogoča gibanje, se moramo toliko bolj zavedati pomembnost telesne aktivnosti. Za povečanje vsakodnevnega gibanja lahko začnemo že pri telesni dejavnosti, ki ga povzročijo skeletne mišice in zahteva porabo energije. V ta koncept spada kolesarjenje npr. do službe, hoja po stopnicah namesto z dvigalom, gospodinjska opravila, fizična aktivnost povezana z delom, kakor tudi gibanje in vadbo. Telesna aktivnost je naslednji korak, saj njena posledica je opazen dvig porabe energije nad nivo bazalnega metabolizma in je neka strukturirana ponavljajoča dejavnost.

Razne oblike promocije zdravja so nujno potrebne za delovno populacijo. Jasnih navodil za izvajanje tovrstnih programov ni, obstajajo le smernice in priporočila. Zato je potrebno, da vsaka organizacija izdela lastne programe, ki temeljijo na potrebah njihovih delavcev. Vendar je nujno potrebno, da se programi ustvarijo s sodelovanjem strokovnjakov iz tega področja, za optimalno učinkovitost njihovega delovanja. V slovenskem prostoru je možnost napredka pri razvoju programov za promocijo zdravja na delovnem mestu. Področje je dokaj neraziskano in možnosti za njegov razvoj so velike, saj vsak posameznik bo bil enkrat del delovne populacije. Delodajalci se morajo zavedati pomembnosti dobrega fizičnega in duševnega zdravja svojih delavcev, saj edino tako bodo imeli zdrave, produktivne in samostojne delavce. Zgledujemo se lahko po velikih podjetjih, ki imajo že vrsto let uspešne programe promocije zdravja. Potrebno je nadaljnje raziskovanje na predstavljenem področju in zagovarjati delavce in jih spodbujati k zdravemu življenjskemu slogu.

LITERATURA

- Abdin, S., Welch, R. K., Byron-Daniel, J. & Meyrick, J. The effectiveness of physical activity interventions in improving well-being across office-based workplace settings: a systematic review. *Public Health*, 160, 70–76. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.029>.
- Brand, S. L., Thompson Coon, J., Fleming, L. E., Carroll, L., Bethel, A., & Wyatt, K. (2017). Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLoS one*, 12(12), e0188418. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188418>
- Breznik, K. (2023). Telesna dejavnost fizioterapevtov zaposlenih v slovenskih zdraviliščih. [diplomska naloga, Univerza v Ljubljani]. <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=170819&lang=slv>
- Calogiuri, G., Evensen, K., Weydahl, A., Andersson, K., Patil, G., Ihlebæk, C., Raanaas, R. K., Aas, R. W., Raanaas, R. K. & Shaw, L. (2015). Green exercise as a workplace intervention to reduce job stress. Results from a pilot study. *WORK*, 53(1), 99–111. <https://doi.org/10.3233/WOR-152219>
- Das, B. M., & Adams, B. C. (2021). Nurses' physical activity exploratory study: Caring for you so you can care for others. *Work*, 68(2), 461–471. <https://doi.org/10.3233/WOR-203386>
- Fijačko, N., Creber, R. M., Metličar, Š., Gosak, L., & Štiglic, G. (2024). Nurses' occupational physical activity and workload in a perioperative intensive care unit in Slovenia. *Preventive medicine reports*, 37, 102543. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102543>
- Frantz J., M. & Ngambare, R. (2013). Physical activity and health promotion strategies among physiotherapists in Rwanda. *Afr Health Sci* 13(1): 17–23. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3645085/>
- Goetzel, R. Z., Henke, R. M., Tabrizi, M., Pelletier, K. R., Loepke, R., Ballard, D. W., Grossmeier, J., Anderson, D. R., Yach, D., Kelly, R. K., McCalister, T., Serxner, S., Selecky, C., Shallenberger, L. G., Fries, J. F., Baase, C., Isaac, F., Crighton, K. A., Wald, P., Exum, E., Shurney, D., ... Metz, R. D. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work?. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56(9), 927–934. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000276>
- Hammig, O. (2020). Work- and stress-related musculoskeletal and sleep disorders among health professionals: A cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03327-w>
- Heuel, L., Otto, A. K., & Wollesen, B. (2024). Physical exercise and ergonomic workplace interventions for nursing personnel—effects on physical and mental health: A systematic review. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 54(3), 291–324. <https://doi.org/10.1007/s12662-023-00922-6>
- Horvat Tišlar, M. (2024). Ocena ravni telesne pripravljenosti pri fizioterapevtih za preprečevanje bolezni mišičnoskeletnega sistema na delovnem mestu [Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani]. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=155556>
- Jakopič, N. & Bahun, M. 2024. Vloga fizioterapevtov pri promociji telesne dejavnosti odraslih oseb. *Fizioterapija* 32(1). https://physio.si/wp-content/uploads/2024/07/Fizioterapija_2024_junij_2-67-74.pdf
- Jakovljevič, M. (2024). Work-related musculoskeletal disorders in nurses: Still an unsolved problem in reality (narrative literature review). *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1004441>
- Joseph, B., & Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 20(2), 71–72. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.197518>
- Khalid, M. T., Sarwar, M. F., Sarwar, M. H. & Sarwar, M. H. (2015). Current Role of Physiotherapy in Response to Changing Healthcare Needs of the Society.

- Kgokong, D. & Parker, R. (2020). Physical activity in physiotherapy students: Levels of physical activity and perceived benefits and barriers to exercise. *S Afr J Physiother* 76(1). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7203537/>
- Matsugaki, R., Kuhara, S., Saeki, S., Jiang, Y., Michishita, R., Ohta, M., & Yamato, H. (2017). Effectiveness of workplace exercise supervised by a physical therapist among nurses conducting shift work: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 59(4), 327-335. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0230-OA>
- Mcphail, S. M., & Waite, M. C. (2014). Physical activity and health-related quality of life among physiotherapists: a cross sectional survey in an Australian hospital and health service. *Journal of occupational medicine and toxicology* 9(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-9-1>
- Melnik, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., & Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929-941. <https://doi.org/10.1177/0890117120925440>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022). *Smernice za telesno dejavnost in sedeče vedenje (kratek pregled)*. https://niz.si/wp-content/uploads/2022/07/who_smernice_td_slv.pdf
- National Health Service. (2022). *Overview: Physiotherapy*. <https://www.nhs.uk/conditions/physiotherapy/>
- Ocvirk, T., Dolenc, M. & Hadžić, V. (2021). Pozitivni učinki telovadbe na sedečem delovnem mestu. *Revija šport*. https://www.researchgate.net/publication/353212249_Positive_effects_of_workplace_exercises
- Proper, K. I., & van Oostrom, S. H. (2019). The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(6), 546–559. <https://www.jstor.org/stable/26844865>
- Puh, U. 2013. *Razširjen strokovni kolegij za fizioterapijo: Opis poklica fizioterapevt*. Fizioterapija, 21(1), pp. 64-71. https://physio.si/wp-content/uploads/2021/07/9.-Opis-poklica-fizioterapevt_2013_No1_p64-74.pdf
- Saad, H. A., Low, P. K., Jamaluddin, R., & Chee, H. P. (2020). Level of physical activity and its associated factors among primary healthcare workers in Perak, Malaysia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(16), 5947. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165947>
- Saridi, M., Filippopoulou, T., Tzitzikos, G., Sarafis, P., Souliotis, K., & Karakatsani, D. (2019). Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. *BMC Research Notes*, 12(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4240-1>
- Shi, H., Hu, F. B., Huang, T., Schernhammer, E. S., Willett, W. C., Sun, Q., & Wang, M. (2024). Sedentary behaviors, light-intensity physical activity, and healthy aging. *JAMA Network Open*, 7(1), e2416300. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.16300>
- Splošna bolnišnica Izola. 2024. *Načrt promocije zdravja*. Izola: Splošna bolnišnica Izola.
- World Confederation for Physical Therapy (2023). *Policy statement: Description of physiotherapy*. <https://world.physio/policy/ps-descriptionPT>
- World health organisation. (2021). *Physical activity*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/physical-activity>
- World health organisation. (2024). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization. 2020. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>
- World Physiotherapy. (2019). *Description of physical therapy*. <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)*. (2011). Uradni list Republike Slovenije, št. 43/11. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5537>

Barbara Luštek, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Novo mesto

lustekb@gmail.com

ČIŠČENJE OPERACIJSKIH PROSTOROV POMEMBEN DEJAVNIK TVEGANJA PRI PREPREČEVANJU OKUŽBE KIRURŠKE RANE

Cleaning operating theatres an important risk factor in preventing surgical wound infection

IZVLEČEK

Operacijske dvorane predstavljajo enega najbolj kompleksnih delovnih okolij v bolnišnicah. Prav tako predstavljajo tudi eno najdražjih okolij zaradi drage, zahtevne opreme in eno dražjih delovišč z upravljanjem kadrovskih virov. Potrebna je učinkovita organizacija dela za maksimalno izrabo operacijskih prostorov za skrajševanje čakalnih vrst v operativni dejavnosti. V letu 2024 je Ministrstvo za zdravje pripravilo temeljno izhodišče Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu 2022–2031 za zagotavljanje učinkovitega razvoja sistematičnega vodenja ter izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvu, na temeljih z dokazi podprte znanosti. Prenovljen je bil tudi kazalnik kakovosti učinkovitost dela v operacijskem bloku. Meri se odstotek časa, ko je v času delovanja operacijske dvorane v njej prisoten pacient. Čas prisotnosti pacienta ne vključuje časa čiščenja operacijske dvorane in priprave operacijske dvorane z opremo in aparaturami. To je čas, ki je namenjen čiščenju operacijske dvorane in pripravi z opremo in instrumenti za naslednjega pacienta.

Ob tem se je treba zavedati, da izboljšanje rezultatov učinkovitosti ne sme biti na račun povečanja neželenih dogodkov v zdravstveni obravnavni pacientov. Okužba kirurške rane je ena najpogostejših zapletov po operacijskih posegih in pomemben kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe. Učinkovito preprečevanje okužbe kirurške rane zahteva multidisciplinarni pristop, kjer ključno vlogo igra operacijska medicinska sestra. Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da je čiščenje operacijskih prostorov pomemben dejavnik tveganja pri preprečevanju okužbe kirurške rane. Zadnje raziskave kažejo, da se priporoča kombinacija pristopov tradicionalnih metod čiščenja operacijskih prostorov z uporabo UVC tehnologije. Ta kombinacija zagotavlja celovito zmanjšanje mikrobne obremenitve, preprečevanje navzkrižne kontaminacije in dvig splošne varnosti pacientov in osebja. Vsi postopki morajo biti standardizirani in merljivi. Reden mora biti tudi nadzor uspešnosti čiščenja. Operacijska medicinska sestra ima pomembno vlogo pri zagotavljanju doslednega izvajanja protokolov. Vsakemu pacientu je treba zagotoviti čisto in varno okolje.

Ključne besede: varnost, kazalnik kakovosti, UVC tehnologija

ABSTRACT

Operating theatres are one of the most complex working environments in hospitals. They are also one of the most expensive environments due to expensive, complex equipment and one of the most expensive workplaces in terms of human resource management. Efficient work organisation is needed to maximise the use of operating theatres to reduce queues in the operating room. In 2024, the Ministry of Health prepared the basic starting point of the National Strategy for Quality and Safety in Healthcare 2022-2031 to ensure the effective development of the systematic management and improvement of the quality and safety of healthcare services in the Slovenian healthcare system, based on evidence-based science. The quality indicator Efficiency of work in the operational block has also been renewed. It measures the percentage of time that a patient is present in the operating theatre when it is in operation. Patient presence time does not include time spent cleaning the operating theatre and preparing the operating theatre with equipment and apparatus. It is the time spent cleaning the operating theatre and preparing it with equipment and instruments for the next patient. It should be borne in mind that improvements in efficiency outcomes should not be at the expense of an increase in adverse events in patient care. Surgical wound infection is one of the most common complications following surgery and an important indicator of the quality of care. Effective prevention of surgical wound infection requires a multidisciplinary approach, with the operating room nurse playing a key role. The World Health Organisation points out that cleaning of operating theatres is an important risk factor in the prevention of surgical wound infection. Recent research suggests that a combination of traditional OR cleaning approaches with the use of UVC technology is recommended. This combination provides an overall reduction of the microbial load, prevention of cross-contamination and an increase in the overall safety of patients and staff. All procedures should be standardised and measurable. Regular monitoring of cleaning performance must also be carried out. The OR nurse plays an important role in ensuring that protocols are implemented consistently. A clean and safe environment must be provided for each patient.

Key words: safety, quality indicator, UVC technology

UVOD

Okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, ki vključujejo bolnišnične okužbe (BO), predstavljajo velik javnozdravstveni problem. Operirani bolniki so izpostavljeni povečanemu tveganju za zaplete med zdravljenjem, vključno z okužbami kirurške rane (OKR), ki spadajo med najpogostejše BO. Povezane so s podaljšano hospitalizacijo, z dodatnimi operativnimi posegi, s hospitalizacijo v enotah intenzivnega zdravljenja in višjo smrtnostjo (MESBO protokol, 2023).

20 do 40 % bolnišničnih okužb pri bolnikih v enotah intenzivne terapije je bilo pripisanih s patogeni okuženimi rokami zdravstvenih delavcev zaradi neposrednega stika z okuženimi ali koloniziranimi bolniki ali stika z okuženimi površinami v bolnišničnem okolju. Poleg tega so patogeni, kot je proti metilicinu odporni *Staphylococcus aureus* (MRSA), na vankomicin odporni enterokoki (VRE), *Clostridioides difficile* (C difficile), *Acinetobacter* in norovirus, lahko dalj časa preživijo na okolijskih površinah. Literatura potrjuje povezavo med onesnaženimi bolnišničnimi površinami in BO (Branch & Amiri, 2020).

Znani so številni dejavniki tveganja, ki vplivajo na nastanek OKR. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation – WHO) je izdala priporočila, ki temeljijo na dokazi podprti ukrepi in so prilagojena na različne možnosti zdravstvenih sistemov po svetu (WHO Global Guidelines for Preventing Surgical Site Infections, 2018). Tudi v slovenskem prostoru se povzemajo priporočila WHO o dejavniki tveganja in priporočenimi ukrepi glede na posamezno tveganje (MESBO protokol, 2023; Trotošek, 2019).

WHO je v posodobljeni izdaji priporočil (WHO Global Guidelines for Preventing Surgical Site Infections, 2018) opozorila tudi na dejavnike tveganja, povezane s čiščenjem in razkuževanjem operacijskih prostorov, aparatov ter kirurških instrumentov. Leta je onesnaženo okolje veljalo za manj pomembno od drugih dejavnikov tveganja, ki prispevajo k BO. Nedavni dokazi kažejo, da okuženo bolnišnično okolje igra pomembno vlogo pri prenosu mikroorganizmov.

Številne študije so pokazale, da je zračni prenos pomemben eksogeni vir intraoperativne kontaminacije kirurške rane. Poleg tega lahko do endogene kontaminacije pride zaradi bolnikove lastne flore, bodisi med operacijo ali v pooperativnem obdobju. Za zmanjšanje količine zračnih onesnaževalcev so se kot učinkovite izkazale naslednje strategije:

- uporaba prezračevanja z laminarnim tokom zraka,
- nadzor nad gibanjem osebja in omejevanje števila prisotnih v operacijski sobi,
- nošenje posebnih zaščitnih oblek z izpušnimi filtri,
- uporaba kirurških oblačil, ki popolnoma prekrijejo lase in telo,
- odstranjevanje kirurškega dima pri postopkih z elektrokirurškimi enotami ali laserjem (npr. pri ablaciji tkiva),
- uporaba UV svetlobe za uničevanje zračnih onesnaževalcev (Spencer & Edminston, 2014).

Slovenske bolnišnice sodelujejo z zbiranjem podatkov v okviru redne dejavnosti epidemiološkega spremljanja bolnišničnih okužb, ki je obvezno po Zakonu o nalezljivih boleznih. Od leta 2023 je ESOKR obvezno v skladu z Uredbo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje in obsegu sredstev za leto 2023 (Ur. l. RS št. 8/23), ki v 131. členu bolnišnice obveže, da spremljajo kazalnik kakovosti »okužba kirurške rane pri izbranih posegih« (MESBO protokol, 2023).

KAZALNIKI KAKOVOSTI

Ministrstvo za zdravje želi na področju zdravstva s pomočjo kazalnikov kakovosti opolnomočiti izvajalce v zdravstvenem sistemu za izboljšanje svojega dela. Na področju BO in s tem posledično na zmanjšanje OKR spremljamo naslednje kazalnike kakovosti: kolonizacija z večkratnimi odpornimi bakterijami (VBO), okužba kirurške rane in higiena rok. Pomemben kazalnik kakovosti je tudi učinkovitost dela v operacijskem bloku.

Operacijske dvorane so med najkompleksnejšimi in najdražjimi delovnimi okolji v zdravstvu. Njihova učinkovita raba skrajšuje čakalne vrste, optimizira stroške ter povečuje zadovoljstvo pacientov in osebja. Ključna je maksimalna izraba časa brez povečanja tveganja za neželene dogodke, ob zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Ob tem se je treba zavedati, da izboljšanje rezultatov učinkovitosti ne sme biti na račun povečanja neželenih dogodkov v zdravstveni obravnavni pacientov (Ministrstvo za zdravje RS, 2024).

V tem dokumentu je pri metodologiji o spremljanju KK med drugima navedeno tudi »Čas prisotnosti pacienta ne vključuje časa čiščenja operacijske dvorane in priprave OP dvorane z opremo in aparaturami, kar je treba upoštevati pri tolmačenju rezultatov. Ta čas se imenuje čas obrata v operacijski dvorani med dvema operacijama (po angleško Room turnover time).«

Čas obrata v operacijski dvorani med dvema operacijama je časovni interval od trenutka, ko je operacijska dvorana prostorsko pripravljena za čiščenje (običajno, ko pacient zapusti operacijsko dvorano), do trenutka, ko je dvorana očiščena, pripravljena za naslednji poseg. To vključuje vse postopke, kot so čiščenje, dezinfekcija, priprava opreme in preverjanje varnosti za naslednji kirurški poseg. Ta čas je pomemben za optimizacijo operativne učinkovitosti in zagotavljanje, da operacijska dvorana ostane pripravljena za naslednjo operacijo v najkrajšem možnem času.

Študije so pokazale, da se povprečen čas, porabljen za čiščenje in pripravo operacijske sobe, giblje med 20 in 28,8 minute povprečno in v literaturi ni soglasja o idealnem času, ob upoštevanju številnih raznolikosti med storitvami (Avila et al., 2014).

Pri načrtovanju operativnega programa bi se moral upoštevati tudi čas obrata operacijske dvorane.

OPREDELITEV OKUŽBE KIRURŠKE RANE

Okužbe kirurških ran so med najpogostejšimi bolnišničnimi okužbami in so razdeljene v tri glavne kategorije:

- površinska incizijska OKR: omejena na kožo in podkožno tkivo;
- globoka incizijska OKR: vključuje globlje mehko tkivo (mišice, fascijo);
- organ/prostor OKR: vključuje katerikoli del operiranega anatomskega prostora (MESBO protokol, 2023).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in slovenski MESBO protokol definirata OKR kot okužbo, ki se pojavi v 30 dneh po operaciji (ali v 90 dneh, če je bil vstavljen implantat) in zahteva dokumentirane znake okužbe (rdečica, gnojni izcedek, mikrobiološka potrjenost) (MESBO protokol, 2023; WHO Global Guidelines for Preventing Surgical Site Infections, 2018).

KATEGORIJE TVEGANJA GLEDE NA ČISTILNE CONE

Po modelu iz Ženeve (Pittet et al., 2022) so operacijske dvorane opredeljene kot zelo visoko tvegane cone (Cona 4). Frekvenca čiščenja v teh prostorih mora biti najvišja, saj se pri višjih stopnjah tveganja poveča potreba po pogostem in doslednem čiščenju in razkuževanju.

Ohranjanje sterilnosti operacijske dvorane je ključno za varnost bolnikov. Med posegi lahko kri in druge telesne tekočine kontaminirajo opremo in površine, kar povečuje tveganje za bolnišnične okužbe. Neustrezno čiščenje in razkuževanje lahko vodi do izbruhov okužb (Branch & Amiri, 2020).

Po Branch (2020) mora perioperativno osebje opraviti ustrezno čiščenje in razkuževanje okolijskih površin po vsakem kirurškem posegu, da se odstrani kontaminacija iz operacijske dvorane in anestezijskih delovnih površin, ki so posledica postopka. Pri ustvarjanju ali posodabljanju okolijskih površinskih higienskih pravilnikov in postopkov, naj se vodje osredotočijo na naslednje elemente:

- čiščenje in razkuževanje površin nekritične opreme in površin, ki se jih pogosto dotikajo ljudje,
- čiščenje prostorov med postopki,
- oddelčno politiko in interdisciplinarno sodelovanje,
- objektivno spremljanje učinkovitosti čiščenja in
- izobraževanje in usposabljanje osebja.

Cahn (2022) poudarja, da morajo zdravstvene organizacije pri oblikovanju ali spreminjanju pravil in postopkov vključiti metodični vzorec čiščenja, ki omejuje prenos mikroorganizmov. Osebje mora čistiti od čistega proti umazanemu in od vrha proti dnu, pri čemer se priporoča sistematični pristop, na primer čiščenje v smeri urnega kazalca, da ne bi izpustili nobene površine. Calm (2022) dodaja, da operacijsko osebje pri čiščenju okolja in higieni rok upošteva smernice, podprte z dokazi, da bi preprečili prenos patogenov na bolnike in člane perioperativne ekipe. Kljub tem smernicam raziskave kažejo, da osebje pogosto ne upošteva pravil o čiščenju v celoti – v eni študiji so v 43 operacijskih dvoranh ugotovili, da so zaposleni očistili le 47 % površin, kar se je po izobraževanju povečalo na 82 %.

Priprava operacijske dvorane na novo operacijo zahteva čiščenje ali razkuževanje, ki ga morda ne morejo zanesljivo izvesti niti usposobljeni izvajalci, ki imajo na voljo jasne protokole (Chen et al., 2020).

Po Fernández-Rodríguez et al. (2024) je zrak v operacijski dvorani lahko pomembno sredstvo za prenos patogenov na kirurško mesto. Prejšnje študije so pokazale jasno povezavo med količino in velikostjo delcev v zraku ter odkrivanjem živih plavajočih mikroorganizmov. Pravzaprav so te študije opozorile tudi na povezavo med enotami, ki tvorijo kolonije (CFU) v operacijski dvorani. Zato je eden od pomembnih dejavnikov za preprečevanje okužb SSL izjemno čist zrak v operacijski dvorani.

Speth (2024) poudarja, da je treba posebno pozornost nameniti higieni rok v povezavi z osebnimi pripomočki, kot so identifikacijske kartice, vrvice za ključke in mobilni telefoni. Vsi osebni pripomočki morajo biti dosledno očiščeni in razkuženi. Za zagotavljanje rednega čiščenja in nadzora nad izvajanjem je odgovorna delovna organizacija.

DEZINFEKCIJA PROSTOROV Z NAPRAVAMI BREZ DOTIKA

Študije kažejo, da številne površine v zdravstvenih prostorih niso ustrezno očiščene, kar povečuje tveganje za prenos patogenov. Učinkovite intervencije, kot so izboljšana razkužila in »brez dotika« dekontaminacija, zmanjšujejo mikrobo kontaminacijo. Kljub temu neustrezno očiščene površine lahko povečajo tveganje okužbe naslednjega pacienta za 5- do 6-krat, pri *C. difficile* celo za 239 %. Zato so razvite tehnologije, kot so vodikov peroksid, UV-C svetloba in elektrostatični pršilniki, ki učinkovito dezinficirajo površine (Rutala et al., 2023).

Po (Rutala & Weber, 2013) je več študij pokazalo, da površine in predmeti v prostorih pogosto niso ustrezno očiščeni in so zato potencialno okuženi. Zaradi tega je več proizvajalcev razvilo enote za razkuževanje prostorov, ki lahko dekontaminirajo okolje površine in predmete. Ti sistemi uporabljajo eno od dveh metod: bodisi ultravijolično C svetlobo (UVC) ali naprave z vodikovim peroksidom (hydrogen peroxide – HP). Te tehnologije dopolnjujejo standardno čiščenje in razkuževanje površin, nikakor pa niso zamenjava za čiščenje in kemično dezinfekcijo. Poleg tega se naprave lahko uporabljajo samo za dekontaminacijo praznega prostora.

WHO odsvetuje uporabo aerosolnih metod, kot so pršenje ali fumigacija, saj niso učinkovite in lahko predstavljajo dodatna tveganja (WHO Global Guidelines for Preventing Surgical Site Infections, 2018).

UVC DEZINFEKCIJA

Rutala et al. (2023) navajajo, da UVC svetloba v območju 200–280 nm deluje kot močan dekontaminacijski agent, saj uničuje mikroorganizme z razgradnjo nukleinskih kislin (DNA in RNA). Najpogosteje uporabljena 254 nm UVC svetloba učinkovito deaktivira patogene, vendar je škodljiva za ljudi. Karabegović et al. (2021) pa poudarjajo, da ozkospektralna UVC svetloba (207–222 nm) ohranja dekontaminacijsko učinkovitost, hkrati pa je varnejša za ljudi, saj ne prodre skozi vrhno plast kože. Njihova študija je pokazala, da 222 nm UVC uspešno deaktivira MRSA (meticilin-rezistentni *Staphylococcus aureus*) podobno kot klasična 254 nm UVC, vendar brez škodljivih učinkov na zdravje ljudi.

Učinkovitost UV sevanja je odvisna od številnih različnih parametrov, kot so organska obremenitev, oddaljenost od UV naprave, patogen, odmere, čas izpostavljenosti, postavitev svetilke, vrsta površine, usmerjenost površine do vira UV, neposredna ali posredna vidna linija naprave, velikost in oblika prostora, intenzivnost, odsev in vzorci gibanja zraka (Rutala et al., 2023).

DISKUSIJA

V operacijskih prostorih sta vzdrževanje higiene in nadzor nad okužbami ključnega pomena za zagotavljanje varnosti pacientov. Povečanje stopnje OKR predstavlja velik izziv za zdravstvene ustanove po vsem svetu, saj so te okužbe povezane z daljšim zdravljenjem, večjimi stroški in slabšim izidom zdravljenja. Eden od ključnih dejavnikov pri preprečevanju teh okužb je dosledno čiščenje in dezinfekcija operacijskih prostorov.

Čeprav so standardne metode čiščenja učinkovite pri odstranjevanju vidnih onesnaževalcev, samo mehansko čiščenje ni dovolj za odpravo mikrobov, ki lahko povzročijo okužbe. Kemična dezinfekcija igra ključno vlogo pri zmanjšanju tveganja za okužbe, saj učinkovito ubija patogene, ki preživijo mehansko čiščenje. Za kemično dezinfekcijo se uporabljajo različna razkužila, kot so hipoklorit, vodikov peroksid in etanol, ki dokazano zmanjšujejo mikrobo

obremenitev na površinah v operacijskih prostorih. Pomembno je, da se uporaba teh kemikalij izvaja v skladu z navodili proizvajalca, da se zagotovi njihova učinkovitost. Prav tako je treba upoštevati čas izpostavljenosti in koncentracijo, saj nepravilna uporaba lahko zmanjša učinkovitost dezinfekcije in prispeva k razvoju odpornosti na določene snovi.

V zadnjem času so se začele uporabljati nove tehnologije, kot je non-touch dezinfekcija z UVC svetlobo, ki obljublja pomembne koristi pri zmanjševanju biološkega bremena v operacijskih prostorih. UVC dezinfekcija omogoča obsevanje površin brez neposrednega stika, kar zmanjša tveganje za kontaminacijo okolja in zmanjša napore osebja pri čiščenju.

Standardizacija postopkov za čiščenje in dezinfekcijo v operacijskih prostorih je ključnega pomena za zagotavljanje doslednosti in varnosti. Vsi, ki izvajajo kirurške posege v operacijskih dvoranah, bi morali imeti jasno opredeljene protokole, ki vključujejo različne faze čiščenja, kemijske dezinfekcije in uporabo naprednih metod, kot je UVC dezinfekcija. Vendar pa je pomembno, da se UVC uporablja kot dopolnilo tradicionalnim metodam čiščenja, ne pa kot zamenjava. Uporaba UVC svetlobe mora biti standardizirana in izvedena v skladu z določenimi protokoli za doseg maksimalne učinkovitosti.

Na tržišču je veliko različnih naprav z UVC tehnologijo. Na voljo so naprave različnih generacij, ki ne nudijo enakovrednega delovanja. Pri nakupu je treba biti previden in od ponudnikov zahtevati certifikat mikrobiološke učinkovitosti. Od konca leta 2022 obstaja standard za testiranje učinkovitosti teh naprav, BS 8628:2022. Priporočljivo je pridobiti poročilo o testiranju po tem standardu ter preveriti doseženo logaritmčno redukcijo mikroorganizmov in čas, potreben za to.

Poleg tega je spremljanje okužb kirurških ran izjemno pomembno. Za pravočasno prepoznavanje in obvladovanje okužb je treba vzpostaviti učinkovite sisteme za spremljanje in dokumentiranje vseh primerov okužb, ki se pojavijo po operacijah. To omogoča hitro prepoznavanje morebitnih vzorcev ali pomanjkljivosti v postopkih, ki bi lahko pripeljali do povečanja stopnje okužb. S pravočasnimi ukrepi lahko preprečimo širjenje okužb in izboljšamo kakovost oskrbe.

ZAKLJUČEK

Za preprečevanje okužb kirurških ran in zagotavljanje varnega operacijskega okolja je ključno upoštevanje standardiziranih postopkov čiščenja in dezinfekcije, vključno s kemično dezinfekcijo in UVC svetlobo. Te metode morajo biti del širše strategije, ki vključuje tudi redno spremljanje okužb kirurških ran. Prav tako je treba opolnomočiti delavce v zdravstveni negi, zdravnike in zdravstvene odločevalce o pomembnosti čiščenja prostorov in opreme. Treba je zagotoviti dovolj časa za izvajanje čiščenja in dezinfekcije. Pri KK *učinkovitost dela v operacijskem bloku* bi morali slediti tudi času, namenjenemu čiščenju in dezinfekciji. Le s celovitim pristopom, ki vključuje najnovejšo tehnologijo in dosledno izobraževanje osebja, lahko zmanjšamo tveganje za okužbe in zagotovimo najboljše rezultate za naše paciente.

LITERATURA

- Ávila, M. A. G., Fusco, S. F. B., Gonçalves, I. R., Caldeira, S. M., Padovani, C. R., & Yoo, H. H. B. (2014). Time for cleaning and room preparation: Connection between surgery size and professional perspectives. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 131–139. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42525>
- Branch, R., & Amiri, A. (2020). Environmental surface hygiene in the OR: Strategies for reducing the transmission of health care-associated infections. *AORN Journal*. <https://doi.org/10.1002/aorn.13175>
- Cahn, J. (2022). Environmental cleaning. *AORN Journal*. <https://doi.org/10.1002/aorn.13623>
- Chen, L., Li, Y., Qi, Y., Wang, S., Gao, C., & Wu, Y. (2020). Evaluation of a pulsed xenon ultraviolet light device for reduction of pathogens with biofilm-forming ability and impact on environmental bioburden in clinical laboratories. *Progress in Drug Research and Development*, Volume(Issue), page range. <https://doi.org/10.1016/j.pdpdt.2019.08.026>
- Fernández-Rodríguez, D., Tarabichi, S., Golankiewicz, K., & Parvizi, J. (2024). Operating room air may harbor pathogens: The role of an ultraviolet air filtration unit. *The Journal of Arthroplasty*, 39(11). <https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.05.072>
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2024). Metodološka navodila za kazalnike kakovosti v zdravstvu iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2024 (Verzija 1).
- Pavlović, M., Pavlović, M., & Pantović Pavlović, M. (Eds.). (2021). *Meeting point of the science and practice in the fields of corrosion, materials and environmental protection: Proceedings of the XXII YuCorr International Conference, September 13-16, 2021, Tara Mountain, Serbia* [Elektronski izvor]. Serbian Society of Corrosion and Materials Protection UISKOZAM.
- Pittet, D., & Allegranzi, B. (2022). The Geneva model for environmental hygiene. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(5), 505–512. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.50>
- Rutala, W. A., Donskey, C. J., & Weber, D. J. (2023). Disinfection and sterilization: New technologies. *American Journal of Infection Control*, 51(2), 136–146. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.01.004>
- Spencer, M., & Edmiston, C. E. (2014). The role of the OR environment in preventing surgical site infections. *AORN Journal*, 100(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.10.009>
- Speth, J. (2024). Guidelines in practice: Surgical attire. *AORN Journal*, 119(3), 215–223. <https://doi.org/10.1002/aorn.14205>
- Trotovšek, B., & Krebs, B. (2019). Preprečevanje okužb kirurške rane v abdominalni kirurgiji: Predlog izbora z dokazi podprtih priporočil Svetovne zdravstvene organizacije. V T. Požarnik (Ur.), *Kako lahko preprečimo okužbe v perioperativnem okolju: Zbornik XL* (str. 63–81). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu. (2023). *Kakovost in varnost v zdravstvu: Nacionalna strategija (2023–2031)*. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (SLO). <https://www.gov.si>

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.¹

Simona Tomažević, mag. zdr. neg.²

¹Splošna bolnišnica Jesenice

²Psihiatrična bolnišnica Begunje

alenka.bijol@sb-je.si

DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI KOT KLJUČNI DEJAVNIK PRI PREMESTITVI PACIENTA: PRIMER DOBRE PRAKSE

Documentation in nursing as a key factor in patient transfer: A good practice example

IZVLEČEK

Dokumentiranje v zdravstveni negi je ključno za spremljanje pacientov in nadzor nad zdravljenjem. Izvaja se v papirnatih ali digitalnih oblikah, pri čemer je zadnja vse bolj v ospredju, saj sodobni informacijski sistemi omogočajo hitrejši vnos podatkov ter boljšo analizo informacij. To pripomore k učinkovitejšemu odločanju v obravnavi pacientov. Kljub prednostim digitalizacije pa raznolikost informacijskih sistemov otežuje prenos podatkov med ustanovami, kar lahko vpliva na varnost in kakovost oskrbe. Zlasti ob premestitvah pacientov je ključnega pomena natančna in pravočasna izmenjava podatkov o zdravstvenem stanju, terapijah in nadaljnjih priporočilih.

Na Gorenjskem so zato razvili model za enostavnejši prenos zdravstvenih informacij med bolnišnicami, socialnovarstvenimi zavodi in patronažno službo. Model temelji na zagotavljanju točnih in pravočasnih podatkov, izboljšuje povezovanje med ustanovami ter zmanjšuje možnost napak pri prenosu informacij. S tem prispeva k varnejši in celostni obravnavi pacientov.

Ključne besede: digitalna dokumentacija, elektronski zapis, zdravstvena nega, premestitev pacienta

ABSTRACT

Documentation in nursing is essential for monitoring patients and controlling treatment. It is carried out in paper or digital formats, with the latter gaining increasing prominence as modern information systems allow faster data entry and better analysis of information. This helps to make decision-making in patient management more efficient. Despite the benefits of digitisation, the diversity of information systems makes it difficult to transfer data between institutions, which can affect safety and quality of care. Particularly in the case of patient transfers, accurate and timely exchange of information on health status, therapies and follow-up recommendations is crucial.

In Gorenjska, a model has therefore been developed to facilitate the transfer of health information between hospitals, social care institutions and the care service. The model is based on the provision of accurate and timely data, improves integration between institutions and reduces the possibility of errors in information transfer. This contributes to safer and more integrated patient care.

Key words: digital documentation, electronic record, nursing care, patient transfer

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Zdravstvena dokumentacija predstavlja temeljni vir informacij o pacientu, saj vključuje izvirno in reproducirano dokumentarno gradivo ne glede na obliko zapisa ali nosilec podatkov. Nastaja pri izvajanju zdravstvene oskrbe in je ključna za spremljanje zdravstvenega stanja pacienta ter zagotavljanje pravic in obveznosti v okviru zdravstvene dejavnosti (ZZPPZ, 2000).

Natančno in sistematično dokumentiranje v zdravstveni negi povečuje varnost, učinkovitost ter etično odgovornost pri obravnavi pacientov. Dokumentiranje zajema zbiranje in zapisovanje podatkov, ki so pridobljeni od pacienta, kar omogoča boljše komunikacijo in kakovostnejšo zdravstveno oskrbo (Klinar, 2020).

Premestitev pacienta med različnimi enotami ali ustanovami predstavlja izziv za kontinuiteto oskrbe, zato je kakovostna zdravstvena dokumentacija ključna pri prenosu pomembnih informacij. Uspešno in pravilno dokumentiranje preprečuje izgubo informacij in zmanjšuje možnost napak, kar prispeva k večji varnosti pacienta ter optimizaciji delovnih procesov. Elektronsko vodena dokumentacija omogoča nov pristop k zbiranju, obdelovanju in prikazovanju podatkov ter prispeva k izboljšanju sledljivosti in kakovosti zdravstvene oskrbe (Hadžić, 2020).

Poleg zagotavljanja varnosti pacientov ima dokumentacija ključno vlogo pri komunikaciji med zdravstvenimi delavci in drugimi deležniki. Natančno dokumentiranje storitev medicinskih sester prispeva k učinkovitemu sodelovanju z negovalnimi in zdravstvenimi timi, plačniki storitev, raziskovalci ter drugimi institucijami, ki so neposredno ali posredno vključene v zdravstveno oskrbo (American Nurses Association, 2010).

ELEKTRONSKA DOKUMENTACIJA PRI PREMESTITVI PACIENTOV

Vpeljava elektronskega dokumentiranja prinaša številne prednosti, pa tudi izzive (Hadžić, 2020).

- Prednosti: hitrejši dostop do podatkov, večja preglednost in sledljivost, lažja analiza podatkov, boljši nadzor in večja varnost pacienta ter zaposlenih.
- Priložnosti: boljša preglednost opravljenih intervencij, jasnejša razmejitev dela in kompetenc, večja motivacija zaposlenih ter razvoj raziskovalne dejavnosti.

Premestitev pacienta zahteva natančno spremljanje in poročanje zlasti pri pacientih s kompleksnimi zdravstvenimi stanji. Pri zagotavljanju kontinuitete zdravstvene nege je ključnega pomena učinkovita komunikacija med ustanovami in enotami, kar še posebej velja za ranljive

skupine, kot so starejši pacienti, hospitalizirani otroci, pacienti z duševnimi boleznimi, pacienti s sočasnimi boleznimi ter tisti v intenzivni ali paliativni oskrbi (Olsen, Hellzén & Enmarker, 2013; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).

Izguba ključnih informacij pri premestitvi pacienta lahko vodi do zapletov in negativnih izidov. Raziskava na Norveškem (Olsen, Hellzén & Enmarker, 2013) je pokazala, da je v bolnišnično oskrbo prišel le en (1) % pacientov z ustrezno dokumentacijo o kontinuirani zdravstveni negi, medtem ko je ob odpustu v domačo oskrbo 69 % pacientov spremljala negovalna odpustnica. Ta podatek izpostavlja potrebo po izboljšanju komunikacije med zdravstvenimi delavci ob premestitvah.

Premestitve pacientov so običajna praksa v zdravstvenih ustanovah in so namenjene izboljšanju izidov zdravljenja (Mortensen, Borkowski, O'Connor, Patrician & Weech-Maldonado, 2020). Učinkovita dokumentacija omogoča varno premestitev in nemoten prenos odgovornosti, kar prispeva k zmanjšanju neželenih dogodkov (Blay, Duffield, Gallagher & Roche, 2014). Kljub obstoječim smernicam za varno premeščanje pacientov se ti standardi pogosto ne izpolnjujejo v celoti, kar predstavlja izziv za zdravstvene delavce (Kulshrestha & Singh, 2016).

Raziskave kažejo, da premestitev pacienta predstavlja pomembno delovno obremenitev za zdravstveno osebje, saj porabijo med 19,3 % in 29 % delovnega časa za tovrstne postopke. Dokumentacija premestitev je pogosto izpostavljena kot šibka točka, kar dodatno poudarja potrebo po izboljšanju dokumentacijskih procesov v zdravstveni negi (Trovó, Cucolo & Perroca, 2021).

DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI KOT KLJUČNI DEJAVNIK PRI PREMESTITVI PACIENTA: PRIMER DOBRE PRAKSE

Dokumentiranje v zdravstveni negi je ključno za zagotavljanje kakovostne in kontinuirane oskrbe. Ustrezno vodenje dokumentacije omogoča natančno spremljanje stanja pacienta, potrebnih intervencij ter omogoča enoten in tekoč prenos informacij ob premestitvah.

V projektu se dopolnjuje razmišljanje o povezovanju teorije in prakse zdravstvene nege kot tudi individualni, osebni razvoj medicinske sestre in zagotavljanje povezane zdravstvene nege med posameznimi zdravstvenimi ustanovami. Ta pristop omogoča kakovostnejšo, celostno in individualno obravnavo pacienta (Lednik, Pirš, Kamenšek, Donik, 2001).

Začeli smo z izkušnjami ob zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege (v nadaljevanju KZN), ki povezuje zdravstvene ustanove, ki izvajajo prakso zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN), in sicer Psihiatrična bolnišnica Begunje, Klinika Golnik, Splošna bolnišnica Jesenice ter socialno-varstvene ustanove. Zamisel se naslanja na ovrednotenje predstavnikov različnih ustanov, ki so suvereno predstavili različna področja ZN ter s širokim področjem razprave odstrli stičišča, aktualno problematiko in razmišljanja o morebitnih spremembah v korist KZN.

Protokol premestitve pacienta obsega standardizirane postopke premestitve pacienta, ki vključujejo celovito dokumentiranje vseh pomembnih podatkov o pacientu, kot so:

- zdravstveno in psihično stanje,
- potrebe po zdravlilih,
- celovit načrt oskrbe.

Postopek premestitve pacienta temelji na standardiziranih protokolih, ki zajemajo celovito dokumentiranje ključnih informacij o pacientu, vključno z njegovim zdravstvenim in psihičnim stanjem, potrebami po zdravlilih ter načrtom oskrbe. Natančno in pravočasno zabeleženi podatki so bistvenega pomena za uspešen prenos informacij novemu zdravstvenemu timu. Pri tem imajo zaposleni v zdravstveni negi osrednjo vlogo, saj so v stalnem stiku s pacientom in najbolje poznajo njegove potrebe ter odzive. Njihovo skrbno dokumentiranje omogoča boljše razumevanje pacienta v novem okolju. Vpeljava dobre prakse pri premestitvah pacientov vključuje uporabo strukturiranih obrazcev, elektronske zdravstvene dokumentacije ter jasno

in natančno komunikacijo med zdravstvenimi delavci različnih ustanov. Takšen pristop zmanjšuje tveganja za paciente in izboljšuje usklajenost oskrbe.

Ob začetnih srečanjih smo hitro prepoznali več izzivov, na katere smo morali biti še posebej pozorni:

- Prilagoditev dokumentacije: Pacienti s specifičnimi potrebami zahtevajo natančno dokumentiranje. Prizadevali smo si, da bi vsi ključni vidiki njihove oskrbe, ki so že zajeti v obstoječih sistemih dokumentacije, ostali celovito zabeleženi in vključeni v na novo oblikovani obrazec.
- Prenos informacij: Eden večjih izzivov je zagotavljanje, da se podatki med različnimi zdravstvenimi ustanovami prenašajo natančno in v celoti, saj lahko pomanjkljive ali nepopolne informacije privedejo do napak pri oskrbi.
- Standardizacija praks: Usklajevanje in vzdrževanje enotnih standardov za dokumentiranje ter prenos informacij je izziv, še posebej, ko v proces sodelujejo različne ustanove in strokovnjaki z različnimi pristopi.
- Usposabljanje osebja: Za učinkovito izvajanje protokola premestitve je ključnega pomena redno usposabljanje zaposlenih o pravilnem dokumentiranju in prenosu informacij, kar pa zahteva ustrezne časovne in kadrovske vire.
- Uporaba tehnologije: Uvedba elektronskih sistemov za dokumentiranje in prenos podatkov je lahko izziv, še posebej v okoljih, kjer tehnologija ni popolnoma usklajena z drugimi sistemi ali kjer so omejitve zaradi pomanjkanja sredstev.

DISKUSIJA

Raziskav o poteku komunikacije med zaposlenimi v zdravstveni negi ob premestitvah pacientov med zdravstvenimi ustanovami primanjkuje tako v naši državi kot v tujini. Kljub temu pa literatura pogosto obravnava pomen dokumentiranja v zdravstveni negi ter različne načine vodenja evidenc bodisi v papirni bodisi elektronski obliki (Klinar, 2020; Olsen et al., 2013; Prinčič et al., 2015; Ramšak Pajk, 2006). Tuje raziskave opozarjajo na nezanesljivost telefonske predaje pacientovih podatkov (New Zealand Nurses Organisation, 2021), saj pogosto ni mogoče pravočasno vzpostaviti stika z želeno osebo (Trovó, Cucolo & Perroca, 2021).

Uvedba enotnega informacijskega sistema na državni ravni bi bistveno pripomogla k boljši celostni obravnavi pacientov. Hkrati bi to povečalo varnost tako pacientov kot zaposlenih v zdravstveni negi ter izboljšalo kakovost obravnave (Hadžić, 2020).

V gorenjski regiji se je pokazala izrazita potreba po standardiziranem dokumentu, ki bi olajšal in izboljšal proces premestitve pacientov med zdravstvenimi ustanovami. Praksa je namreč pokazala, da telefonski prenos informacij ni zadosten, saj ne omogoča celovitega prenosa vseh ključnih podatkov, potrebnih za nadaljevanje kakovostne in varne zdravstvene nege. Zato smo kot osrednjo nalogo projekta določili oblikovanje dokumenta, ki bi vseboval vse bistvene informacije ob premestitvi pacienta.

Pri projektu smo sodelovali zaposleni v zdravstveni negi iz treh bolnišnic: regijske splošne bolnišnice, specialne bolnišnice in klinike. Postavili smo si jasne cilje, jih časovno opredelili ter načrtovali njihovo izvedbo. Na rednih delovnih srečanjih smo analizirali potrebe po vključitvi posameznih temeljnih življenjskih aktivnosti (upoštevajoč teoretični pristop V. Henderson) in drugih ključnih informacij, ki bi jih moral dokument vsebovati. Dokument je zdaj pripravljen za uporabo, prilagojen trenutnemu informacijskemu sistemu in že v fazi implementacije.

Kljub doseženemu napredku ostaja izziv nepovezanost informacijskih sistemov med različnimi zdravstvenimi ustanovami. Zato smo morali iskati dodatne načine za učinkovito komunikacijo in prenos novega dokumenta ciljni skupini strokovnjakov s področja zdravstvene nege.

Kljub temu smo prepričani, da bo ta primer dobre prakse prispeval k varnejši in bolj učinkoviti oskrbi pacientov.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena dokumentacija, zlasti dokumentacija v zdravstveni negi, je nepogrešljiv element zagotavljanja kakovostne in varne oskrbe pacientov. Natančno in dosledno beleženje podatkov omogoča nemoten potek zdravstvene nege ter zagotavlja kontinuiteto obravnave, še posebej ob premestitvah pacientov med ustanovami. Učinkovita komunikacija in strukturiran prenos informacij sta ključna za preprečevanje napak ter zagotavljanje celostne in usklajene oskrbe.

Z oblikovanjem enotnih postopkov in standardiziranih dokumentov za prenos pacientov se zmanjšuje tveganje za pomanjkljivo ali napačno predajo informacij, kar pripomore k večji varnosti in boljši koordinaciji med zdravstvenimi ustanovami. Nadaljnji razvoj na tem področju, vključno z digitalizacijo in optimizacijo informacijskih sistemov, bo še dodatno izboljšal učinkovitost zdravstvene nege in pripomogel k boljšim izidom zdravljenja. Ključ do uspeha ostaja tesno sodelovanje med strokovnjaki, prilagajanje sistemov potrebam pacientov ter neprekinjeno iskanje rešitev za izboljšanje prakse v zdravstveni negi.

LITERATURA

American Nurses Association. (2010). *ANA's Principles for Nursing Documentation. Guidance for Registered Nurses*. <http://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf>

Blay, N., Duffield, C.M., Gallagher, R. & Roche, M. (2014). A systematic review of time studies to assess the impact of patient transfers on nurse workload. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6):662–73. <https://doi.org/10.1111/ijn.12290>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2017). *Improving documentation at transitions of care for complex patients from Deakin University*. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Rapid-review-Improving-documentation-at-transitions-of-care-for-complex-patients.pdf>

Hadžić, A. (2020). *Elektronsko vodena dokumentacija zdravstvene nege* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, zdravstvena fakulteta, Ljubljana.

Klinar, U. (2020). *Razvoj dokumentacije v zdravstveni negi – pregled literature* (diplomsko delo). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice.

Kulshrestha, A. & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7):451–7. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>

Lednik, L., Pirš, K., Kamenšek, P., Donik, B. (2001) Zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege: DISKUSIJA ob okrogli mizi v Splošni bolnišnici Maribor. *Obzornik zdravstvene nege*, 35 (6): 267-271.

Mortensen, B., Borkowski, N., O'Connor, S.J., Patrician, P.A. & Weech-Maldonado, R. (2020) The relationship between hospital interdepartmental transfers and patient experience. *Journal of Patient Experience*, 7(2):263-9. <https://doi.org/10.1177/2374373519836467>

New Zealand Nurses Organisation. (2021). *Practice guideline: Documentation*. <https://www.nzno.org.nz/Portals/0/publications/Guideline%20-%20Documentation,%202021.pdf>

Olsen, R.M., Hellzén, O. & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated care*, Jan-Mar; 13: e005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653276/>

Prinčič, B., Purkart, M., Oštir, M. & Štih, A., 2015. Sodobno dokumentiranje v zdravstveni negi – elektronsko vodenje zdravstvene nege. *Slovenska Pediatrija*, 22, pp. 28-35.

Ramšak Pajk, J., 2006. Dokumentacija v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(3), pp. 137-142.

Trovó, S.A., Cucolo, D.F. & Perroca, M.G. (2021). Transfer of patients in hospital units: impacts on nursing workload. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55:e0327.

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva /ZZPPZ/ (2000) Uradni list RS št. 65 (21. 7. 2000). <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>

DELAVNICA ERGONOMIJA TRANSFERJA PACIENTA ZA DIJAKE ZDRAVSTVENE NEGE SREDNJE ŠOLE IZOLA

Workshop Ergonomics of Patient Transfer for Nursing Students at Izola High School

IZVLEČEK

Področje zdravstvene nege zahteva nenehno strokovno in praktično izpopolnjevanje, dosledno spremljanje najnovejših dognanj, saj le tako lahko zagotovimo najvišjo raven zdravstvene oskrbe. Delavnica Ergonomija transferja pacienta je bila namenjena usposabljanju dijakov tretjega letnika srednje zdravstvene smeri za učenje pravilnega prenosa pacientov v bolnišničnem okolju, s poudarkom na varnem ravnanju in mobilizaciji. Sestavljena je bila iz kratkega teoretičnega dela o predstavitvi delovne ergonomije, vezane na bolnišnično okolje, in pripomočkov pri izvajanju transferja, ter praktičnega dela, ki je omogočil dijakom preizkus različnih scenarijev prenosa pod mentorstvom in simulacijo realnih situacij. Delavnica je okrepila njihovo samozavest, spodbujala skupinsko komunikacijo in komunikacijo z drugim zdravstvenim osebjem, iskanje rešitev in kritično razmišljanje. Omenjene lastnosti jim bodo pomagale pri orientaciji v kliničnem okolju in uspešnem spoprijemanju z izzivi. Povratne informacije so pokazale visoko stopnjo zadovoljstva dijakov ter njihovo željo po dodatnih praktičnih delavnicah.

Ključne besede: prenos pacienta, mobilizacija, ergonomija dvigovanja, dijaki, zdravstvena nega

ABSTRACT

The nursing field requires continuous professional and practical training, consistent monitoring of the latest developments, because this is the only way to ensure the highest level of medical care. The Workshop on Ergonomics of patient transfer was intended to train third-year students of the secondary nursing department to learn how to properly transfer patients in a hospital environment, with emphasis on safe handling and mobilization. It consisted of a short

theoretical part based on work ergonomics related to the hospital environment and transfer aids, and practical work, which enabled students to test various transfer scenarios under mentorship and simulate real situations. The workshop strengthened their self-confidence, promoted group communication and communication with other medical personnel, finding solutions and critical thinking. The aforementioned qualities will help them orient in the clinical environment and successfully deal with challenges. Feedback showed a high level of student satisfaction and their desire for additional practical workshops.

Key words: patient transfer, mobilization, ergonomics of lifting, students, nursing

UVOD

Premikanje, prenašanje, nameščanje in dvigovanje pacientov brez uporabe ustreznih tehnik in opreme za delo s pacienti lahko povzroči mišično-skeletne poškodbe (World health organisation, 2025). Izraz ergonomija vključuje multidisciplinarne vede in s tem širok spekter naravnih zakonitosti, ki vplivajo na posameznika pri opravljanju dela. Vključuje telesne in duševne zmožnosti v interakciji z življenjskim in delovnim okoljem. V samem središču definicije je človek, na katerega preučujemo fizikalne, kognitivne in organizacijske sposobnosti (Balantič, Polajnar & Jevšnik, 2016). Veda preučuje posameznikovo delovno in bivalno okolje ter je njena naloga iskanje vzročno-posledičnih rešitev za razbremenitev telesa, ko presežemo tolerančno mejo. Ko govorimo o ergonomiji v zdravstveni negi, ta analizira delovno okolje in bremena zdravstvenih delavcev ter ponuja ustrezne načine dela, delovne pogoje in pripomočke za uspešno in varno opravljanje dela (Novak, 2018). Kljub temu da je veda o ergonomiji v drugih evropskih državah že uveljavljena, je v slovenskem prostoru razmeroma trivialna, kar se kaže kot nepopolno znanje, še posebej pri učnem/študijskem procesu dijakov in študentov zdravstvenih ved.

Izvajalci zdravstvene nege (medicinske sestre in zdravstveniki) so zelo dovezetni in zavzemajo visoko mesto na lestvici mišično-skeletnih težav in poklicnih bolezni, povezanih z delom, najpogosteje zaradi (nepravilnega) ročnega premeščanja in dvigovanja oskrbovancev. V promocijo zdravja je treba vključiti praktično ergonomijo, kjer je skupen cilj ohraniti, izboljšati in povrniti zdravje. Pri tem so učinkoviti preventivni in kurativni na delo specifični programi. Programske aktivnosti vplivajo na delovno okolje, kvaliteto življenja zunaj dela in tako prispevajo k večji zavesti ter zadovoljstvu zaposlenih kakor tudi delodajalcev. Poznavanje ergonomije in ustreznega dela s pripomočki je ključno za preprečevanje mišično-skeletnih težav in zmanjšanje absenzizma, prav tako vpliva na produktivnost delavca in znižanje ekonomskega bremena na delodajalca (Ravnik, 2017; Rakuša Krašovec, 2022 in Stanešić, 2024). Absenzizem se v enakem pomenu opisuje z naslednjimi besedami: bolniški dopust; bolniška odsotnost in zdravstveni absenzizem. Predstavlja začasno odsotnost z dela zaradi poškodb, bolezni ali drugih zdravstveno utemeljenih razlogov in nam da informacijo o zdravstvenem stanju aktivne populacije (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024).

Ne smemo pozabiti na raznolikost obremenitev v zdravstveni negi. Čeprav so v ospredju visoke biomehanske obremenitve ob bolnišnični postelji, so prisotni dolgotrajni prisiljeni položaji, npr. zaradi dela za računalnikom, v operacijski dvorani in podobno. V večini so delovna mesta ergonomsko neurejena in področje zdravstvene nege ni izjema (Šalda, 2018). Ergonomija izvajalcev zdravstvenih storitev vključuje vse v delovnem okolju, od zasnove skladiščnih prostorov, (računalniških) delovnih postaj in pisarniških sedežev do metod nege, dvigovanja in

ravnanja s pacienti. Zelo pomemben vidik ergonomije se osredotoča na »Safe Patient Handling and Mobility (SPHM)« oz. varno ravnanje s pacientom in mobilnost (Hallmark, Mrchan & Shores, 2015). Z metodo participativne simulacije lahko vključimo učenje ergonomije in varnosti za potrebe delovnega okolja (Andersen & Ole, 2021). Delavnica je bila namenjena dijakom tretjega letnika zdravstvene smeri pred vstopom v klinično okolje, da se spoznajo pravilne pristope ravnanja s pacienti v procesu zdravstvene nege. Prav tako smo želeli predstaviti pomen ergonomskih načel pri vsakodnevem delu v bolnišničnem okolju in jih naučiti pravilnih tehnik za varno ter učinkovito izvajanje transferjev pacientov. Namen prispevka je opisati izvedbo in opredeliti zadovoljstvo dijakov z delavnico. Cilj je ozaveščanje po vključevanju tovrstnih izobraževanj v pedagoški proces, spodbujati interdisciplinarni prenos znanja med zdravstvenimi (so)delavci ter spodbosti nadaljnje raziskave na tem področju.

CELOSTNA REHABILITACIJA PACIENTA

Pacient mora v zdravstveni ustanovi biti deležen celostne rehabilitacije. Rehabilitacija se v Sloveniji izvaja na vseh treh ravneh zdravstva, kar vključuje tudi sekundarno bolnišnično rehabilitacijo, ki jo izvajamo v SBI.

Zaradi naraščajočih potreb po specifični strokovni obravnavi so na pobudo Bolnišnice za kožno in sklepno tuberkulozo v Valdoltri (danes Ortopedska bolnišnica Valdoltra (OBV)) leta 1947 v Rovinju ustanovili prvo srednjo šolo za fizioterapijo v Jugoslaviji. Pravzaprav je bila OBV ena izmed prvih zdravstvenih ustanov, ki je uvedla medicinsko rehabilitacijo in takrat se je začela sistematična fizioterapija (Slavec & Jaunig, 2012). Zaradi reorganizacije in po zgledovanju zahodnih držav so šolo reorganizirali in premestili v Ljubljano. Leta 1950 je bil objavljen prvi razpis za vpis na Šolo za fizioterapevte (Združenje fizioterapevtov Slovenije, n. d.). Do takrat je zdravstvena nega, s stabilizacijo vitalnih funkcij, higieno in vsesplošnih življenjskih funkcij, opolnomočila paciente za aktivno sodelovanje, gibanje in napredovanje funkcionalne sposobnosti, z upoštevanjem starosti, bolezni, poškodbe in okvare (Saje, 2018). Pacient (vključno z njegovimi svojci) predstavlja središče rehabilitacije in je enakopraven član interdisciplinarnega rehabilitacijskega tima, ki ga sestavljajo zdravniki, osebje zdravstvene nege, fizioterapevti, dietetik, psiholog, socialni delavec, logoped, ortotik in protetik (ter drugi zdravstveni (so)delavci). Sestava tima se nenehno prilagaja potrebam pacienta (Karan, 2014).

Celostna rehabilitacija je kompleksen proces, ki vključuje timsko delo medicine, fizioterapije, zdravstvene nege, delovne terapije in drugih strok. Izziv za zdravstveno nego predstavljajo predvsem avtomatizirane in nezavedne aktivnosti, ki jih izvajamo v vsakdanu, zato je delo medicinskih sester v rehabilitaciji manj opaženo, kljub temu da delo zahteva specifično in široko znanje iz različnih področij (Saje, 2018). Rehabilitacijska zdravstvena nega ima pomembno vlogo pri obravnavi pacienta, vključuje izvajanje negovalnih postopkov in posegov. Zaradi narave dela so medicinske sestre/zdravstveniki v stiku s pacientom 24 ur na dan in zagotavljajo tudi psihološko podporo (Karan, 2014).

IDEJA O DELAVNICI

Vsakemu se je zgodilo, da ima veliko dela in malo razpoložljivega časa za opravilo zastavljenih nalog. Zaradi tega hitimo in zanemarimo lastno varnost in zdravje, še posebej, ko izvajamo transfer pacienta.

Splošni bolnišnici Izola (SBI) je Ministrstvo za zdravje podelilo naziv »učni zavod«, saj sodeluje s številnimi vzgojno-izobraževalnimi zavodi, kar omogoča dijakom in študentom opravljanje

obvezne klinične prakse (Splošna bolnišnica Izola, n. d.). Dijaki zdravstvene smeri Srednje šole Izola opravljajo del vsebine praktičnega pouka v kliničnem okolju SBI.

Ob opazovanju dijakov pri opravljanju praktičnega pouka smo zasledili potrebo po seznanjanju s pravilnimi tehnikami transferja pacienta na bolnišničnih posteljah. Zato smo sklenili sodelovanje (z učiteljicami praktičnega pouka zdravstvene nege Srednje šole Izola) in se dogovorili za uvajalno delavnico o ergonomiji transferja pacienta pred vstopom v bolnišnično okolje. Potekala je septembra, pri tem so se seznanili s pravilnim premeščanjem in ergonomijo pacienta z namenom, da suvereno pristopijo k zdravstveni obravnavi. Za zagotavljanje največje varnosti smo delavnico izvedli v simulacijskem centru v prostorih šole.

Praktični pouk je še posebej pomemben na zdravstvenih šolah, saj predstavlja osnovo za nadaljnje delo in prevzemanje odgovornosti. Pri tem ima pomembno vlogo mentor, ki v kliničnem okolju usmerja in vodi učenca k ustreznemu kritičnemu razmišljanju in razvoju veščin. Poudarjamo, da si dijaki, poleg posredovanega znanja, najbolj zapomnijo mentorja po njegovi osebnosti (Krajnc, 2020). Učne simulacije so učinkovit pedagoški pristop, ki povezuje teoretične in praktične vsebine. S tem dijaki krepijo kritično razmišljanje in klinične veščine ter spodbujajo skupinsko delo in komunikacijske sposobnosti. Pozitivna lastnost učnih simulacij, poleg zmanjševanja tveganja za paciente, je takojšnja povratna informacija in refleksija. Predstavljajo most med formalnim izobraževanjem in klinično prakso s poudarkom na praktičnih izkušnjah ter vizijo nad izpopolnjevanjem kompetentnosti (Božič Janežič, 2024).

POTEK DELAVNICE IN POVRATNA INFORMACIJA

Dijaki so bili razdeljeni v dve skupini, po razredih. Vsaka delavnica je trajala približno eno šolsko uro in pol. Na začetku smo naredili kratek teoretični uvod o pomenu ergonomije, uporabi pripomočkov za transfer in nato smo predstavili štiri različne klinične scenarije. Nadaljevali smo praktično delo, kjer je mentorica najprej pokazala pravilen način prenosa in nato so dijaki preizkusili prenose med sabo. Vključili smo tudi praktično izvedbo pravilnega vstajanja in hoje s pripomočki ter premeščanje pacienta iz sedečega položaja na voziček. Na koncu so dijaki podali povratno informacijo z zadovoljstvom delavnice. Anonimno so izrazili svoje mišljenje o delavnici in predloge za izboljšavo. Odziv je bil pozitiven s komentarji, kot so: »Zelo mi je bilo všeč, poučno. Veliko novega sem se naučila«; »... Vse nam je lepo povedala, pokazala in opozorila na morebitne napake«; »... vesela sem bila, da sem lahko sama probala in se tudi nekaj novega naučila«. Dijakom je bilo še posebej všeč, da so poskusili načine premikanja med sabo. Možna izboljšanja so bila predvsem usmerjena na omejen čas delavnice: »... Koristno in bi bilo zelo dobro, da bi imeli več obiskov sploh zaradi položajev telesa med dvigovanjem.« Opažili smo potrebo po manjših skupinah, da bi lahko dijaki večkrat ponovili in tako osvojili prijeme.

DISKUSIJA

Z delavnico ergonomije transferja pacienta smo želeli praktično pripraviti dijake pred vstopom v klinično okolje in jih seznaniti s pravilnimi tehnikami premeščanja, da so varni tako pacienti kakor izvajalci zdravstvene nege, v konkretnem primeru dijaki. Naš cilj je spodbuditi vključevanje tovrstnih delavnic/simulacij v pedagoški proces in okrepiti interdisciplinarni prenos znanja med zdravstvenimi (so)delavci.

Metoda simulacije ponuja posnemanje klinične prakse v varnem okolju. Omogoča repetitivno vadbo kliničnih spretnosti, učenje po individualnem tempu, razvoj strokovnosti, hkrati

pa dopušča napake. Izkazalo se je, da študenti, ki sodelujejo pri simulacijah, naredijo manj zdravstvenih napak v kliničnih okoljih in bolje razvijejo veščine kritičnega razmišljanja ter obnašanja (Evrin & Zehra Gocmen, 2017). Medpoklicne izkušnje med medicinskimi sestrami in fizioterapevti so koristne za izboljšanje zaupanja v kliničnem okolju. Izrednega pomena ima komunikacija v akutnem bolnišničnem okolju. Simulacija interprofesionalne komunikacije je uporabna metoda za krepitev medsebojne komunikacije in reševanje konfliktov ter spodbuja prakso medpoklicnega sodelovanja (Copley, Martin, Dix, Forbes, Hill et al. 2023). Prav tako je aktivno učenje med poklici bistvenega pomena za izboljšanje oskrbe pacientov, zaupanja medpoklicne oskrbe in zaupanje v klinične spretnosti (Dimitroff & Bartlett, 2017). Poleg temeljnega teoretičnega znanja je cilj izobraževanja zdravstvene nege pridobitev kliničnih veščin za čimprejšnjo vključitev v delo. Z vključevanjem simulacije v izobraževalni proces lahko dosežemo integrirano učenje, kritično razmišljanje in optimalne sposobnosti odločanja, ki medicinskim sestram pomagajo pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe. Simulacije so lahko v veliko pomoč študentom, da postanejo uspešni zdravstveni delavci (Koukourikos, Tsaloglidou, Kourkouta, Papathanasiou, Iliadis et al., 2021).

Omejitve strokovnega prispevka so omejen čas in enkratna izvedba delavnice ter nezmožnost dolgoročnega spremljanja dijakov in implementacije naučenega v prakso. Če se bodo v prihodnje izvajale podobne delavnice, priporočamo udeležbo v več manjših skupinah, več mentorjev za lažje spremljanje in popravljanje učencev ter daljše časovno trajanje delavnice.

ZAKLJUČEK

Tovrstna delavnica je ključna za pripravo bodočih zdravstvenih delavcev na izzive delovnega okolja in za zmanjševanje tveganj za poškodbe, kar dolgoročno prispeva k večji varnosti pacientov, manj bolniških odsotnosti in boljšemu počutju osebja. Zaradi nepravilnih ergonomskih tehnik oz. neuporabe ergonomskih pripomočkov so pogoste mišično-skeletne poškodbe izvajalcev zdravstvene nege. Izvajanje delavnic, ki vključuje različne zdravstvene profile, omogoča boljšo pripravljenost na klinično okolje. Poleg tega simulacije omogočajo dijakom in študentom zdravstvenih smeri urjenje medpoklicne komunikacije z drugimi zdravstvenimi (so)delavci. Prav tako delavnice v simulacijskem centru omogočajo večjo povezanost, boljšo komunikacijo in izmenjavo kliničnih izkušenj med zdravstvenimi profili. Implementacija več pedagoških ur v simulacijskem centru se zdi smiselna za nadaljnje učne načrte, saj se dijakom omogoča pridobitev čim več praktičnih izkušenj.

LITERATURA

- Andersen, S. N., & Broberg, O. (2021). Transfer of ergonomics knowledge from participatory simulation events into hospital design projects. *WORK*, 68(2), 365-378. <https://doi.org/10.3233/WOR-203379>
- Blantič, Z., Polajnar, A. & Jevšnik, S. (2016). *Ergonomija in teorija v praksi*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje
- Božič Janežič, H. (2024). Učna simulacija v kabinetu za zdravstveno nego. In Orel, M., Brala Mudrovčič, J. in Miletič, J. (Eds.), *14. mednarodna konferenca EDUvision 2024 »Novi izzivi današnjega časa – priložnosti za vključevanje inovativnih rešitev v izobraževanje 21. stoletja«* (pp. 199–211). Pohlov Gradec: EDUvision, Stanislav Jurjevčič s.p. https://www.researchgate.net/profile/Matija-Varga-2/publication/387518827_STEAM_podrucja_i_informacije_o_educacijskoj_Njutn_sobi/links/67728c86c1b0135465021d2b/STEAM-podrucja-i-informacije-o-educacijskoj-Njutn-sobi.pdf#page=199
- Copley, J., Martin, R., Dix, C., Forbes, R., Hill, A., Mandrusiak, A., Penman, A., Patterson, F., Davies, S., Jauncey-Cooke, J., Mahendran, N., Hooper, K. & Collins, C. (2024). Fostering collaborative practice through interprofessional simulation for occupational therapy, physiotherapy, dietetics, and nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 38(3), 534–543. <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2303499>

- Dimitroff, L.J., & Bartlett, A.S. (2017). Interprofessional Collaboration between Physical Therapist and Nursing Students Using an Acute-Care Simulation: A Pilot Study. *The journal of nursing care*, 7, 1-4. https://www.researchgate.net/publication/323553927_Interprofessional_Collaboration_between_Physical_Therapist_and_Nursing_Students_Using_an_Acute-Care_Simulation_A_Pilot_Study
- Eyikara, E. & Baykara, G., Z. (2017). The importance of simulation in nursing education. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*. 9(1), 2–7. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1141174>
- Hallmark, B., Mehan, P., & Shores, L. (2015). Ergonomics: safe patient handling and mobility. *The Nursing clinics of North America*, 50(1), 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.012>
- Karan, K. (2014). Rehabilitacijska zdravstvena nega. In Erjavec, T. (Eds.), *Rehabilitacijska zdravstvena nega*, (pp. 9–17). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut – Soča.
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V., Iliadis, C., Fratzana, A., & Panagiotou, A. (2021). Simulation in Clinical Nursing Education. *Acta informatica medica: journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina: casopis Društva za medicinsku informatiku BiH*, 29(1), 15–20. <https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.15-20>
- Krajnc, S. (2020). Učitelj-mentor v izobraževanju zdravstvene nege. In Brala-Mudrovčič, J. (Eds.), *10. mednarodna konferenca EDUvision 2020 »Izzivi in nove priložnosti poučevanja na daljavo«* (pp. 142–149). Ljubljana: EDUvision, Stanislav Jurjevčič s.p. https://www.researchgate.net/profile/Matija-Varga-2/publication/348478262_Application_of_the_Most_Practical_Modern_Technologies_for_Website_Design/links/600077f9299bf14088942eac/Application-of-the-Most-Practical-Modern-Technologies-for-Website-Design.pdf#page=142
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2024). *Bolniški stalež*. <https://nizj.si/podatki/bolniski-stalez/>
- Novak, L. (2018). Ergonomski pristopi pri delu v zdravstveni negi. In Laznik, G. (Eds.), *Pomen ergonomije v zdravstveni negi* (pp. 27–40). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede. https://www.uni-nm.net/publikacije/2018/fzv_pezn/files/downloads/UNM_FZV-Pomen_ergonomije_v_zdravstveni_negi.pdf
- Rakuša Krašovec, K. (2022). Poznavanje ergonomije zaposlenih v zdravstveni negi, absenzizem in ekonomske posledice absenzizma. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, (9)2, 54–74. <https://doi.org/10.55707/eb.v9i2.118>
- Ravnik, D. (2017). Praktična ergonomija na delovnem mestu v zdravstvu. In Batas, R. (Eds.), *Rane, stome, inkontinenca*. Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI (pp. 12–21) https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/2017_Rane_stome_inkontinenca_2017.pdf
- Saje, M. (2018). Vloga medicinske sestre v zdraviliški rehabilitacijski medicini nekoč in danes. In Nose, B. in Radovan, T. (Eds.), *Dnevi Marije Tomšič. Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov* (pp. 114–123). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene. https://dmszt-nm.si/wp-content/uploads/2023/02/Zbornik_DMT_2018.pdf#page=115
- Splošna bolnišnica Izola. (n.d.). *Učna bolnišnica*. <https://www.sb-izola.si/si/predstavitev/kadri/ucna-bolnisnica/>
- Stanešić, Đ. (2024). *Model funkcioniranja centra za ergonomiju i salutogenezu*. Zagreb: Regionalni centar kompetentnosti Mlinarska. <https://rck-projekt.mlinarska.hr/wp-content/uploads/2024/02/Model-Centra-za-ergonomiju-i-salutogenezu.pdf>
- Šalda, Z. (2018). Ergonomija v zdravstveni negi. In Laznik, G. (Eds.), *Pomen ergonomije v zdravstveni negi* (pp. 9–15). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede. https://www.uni-nm.net/publikacije/2018/fzv_pezn/files/downloads/UNM_FZV-Pomen_ergonomije_v_zdravstveni_negi.pdf
- World health organisation. (2025). *Unsafe patient handling*. <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/unsafe-patient-handling>
- Združenje fizioterapevtov Slovenije. (n. d.). Izobraževalna shema fizioterapevtov v Sloveniji. <https://physio.si/izobrazevalna-shema-fizioterapevtov-v-sloveniji/>
- Zupanič, S. & Zvonka, J. (2013). Razvoj medicinske rehabilitacije v Sloveniji in Ljubljani. *Zdravniški vestnik*, (82) 7/8, 514–524. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-HYGG1VVB>

RAZVOJ ČUSTVENE PISMENOSTI PRI PREDMETU DOLGOTRAJNA OSKRBA

The development of emotional literacy in the Long-Term Care subject

IZVLEČEK

Uvod: V vzgojno-izobraževalnem procesu dijakov zdravstvene nege je ob učni snovi pomembno razvijati tudi čustveno in socialno pismenost. Namen prispevka je prikazati način dela skozi projektno delo, ki so ga dijaki ustvarjali pri tem predmetu in vpliv tega dela na njihov razvoj čustvene pismenosti. **Metode:** Dijaki 3. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana so v šolskem letu 2023/2024 v sklopu 48 ur pri predmetu Dolgotrajna oskrba izvedli samostojno projektno delo, ki je vključevalo različne oblike in metode dela. **Rezultati:** S pomočjo projektne dela so dijaki imeli zmožnost prepoznavanja lastnih čustev, vrednot, zanimanja za druge, za njihovo počutje, misli in občutke. Na podlagi pogovorov in teoretičnega dela prebranega besedila se je povečala njihova čustvena pismenost. **Zaključek:** Čustvena pismenost v zdravstveni negi in dolgotrajni oskrbi ni le dodatek k strokovnemu znanju, temveč nujna veščina, ki jo je treba sistematično razvijati že v času izobraževanja pri različnih predmetih – projektno delo pa je pri tem ena najbolj učinkovitih metod.

Ključne besede: čustvena pismenost, dijak, projektno delo, zdravstvena nega

ABSTRACT

Introduction: In the educational process of nursing students, it is important to develop emotional and social literacy alongside academic material. The purpose of this paper is to demonstrate a method of working through project work, which students created in this subject, and the impact of this work on their development of emotional literacy. **Methods:** Third-year

students of the Ljubljana Secondary School of Nursing conducted independent project work during the 2023/2024 school year as part of 48 hours in the subject of Long-Term Care, which included various forms and methods of work. **Results:** Through project work, students had the ability to recognize their own emotions, values, interest in others, their well-being, thoughts, and feelings. Based on discussions and theoretical work from the read text, their emotional literacy increased. **Conclusion:** Emotional literacy in nursing and long-term care is not just an addition to professional knowledge, but an essential skill that must be systematically developed during education in various subjects – and project work is one of the most effective methods for this.

Key words: emotional literacy, nursing, project work, student

UVOD

V sodobni in tehnološko razviti družbi je zelo pomembno, kakšno vlogo imata uspešnost in učinkovitost v povezavi z zunanjimi pokazatelji (materialnim blagostanjem in družbenim položajem). Zaradi tega je pomemben vpliv šole, da deluje na psihično blagostanje dijakov in jim pomaga pri graditvi v stabilno in uravnoteženo osebnost, ki bo zaupala v svoje sposobnosti in zmožnosti (Rutar Ilc, Rožič Ožek & Gramc, 2017). Pomembno vlogo pri tem imata socialno in čustveno opismenjevanje, ki se velikokrat odvijata v šoli. Pri tem so učiteljeve socialne in čustvene kompetence tiste, ki so ključne za razvoj socialnega in čustvenega učenja pri dijakih. (Vršnik Perše et al, 2020). Za dobro vključenost in učno uspešnost je zelo pomembno, kako socialno uspešni se počutijo dijaki in kako znajo uravnavati svoja čustva (Rutar Ilc, Rožič Ožek & Gramc, 2017). Dijaki so bolj motivirani za učenje, če doživljajo svoje socialne odnose kot kakovostne. Glavni dejavnik socialne uspešnosti, torej uspešnosti v medosebnih odnosih, pa tudi uspešnosti širše v družbi, sta socialna in čustvena pismenost. Pridobivamo ju v procesu socialnega in čustvenega učenja oziroma opismenjevanja. Socialna pismenost je tesno povezana s čustveno pismenostjo (Hafner Bajželj, 2021), torej z zmožnostjo prepoznavanja čustev (pri sebi in drugih) in njihovega ustreznega uravnavanja. Severnoameriško združenje CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) loči pet dimenzij socialnega in čustvenega učenja oziroma kompetenc pri učencih, ki veljajo tudi pri učiteljih: samozavedanje, samouravnavanje, socialno zavedanje, odnosne spretnosti in odgovorno sprejemanje odločitev (Vidmar 2018). Samozavedanje je sposobnost natančnega prepoznavanja svojih čustev, občutkov in misli ter njihovega vpliva na vedenje (Vršnik Perše et al., 2020). Samouravnavanje je sposobnost učinkovitega nadzorovanja lastnih čustev, misli in vedenj v različnih situacijah (CASEL 2015). Socialno zavedanje je sposobnost razumevanja socialnih in etičnih norm vedenja, prepoznavanja in pozitivnega vrednotenja virov znotraj družine, šole, skupnosti in predvsem sposobnost zavzemanja perspektive drugih (tudi posameznikov iz različnih okolij in kultur), kar je mogoče povezati s kognitivnim vidikom empatije in empatičnega odzivanja, torej čustvenega dela empatije (CASEL 2015). Med odnosne spretnosti uvrščamo sposobnost vzpostavljanja in ohranjanja zdravih medsebojnih odnosov z različnimi posamezniki in skupinami. Odnosno spretni posamezniki naj bi znali jasno komunicirati, aktivno poslušati, naj bi bili sodelovalno naravnani, zanje naj bi bili značilni upiranje neprimernemu pritisku socialne skupine, konstruktivno reševanje težav ter prošnja za pomoč in nudenje pomoči, ko je to potrebno. Odgovorno sprejemanje odločitev je sposobnost sprejemanja konstruktivnih in spoštljivih odločitev o osebnem vedenju in socialnih interakcijah ob upoštevanju etičnih standardov, vidikov varnosti, socialnih norm, realne presoje posledic različnih dejanj ter blagostanja sebe in drugih (CASEL 2015).

ČUSTVENA PISMENOST

Čustvena pismenost pomeni prepoznavanje čustev pri sebi in pri drugih (Mohorič, 2021) ter takšno uravnavanje čustev, ki prispeva k izboljšanju odnosa do sebe in do drugih in za to sprejema svoj del odgovornosti ter ima razvito empatijo (Karajić, 2017). To pomeni slišati in začutiti druge ter se ustrezno odzivati nanje. Je tudi temeljni in pomemben vidik čustvene inteligence. V zadnjem času je izraz čustvena pismenost nadomestil izraz socialno-čustveno učenje, pri čemer se beseda »učenje« namenoma uporablja za poudarjanje dejstva, da je pridobivanje spretnosti in odnosov proces (Mohorič, 2021). V šoli je veliko dogajanja povezanega s čustvi, zato je upoštevanje le-teh zelo pomembno. Največ priložnosti za to je prav pri socialno-čustvenem učenju oziroma opismenjevanju. Priložnost za obravnavo čustev, njihove vloge in učinkov pa se ponuja tudi pri pouku (na primer pri obravnavi literarnih in likovnih del, pri ciljih, povezanih z etiko, na srednji šoli so pri pouku psihologije temu namenjeni samostojni učni sklopi), pri medpredmetnem povezovanju ter pri različnih dejavnostih, ki hkrati potekajo na vsej šoli (Rutar Ilc, Rožič Ožek & Gramc, 2017).

Čustvena pismenost je ključna kompetenca vsakega zdravstvenega delavca, še posebej v zdravstveni negi in dolgotrajni oskrbi, kjer je neposreden stik s pacienti in njihovimi svojci vsakodnevna realnost. Sposobnost prepoznavanja, razumevanja in uravnavanja lastnih čustev ter empatije do drugih, izboljšuje kakovost oskrbe in prispeva k boljši psihosocialni podpori pacientov.

Čustvena inteligenca igra ključno vlogo v zdravstveni negi, saj omogoča boljše razumevanje in odzivanje na čustvene potrebe pacientov. Dijaki srednje zdravstvene šole, ki se izobražujejo za delo v zdravstvu, se ne srečujejo le s strokovnimi znanji, temveč tudi s pomembnostjo medosebnih odnosov, empatije in ustrezne komunikacije. Predvsem pri predmetu Dolgotrajna oskrba, ki vključuje vsebine o umiranju, starosti in drugačnosti, ki so mladostnikom oddaljene, tuje in težje razumljive. Namen prispevka je prikazati način dela skozi projektno delo, ki so ga dijaki ustvarjali pri tem predmetu in vpliv tega dela na njihov razvoj čustvene pismenosti.

PROJEKTNO DELO

Dijaki 3. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana so v šolskem letu 2023/2024 v sklopu 48 ur pri predmetu Dolgotrajna oskrba izvedli samostojno projektno delo, ki je vključevalo različne oblike in metode dela. Projektno delo je metoda poučevanja in učenja, pri katerem dijaki skozi daljši proces raziskujejo določeno temo, rešujejo težave in razvijajo uporabna znanja ter veščine. Ključni elementi so sodelovanje, aktivno učenje in povezovanje teorije s prakso. Vsak dijak je ustvaril svoje projektno delo in naredil svojo mapo z izdelki, ki so bili ovrednoteni z vnaprej pripravljenimi kriteriji ocenjevanja znanja.

Primeri projektnega dela s področja paliativne oskrbe so bili:

- Ponovili so definicijo zdravja iz 1. letnika, razumeli koncept holističnega zdravja ter na oseb-nem primeru predstavili zdravje z vidika fizičnega, socialnega, čustvenega, psihičnega, osebnostnega in duhovnega.
- Teoretično so ponovili faze žalovanja po Elisabeth Kubbler Ross, napisali praktični primer z vključitvijo posameznih faz ter prepoznali lastna čustva, ki so bila prisotna pri tej nalogi.
- Ogledali so si učni film, pogovorili smo se o njem in napisali so refleksijo na temo filma.

- Ponovili so Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, predvsem področje zagovorništva ter napisali dva praktična primera na omenjeno temo, z argumenti »za in proti« ter ponovno prepoznali lastna čustva, ki so bila prisotna.
- Prebrali so več spletnih dnevnikov, ki jih piše Metka Klevišar na različne teme. Na podoben način so dijaki napisali svoj blog – spletni dnevnik in svoja razmišljanja ob tem.

Primer projektnega dela s področja zdravstvene nege starostnika:

- Izvedli so pogovor s starejšo osebo nad 65 let ter napisali strukturirani ali nestrukturirani intervju ter prepoznali čustva, ki so bila prisotna pri tej nalogi pri intervjuvancu in dijaku.

Primer projektnega dela s področja oskrbe oseb s posebnimi potrebami, invalidi:

- Prebrali so knjigo, sodelovali so pri obisku osebe z invalidnostjo ali si ogledali video posnetek in napisali esej ali pesem ali strip ali likovno podobo na omenjeno temo.

Ob zaključni evalvaciji so posamezni dijaki ob vprašanju »Kaj ste pridobili v tem šolskem letu od predmeta Dolgotrajne oskrbe?« zapisali naslednje:

»Ustvarjalnost, da sem začela razmišljati o svoji preteklosti, o stvareh, ki so se mi zgodile in so bile pozitivne ali pa tudi negativne.« (D1 - dijak 3. letnika).

»Sočutnost, odgovornost, kreativnost.« (D2 - dijak 3. letnika).

»Zdi se mi, da sem z izdelavo mape in nalog premagala prvo smrt bližnjega, zbližala sem se še bolj z babi preko intervjuja in še veliko ostalih stvari.« (D3 - dijak 3. letnika).

»Pridobila sem veliko samozavesti, da govorim o tem, kar me muči. Pridobila sem delovne navade, kar se tiče urejenosti mojih zapiskov.« (D4 - dijak 3. letnika).

»Poglobljeno razmišljanje o sebi, čas za razmislek, ki si ga velikokrat ne vzamemo.« (D5 - dijak 3. letnika).

»Voljo do predmeta, znanje, spoštovanje in pripravo na naše prvo delo.« (D6 - dijak 3. letnika).

»Veliko znanja, ki ga bom uporabil ob delu s pacienti in v vsakdanjem življenju.« (D7 - dijak 3. letnika).

»Osebno sem pridobila željo, da bi sama učila ta predmet.« (D8 - dijak 3. letnika).

»Pridobila sem dodatno mero spoštovanja, sprejemanja in se naučila nekaj načinov, kako komunicirati, živeti in pomagati ljudem v različnih obdobjih življenja.« (D9 - dijak 3. letnika).

»Spoštljiv in razumljiv odnos do ljudi s posebnimi težavami, veliko sočutja.« (D10 - dijak 3. letnika).

DISKUSIJA

Razvoj čustvene pismenosti dijakov v kontekstu dolgotrajne oskrbe je ključnega pomena za pripravo prihodnjih strokovnjakov, ki bodo delali z ranljivo populacijo. Ključni vidiki in strategije za spodbujanje čustvene pismenosti dijakov v tem kontekstu so razumevanje pomena čustvene pismenosti. Dijaki morajo razumeti, kaj čustvena pismenost je (prepoznavanje, razumevanje, izražanje in uravnavanje čustev) in katere so njene ključne komponente (samozavedanje, samouravnavanje, motivacija, empatija, socialne veščine). Poudariti je treba, kako pomembna je čustvena pismenost pri delu s starejšimi in drugimi osebami, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, saj se pogosto srečujejo z osamljenostjo, žalostjo, strahom in drugimi močnimi čustvi (Milivojević, 2018).

Glede na odzive dijakov v zaključni evalvaciji in med samim poukom bi bilo treba organizirati več učnih delavnic ali simulacij s področja občutkov, komunikacije, izražanja čustev. Pomembno je spodbujanje dijakov k prostovoljnemu delu v domovih za starejše ali drugih ustanovah za dolgotrajno oskrbo, kjer lahko pridobijo neposredne izkušnje in razvijajo empatijo.

Čustvena pismenost dijakov se lahko doseže tudi z uporabo literature, filmov, diskusije in refleksije. V letu 2017 je avtorica Kotnik naredila raziskavo pri predmetu Paliativna oskrba, kako s pomočjo izobraževanja preko učnih filmov spodbujamo refleksijo pri dijakih. Kotnik (2017) meni, da pri poučevanju takšen pristop lahko pomaga dijakom pri razumevanju vpliva bolezni na pacienta in njegove svojce ter hkrati pomaga učitelju predstaviti različne scenarije, ki jih dijak težje razume s pomočjo besedila (sporočanje slabe novice, simptomi bolezni, vpliv bolezni na družinske člane ...). Seznanijo se tudi z različnimi načini komunikacije zdravstvenih delavcev s pacientom in njihovimi svojci. Podobno bi bilo treba narediti še z analizo literarnih del, ki prikazujejo medosebne odnose in čustvene izzive v dolgotrajni oskrbi. Na šoli smo z medpredmetnim povezovanjem med slovenščino in dolgotrajno oskrbo zadnja leta organizirali okrogle mize z različnimi osebami, literarnimi gosti, kjer dijaki delijo svoje izkušnje in razmišljajo o svojih čustvenih odzivih ob branju besedil Anne - Dauphine Julliand (Dva koraka po mokri mivki), Igorja Plohla (Ne domišljaj si!) in ob različnih besedilih Metke Klevišar.

Da lahko dijake učimo o čustveni pismenosti, je nujna podpora učiteljem in mentorjem. Zagotoviti je treba usposabljanja za učitelje in mentorje o čustveni pismenosti in metodah za njeno spodbujanje. Potrebna je tudi supervizija za učitelje in mentorje, da se lahko soočijo s svojimi čustvenimi izzivi in nudijo boljšo podporo dijakom.

Pri spremembah učnih načrtov je treba vključiti čustveno pismenost dijakov v različne učne načrte predmetov. Predvsem v predmete, povezane z zdravstveno nego, socialnim delom, slovenščino, komunikacijo, etiko in psihologijo. S predstavljenim načinom dela, ki bi ga bilo treba še bolj nadgraditi, so dijaki osebnostno zrastle, omogočeno jim je bilo izraziti svoja čustva, preko različnih nalog so se veliko novega naučili o sebi, spoznali, kako pomembno je spoštovanje dostojanstva in avtonomije pacientov ter kako je pomembna zaupnost in občutljivost pri delu z ranljivo populacijo.

Z upoštevanjem teh strategij lahko šole učinkovito prispevajo k razvoju čustveno pismenih dijakov, ki bodo pripravljeni na delo v dolgotrajni oskrbi in bodo sposobni zagotavljati celostno in kakovostno oskrbo pacientov in njihovih svojcev.

ZAKLJUČEK

Pri poučevanju razumevanja vpliva bolezni, invalidnosti in smrti na pacienta in njegove svojce učitelju ter dijakom zelo pomagajo učni filmi, osebne zgodbe ter branje dokumentarnih pripovedi, saj se s tem ob socialni pismenosti povečata še čustvena in bralna pismenost. S takšnim načinom dela dijaki pridobijo tudi uporabne izkušnje pri praktičnem delu, razvijajo kritično mišljenje in krepijo svojo poklicno identiteto. V prihodnje bi se bilo treba bolj usmerjeno in poglobljeno usmeriti v posamezna področja s kakšno kvalitativno/kvantitativno raziskavo in s pomočjo fokusnih skupin.

LITERATURA

- CASEL (Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning). 2015. 2015 CASEL Guide: Effective social and emotional learning programs—middle and high school edition. Dostopno na: <http://secondaryguide.casel.org/casel-secondary-guide.pdf>
- Hafner Bajželj S., 2021. Kako razvijati čustveno in socialno pismenost v osnovni šoli. Vzgoja in izobraževanje 6(52), 10 – 14.
- Karajjić, E. 2018. Čuječnost in čustvena pismenost v osnovni šoli – prednosti in pasti. Vzgoja in izobraževanje 5. Učiteljev glas 2. 26-31.
- Kotnik, M. 2017. Spodbujanje refleksije dijakov zdravstvene nege z izobraževanjem s pomočjo filma. V: Majcen Dvoršak, S. & Štemberger Kolnik, T. & Kvas A. eds. *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: zbornik prispevkov z recenzijo. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 505-513.
- Milivojević, Z. 2018. Emocije: razumevanje čustev v psihoterapiji. Novi Sad: Psihopolis institut.
- Mohorić T., Takšić V., Čosić Pilepić, A. 2021. Validation of the Emotional Literacy Program in Croatian Elementary Schools. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18(12), 6279. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126279>
- Rutar Ilc, Z., Rogič Ožek, S., Gramc, J. 2017. Socialno in čustveno opismenjevanje za dobro vključenost. 4. zvezek. V: Kos Z. & Nagode A. eds. *Priročnik za učitelje in druge strokovne delavce Vključujoča šola*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Vidmar, M., Kozina, A., Veldin, M., Mlekuž, A., Vršnik Perše, T. 2018. Čustvene in socialne kompetence strokovnih delavcev: (spregledani) dejavnik v razvoju strokovnih delavcev ter učencev. Vzgoja in izobraževanje 3/4. Učiteljev glas 2. 18-26.
- Vršnik Perše T., Kozina A., Vidmar M., Veldin M., Pivec T., Mlekuž A., Štremfel U. 2020. Socialne, čustvene in medkulturne kompetence učiteljev: napovedna vrednost za zadovoljstvo z delom. Sodobna pedagogika. 71 (3), 26-43.

Ditka Benedičič Katona, dipl. m. s.

Špela Vrhunc, dipl. m. s.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

ditka.benedicic@klinika-golnik.si

KAKO POSKRIBETI ZASE V ČASU NENEHNIH SPREMEMB

How to take care of yourself during times of constant change

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

341

IZVLEČEK

Medicinske sestre predstavljajo več kot polovico svetovne zdravstvene poklicne skupine. Pogosto se srečujejo s stresom in izgorelostjo, kar negativno vpliva na njihovo duševno zdravje in zadovoljstvo pri delu. Prav slednje vpliva na fluktuacijo, delovno učinkovitost in kakovost oskrbe bolnikov, zato so strategije za izboljšanje njihovega počutja nujne. Odpornost medicinskih sester, ki vključuje lastnosti, kot sta socialna podpora in optimizem, je ključna za obvladovanje stresorjev in preprečevanje negativnih posledic na njihov poklicni razvoj. Absentizem, ki izhaja iz preobremenjenosti in stresa, negativno vpliva na delovno okolje, saj povečuje obremenitev preostalih zaposlenih in lahko vodi do zmanjšanja učinkovitosti celotnega tima. Leavizem vključuje opravljanje nalog zunaj rednega delovnega časa in prav tako predstavlja velik izziv, saj vodi v dodatno izčrpanost zaposlenih. Celovit pristop k promociji zdravja in primerno delovno okolje sta ključna za zmanjšanje bolniških odsotnosti, izboljšanje duševnega in fizičnega počutja zaposlenih ter zmanjšanje ekonomskih obremenitev organizacije. Razvijanje strategij za podporo medicinskim sestram v kriznih trenutkih je pomembno za ohranjanje njihovega psihičnega zdravja in poklicne motivacije. Namen prispevka je osvetliti izzive, s katerimi se soočajo medicinske sestre zaradi stresa, izgorelosti in negativnega vpliva na njihovo duševno zdravje ter kakovost oskrbe bolnikov. Cilj prispevka je predstaviti pomen odpornosti, socialne podpore in optimizma pri obvladovanju teh stresorjev ter poudariti potrebo po strategijah, ki izboljšajo dobrobit medicinskih sester, zmanjšajo absentizem in leavizem ter ustvarijo primerno delovno okolje.

Ključne besede: medicinske sestre, prisotnost na delovnem mestu, izgorelost

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

ABSTRACT

Nurses represent more than half of the global healthcare workforce. They frequently face stress and burnout, which negatively impacts their mental health and job satisfaction. The latter, in turn, affects turnover, work efficiency, and the quality of patient care, making strategies to improve their well-being essential. Nurses' resilience, which includes characteristics such as social support and optimism, is crucial for coping with stressors and preventing negative consequences on their professional development. Absenteeism, arising from overload and stress, negatively impacts the work environment by increasing the burden on remaining staff and may lead to a decrease in the overall team's effectiveness. Leavism, which involves performing tasks outside of regular working hours, also presents a significant challenge as it contributes to further employee exhaustion. A comprehensive approach to health promotion and a suitable work environment are key to reducing sick leave, improving the mental and physical well-being of employees, and reducing the economic burdens on the organization. Developing strategies to support nurses in crisis moments is essential for maintaining their mental health and professional motivation. The purpose of this article is to shed light on the challenges faced by nurses due to stress, burnout, and the negative impact on their mental health and the quality of patient care. The article aims to highlight the importance of resilience, social support, and optimism in managing these stressors, as well as emphasize the need for strategies that improve the well-being of nurses, reduce absenteeism and leavism, and create a suitable work environment.

Key words: nurses, presence at the workplace, burnout

UVOD

Medicinske sestre predstavljajo največjo (59 %) poklicno skupino v zdravstvu ter igrajo pomembno vlogo pri oskrbi bolnikov. Globalno gledano je poklic medicinskih sester po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2024) v zadnjih letih hitro rastoč sektor delovne skupine. Medicinske sestre se soočajo z nezadovoljstvom (Williams, et al., 2022), stresom in izgorelostjo, povezano z delom, kar ima negativen vpliv na njihovo duševno zdravje (WHO, 2020), in se kažejo kot depresija, slabo fizično počutje, pridobivanje telesne teže, nezdravi prehranski vzorci, poškodbe hrbta in moralna negativnost (Williams, Fruh, Barinas, Graves, 2022). WHO (2024) opredeljuje skrb zase kot sposobnost posameznikov, družin in skupnosti, da spodbujajo lastno zdravje, preprečujejo bolezni, ohranjajo zdravje in se spopadajo z boleznimi z ali brez pomoči zdravstvenega delavca. Zadovoljstvo medicinskih sester pri delu je v zadnjih letih v upadanju (Waltz, Munoz, Johnson, Rodriguez, 2020) in je povezano s stopnjo fluktuacije, ki vpliva na kakovost oskrbe bolnikov (Lu, Zhao, While, 2019). Mednarodna organizacija dela opredeljuje dostojno delo kot delo, ki delavcem zagotavlja pošten dohodek, varnost, dostojanstvo, enakost in zdrave delovne pogoje. Dostojanstvo je ogroženo tudi v primerih, ko je med delodajalcem in delavcem veliko neravnovesje moči. Zagotavljanje dostojnih delovnih priložnosti za vse je temelj telesnega, duševnega in družbenega blagostanja (The Lancet Global Health, 2023), saj so v kakovostnejšem delovnem okolju delavci bolj zdravi in motivirani (Kacjan Žgajnar, 2021). Medicinske sestre so pogosto izpostavljene ekstremnemu stresu in obremenjenosti, kar vodi v visoko stopnjo izčrpanosti in prekinitvi delovnega razmerja. Zato je ključnega pomena razviti boljše strategije za podporo zdravstvenim delavcem v kriznih obdobjih (White & Hill, 2023). Strokovnjaki s tozadevnega področja predlagajo manj kot 40-urni delavnik, delo v stalnem času brez izmenjav, izražanje čustev, čas za vadbo, sodelovanje v

podpornih skupinah ter zagotoviti miren prostor, ki je namenjen odmoru. Osebni načini za izboljšanje zdravja vključujejo pripravo zdravih obrokov pred delom, kakovostno spanje, uporabo kognitivno-vedenjskih terapij, sodelovanje v usposabljanju za pozornost in izvajanje tehnik za zmanjšanje stresa (Williams, Fruh, Barinas & Graves, 2022).

NAVIDEZNA PRISOTNOST NA DELOVNEM MESTU

Prisotnost na delovnem mestu ali prezentizem opisuje stanje, v katerem delajo zaposleni, ki nimajo razlogov za prisotnost in potrebujejo počitek ali dopust (Mohammadi, Dehghan Nayeri, Shokoh Varaei & Arezoo Rasti, 2021). Povezan je z nezadovoljstvom pri delu, visokim izgorevanjem in slabšo delovno učinkovitostjo (Shan et al., 2021) in se posledično kaže kot neuspešna in nezavzeta prisotnost zaposlenega (Rainbow & Steege, 2017). Zaradi velikih delovnih obremenitev in nenadomestljivih dolžnosti zdravstvene službe so medicinske sestre tipična skupina, ki trpi zaradi prisotnosti na delu (Shan et al., 2021). Prezentizem je povezan z negativnimi posledicami za bolnike, medicinske sestre in organizacijo.

ODPORNOST MEDICINSKIH SESTER

Odpornost medicinskih sester ali t. i. rezilienca je ključna za uspeh medicinskih sester na strokovni ravni in obvladovanje stresorjev na delovnem mestu. Ključne lastnosti odpornosti medicinskih sester so socialna podpora, samoučinkovitost, ravnovesje med delom in življenjem/skrb zase, humor, optimizem in realnost. Odpornost omogoča medicinskim sestram pozitivno prilagajanje stresorjem in nasprotovanju. Gre za kompleksen in dinamičen proces, ki se razlikuje glede na čas in kontekst ter združuje tako individualne lastnosti kot tudi zunanje vire (Cooper, Brown, Rees & Leslie, 2020). Medicinskim sestram omogoča, da premagujejo stresne situacije in se jim pozitivno prilagajajo, kar vodi v ohranjanje njihovega psihičnega počutja in duševnega zdravja (Foster K, Roche M, Giandinoto J, Furness T., 2020). Trajnost odpornosti medicinskih sester zahteva delovanje in sodelovanje tako posameznikov kot organizacij (Cooper, Brown, Rees & Leslie, 2020).

ABSENTIZEM

Absentizem je lahko znak težav pri upravljanju, kot sta nizka morala zaposlenih ali stres na delovnem mestu. Pogoste odsotnosti medicinskih sester z dela vplivajo na bolnišnice in sposobnost zagotavljanja visokokakovostnega zdravljenja zaradi delovne obremenitve drugega osebja (Pervez, Kousar, Asif & Asghar, 2023). Velik pomen za absentizem imata odnos do zdravja in znanje zaposlenih (Kacjan Žgajnar, 2021). Glavni razlogi za odsotnost so po nedavni raziskavi (Pervez, Kousar, Asif & Asghar, 2023) nezainteresiranost, velika obremenjenost, stres in družinske težave. Z obravnavo težav članov osebja lahko vodje medicinskih sester prisotnost absentizma znižajo.

LEAVIZEM

Leavizem opisuje situacijo, ko zaposleni porabijo svoj prosti čas ali letni dopust, ko se počutijo slabo, ali pa opravljajo naloge zunaj dogovorjenih delovnih ur zaradi preobremenjenosti. Ti zaposleni se znajdejo v položaju, kjer opravljajo delo, ki bi ga morali opraviti v službenem času, doma. To nastane, ko organizacije želijo zmanjšati število bolniških odsotnosti, vendar te privedejo do neželenih posledic, kot sta izčrpanost in slabše zdravstveno stanje (Hesketh & Cooper, 2014).

PROMOCIJA ZDRAVJA

Dobro zdravje je za posameznika in delovno organizacijo predpogoj za uspešno življenje in delo (Kacjan Žgajnar, 2021). Odnos med zaposlenim in delovnim okoljem je leta 1857 opredelil Wojciech Bogumil Jastrzebowski. Menil je, da pojem ergonomija vključuje udobje, zdravje in produktivnost v delovnem okolju (Plemelj Mohorič & Kacjan Žgajnar, 2021). Izvajanje intervencij, kot so izobraževanje, krepitev čuječnosti, spodbujanje pozitivnih miselnih vzorcev in organizacijske spremembe, pozitivno vplivajo na počutje zaposlenih (Cohen, Pignata, Bezak, Tie, Childs, 2023) in zaradi zmanjšanja bolniškega staleža (Kacjan Žgajnar, 2021) znižajo ekonomske obremenitve delodajalca in celotnega zdravstvenega sistema (Cohen, Pignata, Bezak, Tie, Childs, 2023).

DISKUSIJA

Čeprav avtorji Rainbow, Ash Drake & Steeg (2019) opozarjajo, da nam manjka razumevanja odnosov med utrujenostjo medicinskih sester, izgorelostjo, psihološkim dobrim počutjem in vitalnostjo, je bil namen strokovnega prispevka raziskati vpliv bolezni in nepričakovanih odsotnosti medicinskih sester na kakovost oskrbe bolnikov ter analizirati prilagodljivost, odgovornost in obvladovanje stresa pri zaposlenih v zdravstvenih organizacijah. Kljub ugotovitvam, da prisotnost bolnih medicinskih sester na delovnem mestu vpliva na zmanjšanje njihove učinkovitosti, so pokazale prilagodljivost in odgovornost. Po mnenju Moore in Knutsen Glette (2023) so medicinske sestre pogosto prepričane, da njihova suboptimalna zdravstvena stanja, čeprav vplivajo na njihovo fizično in duševno počutje, ne vplivajo bistveno na varnost bolnikov pri oskrbi. Ta pojav je povezan s konceptom prezentizma, kjer zaposleni ostanejo na delovnem mestu kljub bolezni, kar lahko vodi v zmanjšanje produktivnosti, vendar se hkrati ohranja občutek odgovornosti do dela. Kljub tej prilagodljivosti pa raziskave jasno kažejo, da nepričakovane odsotnosti medicinskih sester zaradi bolezni ali drugih razlogov negativno vplivajo na kakovost oskrbe bolnikov. Aloglu in Gullu (2022) opozarjata, da nepričakovane odsotnosti povečujejo obremenitev preostalih članov ekipe, kar povzroči dodaten stres in zmanjša učinkovitost celotnega tima. Zaradi tega je še posebej pomembno, da zdravstvene organizacije zagotovijo ustrezno podporo za obvladovanje teh situacij. Rodríguez-Modroño in López-Igual (2021) opozarjata, da delavci, ki opravljajo delo na daljavo, pogosto izkazujejo večjo samostojnost in so cenejša delovna sila, vendar se soočajo z večjimi težavami pri ohranjanju ravnovesja med delom in zasebnim življenjem. Raziskave kažejo, da ženske, ki delajo na daljavo, pogosto izkazujejo boljše rezultate glede kakovosti delovnega časa, vendar pa so njihove možnosti za napredovanje ali gospodarsko stabilnost pogosto slabše. Raziskava, ki so jo izvedli Cohen et al. (2023), kaže, da intervencije za dobrobit na delovnem mestu prinašajo pomembne koristi. Tehnike sproščanja in obvladovanja stresa so se izkazale za učinkovite pri zmanjšanju izčrpanosti, stresa in depresije ter izboljšanju angažiranosti zaposlenih. To pozitivno vpliva na kakovost oskrbe, saj motivirani in zdravi zaposleni zagotavljajo boljšo oskrbo bolnikov. Ugotovitve potrjujejo pomembnost vlaganja v zdravje zaposlenih kot ključnega elementa za ohranjanje kakovosti zdravstvenih storitev. Avtorji Lomas et al. (2021) v raziskavi ugotavljajo, da preprosto ponujanje programa čuječnosti zdravstvenim delavcem ni dovolj, saj so potrebni dodatni dejavniki, kot so podpora na delovnem mestu in integracija programa z obstoječimi praksami, da bi udeleženci resnično izkoristili koristi. V prihodnosti bodo ključni dejavniki za uspešnost v zdravstvu tudi prilagodljivost, inovativnost in odpornost, zlasti v kriznih razmerah. Calamassi et al. (2021) so raziskovali izkušnje zdravstvenih delavcev med konfliktom v Iraku in ugotovili,

da sta ključni temi, kot sta odpornost in prilagodljivost, prisotni tudi v drugih zdravstvenih nastavitvah. Podobno Fletcher et al. (2022) poudarjajo, da je vloga medicinskih sester v času kriz ključna, saj morajo biti aktivne sodelavke pri oblikovanju postopkov, ki so pomembni za prihodnost zdravstvene oskrbe.

ZAKLJUČEK

Medicinske sestre so ključni del zdravstvenega sistema, vendar se soočajo z mnogimi izzivi, vključno z izgorelostjo, stresom, prezentizmom, absentizmom in preobremenitvijo. Te težave ne vplivajo le na njihovo duševno in fizično zdravje, temveč tudi na kakovost oskrbe bolnikov in učinkovitost zdravstvenih organizacij. Pomembno je, da se razvijejo strateške rešitve, ki bodo podpirale medicinske sestre pri soočanju s temi izzivi, kar vključuje izboljšanje delovnih pogojev, spodbujanje odpornosti in zagotavljanje boljšega ravnotežja med delom in zasebnim življenjem. Zato se je v prihodnosti treba zavzeti za izboljšanje delovnih pogojev, predvsem v korist zagotavljanja varnosti in pripadnosti, razvoju programov za izobraževanje in usposabljanje, nudenju pomoči, prilagoditve delovnih urnikov in vključevanja medicinskih sester v odločanje, predvsem pri doseganju skupnih ciljev. Le s celostnim pristopom, ki vključuje izboljšanje delovnih pogojev, podporo kolegov in organizacij ter usmerjenost k dolgotrajnemu zdravju in dobremu počutju, bo mogoče učinkovito obvladovati te izzive in zagotoviti boljše delovno okolje za medicinske sestre. Raziskave ponazarjajo, da je za medicinske sestre in druge zdravstvene delavce ključno, da imajo dostop do ustrezne podpore pri obvladovanju stresa in izgorelosti. Samo z ustrezno skrbjo zase lahko ohranijo visoko raven profesionalnosti in kakovosti oskrbe, ki jo nudijo bolnikom.

LITERATURA

- A decent day's work. (2023). *The Lancet Global Health*, 11(10). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37734776/>
- Aloglu, N., & Gullu, A. (2022). Investigation of unplanned absenteeism of nurses working in a university hospital: Cross-sectional study. *Journal of Radiology Nursing*, 41(4), 326–330. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2022.05.006>
- Calamassi, D., Pucci, C., & Bambi, S. (2021). Healthcare professionals' experiences during Operation Ancient Babylon in Iraq: A qualitative study. *Journal of Research in Nursing*, 26(7), 632–645. <https://doi.org/10.1177/17449871211001964>
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians, and allied healthcare professionals: A systematic review. *British Medical Journal*, 1–23. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-074670>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 553–575. <https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Fletcher, K. A., Reddin, K., & Tait, D. (2022). The history of disaster nursing: From Nightingale to nursing in the 21st century. *Journal of Research in Nursing*, 27(3), 257–272. <https://doi.org/10.1177/17449871221081119>
- Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J., & Furness, T. (2020). Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A descriptive correlational study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 56–68. <https://doi.org/10.1111/inm.12642>
- Hesketh, I., & Cooper, C. L. (2014). Leaveism at work. *Occupational Medicine*, 64(3), 146–147. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu013>
- Kacjan Žgajnar, K. (2021). *Promocija zdravja na delovnem mestu*. In K. Plemelj Mohorič & K. Kacjan Žgajnar (Eds.), *Izbrana poglavja iz ergonomije* (2nd ed.). pp. 6–19. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Lomas, T., Hefferon, K., Ivztan, I., & O'Broin, S. (2021). Mindfulness-based programmes to reduce stress and enhance well-being at work: A realist review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(4), 315–332. <https://doi.org/10.1037/ocp0000258>
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.003>

- Mohammadi, M. M., Dehghan Nayeri, N., Varaei, S., & Rasti, A. (2021). The nurse without a nurse: The antecedents of presenteeism in nursing. *BioMed Central Nursing*, 20, 143. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00787-4>
- Moore, A., & Knutsen Glette, M. (2023). Nurses' experiences with presenteeism and the potential consequences on patient safety: A qualitative study among nurses at out-of-hours emergency primary care facilities. *British Medical Journal Open*, 13, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065563>
- Pervez, S., Kousar, R., Asif, M., & Asghar, S. (2023). Effects of absenteeism in nursing profession. *Journal of Nursing Research and Studies*, 3(1), 11–14. <https://doi.org/10.30845/jnrs.v3n1p2>
- Plemelj Mohorič, K., & Kacjan Žgajnar, K. (2021). *Izbrana poglavja iz ergonomije* (2nd ed.). pp. 1–10. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Rainbow, J. G., & Steege, L. M. (2017). Presenteeism in nursing: *An evolutionary concept analysis*. *Nursing Outlook*, 65(5), 615–623. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.002>
- Rodríguez-Modroño, P., & López-Igual, P. (2021). Job quality and work–life balance of teleworkers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3239. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063239>
- Shan, G., Wang, S., Wang, W., Guo, S., & Li, Y. (2021). Presenteeism in nurse: Prevalence, consequences, and causes from the perspectives of nurses and chief nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 58404. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.584040>
- White, M., & Hill, G. (2023). Special collection editorial: Nursing through times of challenge and adversity. *Journal of Research in Nursing*, 28(6–7), 394–400. <https://doi.org/10.1177/17449871231178132>
- Waltz, L. A., Munoz, L., Johnson, H. W., & Rodriguez, T. (2020). Exploring job satisfaction and workplace engagement in millennial nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 673–681. <https://doi.org/10.1111/jonm.12976>
- Williams, S., Fruh, S., Barinas, J. L., & Graves, R. J. (2022). Self-care in nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 41(1), 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2021.11.003>
- World Health Organization. (2024). *Self-care for health and well-being*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>
- World Health Organization. (2020). *State of the World's Nursing Report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Bojana Smrke Kumer, dipl. m. s., univ.dipl.org.

Urška Murn, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

bojana.smrkekumer@kclj.si

CELOVITI PRISTOP K IZOBRAŽEVANJU MEDICINSKIH SESTER NA DELAVNICI: ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S TORAKALNIM DRENAŽNIM SISTEMOM

A comprehensive approach to nurse
education at the workshop: Care of patient
with a chest drainage system

IZVLEČEK

Razvoj različnih torakalnih drenažnih sistemov in njihova uporaba pri zdravljenju pacientov zahtevata poznavanje delovanja sistemov in tveganj ob nepravilnem ravnanju z njimi. Z izboljšanjem strokovnega znanja in veščin dvigujemo kakovost dela in zadovoljstvo zdravstvenega kadra ter s tem prispevamo k varni in kakovostni oskrbi, hitrejšemu okrevanju in zadovoljstvu pacientov.

Ena izmed oblik izobraževanja, kjer učni proces vključuje metode, ki omogočajo celoviti pristop k učenju z aktivnim, dinamičnim vključevanjem udeležencev, je interaktivna delavnica s simulacijami. Učenje v nadzorovanem okolju omogoča pridobivanje znanja in veščin na izkušteni način, kjer se napake lahko popravijo, kjer ni tveganja za pacienta.

S strukturiranimi vprašalniki zaprtega tipa pred začetkom in ob koncu izobraževanja lahko preverimo učinkovitost posredovanja učnih vsebin in pridobljeno znanje. Anketa o zadovoljstvu

udeležencev delavnice nam služi kot merilo za ocenjevanje kakovosti izvedbe delavnic. Končno vrednotenje učinkovitosti izobraževalnega pristopa omogoča načrtovanje vključevanja dodatnih metod in izboljšav s ciljem večje usposobljenosti medicinskih sester in dviga kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov s torakalnimi drenažnimi sistemi.

Ključne besede: torakalna drenaža, tveganje, izobraževalni program, učne metode, ugotavljanje učinkovitosti

ABSTRACT

The development of different chest drainage systems and their use in the treatment of patients, requires knowledge of how the systems work and the risks of improper handling. By improving professional knowledge and skills, we improve the quality of work and the satisfaction of healthcare professionals, thereby contributing to safe and quality care, faster recovery and patient satisfaction.

One of the forms of education where the learning process includes methods that enable a comprehensive approach to learning with active, dynamic involvement of participants is an interactive workshop with simulations. Learning in a controlled environment allows knowledge and skills to be acquired in an experiential way, where errors can be corrected and there is no risk to the patient.

Structured, closed-ended questionnaires, before and at the end of the training can be used to check the effectiveness of the educational approach and the progress achieved. The satisfaction survey of the workshop participants serves as a measure to evaluate the quality of the workshop program implementation. The final evaluation of the effectiveness of the educational approach enables us to plan the inclusions of additional methods and improvements with the aim of increasing the qualification or competence of nurses and the quality of care for patients with chest drainage systems.

Key words: chest drainage, risk, educational programme, teaching methods, effectiveness

UVOD

Razvoj različnih torakalnih drenaž je omogočil individualni pristop k zdravljenju pacientov z boleznimi pljuč, kot so pnevmotoraks (spontani ali kot posledica mehanske ventilacije s pozitivnim tlakom), hemotoraks, plevralni izliv, gnojno vnetje v plevralnem prostoru, ter pacientov, ki potrebujejo operacijo v prsnem košu zaradi bolezni ali poškodbe prsnega koša. V praksi uporabljamo eno- ali večkomorne suhe in mokre drenažne sisteme, ki nam omogočajo drenažo plevralnega prostora z aktivnim ali pasivnim vlekom in tudi inovativne digitalne drenažne sisteme z opozorili in alarmiranjem (Štupnik, 2013). Nepoznavanje delovanja tovrstnih sistemov in tveganj ob nepravilnem ravnanju z njimi lahko privede do različnih neželenih dogodkov s posledicami za pacienta, zato je konstantno učenje in nadgrajevanje kompetenc medicinskih sester nujno za razvoj in dvig kakovosti v zdravstveni negi. Zdravstveni delavci moramo strogo upoštevati varnost in kakovostni oskrbi, hitrejšemu okrevanju in zadovoljstvu pacientov.

Namen prispevka je predstaviti celoviti pristop k izobraževanju na delavnici Zdravstvena nega pacienta s torakalnim drenažnim sistemom, ki je namenjena vsem medicinskim sestram kliničnih oddelkov in klinik UKC Ljubljana.

Cilj prispevka je spodbuditi medicinske sestre k nenehnemu izpopolnjevanju in podajanju pridobljenega znanja, izkušenj in veščin na raznih izobraževalnih dogodkih, kot so seminarji, kongresi, konference ali delavnice.

PREDSTAVITEV DELAVNICE

Na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo v UKC Ljubljana od leta 2022 poteka izobraževalni program v obliki delavnice, namenjen medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege, ki se pri svojem delu srečujejo s torakalnimi drenažnimi sistemi. Delavnica se izvaja v Medicinskem simulacijskem centru UKC Ljubljana in je zasnovana z namenom izboljšanja strokovnega znanja ter praktičnih veščin pri oskrbi pacientov s torakalnim drenažnim sistemom. Glavni cilji izobraževanja so udeležencem predstaviti delovanje različnih torakalnih drenažnih sistemov ter njihovo pravilno uporabo in pripravo, poudariti vlogo medicinske sestre ter prikazati ključne postopke, ki se uporabljajo pri oskrbi pacientov s torakalnimi drenažnimi sistemi. Pomembno je opozoriti na tveganja, predstaviti možne zaplete in ustrezne rešitve.

Delavnica je zasnovana za skupino desetih do štirinajstih udeležencev. Manjše skupine omogočajo bolj individualiziran pristop k izobraževanju ter večjo interaktivnost udeležencev. Pri izvedbi delavnice sodelujejo izkušeni zaposleni z oddelka za torakalno kirurgijo, kjer vsakodnevno oskrbujejo paciente z različnimi torakalnimi drenažnimi sistemi.

Delavnica je sestavljena iz teoretičnega in praktičnega dela. V teoretičnem delu udeleženci spoznajo anatomijo in fiziologijo dihanja kot osnovo za lažje razumevanje nadaljnjih vsebin. Sledijo vsebine o zdravstveni negi pacienta, pomembni vlogi medicinske sestre ter navodila in opozorila za oskrbo pacienta s celotnim torakalnim drenažnim sistemom. Predstavitvi različnih vrst torakalnih drenažnih sistemov sledi praktičen prikaz suhih, mokrih in digitalnih sistemov ter trajnega drenažnega katetra z vakuumsko bučko. Posebna točka izobraževanja se nanaša na zdravstvenovzgojno delo s pacienti že ob namestitvi torakalne drenaže do odstranitve torakalnega drena in tudi v primeru odpusta pacienta s torakalnim drenažnim sistemom v domačo oskrbo, saj je to ključno pri preprečevanju zapletov in spodbujanju pacientovega sodelovanja v procesu zdravljenja.

Praktični del delavnice je osredotočen na demonstracijo in izvajanje ključnih postopkov, kot so priprava in menjava drenažnih sistemov, odvzem vzorcev za preiskave, preveza rane ter postopek odstranitve torakalnega drena, pri katerem asistira medicinska sestra. Udeleženci imajo priložnost, da svoje znanje preizkusijo skozi praktične vaje. Zaključni del delavnice vključuje igro vlog s simulacijo na lutki, kjer se udeleženci soočijo z realističnimi kliničnimi scenariji.

METODE IZOBRAŽEVANJA

Poudarek je na celovitem pristopu k izobraževanju, zato se v sklopu delavnice uporablja več različnih metod poučevanja. Uporabljene so kombinacije tradicionalnih učnih metod z aktivnimi oblikami učenja. Delavnica je zasnovana na način, da pri udeležencih spodbuja kritično mišljenje, refleksijo ter jih usposobi za reševanje morebitnih zapletov. Teoretični del zagotavlja osnovno razumevanje, medtem ko praktične delavnice in simulacije omogočajo aktivno vključenost udeležencev v postopke.

METODA RAZLAGE, PREDAVANJA, PRIKAZA SLIK

Za sistematično podajanje teoretičnih vsebin se kot tradicionalna metoda uporabljajo predavanja. V kontekstu zdravstvene nege se predavanja pogosto uporabljajo za podajanje osnovnih konceptov in posodobitev znanja. V predavanja se vključujejo interaktivni elementi, kar poveča angažiranost udeležencev, izboljšuje razumevanje snovi, vzbudi motivacijo ter miselno

aktivnost udeležencev (Plešec, 2019; Plešec & Milavec Kapun, 2023). Pri predavanjih na delavnici se uporabljajo PowerPoint predstavitve, vključijo zloženke, navodila za delo medicinskim sestram in navodila, pripravljena za paciente ob odpustu v domačo oskrbo.

METODA PRAKTIČNEGA PRIKAZA PRIPOMOČKOV ZA DELO

Udeleženci delavnice se lahko seznanijo z različnimi vrstami torakalnih drenov in drenažnih sistemov. Obenem so predstavljeni pripomočki za pripravo drenažnega sistema, oskrbo rane, higieno torakalnega drena ter pripomočki za odvzem kužnin.

METODA PRIKAZOVANJA VIDEOVSEBIN

Maligni plevralni izliv pri pacientu je indikacija za vstavev trajnega drenažnega katetra, saj se s tem načinom zdravljenja skrajša hospitalizacija in izboljša kakovost življenja pacienta. Naloga medicinske sestre na vseh ravneh zdravstva je praznjenje izliva preko vakuumske bučke ali minimalnega vleka aspiratorja v bolnišničnem okolju. Oba načina praznjenja sta udeležencem prikazana s pomočjo videoposnetka ob besedni razlagi predavatelja. Uporaba vizualnih pripomočkov, kot so posnetki in animacije, omogočajo boljše razumevanje kompleksnih vsebin ter približajo teorijo praksi. Vizualizacija omogoča lažje sledenje predavanjem ter boljše razumevanje le teh (Salina et al., 2012).

METODA DEMONSTRACIJE NA MODELU

Postopki s pripravo ali menjavo drenažnega sistema, odvzema kužnin, preveze rane in odstranitev drena se demonstrirajo na anatomskem modelu prsnega koša, kar udeležencem omogoča vizualno spremljavo in razumevanje posameznih korakov. Metoda demonstracije je še posebej učinkovita pri učenju tehničnih veščin v zdravstveni negi, saj lahko udeleženci prikazane postopke vadijo samostojno ali v paru.

PREDSTAVITEV PRIMERA DOBRE PRAKSE

S tem načinom udeležence delavnice spodbudimo h kreativnosti in inovativnosti z namenom dviga kakovosti oskrbe pacientov in razvoja stroke zdravstvene nege. V tem delu predstavimo tudi lasten kazalnik kakovosti zapletov torakalnih drenažnih sistemov (Bizilj, Gačič, 2022), z namenom zmanjševanja zapletov ob upoštevanju dogovorjenih korektivnih ukrepov, kar rezultira varnejšo in kakovostnejšo oskrbo pacientov s torakalnimi drenažnimi sistemi.

METODA SIMULACIJE IN IGRE VLOG

Delavnica vključuje tudi igre vlog s simulacijami na lutki, kjer so udeleženci razdeljeni v manjše skupine in rešujejo scenarije različnih zahtevnosti. Poskuša se prikazati realna situacija pacienta s torakalnim drenažnim sistemom v kliničnem okolju, pri katerem pride do enega ali več zapletov, udeleženci izobraževanja pa morajo do ugotovitve in rešitev priti sami. Če zapleta ne rešijo v določenem časovnem okvirju, se zapleti stopnjujejo, simulacija pa se prilagaja glede na dogajanje in delovanje skupine, poskuša posnemati resnične situacije. Takšen način izobraževanja omogoča aktivno sodelovanje, timsko delo, hitro iskanje rešitev ter razvoj komunikacijskih veščin. Poleg tehničnih veščin se udeleženci soočajo tudi z etičnimi in komunikacijskimi izzivi (Trobeč, Čuk in Istenič Starčič, 2014).

METODA OVREDNOTENJA SIMULACIJ, DISKUSIJE

Po simulacijah sledi diskusija ter refleksija vsakega posameznega primera. Diskusije in refleksivni procesi omogočajo udeležencem aktivno sodelovanje in izmenjavo mnenj, kar spodbuja kritično mišljenje in poglobljanje razumevanja obravnavanih tem. Refleksija je metoda za doseganje globljega razumevanja dejanj in tega, kaj je treba narediti v takih ali v prihodnjih situacijah za doseganje želenega rezultata. Pripomore k večji samozavesti, lažjim spopadanjem z izzivi in boljšemu razumevanju osebnega odziva na situacije. V zdravstveni izobraževalni praksi so pomembne pri obravnavi kompleksnih primerov in etičnih dilem (Privošnik, 2023).

UGOTAVLJANJE UČINKOVITOSTI IZOBRAŽEVANJA

Za zagotavljanje kakovostnega izobraževalnega procesa in neprestanega izboljševanja usposabljanja medicinskih sester je ključno sistematično vrednotenje učinkovitosti izobraževalnih metod. S tem pridobimo vpogled v stopnjo pridobljenega znanja, zadovoljstvo udeležencev in možnost izboljšave. V okviru delavnice smo uporabili kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod za ocenjevanje učinkovitosti izobraževanja.

Ena izmed metod ocenjevanja učinkovitosti izobraževanja je strukturiran vprašalnik zaprtega tipa, ki omogoča merjenje sprememb v znanju pred in po izvedbi delavnice. Uporaba te metode zagotavlja objektivno primerjavo začetnega in končnega znanja udeležencev ter identificira področja, kjer so še potrebne izboljšave. Vprašalniki zaprtega tipa z več izbirnimi odgovori zanesljivo merijo količino pridobljenega znanja v zdravstvenem izobraževanju (Shankar, N. & Vallabhajosyula, 2012).

Druga uporabljena metoda je anketa o zadovoljstvu udeležencev, ki zajema vprašanja o splošnem zadovoljstvu, zadovoljstvu z vsebino, z organizacijo izobraževanja, s predavatelji in o uporabnosti v praksi. Vsebuje tudi odprto vprašanje, ki udeleženca spodbudi k možnosti dajanja novih predlogov, izboljšav. Po mnenju Kandiko in Matos (2021) zadovoljstvo udeležencev pomembno korelira z njihovim sodelovanjem ter količino pridobljenega znanja, saj večja vključenost in pozitivna izkušnja vodita k boljšemu pomnjenju in uporabi naučenih postopkov.

Kakovostno izobraževanje ni le vprašanje prenosa informacij, temveč tudi sposobnosti refleksije in kritične analize lastnega znanja. Tukaj imajo pomembno vlogo tudi refleksivne diskusije, ki so v medicinskem izobraževanju lahko učinkovito orodje za izboljšanje usposobljenosti (Privošnik, 2023).

DISKUSIJA

V zdravstveni negi se za izobraževanje večinoma uporabljata kombinirani metodi predavanj ter praktičnih vaj. Izbira metode poučevanja je odvisna od cilja izobraževalnega procesa, zahtevnosti vsebine, predznanja udeležencev ter usposobljenosti učitelja. Pomembno je, da učitelj ne deluje zgolj kot posredovalec znanja, temveč tudi kot mentor, ki spodbuja kritično mišljenje in praktične spretnosti, saj se bo to znanje preneslo v klinično prakso. Zato je pomembno vključevati inovativne poučevalne metode pri izobraževanju medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Težak, 2023).

Celovito izobraževanje v zdravstveni negi združuje teoretično znanje, praktične veščine in razvoj kritičnega mišljenja, kar omogoča medicinskim sestram učinkovito obvladovanje kompleksnih kliničnih situacij. Sodobni pristopi v izobraževanju temeljijo na aktivnem učenju, ki vključuje

kombinacijo teoretičnih predavanj, praktičnega usposabljanja in izkustvenega učenja, saj zgolj pasivna prisotnost pri predavanjih ne zagotavlja dovolj kvalitetne priprave na klinično delo (Cowperthwait, 2020; Culha, 2019). Raziskave potrjujejo, da je kombinacija različnih učnih metod učinkovitejša od enostranskih pristopov, saj omogoča boljše razumevanje vsebine, večjo angažiranost in razvoj kliničnih spretnosti (Cant & Cooper, 2017). Celovitost pristopa zagotavlja višjo stopnjo izkustvenega učenja, ki se je v številnih raziskavah izkazalo kot eden najmočnejših dejavnikov pri prenosu znanja v klinično prakso (Lateef, 2010; Kranjuš & Pucer, 2012). Kvalitetno izobraževanje iz zdravstvene nege, kjer se uporabljajo inovativne in aktivne metode poučevanja, bodo tudi dvignile kakovost zdravstvenih storitev (Culha, 2019).

Z uporabo kombinacije kvantitativnih in kvalitativnih metod vrednotenja pridobimo celovit vpogled v uspešnost izobraževalnega programa. Na podlagi zbranih podatkov lahko oblikujemo strategije za izboljšanje usposabljanja medicinskih sester in prispevamo k dvigu kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov. Sistematično spremljanje učinkovitosti izobraževanja omogoča nenehno prilagajanje metod in vsebin potrebam udeležencev. Ponavljajoče se vrednotenje programov izobraževanja omogoča dolgoročno izboljševanje usposabljanja in večjo uspešnost prenosa teoretičnega znanja v klinično prakso (Ganagalla, 2023).

Simulacijsko poučevanje predstavlja enega najučinkovitejših pristopov pri izobraževanju zdravstvenih delavcev, saj omogoča varno in nadzorovano učno okolje, kjer lahko udeleženci pridobijo praktične izkušnje brez tveganja za paciente (Karnjuš et al., 2020). Po mnenju Koukourikos et al., (2021) simulacije izboljšujejo klinične spretnosti, kritično mišljenje ter sposobnost odločanja v dinamičnih in kompleksnih situacijah. Simulacije povečajo stopnjo samoučinkovitosti udeležencev, njihove sposobnosti reševanja problemov ter učne motivacije (Culha, 2019). Prav tako študija Mishra, Hemlata in Trivedi (2023) potrdi, da simulacijsko učenje izboljša kognitivne, čustvene in psihomotorične sposobnosti, omogoča učenje, ponavljanje in utrjevanje ključnih postopkov, kar vodi v večjo samozavest in pripravljenost na realne klinične izzive. Da pa je usposabljanje na podlagi simulacij učinkovito, mora temeljiti na teoriji (Culha, 2019).

ZAKLJUČEK

Kakovostno izobraževanje z uporabo različnih učnih metod in sistematičnim vrednotenjem učinkovitosti presega tradicionalne okvire izobraževalnega procesa. Celoviti pristop združuje teoretično znanje z inovativnejšimi metodami učenja, kot so video prikazi, demonstracije na modelih, igro vlog s simulacijami in tako razvija kritično mišljenje udeležencev ter sposobnost samorefleksije. Učenje in izkušnje nam pomagajo pri prepoznavanju in oceni tveganj pri delu, poznavanju možnih zapletov ali neželenih dogodkov in le tako bomo pripomogli k varnosti pacientov in dvigu kakovosti v zdravstveni negi.

Naša vizija je razvoj procesa predajanja znanja medicinskim sestram na vseh ravneh zdravstva. Ideja je celovita obnova spletne strani KO za torakalno kirurgijo z obogatitvijo navodil za pomoč pri delu in dodanimi slikovnimi ter video vsebinami. Tako bi se kakovostna vsebina izobraževanja razširila tudi zunaj ustanove ter dvignila splošno raven oskrbe pacientov s torakalnimi drenažnimi sistemi, spodbudila medsebojno sodelovanje ter preprečila neželene dogodke. Ključnega pomena je vključenost mlajših zaposlenih v zdravstveni negi, izboljšave na področju mentorstva, podpora raziskovanju in procesu vseživljenjskega izobraževanja.

Torej, kakšna je naša vizija, kaj lahko storimo, da povečamo raven znanja? Učenje in prenos znanja ni le stvar posameznikov, temveč celotnega tima. Postati mora proces nenehnega pri-zadevanja vsakega zdravstvenega delavca.

LITERATURA

- Bizilj, M., Gačič, K., 2022. Zapleti torakalnih drenažnih sistemov in predstavitev lastnega kazalnika kakovosti v zdravstveni negi. In: Debelak, A., eds. *Novosti in znanje kot podlaga kirurški zdravstveni negi: zbornik predavanj z recenzijo*, Laško, 11.5.2022. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babetne nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji.
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2017). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse education today*, 49, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.015>
- Cowperthwait, A. (2020). NLN/jeffries simulation framework for simulated participant methodology. *Clinical Simulation in Nursing*, 42(C), 12–21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009>.
- Culha, I. (2019). Active learning methods used in nursing education. *Journal of Pedagogical Research*, 3(2), 74–86.
- Ganagalla S. (2023) The Importance of Educational Evaluation in Ensuring Quality Teaching. *RRJ Educ Stud*. 2023;9:004. <https://www.rroij.com/open-access/the-importance-of-educational-evaluation-in-ensuring-quality-teaching.php?aid=93302>
- Kandiko Howson, C., & Matos, F. (2021). Student Surveys: Measuring the Relationship between Satisfaction and Engagement. *Education Sciences*, 11(6), 297. <https://doi.org/10.3390/educsci11060297>
- Karnjuš, I., & Pucer, P. (2012). *Simulacije – sodobna metoda učenja in poučevanja v zdravstveni negi in babetstvu*. Obzornik Zdravstvene Nege, 46(1), 57–66.
- Karnjuš, Igor, Prosen, Mirko, Ličen, Sabina (2020). Vpeljava simulacij kot sodobne metode učenja in poučevanja na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Revija za elementarno izobraževanje*, letnik 13, posebna, str. 9–23. URN:NBN:SI:doc-WPA301CZ from <http://www.dlib.si>
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V., Iliadis, C., Fratzana, A., & Panagiotou, A. (2021). Simulation in Clinical Nursing Education. *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Društva za medicinsku informatiku BiH*, 29(1), 15–20. <https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.15-20>
- Lateef, F. (2010). Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 348–352. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70743>
- Mishra, R., Hemlata, & Trivedi, D. (2023). Simulation-based learning in nursing curriculum- time to prepare quality nurses: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9(5), e16014. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16014>
- Plešec, Š. & Milavec Kapun, M. (2023). Izkušnje študentov zdravstvene nege z izobraževanjem na daljavo v času prvega vala epidemije covid-19: kvalitativna raziskava. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 57(2), 108–116. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3117>
- Plešec Gašparič, M. (2019). Učne oblike v tradicionalnem učnem procesu in pri didaktični inovaciji obrnjeno učenje in poučevanje. Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta. http://pefprints.pef.uni-lj.si/5781/1/PlesecGasparic_2019_Disertacija.pdf
- Privošnik, L. (2023). *Samoocenjena reflektivna praksa pri študentih zdravstvene nege: magistrsko delo* [Master's thesis, L. Privošnik]. Repository of the University of Ljubljana. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=eng&id=151627>
- Salina, L., Ruffinengo, C., Garrino, L. et al. (2012). Effectiveness of an educational video as an instrument to refresh and reinforce the learning of a nursing technique: a randomized controlled trial. *Perspect Med Educ* 1, 67–75. <https://doi.org/10.1007/s40037-012-0013-4>
- Shankar, N. & Vallabhajosyula, R. (2012). Pre and post-lecture test scores for assessment of short term effectiveness of didactic lectures in anatomy and as a predictor for performance in summative evaluation. *South-East Asian Journal of Medical Education*. 6. 10.4038/seajme.v6i1.181. DOI:10.4038/seajme.v6i1.181
- Težak, M. (2023). Innovative teaching methods in the education of nurses. *Sestrinski glasnik*, 28(3), 175–181. <https://doi.org/10.11608/sgnj.28.3.6>
- Štupnik, T. (2013). *Torakalna punkcija & torakalna drenaža: učbenik za zdravnike in medicinske sestre* (str. XIV, 272). samozal.
- 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). <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.4.38>

Aljoša Lapanja, dipl. zn. s specialnim znanjem, univ. dipl. soc. ped., viš. pred.

Aljoša Lipovec, dipl. m. s., mag. vzg. in men. v zdr.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

aljosa.lapanja@psih-klinika.si

UVAJANJE MODELA SAFEWARDS V UNIVERZITETNI PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA

Implementation of the Safewards model in University Psychiatric Clinic Ljubljana

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

354

IZVLEČEK

Zagotavljanje varnosti tako pacientov kot zdravstvenega osebja je na psihiatričnih oddelkih zelo zahteven in kontinuiran proces, ki vključuje nenehno potrebno po iskanju in uvajanju najboljših praks, ki so usmerjen v zmanjševanje uporabe omejevalnih intervencij kot so posebni varovalni ukrepi. Model Safewards je multiintervencijski model izboljšanja klinične prakse, katerega cilj je zmanjšati stopnjo konfliktov in uporabe omejevalnih ukrepov na področju obravnave pacienta z duševno motnjo. Model Safewards zagotavlja celovito razumevanje notranjih, zunanjih in situacijsko-medosebnih dejavnikov, ki vplivajo na konflikte in obvladovanje le teh na psihiatričnih oddelkih. Opredeljuje šest področij, na katerih nastajajo konflikti: zdravstveno osebje, fizično okolje, zunanje okolje bolnišnice, skupnost pacientov, značilnosti pacientov in regulativni okvir, ki lahko sprožijo določena žarišča, kar lahko na koncu privede do uporabe omejevalnih ukrepov. Model Safewards obsega deset intervencij za ustvarjanje varnejših in prijaznejših psihiatričnih oddelkov: (1) jasna vzajemna pričakovanja, (2) prijazne besede, (3) tehnike deeskalacije, (4) pozitivni vidiki o pacientu, (5) poznavanje drug drugega, (6) skupinska srečanja za vzajemno pomoč, (7) dodatna ponudba za umiritev, (8) zagotavljanje občutka varnosti, (9) sporočanje slabih novic in (10) sporočila ob odpustu. Intervencije spodbujajo in usmerjajo izvajalce zdravstvene nege v spreminjanje svojega odnosa in vedenja do pacientov, da bi izboljšali terapevtski odnos, vzajemno dobro počutje in občutek varnosti. Uvajanje modela Safewards je kompleksen proces, zato je za uspešno implementacijo v klinično prakso

1 5 · K O N G R E S

potreben širok konsenz in podpora vseh članov zdravstvenega tima ter vseh nivojev managementa zdravstvenega zavoda. Prispevek opisuje intervencije modela Safewards in obravnava proces uvajanja posameznih intervencij modela Safewards v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. Pri uvajanju intervencij nas vodi slogan modela Safewards, ki pravi: »*Naredimo psihiatrične oddelke bolj prijazne*«.

Ključne besede: varnost, duševno zdravje, zmanjševanje posebnih varovalnih ukrepov.

ABSTRACT

Ensuring the safety of both patients and healthcare staff in psychiatric wards is a very demanding and continuous process, which involves the constant need to find and implement best practices aimed at reducing the use of restrictive interventions such as special protective measures. The Safewards model is a multi-intervention model for improving clinical practice, which aims to reduce the level of conflict and the use of restrictive interventions in the management of the patient with a mental disorder. The Safewards Model provides a comprehensive understanding of the internal, external and situational-interpersonal factors that influence conflict and its management in psychiatric wards. It identifies six areas where conflict arises: healthcare staff, the physical environment, the external environment of the hospital, the patient community, patient characteristics and the regulatory framework, which can trigger certain hotspots that can ultimately lead to the use of restrictive measures. The Safewards model covers ten interventions to create safer and more welcoming psychiatric wards: (1) clear mutual expectations, (2) kind words, (3) de-escalation techniques, (4) positive aspects about the patient, (5) knowing each other, (6) group meetings for mutual support, (7) additional offers for reassurance, (8) providing a sense of security, (9) relaying bad news, and (10) discharge messages. The interventions encourage and guide healthcare providers to change their attitudes and behaviour towards patients in order to improve the therapeutic relationship, mutual well-being and sense of security. The implementation of the Safewards model is a complex process and requires broad consensus and support from all members of the healthcare team and all levels of management of the healthcare facility for successful implementation in clinical practice. This article describes the Safewards interventions and discusses the process of implementing individual Safewards interventions at the University Psychiatric Clinic Ljubljana. The Safewards model slogan »Making psychiatric wards more peaceful places« guides us in the implementation of the interventions.

Key words: safety, mental health, reducing special protective measures.

UVOD

Sistem varnosti pacientov pomeni preprečevanje varnostnih incidentov v zdravstvu in vsebuje pravni okvir, politiko varnosti pacientov, strategijo, akcijske načrte, upravljanje in ravnanje z varnostjo, metode, tehnike in orodja za ravnanje s kliničnimi tveganji in napakami, standarde in kazalnike varnosti pacientov, izboljševanje kulture varnosti, zagotavljanje človeških virov in sredstev, sistem sporočanja in preiskovanja napak, raziskave in projekte, usposabljanje za varnost pacientov, informacijsko podporo ter kontrolo delovanja sistema (ZZKZ, 2024, čl. 3). Zagotavljanje varnosti pacienta in s tem tudi varnosti zdravstvenega osebja je najpomembnejša aktivnost zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Izvajalci zdravstvene nege zagotavljajo varnost pacientov s terapevtskim pogovorom, terapevtskim odnosom, z uporabo tehnik deeskalacije, aplikacije predpisane medikamentozne terapije in z intervencijo zadnjega izbora – uporabo posebnih varovalnih ukrepov (Lapanja, 2018).

V sodobnih pristopih, z novo paradigmo obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju, je v ospredju na osebo osredotočena oskrba, ki temelji na človekovih pravicah in zmanjševanju omejevalnih praks (World Health Organization, n. d.). Pri slednjem ima pomembno vlogo v evropskem prostoru z dokazi podprt model Safewards (Daniel et al., 2025; Institute of Psychiatry Health Service and Population Research, n. d.). Namen prispevka je predstaviti model Safewards pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, z osrednjim ciljem uvajanja posameznih intervencij modela v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana.

MODEL SAFEWARDS

Model Safewards je multiintervencijski model izboljšanja klinične prakse, katerega cilj je zmanjšati stopnjo konfliktov in uporabo omejevalnih ukrepov na področju obravnave pacienta z duševno motnjo (Daniel et al., 2025). Zagotavlja celovito razumevanje notranjih, zunanjih in situacijsko-medosebnih dejavnikov, ki vplivajo na konflikte in obvladovanje le teh na psihiatričnih oddelkih. Opredeljuje šest področij, na katerih nastajajo konflikti: zdravstveno osebje, fizično okolje, zunanje okolje bolnišnice, skupnost pacientov, značilnosti pacientov in regulativni okvir, ki lahko sprožijo določena žarišča, kar lahko na koncu privede do uporabe omejevalnih ukrepov (Bowers, 2014).

Model Safewards uporablja termin »konflikt« za opis vseh incidentov, varnostnih odklonov in ogrožajočih vedenj pacienta. Pod termin »obvladovanje« pa uvršča vse aktivnosti zdravstvenega osebja, ki se uporabljajo za omejevanje ali preventivo prej navedenih vsebinskih kategorij konfliktov. Namen intervencij modela Safewards je zmanjšati ali preprečiti uporabo omejevalnih ukrepov pri pacientih z duševno motnjo, ki negativno vplivajo tako na izkušnjo pacientov z zdravstveno obravnavo kot na terapevtski odnos z zdravstvenim osebjem (Hamilton, Cole, Bostwick & Ngune, 2023).

INTERVENCIJE MODELA SAFEWARDS

Model Safewards zajema deset intervencij za ustvarjanje varnejših in prijaznejših psihiatričnih oddelkov: (1) jasna vzajemna pričakovanja, (2) prijazne besede, (3) tehnike deeskalacije, (4) pozitivni vidiki o pacientu, (5) poznavanje drug drugega, (6) skupinska srečanja za vzajemno pomoč, (7) dodatna ponudba za umiritev, (8) zagotavljanje občutka varnosti, (9) sporočanje slabih novic in (10) sporočila ob odpustu. Intervencije spodbujajo in usmerjajo izvajalce zdravstvene nege v spreminjanje svojega odnosa in vedenja do pacientov, da bi izboljšali terapevtski odnos, vzajemno dobro počutje in občutek varnosti (Lee, Doody & Hennessy, 2021).

V nadaljevanju podajamo opis desetih intervencij modela Safewards (Institute of Psychiatry Health Service and Population Research, n. d., Ward-Stockham et al., 2024; Daniel et al., 2025):

- Jasna vzajemna pričakovanja; Pacienti in osebje sodelujejo pri oblikovanju medsebojno dogovorjenih želja, pričakovanj, pravic in dolžnosti, ki so na oddelku objavljene na vidnem mestu. Ta pričakovanja delujejo v obe smeri. Razjasnitev pričakovanj omogoča, da je osebje dosledno, pacienti razumejo svoje obveznosti in dolžnosti osebja. Komunikacija med njimi je zato lažja, jasnost pričakovanj v bolnišničnem okolju pa bo pacientom pomagala pri jasnejšem razmišljanju ter manjši stopnji nezadovoljstva in jeze.
- Prijazne besede; Z uporabo prijaznih, »mehkih« besed spreminjamo svoj izražanje in odnos do pacientov. Priporoča se uporaba uvodnih besed kot so: »Ali vas lahko prosim...«; »Bi bili tako prijazni, da...«; »Hvaležen bi vam bi, če...« itd. Na vprašanja in zahteve pacientov se odzovemo pozitivno, brez zavrnitve oz. nikalnega odgovora. Besedo »ne« je treba preoblikovati na način, da jo pacient sprejme. Na primer, na vprašanje pacienta ali gre lahko na sprehod v park mu odgovorimo: »Razumem vas, da želite takoj na sprehod. Vas lahko prosim, če se za sprehod dogovoriva ob...«.

- Tehnike deeskalacije; Vključujejo usklajenost verbalne in neverbalne komunikacije z namenom zmanjšati stopnjo jeze in napetosti pri pacientu. V začetni fazi je večji poudarek na govorici telesa in obraza, ki naj izražata umirjenost, odprtost v odnosu in varen pristop. Uporablja se tehnike terapevtske komunikacije, z aktivnim poslušanjem, empatijo, parafraziranjem, iskanjem strinjanja s sogovornikom, aktivnim vključevanjem sogovornika v iskanje rešitve za nastalo situacijo, ipd.
- Pozitivni vidiki o pacientu; Pri predaji pacienta naj osebje izpostavi nekaj pozitivnega o psihofizičnem stanju in sodelovanju pacienta (kje je vidno izboljšanje, trud pacienta, ipd.). Poudarjeni dobri vidiki pacienta delujejo preventivno na strani osebja, saj je s tem usmerjena pozornost na pozitivni del pacientove obravnave. Če to res ni mogoče, pa nekaj pozitivnega o tem, kako je osebje uspešno obravnavalo pacienta (pozitivna ocena).
- Poznavanje drug drugega; Kratke predstavitev članov osebja so lahko predstavljene v mapi ali razstavljene na steni oddelka. V osebni predstavitvi član osebja sam zapiše splošne in neobčutljive informacije, ki jih je pripravljen deliti (npr. informacija o hobijih, o hrani, ki jim je všeč, o športu, ki ga spremljajo, itd.). Ta intervencija omogoča osebju in pacientom, da lažje najdejo skupne teme za pogovor, kar pomaga utrjevati terapevtski odnos in ima učinek »humanizacije« osebja.
- Skupinska srečanja za vzajemno pomoč; Na oddelku se organizira redna dnevna prostovoljna srečanja vseh pacientov in osebja. Priporoča se jutranji termin, pred osrednjimi dnevnimi aktivnostmi. Na srečanju se razpravlja o strukturi dneva, željah, potrebah in pričakovanjih. Srečanja so namenjeni izmenjavi skupnih interesov in ciljev ter medsebojni podpori pri ustvarjanju spoštljivega okolja in občutka skupnosti med osebjem in pacienti.
- Dodatna ponudba za umiritev; Priporoča se uporaba t. i. »škastle za pomiritev« s pripomočki, ki jih lahko pacienti ob nadzoru ali skupaj z osebjem uporabljajo za zmanjšanje stopnje vznemirjenosti. Predlog vsebine »škastle za pomiritev«: vroče ali hladne dišeče brisače, sproščujoča glasba (predvajalnik z glasbo za sprostitvev), komplet za pisanje pisem, obrazne maske in čepki za ušesa (da si ljudje lahko odpočijejo/oddahnejo od oddelka), stresne žogice, komplet za ročno masažo (navodila in olja), masažne žogice, osebni ventilator, projektor mavrične svetlobe, plišaste igrače, vrečka zeliščnega čaja, žvečilni gumi, odejice različnih debelin in tekstur, itn.
- Zagotavljanje občutka varnosti; Občutek varnosti mora osebje kontinuirano zagotavljati s stalno pristnostjo vsaj enega od članov osebja v skupnih prostorih pacientov. Osebje ne sme biti v »funkciji nadzornika«, temveč naj izraža skrbno-pozoren, prijazen in topel odnos. Pomembno je, da se po dogodkih na oddelku, ki bi lahko povzročil tesnobo in strah pri pacientih, z njimi individualno ali v manjših skupinah opravi pogovor, da lahko odprto izrazijo svoje občutke.
- Sporočanje slabih novic; Osebje uporablja vnaprej načrtovane strategije sporočanja slabih novic, ki bi bile lahko za pacienta stresne oz. pri njem povzročile stopnjevanje napetosti (npr. slaba novica od doma, napetost po končanih obiskih, neuresničena prošnja po odpustu, ipd.). Pacientu se novico sporoči na njemu razumljiv in jasen način, s uporabo empatije, razumevanja in tehnik deeskalacije.
- Sporočila ob odpustu; Na dan odpusta iz oddelka se pacienta prosi, če bi bil pripravljen napisati kratko sporočilo, ki bi ga razstavili na vidno mesto na oddelku (tabla, drevo z »listi« sporočil, ipd.). Sporočilo pacienta naj vsebuje kratko informacijo o tem, kaj mu je bilo všeč na oddelku, kako se je počutil in kaj mu je bilo všeč pri osebju. Vsebuje naj pozitiven in koristen nasvet za nove paciente, ki bodo ob pogledu na ta sporočila dobili pozitivno spodbudo in upanje.

UVAJANJE MODELA SAFEWARDS V KLINIČNO PRAKSO

Uvajanje kompleksnih modelov v klinično prakso, kot je model Safewards, je zahteven in dolgotrajen proces, v katerem morajo sodelovati vsi deležniki v partnerskem odnosu s pacienti. Na uspešno uvedbo vpliva več dejavnikov, kot so: prepoznavanje sistemskih potreb in procesov, organizacijske zavezanosti skupnega sodelovanja, razumevanje omejitev, vedenjskih in kulturnih vplivov ter pragmatično prilagodljivost pri uvajanju posameznih intervencij v klinično prakso (Greenhalgh & Papoutsis, 2018).

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana je ob sodelovanju Sektorja za zdravstveno nego in Službe za delovno terapijo in druge terapevtske tehnike v začetku leta 2025 na posameznih kliničnih oddelkih pričela z uvajanjem posameznih intervencij modela Safewards. Pri analizi obstoječega stanja je bilo ugotovljeno, da nekatere intervencije že izvajamo (npr. jutranja skupina s pacienti, zagotavljanje varnosti, deeskalacija), a smo jih drugače poimenovali oz. jih je bilo potrebo vsebinsko dopolniti s smernicami modela Safewards. Na posameznih kliničnih oddelkih smo pričeli z rednim izvajanjem skupinskih srečanj za vzajemno pomoč, na zloženkah in na plakatih smo pripravili besedila o vzajemnih pričakovanjih, na varovanih oddelkih smo pripravili manjši nabor dodatne ponudbe v »škafli za pomiritev« in iz kolaž papirja ter drugih materialov oblikovali na stenah oddelkov drevesa s »sporočili ob odpustu«.

DISKUSIJA

Model Safewards obsega najboljše dokazane intervencije na področju duševnega zdravja in psihiatrije za zmanjšanje konfliktov in omejevalnih ukrepov, saj se je uporaba slednjih zmanjšala za 26 % (Bowers et al., 2015; Dickens, Tabvuma, Frost & SWSLHD Safewards Steering Group, 2020). Raziskava v Avstraliji je potrdila, da se je v kliničnih okoljih, ki so uspešno implementirali model Safewards, izboljšala kakovost komunikacije, povečal optimizem in izboljšal terapevtski odnos med pacienti in zdravstvenimi delavci. Nadalje so še ugotovili povečano ozaveščenost in kritičnost izvajalcev zdravstvene nege glede uporabe omejevalnih ukrepov (Gerdtz, Daniel, Jarden & Kapp, 2020).

Fletcher in sodelavci (2020) so v raziskavi ugotovili, da je za uspešno uvajanje modela Safewards ključnega pomena izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev v obliki krajših predavanj in praktičnih usposabljanj. Nadalje so raziskave pokazale, da je bila uvedba modela uspešnejša, če so bili v projekt aktivno vključeni zaposleni z več izkušnjami in s spoštovanjem s strani ostalih članov tima (Higgins, Meehan, Dart, Kilshaw & Fawcett, 2018), in če je projekt uvajanja trajal najmanj tri in največ dvanajstih mesecev (Baumgardt et al., 2019).

Uspešno izvajanje programa Safewards zahteva vključenost in predanost vseh članov zdravstvenega tima, saj v nasprotnem primeru to predstavlja oviro za uspešno izvajanje modela. Raziskave so še pokazale, da želijo biti zdravstveni delavci slišani in upoštevani ter biti aktivni soustvarjalci uvedbe modela Safewards v klinično prakso. Slednje pomembno vpliva na njihovo pripadnost, zadovoljstvo in zaupanje v učinkovitost izvajanja modela. Nadalje je bila v raziskavah izpostavljena tudi pomembnost vključenosti pacientov in njihove povratne informacije o zadovoljstvu s posameznimi intervencijami (Price, Burberry, Leonard & Doyle, 2016; Kipping, De Souza & Marshall, 2019; Lee et al., 2021).

ZAKLJUČEK

Uvajanje modela Safewards je kompleksen proces, zato je za uspešno implementacijo v klinično prakso potreben širok konsenz in podpora vseh članov zdravstvenega tima ter vseh nivojev managementa zdravstvenega zavoda. Modela Safewards se je v številnih evropskih državah in

v Avstraliji skozi opravljene raziskave pokazal kot dobra preventiva omejevalnim praksam na področju duševnega zdravja. Menimo, da je dozorel čas, da tudi v slovenskem prostoru na tem področju stopimo v korak z novo paradigmo obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v okviru institucionalne obravnave. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana je kot terciarna ustanova v Republiki Sloveniji pri tem naredila prvi pomemben korak. Na skupno pot kontinuiranega izboljševanja klinične prakse v psihiatriji bomo z zgledom in pridobljenimi izkušnjami povabili vse deležnike, ki pri nas delujejo na področju obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju.

Pri uvajanju intervencij nas vodi slogan modela Safewards, ki se glasi: »Naredimo psihiatrične oddelke bolj prijazne« (ang. »*Making psychiatric wards more peaceful places*«).

LITERATURA

- Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, S., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., ... & 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, 340. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00340>
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, pp. 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), pp. 1412–1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.006>
- Daniel, C., Yap, C. Y. L., Knott, J. C., Ryan, A., Brittliff, R., & Gerdzt, M. (2025). The potential for Safewards to reduce restrictive interventions for people arriving to the emergency department with police for a mental health assessment. *International Emergency Nursing*, 78, 101570. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101570>
- Dickens, G. L., Tabvuma, T., Frost, S. A., & SWSLHD Safewards Steering Group. (2020). Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), pp. 1230–1240. <https://doi.org/10.1111/inm.12762>
- Fletcher, J., Reece, J., Kinner, S. A., Brophy, L., & Hamilton, B. (2020). Safewards treninga in Victoria, Australia: A descriptive analysis of two training methods and subsequent implementation. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 58, pp. 32–42. <https://doi.org/10.3928/02793695-20201013-08>
- Gerdzt, M., Daniel, C., Jarden, R., & Kapp, S. (2020). Use of the Safewards model in healthcare services: a mixed-method scoping review protocol. *BMJ Open*, 10, e039109. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039109>
- Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018) Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16(95). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Hamilton, J., Cole, A., Bostwick, R., & Ngune, I. (2023). Getting a grip on Safewards: The cross impact of clinical supervision and Safewards model on clinical practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(3), pp. 801–818. <https://doi.org/10.1111/inm.13116>
- Higgins, N., Meehan, T., Dart, N., Kilshaw, M., & Fawcett, L. (2018). Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 88, pp. 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.008>
- Institute of Psychiatry Health Service and Population Research. (n. d.). *Safewards*. Retrived February 18, 2025, from <https://www.safewards.net>
- Kipping, S., De Souza, J. L., & Marshall, L. A. (2019). Co-creation of the Safewards model in a forensic mental health facility. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), pp. 2–7. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1481472>
- Lapanja, A. (2018). Moč komunikacije pri vznemirjenem pacientu. In A. Lapanja & M. Pintar Babič (Eds.), *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*, 2. del (pp. 117–125). Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.
- Lee, H., Doody, O., & Hennessy, T. (2021). Mental health nurses experience of the introduction and practice of the Safewards model: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 20(41). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00554-x>
- Price, O., Burbery, P., Leonard, S. J., & Doyle, M. (2016). Evaluation of Safewards in forensic mental health. *Mental Health Practice*, 19(8), pp. 14–21. <https://doi.org/10.7748/mhp.19.8.14.s17>
- Ward-Stockham, K., Daniel, C., Bujalka, H., Jarden, R. J., Yap, C. Y. L., Cochrane, L., & Gerdzt, M. F. (2024). Implementation and use of the Safewards model in healthcare services: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(5), pp. 1242–1271. <https://doi.org/10.1111/inm.13345>
- World Health Organization (n. d.). Promoting rights-based policy & law for mental health. Retrived February 18, 2025, from <https://www.who.int/activities/promoting-rights-based-policy-and-law-for-mental-health>
- Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu (ZZKZ)*. (2024). Uradni list RS, št. 102/24. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO9012>

Adrijana Ilievski, dipl. m. s.

Zorica Panić, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice

adrijana.ilievski@sb-je.si

PRILOŽNOSTI PRI ZAPOSLOVANJU V ZDRAVSTVENI NEGI IZ TUJINE: SKUPAJ GRADIMO MOSTOVE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Nursing recruitment opportunities from abroad: Building bridges of healthcare together

IZVLEČEK

Ob dnevu medicinskih sester se je še posebej pomembno spomniti na ključne vloge, ki jih medicinske sestre opravljamo v zdravstvu. Po vsem svetu, tudi v Evropi in Sloveniji, se soočamo z vedno večjimi izzivi pri zagotavljanju zadostnega števila zaposlenih v zdravstvu. V tem kontekstu se vse pogosteje odpirajo vprašanja o zaposlovanju v zdravstveni negi iz tujine in njihovem vključevanju v slovenski zdravstveni sistem. Le to je posledica več dejavnikov: staranja prebivalstva, povečanega povpraševanja po zdravstvenih storitvah, številnih odhodih zaposlenih v zdravstveni negi v tujino ter pomanjkanja novih kadrov v zdravstveni negi na trgu dela, ki bi zapolnili vrzeli v sistemu. V zadnjih letih je vprašanje pomanjkanja kadrov postalo še bolj pereče, saj se Slovenija sooča tudi z visoko stopnjo migracij, ki so predvsem posledica boljše plače in pogojev dela v drugih državah, varnosti in kakovosti delovnega in osebnega življenja.

Slovenija ponuja priložnost za zaposlovanje v zdravstveni negi, za zaposlitev v dinamičnem in razvijajočem se zdravstvenem sistemu v celoti. Postopek zaposlovanja vključuje priznanje kvalifikacij, podporo pri integraciji ter pridobivanje potrebnih jezikovnih znanj. Delodajalci pogosto nudijo dodatno pomoč pri prilagoditvi, kot so pomoč pri iskanju namestitve in mentorstvo, s čimer olajšajo prehod v novo delovno okolje.

Kje smo in kam gremo? Zaposlovanje zaposlenih v zdravstveni negi iz tujine je ena izmed ključnih strategij za zapolnitev vrzeli, zato so bili uvedeni postopki za priznavanje tujih kvalifikacij, prilagoditev zakonodaje in nudenje jezikovnih ter integracijskih programov. Kljub napredku so še vedno prisotne ovire, kot so dolgotrajni administrativni postopki, jezikovne zahteve ter prilagoditev na novo okolje.

Ključne besede: zdravstvena nega, tujina, zaposlovanje, strategija zaposlovanja, zdravstvena obravnava

ABSTRACT

On Nurses' Day, it is especially important to remember the key roles that nurses play in healthcare. All over the world, including in Europe and Slovenia, we are facing ever-increasing challenges in ensuring a sufficient number of healthcare workers. In this context, questions about employment in healthcare from abroad and their integration into the Slovenian healthcare system are increasingly being raised. This is the result of several factors: the aging population, increased demand for healthcare services, numerous departures of healthcare workers abroad, and the lack of new healthcare professionals on the labor market to fill the gaps in the system. In recent years, the issue of staff shortages has become even more pressing, as Slovenia is also facing a high rate of migration, which is primarily a result of better wages and working conditions in other countries, safety and quality of working and personal life. Slovenia offers opportunities for employment in healthcare, for employment in a dynamic and developing healthcare system as a whole. The recruitment process includes recognition of qualifications, support for integration, and acquisition of the necessary language skills. Employers often offer additional support for adaptation, such as assistance with finding accommodation and mentoring, to ease the transition to a new work environment.

Where are we and where are we going? Recruiting nursing staff from abroad is one of the key strategies to fill the gap, and procedures have been introduced to recognise foreign qualifications, adapt legislation and provide language and integration programmes. Despite progress, obstacles remain, such as lengthy administrative procedures, language requirements and adaptation to a new environment.

Key words: nursing, abroad, recruitment, recruitment strategy, healthcare

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija je v raziskavi predstavila, da se 77 % držav sooča s pomanjkanjem zaposlenih v zdravstveni negi ter, da se skoraj vse države zanašajo na zaposlene v zdravstveni negi iz tujine, da bi izboljšale ta položaj. Tok migracij zaposlenih v zdravstveni negi se je selil predvsem iz držav v razvoju v države industrializacije (Li et al., 2014). Pristavec Dogič (2019) poudarja, da je treba sprejeti ukrepe za izboljšanje položaja obstoječih zaposlenih v zdravstveni negi ter razmisliti o spodbudah, ki bi k temu poklicu pritegnile več posameznikov.

Pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji in drugih evropskih državah je posledica nepriznavanja kadrovskih standardov, gospodarske krize in zmanjševanja števila zaposlenih v zdravstvu. Zaradi kadrovske podhranjenosti je ogrožena varnost pacientov, zdravstveni delavci pa so preobremenjeni, kar vodi v izgorelost, bolniške odsotnosti in odhode v tujino (Gajser Dvojmoč & Draginc, 2022).

Pomanjkanje usposobljenih zaposlenih v zdravstveni negi ostaja velik izziv za številne države Evropske unije. Za njegovo odpravo so nujne znatne naložbe v izpopolnjevanje in usposabljanje delovne sile za nove naloge, ter ukrepi za spodbujanje udeležbe delovno sposobnih

odraslih na trgu dela. Evropska komisija (2023) izpostavlja pomembno vlogo pri izboljšanju delovnih pogojev, olajšanje mobilnosti delovne sile in privabljanje usposobljenih posameznikov in znanjem v EU (Evropsko unijo).

Namen prispevka je predstaviti izzive in priložnosti povezane z zaposlovanjem zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji, kot odgovor na pomanjkanje zaposlenih v zdravstvu. Prispevek bo povzel prednosti, ki jih prinaša vključevanje tujih strokovnjakov v zdravstveni negi v slovenski zdravstveni sistem, kot so raznolikost znanj, izkušenj in strokovnosti, ter poudaril potrebo po učinkovitem usklajevanju zakonodaje, jezikovnih in kulturnih prilagoditvah, da bi zagotovili nemoten prehod in uspešno integracijo. Hkrati bo obravnaval morebitne izzive, kot so zakonodajni postopki, delovni pogoji in ohranjanje kakovosti zdravstvene oskrbe, ter predlagal rešitve, ki bi omogočile optimalno izkoriščanje teh priložnosti za trajnostno izboljšanje kadrovskih virov v zdravstvu.

IZZIVI IN PRILOŽNOSTI ZA INTEGRACIJO ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IZ TUJINE V DELO

Pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi je posledica starajoče se družbe in povečanih potreb po zdravstvenih storitvah. Nezadovoljstvo med medicinskimi sestrami pogosto privede do izgorelosti, kar je eden od glavnih razlogov za zapuščanje poklica (Prelec & Skela-Savič, 2023).

Raziskava Bahlman-van Ooijen et al. (2023), je identificirala pet ključnih kategorij, ki vplivajo na motivacijo medicinskih sester za odhod iz poklica: organizacijske značilnosti, delovne značilnosti, odnosi na delovnem mestu, priznanje in zdravstvene težave. Študija je v raziskavi poudarila, da prekomerna delovna obremenitev, pomanjkanje priznanja in omejene možnosti za strokovni razvoj pomembno prispevajo k nameri medicinskih sester, da zapustijo poklic.

Medtem ko se zdravstveni delavci iz tujih držav pogosto odločajo za migracijo v Slovenijo, jih pri tem privlači predstava o našem zdravstvenem sistemu kot okolju, ki nudi boljše delovne priložnosti, stabilno zaposlitev s stalnimi pogodbami, kontinuirano strokovno usposabljanje, večjo avtonomijo ter možnosti za karierni razvoj in strokovno priznanje (Goriup et al., 2017). Raziskave kažejo, da so glavni razlogi za migracije medicinskih sester želja po boljših delovnih pogojih, višjem zaslužku ter večjih možnostih za strokovni razvoj. Pomanjkanje zadovoljstva z delovnimi pogoji, kot so nezadostni viri in osebje, ter omejene možnosti za napredovanje so prav tako pomembni dejavniki, ki vodijo v namero zapustiti trenutni delovni kraj ali celo poklic (Stašević et al., 2020).

Pri pregledu literature avtorji opisujejo podobne rešitve za integracijo zaposlenih v zdravstveni negi iz tujine v delo v sistemu zdravstva. Germack et al. (2017) je že v preteklosti predlagal nekatere ključne točke glede strategije in izobraževanja sodelavcev na področju integracije. Med pomembnimi točkami je program za razvoj jezikovnih veščin, saj se zavedamo, da je komunikacija ena izmed ključnih težav. Tako bi strategija lahko vključevala tečaje jezika in medicinske terminologije, da bi izboljšali komunikacijske sposobnosti kandidata za zaposlitev. Programi za kulturno občutljivost in integracijo bi lahko pomagali medicinskim sestram, izobraženim v tujini, razumeti kulturne razlike in bolj učinkovito sodelovati s pacienti in sodelavci. Vzpostavitve mentorskih programov, kjer izkušene medicinske sestre podpirajo nove sodelavce, lahko prispeva k lažji prilagoditvi in izboljšanju delovne učinkovitosti. Medtem ko redno strokovno izobraževanje in usposabljanje, ki vključuje najnovejše smernice in prakse, lahko pomaga medicinskim sestram ohraniti visoko raven strokovnosti. In kot zadnja točka strategije je vključitev ocen kompetenc v izobraževalne programe, da bi zagotovili, da medicinske sestre dosegajo potrebne standarde in so sposobne zagotavljati kakovostno oskrbo (Germack et al., 2017).

In kje vidimo izzive in priložnosti za integracijo tujih medicinskih sester v naše procese dela? Predvsem v procesu uvajanja v sistem dela in izzive, povezane z jezikovno oviro.

UVAJANJE

Uvajanje novega zaposlenega, ki prihaja iz tujine, je ključen proces za zagotavljanje njegovega uspešnega vključevanja v organizacijo. Ta korak je še posebej pomemben, saj lahko kulturne razlike, jezikovne ovire in različne delovne navade predstavljajo izzive. Viken et al. (2018) v svoji raziskavi poudarja, da k prilagajanju tujih medicinskih sester in sami integraciji prispevata dva dejavnika. To sta pozitivna interakcija med zaposlenimi pri spodbujanju medkulturnega razumevanja ter učenje drug od drugega v različnih kulturnih skupinah. Ravno te pogoje je težko doseči zaradi nepoznavanja kultur drugih, prepričanju o kulturni večvrednosti in rasne diskriminacije. Na medkulturno razumevanje pomembno vpliva pomanjkanje znanja in veščin, ki so potrebne za medkulturno komunikacijo (Xiao et al., 2014 cited in Viken et al., 2018). Te ključne vidike smo vključili v našo strategijo, saj na ta način lahko ublažimo odtujenost, tako da ljudi vključimo v skupne dejavnosti, ki spodbujajo stike in pozitivne interakcije. Znano je, da precejšnji izziv pri prilagajanju pomeni ravno razlika v praksi zdravstvene nege. Ključna spremenljivka, ki vpliva na integracijo delovne sile je prilagoditev tujih medicinskih sester. Prvi korak pri uvajanju takšnega zaposlenega je zagotavljanje jasnih informacij o organizaciji, njenih vrednotah, politiki in pričakovanjih. Uvajanje ne vključuje le formalnega dela, ampak tudi spoznavanje kulture v organizaciji in socialnega okolja. Organizacija zagotovi mentorja, ki novemu zaposlenemu pomaga pri prvih korakih, tako v profesionalnem kot tudi v socialnem smislu. Pomembno je, da se zaposlenemu omogoči lažji prehod v novo okolje, tako da se počuti dobrodošlega in vključujočega. Sprejem in integracija tujega novega zaposlenega v tim sta ključna za zagotavljanje njegovega uspeha in zadovoljstva v organizaciji. Ta proces ne vključuje le uvajanja v delo, ampak tudi pomoč pri prilagoditvi na novo kulturno okolje ter gradnjo pozitivnih odnosov z vsemi zaposlenimi. Splošno znano je, da je prilagoditev zaposlenih v zdravstveni negi iz tujine v naš sistem ključna spremenljivka, ki vpliva na integracijo delovne sile. Prvo leto zaposlitve je najtežje obdobje, saj doživljajo številne izzive pri spopadanju s kulturnim šokom, medkulturni komunikaciji in pa prilagoditvijo svojega znanja v našo prakso zdravstvene nege (Xiao et al., 2014 cited in Viken et al., 2018).

ZNANJE JEZIKA

Jezikovna bariera pri novo zaposlenih, zlasti pri zaposlenih v zdravstveni negi iz tujine, predstavlja pomemben izziv, saj je učinkovita komunikacija ključnega pomena v zdravstveni oskrbi. Zaposlenih v zdravstveni negi so neposredno odgovorni za skrb za paciente, kar zahteva natančno razumevanje potreb in stanja pacientov, pa tudi jasen prenos informacij drugim članom zdravstvenega tima. Ko pride do jezikovnih težav, so lahko posledice resne, saj lahko vodijo do napačnih diagnoz, nepopolnih ali napačnih informacij in s tem povečajo tveganje za napake pri zdravljenju in oskrbi. Pomembno je, da se posvetimo jezikovnemu usklajevanju, bodisi z omogočanjem tečajev jezika ali z uporabo prevajalcev in pomočjo sodelavcev, ki govorijo jezik novega zaposlenega (Bischoff, 2020; Ellaham, 2021).

PRIZNAVANJE POKLICNIH KVALIFIKACIJ

Postopki za priznanje kvalifikacij iz tretjih držav so bolj zapleteni in dolgotrajnejši kot za kvalifikacije iz držav članic EU. Avtorica Wiesner (2023) v svojem delu predstavlja možne rešitve in priporočila pri priznavanju poklicnih kompetenc tretjih držav:

- Centralizirani informacijski viri: Vzpostavitev centraliziranih informacijskih virov in svetovalnih centrov, ki zagotavljajo jasne informacije o postopkih priznavanja kvalifikacij in potrebni dokumentaciji.
- Mednarodni sporazumi: Spodbujanje mednarodnih sporazumov in sodelovanja med državami za lažje priznavanje kvalifikacij iz tretjih držav.
- Standardizirani postopki: Razvoj standardiziranih postopkov in meril za priznavanje kvalifikacij, ki so enaki za vse države članice EU.
- Programi jezikovnega usposabljanja: Zagotavljanje dostopnih programov jezikovnega usposabljanja za kandidate iz tretjih držav, da bi izpolnili jezikovne zahteve.
- Podpora pri integraciji: Ponujanje programov za podporo pri integraciji, vključno z mentorskim programom in kulturno občutljivostjo, da se kandidati lažje prilagodijo novemu delovnemu okolju.

Te rešitve lahko pomagajo pri premagovanju ovir in olajšajo priznavanje poklicnih kvalifikacij za zdravstvene delavce iz tretjih držav, s čimer se izboljšata mobilnost in dostopnost kvalificiranih strokovnjakov v EU.

Evropska komisija je 15. novembra 2023 izdala dokument o priznavanju kvalifikacij državljanov tretjih držav. V njem so opredeljeni različni ukrepi za odpravo pomanjkanja spretnosti in delovne sile, pri čemer se poudarja čim boljše izkoriščanje potenciala domače delovne sile. Med ključnimi ukrepi so pobude za izboljšanje mobilnosti delovne sile na notranjem trgu, kot so mreže evropskih služb za zaposlovanje (EURES). Posebna pozornost je namenjena tudi vključevanju premalo zastopanih skupin, zlasti mladih, ki niso zaposleni, se ne izobražujejo ali usposabljajo (Evropska komisija, 2023).

GRADIMO MOSTOVE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE – PRIMER PRAKSE

Učinkovit proces uvajanja ne le povečuje motivacijo novega zaposlenega, ampak tudi pripomore k večji produktivnosti in večji zvestobi organizaciji v prihodnosti. V ta namen smo pripravili Strategijo podpore novo zaposlenemu – tujcu, katero smo v naši bolnišnici podkrepili s knjižico novo zaposlenemu. Določene ključne točke smo povzeli po avtorjih Viken et al., (2018), kjer opisujejo, da so vzpostavili programa za zaposlene v zdravstveni negi iz tujine in babice, pripravili so knjižico z informacijami, večkrat se srečajo z njimi na njihovem delovnem mestu in sodelujejo že pri uvajalnem oziroma spoznavnem dnevu. Pomembno je, da se izvajajo tudi tedenska srečanja, ki vključujejo več deležnikov. To so mentor, neposredni vodja, koordinator, kadrovnik, zaposleni.

Pomen jezikovne bariere pri novo zaposlenih, zlasti pri zaposlenih v zdravstveni negi iz tujine predstavlja pomemben izziv, saj je učinkovita komunikacija ključnega pomena v zdravstveni oskrbi. V Strategijo smo dodali pomen jezikovnega usklajevanja z omogočanjem tečajev slovenskega jezika. Uporabo prevajalcev in pomoč sodelavcev, ki govorijo jezik novega zaposlenega smo dodali že na zaposlitvenih razgovorih in kasneje kot pomoč pri uvajanju v delo.

Pomembno je, da se spremlja napredek zaposlenih v zdravstveni negi iz tujine v učenju jezika in vključevanju v delovno okolje. S tem se zagotovi, da imajo vsa potrebna orodja za uspešno delo ter da se lahko hitro prepoznajo in odpravijo morebitne težave v komunikaciji.

ZAKLJUČEK

Ustanovitelji javnih zdravstvenih zavodov morajo razviti celovito strategijo vključevanja tujih strokovnjakov, ki bi podpirala zdravstvene delavce ter zagotavljala njihovo uspešno integracijo in dolgoročno zadržanje v sistemu.

Kljub določenim ukrepom, kot so priznavanje tujih kvalifikacij, prilagoditev zakonodaje ter nudenje jezikovnih in integracijskih programov, še vedno obstajajo ovire. Med največjimi izzivi ostajajo dolgotrajni administrativni postopki, visoke jezikovne zahteve in prilagajanje na novo delovno in kulturno okolje.

LITERATURA

- Bahlman-van Ooijen, W., Malfait, S., Huisman-de Waal, G., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2023). Motivacija medicinskih sester, da zapustijo poklic zdravstvene nege: kvalitativna meta-agregacija. *Revija za napredno zdravstveno nego*, 79, 4455–4471. <https://doi.org/10.1111/jan.15696>
- Bischoff, A. (2020). The evolution of a healthcare interpreting service mapped against the bilingual health communication model: a historical qualitative case study. *Public Health Reviews*, 41 (19). <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00123-8>
- De-María, B., Topa, G., & López-González, M. A. (2024). Cultural Competence Interventions in European Healthcare: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(10), 1040. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>
- Ellahham, S. (2021). Communication in Health Care: Impact of Language and Accent on Health Care Safety, Quality, and Patient Experience. *American journal of medical quality*, 36(5): p 355-364. <https://doi.org/10.1097/01.JMQ.0000735476.37189.90>
- Evropska komisija. (2023). *Priporočilo komisije o priznavanju kvalifikacij državljanov tretjih držav*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=PI_COM:C\(2023\)7700](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=PI_COM:C(2023)7700)
- Gajser Dvojmoč, L., & Draginc, A. (2022). Vpliv ekonomske krize na pojav izgorelosti medicinskih sester. *Revija Za Ekonomske in Poslovne Vede*, 2(2), 58–70. Pridobljeno od <https://www.eb-nm.si/index.php/EB/article/view/75>
- Galbany-Estragués, P., Giménez-Lajara, M. À., Jodar-Solà, G., Casañas, R., Romeu-Labayen, M., Gomez-Gamboa, E., & Canet-Vélez, O. (2024). Exploring nurses' experiences: Abandoning the profession and migrating for improved opportunities. *Applied nursing research* : 77, 151787. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151787>
- Germack, H. D., McHugh, M. D., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2017). U.S. Hospital Employment of Foreign-Educated Nurses and Patient Experience: A Cross-Sectional Study. *Journal of nursing regulation*, 8(3), 26–35. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(17\)30158-8](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(17)30158-8)
- Goriup J., Stričević J. & Haložan, D. (2017). Sociološki pogled na migracije medicinskih sestara. *SOCIOLOŠKI DISKURS*. <https://doi.org/10.7251/SOCSR1509005G>
- Li, H., Nie, W., & Li, J. (2014). The benefits and caveats of international nurse migration. *International journal of nursing sciences*, 1(3), 314–317. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.07.006>
- Prelec, A., & Skela-Savič, B. (2023). Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 57(2), 117–129. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3203>
- Pristavec Đogić, M. (2019). *Implementacija direktive o poklicnih kvalifikacijah na področju zdravstvene nege. Primerjalni pregled*. https://fotogalerija.dzrs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2019/Implementacija_direktive_o_poklicnih_kvalifikacijah_na_podrocju_zdravstvene_nege.pdf
- Stašević I., Škalec K., Ropac D. (2020). Razlozi migracije medicinskih sestara u druge zemlje Evropske unije // Evropske i evroazijske integracije – prednosti i nedostaci: zbornik radova / Fazlović, Albina (ur.). Brčko: Evropski univerzitet Brčko Distrikt, 190–200.
- Viken, B., Solum, E. M., & Lyberg, A. (2018). Foreign educated nurses' work experiences and patient safety-A systematic review of qualitative studies. *Nursing open*, 5(4), 455–468. <https://doi.org/10.1002/nop2.146>
- Wiesner, N.C. (2023). *Recognition of third-country professional qualifications: an evaluation of the current framework in the European Union. The case of healthcare workers* [master thesis, Utrecht University]. <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/43796>
- Xiao L. D., Willis E. & Jeffers L. (2014). Factors affecting the integration of immigrant nurses into the nursing workforce: A double hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (4), 640–653. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.005>

mag. Jožica Ramšak Pajk ^{1,2}

Andreja Peternej ²

Judita Slak ^{2,3}

¹Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

²Delovna skupina za paliativno zdravstveno nego in oskrbo pri Zbornici – Zvezi

³Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

jramsakpajk@fzab.si

SPECIALNA ZNANJA V PALIATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

Specialist knowledge in palliative care

IZVLEČEK

Uvod: Paliativna oskrba je ključni del sodobnega zdravstvenega sistema, ki pridobiva na pomenu zaradi staranja prebivalstva, vse pogostejše multimorbidnosti in naraščajoče kompleksnosti potreb pacientov ter njihovih družin. Medicinske sestre so osrednji del tima paliativne oskrbe, njihova strokovna usposobljenost je neposredno povezana s kakovostjo oskrbe. Namen prispevka je predstaviti izkušnje o izobraževanju. **Metode:** Izvedena je raziskava mešanih metod s pridobivanjem kvantitativnih in kvalitativnih podatkov na vzorcu vseh dosedanjih udeležencev izobraževanja za specialna znanja iz paliativne zdravstvene nege in oskrbe. Izvaja in organizira jo stalna delovna skupina pri Zbornici – Zvezi. K sodelovanju je bilo povabljenih 74 udeležencev, sodelovalo jih je 52. Vprašalnik, ki je vseboval zaprt in odprt tip vprašanj, je bil udeležencem posredovan s povezavo in povabilom preko e-pošte. V prispevku predstavljamo kvalitativne podatke. **Rezultati:** Zdravstveni delavci prepoznavajo komunikacijo kot ključno veščino, ki je pogosto premalo poudarjena v klinični praksi, kar nakazuje potrebo po kontinuiranih izobraževanjih v obliki krajših seminarjev, prilagojenih specifičnim potrebam stroke. Udeleženci so svoje zadovoljstvo z izobraževanjem ocenili visoko, v praksi pa se tudi srečujejo z ovirami pri implementaciji pridobljenih znanj, predvsem zaradi pomanjkanja podpore vodstva in kadrovskih omejitev. **Diskusija in zaključek:** Izobraževanja in jasne smernice so ključni dejavniki za uspešno in kakovostno izvajanje paliativne nege. Zato je potrebno krepiti tako formalne kot neformalne oblike izobraževanj.

Ključne besede: paliativna oskrba, izobraževanje, specialna znanja, medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is a key element of the modern healthcare system, gaining importance due to an ageing population, increasing multimorbidity and the growing complexity of the needs of patients and their families. Nurses are a central part of the palliative care team and their professional competence is directly linked to the quality of care. The purpose is to present the experiences of education. **Methods:** A mixed methods study was conducted, obtaining both quantitative and qualitative data. A sample of all previous participants in the training for special skills in palliative nursing and palliative care is used. It is carried out and organised by a permanent working group of the Chamber of Nurses. A questionnaire containing both closed and open-ended questions was sent to the participants with a link to 1KA and an invitation via e-mail. **Results:** Healthcare professionals identify communication as a key skill that is often under-emphasised in clinical practice, suggesting the need for continuing education in the form of shorter seminars tailored to the specific needs of the profession. Participants rated their satisfaction with the training as high, but they also encounter obstacles in implementing the acquired skills in practice, mainly due to lack of management support and staffing constraints. **Discussion:** Training and clear guidelines are key factors for successful and quality palliative care implementation. It is therefore necessary to strengthen both formal and informal forms of education.

Key words: palliative care, education, special knowledge, nurse

UVOD

Paliativna oskrba je ključna komponenta zdravstvenega varstva, ki prispeva k izboljšanju kakovosti življenja pacientov z napredovalimi boleznimi in njihovih svojcev. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2020) poudarja, da mora biti paliativna oskrba dostopna na vseh ravneh zdravstvenega sistema ter da zahteva specifična znanja in kompetence zdravstvenih delavcev. Glede na demografske značilnosti populacije in naraščajoče število neozdravljivo bolnih je pomembno čim kakovostnejše opremljanje zdravstvenih delavcev z ustreznim znanjem o paliativni oskrbi.

Specialno znanje je strokovna usposobljenost za delo na ožjem strokovnem področju. Znanje zahteva definiran sklop določenih specialnih teoretičnih ali praktičnih znanj, veščin in spretnosti, ki jih mora osvojiti posameznik za delo na določenem delovnem mestu. Zbornica – Zveza vodi Nacionalni register specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, v katerem so vpisani organizatorji izobraževanja za pridobitev specialnega znanja in izvajalci zdravstvene ter babiške nege, ki so specialno znanje pridobili. S pravilnikom so določeni pogoji, med drugim tudi minimalni obseg ur, ki znaša 150 ur izobraževanja (Zbornica – Zveza, 2025). Strokovna usposobljenost zdravstvenih delavcev je nujna za zgodnje prepoznavanje paliativnih potreb, učinkovito obvladovanje simptomov ter kakovostno komunikacijo s pacienti in njihovimi svojci (Sawatzky et al., 2019). Sistemsko uvajanje specialnih znanj v kliničnem okolju zahteva sistemsko podporo, vključno z ustreznimi kompetencami, priznanimi s strani delodajalcev in regulativnih organov. Raziskave kažejo, da ustrezno ovrednotenje in nagrajevanje kompetenc paliativne oskrbe pozitivno vplivata na motivacijo zdravstvenih delavcev in posledično na kakovost oskrbe (Kavalieratos et al., 2017). Pomemben vidik prenosa znanj v klinično okolje je kontinuirano izobraževanje in spodbujanje timskega dela. Po izobraževanju je ključno, da se nova znanja in veščine integrirajo v vsakodnevno klinično prakso, pri čemer

ima pomembno vlogo interdisciplinarno sodelovanje. Spodbujanje prenosa znanja v timu prispeva k večji učinkovitosti oskrbe, boljšemu obvladovanju simptomov pri pacientih ter večji podpori svojcem (Schofield et al., 2020).

Namen prispevka je predstaviti izkušnje dosedanjih udeležencev izobraževanja za specialna znanja iz paliativne zdravstvene nege in oskrbe o pridobljenem znanju ter možnostih vpeljevanja znanja in sprememb v klinično okolje.

METODA

Uporabili smo mešane metode kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja z uporabo strukturiranega in polstrukturiranega vprašalnika. Naprej se v prispevku in podajanju rezultatov ugotovitev osredotočamo na kvalitativni del raziskave.

Opis instrumenta

Merski instrument je bil vprašalnik. Vseboval je tri sklope vprašanj. Prvi sklop je bil namenjen pridobivanju demografskih podatkov, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe. Drugi sklop je bil namenjen pridobivanju podatkov o oceni, pridobljenega znanja, uporabnosti in možnosti implementacije specialnih znanj v klinično okolje. Sestavljen je bil iz desetih trditev in nanj so sodelujoči odgovarjali s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice. Tretji sklop predstavlja vprašanja odprtega tipa. Vprašalnik smo sestavili ciljno za potrebe evalvacije izobraževanja za specialna znanja s področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe.

Opis vzorca

Gre za namenski vzorec, kjer smo k sodelovanju povabili vse, ki so do sedaj končali izobraževanje za specialna znanja iz paliativne zdravstvene nege in oskrbe organizirane pri Zbornici – Zvezi (n = 74). V raziskavi smo z uporabo spletnega orodja 1KA oblikovali spletno anketo in vsem sodelujočim na njihov elektronski naslov poslali povabilo k sodelovanju. V uvodnem povabilu smo udeležencem zagotovili anonimnost. Sodelovalo je 52 udeležencev kar predstavlja 70% odzivnost. Anketa je bila odprta od januarja do februarja 2025, k sodelovanju smo pozvali 2x.

REZULTATI

Predstavljamo delne rezultate. Opravili smo vsebinsko analizo odprtih odgovorov udeležencev. Naprej v tabeli 1 predstavljamo tematsko analizo, kjer smo združevali vsebino odgovorov glede na podobnost tem in pogostost ponavljajočih besednih zvez.

Tabela 1: Tematska analiza odprtih odgovorov udeležencev

Tema	Pojmi združeni v kratke stavke.
Uspešni pri uvajanju sprememb	Izboljšana komunikacija (svojci, bolniki, zdravstveni timi) – Uvedba paliativne oskrbe in sodelovanje z drugimi službami – Boljša obravnava simptomov in bolečine – Večja podpora in osveščanje svojcev – Spremembe v organizaciji dela (družinski sestanki, obrazci, sodelovanje z mobilnim paliativnim timom)
Ovire in nezmožnost realizacije pridobljenih znanj	Pomanjkanje znanja in podpore med zdravniki - Pomanjkanje časa in preobremenjenost osebja – Slaba organizacija in pomanjkanje vodstvene podpore – Pomanjkanje paliativnih timov ali nesodelovanje med službami
Teme v modulih kot posebej pomembni	Komunikacija in podpora svojcem ter bolnikom – Lajšanje bolečin in obravnava simptomov – Etični, duhovni in praktični vidiki paliativne oskrbe
Teme seminarjev, katerih bi se udeležili v prihodnje	Komunikacija in pogovor s svojci – Oskrba ob koncu življenja (lajšanje bolečin, dihalnih težav, nemira, delirija) – Zakonodaja glede oživljanja paliativnih bolnikov – Farmakološki vidiki paliativne oskrbe (predpisovanje zdravil, smernice) – Paliativna oskrba na domu, v DSO, vključevanje timov – Psihološka podpora pacientom in svojcem – Duhovni vidiki oskrbe in smrti

DISKUSIJA

Paliativna oskrba je ključen segment zdravstvene nege, ki zahteva celostni pristop k pacientu in njegovim svojcem. Analiza odgovorov udeležencev raziskave je pokazala, da so najpogostejše izpostavljene potrebe in izzivi povezani s komunikacijo, lajšanjem simptomov, organizacijskimi ovirami ter vprašanji etike in zakonodaje.

Ugotavljamo, da je izobraževanje prispevalo k razumevanju paliativne oskrbe in je tudi okrepilo kompetence zdravstvenih delavcev pri delu z neozdravljivo bolnimi pacienti. Naše ugotovitve sovpadajo z navedbami avtorjev (Etafa et al., 2020; Kim, Lee & Kim, 2020), ki poudarjajo, da so izobraževalni programi ključni za izboljšanje kompetenc zdravstvenih delavcev in njihovo pripravljenost na delo s pacienti v paliativni oskrbi. Tudi avtorji Hao et al. (2021) ugotavljajo, da je izobraževanje pomembno merilo usposobljenosti medicinskih sester.

Teme, katere so udeleženci še posebej izpostavili kot pomembne za njihovo strokovno področje in bi se jih ponovno udeležili, so najpogostejše izpostavili področje podporo in komunikacijo s pacienti in njihovimi svojci. Naše ugotovitve lahko primerjamo z raziskavami, ki ravno tako poudarjajo pomen izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju komunikacijskih veščin, podpori pacientom in etičnih dilem v paliativni oskrbi (Kim, Lee & Kim, 2020; Radbruch et al., 2020). Prav tako je več udeležencev izpostavilo obvladovanje simptomov in lajšanje bolečin ter etični, duhovni in praktični vidiki paliativne oskrbe. Slednje poudarja potrebo po specifičnih znanjih pri upravljanju simptomov neozdravljivih bolezni. V literaturi (Morrison et al., 2021), lahko beremo o podobnih izzivih, da zdravstveni delavci pogosto niso dovolj usposobljeni za obravnavo kompleksnih simptomov v paliativni oskrbi, zato so potrebna ciljna in planirana izobraževanja (Fadaei et al., 2024). Tudi raziskava (Berndtsson, Karlsson & Rejnö, 2019) navaja,

da podiplomska izobraževanja s področja paliativne zdravstvene nege pozitivno vplivajo na razumevanje bolečine, trpljenja in oskrbe pacientov v paliativni oskrbi. Avtorji (Wu et al., 2023) opozarjajo na pomen stalnega izobraževanja za medicinske sestre, da bi se izboljšalo razumevanje in veščine v paliativni oskrbi.

Pri predlogih za prihodnja izobraževanja so udeleženci izrazili željo po krajših seminarjih, pri čemer so bile najpogostejše omenjene teme komunikacija in pogovor s svojci, nadalje jih zanima oskrba ob koncu življenja, zlasti obvladovanje bolečine, težav z dihanjem, nemir in delirij, kar potrjuje potrebo po dodatnih specializiranih znanjih na tem področju. Zanima jih tudi zakonska ureditev glede oživljanja pacientov v paliativni oskrbi, predpisovanje zdravil in tovrstne smernice. Udeleženci so izpostavili tudi izvajanje paliativne oskrbe na domu kot tudi v socialno varstvenih zavodih ter vključevanje interdisciplinarnih timov.

Izobraževanje za specialna znanja s paliativne zdravstvene nege in oskrbe spodbuja povezovanje teoretičnih vsebin s praktičnimi v obliki klinične prakse. Slednje poudarjajo tudi raziskovalci (Vu et al., 2019), ki so v svoji raziskavi ugotovili, da so izkušnje v zdravstveni negi povezane z boljšim razumevanjem paliativne oskrbe.

Pomembno vlogo pri oblikovanju in organizaciji izobraževanj ima pri Zbornici – Zvezi delujoča stalna Delovna skupina za paliativno zdravstveno nego in oskrbo, ki si prizadeva za širjenje specialnih znanj iz paliativne oskrbe med izvajalci zdravstvene in babiške nege. Izobraževanja razvijajo klinične kompetence, spodbujajo multidisciplinarno sodelovanje ter omogočajo boljše prilagoditev celostnim potrebam pacientov in njihovih družin.

ZAKLJUČEK

Rezultati kažejo, da udeleženci izobraževanja ocenjujejo tematike povezane s komunikacijo, obravnavo simptomov in zakonodajnimi okviri paliativne oskrbe kot ključne in da bi želeli dodatna usposabljanja na teh področjih. Udeleženci zdravstveni delavci prepoznavajo komunikacijo kot ključno veščino, ki je pogosto premalo poudarjena v klinični praksi. To nakazuje na potrebo po nadaljnjem razvoju izobraževanj, ki ne bi bila le enkratna, ampak bi potekala kontinuirano in v obliki krajših seminarjev, prilagojenih specifičnim potrebam zdravstvenih delavcev.

Kljub visoki oceni zadovoljstva z izobraževanjem se zdravstveni delavci srečujejo z ovirami pri implementaciji pridobljenih znanj, predvsem zaradi pomanjkanja podpore vodstva in kadrovskih omejitev. Tuje raziskave potrjujejo, da so stalna izobraževanja in jasne smernice, ključni dejavniki za uspešno izvajanje paliativne oskrbe. Glede na vse ugotovitve lahko zaključimo, da je potrebno več vlaganja v izobraževanje zdravstvenih delavcev in krepitev medsebojnega sodelovanja na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe.

LITERATURA

- Berndtsson, I.E.K., Karlsson, M.G. & Rejnö, Å.C.U. (2019). Nursing students' attitudes toward care of dying patients: a pre- and post-palliative course study. *Heliyon*, 5(10), pp. 1-7. 10.1016/j.heliyon.2019.e02578.
- Etafa, W., Wakuma, B., Fetensa, G., et al. (2020). Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PLoS One*, 15(10):e0238357. doi: 10.1371/journal.pone.0238357.
- Fadaei, S., Azizzadeh Forouzi, M., Miyashita, M., Faleh, A.J. & Dehghan, M. (2024). Palliative care knowledge and self-efficacy: a comparative study between intensive care units and general units nurses. *BMC Palliat Care*, 22;23(1):246. doi: 10.1186/s12904-024-01580-7.
- Hao, Y., Zhan, L., Huang, M., Cui, X., Zhou, Y. & Xu, E. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: A learning intervention. *BMC palliative care*, 20(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00738-x>
- Kavalieratos, D., Siconolfi, D.E., Steinhäuser, K.E., Bull, J., Arnold, R.M., Swetz, K.M., & Kamal, A.H. (2017). „It Is Like Heart Failure. It Is Chronic ... and It Will Kill You”: A Qualitative Analysis of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians. *J Pain Symptom Manage*, 53(5):901-910.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.337.
- Kim, S., Lee, K., & Kim, S. (2020). Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliat Care*, 11;19(1):105. doi: 10.1186/s12904-020-00581-6. PMID: 32652984; PMCID: PMC7354682.
- Morrison, R.S., Meier, D.E., & Arnold, R.M. (2021). What's wrong with advance care planning? *JAMA*, 326(16):1575-1576. doi: 10.1001/jama.2021.16430319(16).
- Radbruch, L., Knäul, F.M., de Lima, L., de Jongheere, C., & Bhadelia, A. (2020). The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet*. 9;395(10235):1467-1469. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30964-8.
- Sawatzky, R., Porterfield, P., Roberts, D., et al. (2017). Embedding a Palliative Approach in Nursing Care Delivery: An Integrated Knowledge Synthesis. *ANS Adv Nurs Sci*, 40(3):261-277. doi: 10.1097/ANS.000000000000163.
- Schofield, G., Dittborn, M., Huxtable, R., Brangan, E., & Selman, L. E. (2020). Real-world ethics in palliative care: a systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliative Medicine*, 1-20. <https://doi.org/10.1177/0269216320974277>
- Vu, H.T.T., Nguyen, L.H., Nguyen, T.X., Nguyen, T.T.H., Nguyen, T.N., Nguyen, H.T.T., Nguyen, A.T., Pham, T., Tat Nguyen, C., Tran, B.X., Latkin, C.A., Ho, C.S.H. & Ho, R.C.M. (2019). Knowledge and attitude toward geriatric palliative care among health professionals in Vietnam. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(15), pp. 1-11. 10.3390/ijerph16152656.
- Zbornica – Zveza. Specialna znanja v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Dostopno dne 1.3.2025 <https://www.zbornica-zveza.si/specialna-znanja/>
- Wu, Y.H., Hsieh, H.Y., Kuo, Y.L. & Wu, C.Y. (2023). The experiences and needs of nurses providing home-based palliative care: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Palliative Care*, 38(4), pp. 490-502. 10.1177/08258597221105167.

Edina Suljkanović, mag. zdr. ved¹

Maja Špilak, dipl. m. s.²

¹Bolnišnica Topolšica, Enota intenzivne terapije

²UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, Enota intenzivne terapije
edina.suljkanovic@boltop.si

OVIRE PRI INTEGRACIJI PALIATIVNE OSKRBE V INTENZIVNI TERAPIJI

Barriers in the integration of palliative care in intensive therapy

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

372

IZVLEČEK

Uvod: Paliativna oskrba je pristop k oskrbi pacientov s hudo in zapleteno boleznijo, katerega cilj je optimizirati njihovo kakovost življenja s predvidevanjem, preprečevanjem in zdravljenjem trpljenja. Zagotavljanje paliativne oskrbe je pokazalo številne prednosti, vključno z izboljšano kakovostjo življenja ter zmanjšanim sprejemom v bolnišnico in bivanjem v bolnišnici. Zaradi prednosti zagotavljanja paliativne oskrbe se spodbuja k vključitvi v zdravstveni sistem, vključno z intenzivno terapijo. Potreba po ustrezni paliativni oskrbi se v intenzivni terapiji veča, saj vključuje obvladovanje simptomov, oskrbo, osredotočeno na pacienta in skupno odločanje glede nadaljnje obravnave pacienta. **Metode:** Uporabljen je bil sistematični pregled znanstvene in strokovne literature. Iskanje literature je potekalo od 25. 7. 2024 do 6. 11. 2024. V pregled so bile vključene naslednje baze: Google, Google Učenjak in PubMed. Iskanje je potekalo z različnimi kombinacijami ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku: ovire in spodbujevalci, paliativna oskrba, enota intenzivne terapije, kritično bolni. Iz iskalnega nabora 1300 zadetkov je bilo v končno analizo vključenih 12 člankov. **Rezultati:** V literaturi so bile najdene različne raziskave na temo integracije paliativne oskrbe v intenzivni terapiji. Raziskave in študije so pokazale, da različne ovire lahko vplivajo na počasen napredek, razvoj in integracijo paliativne oskrbe v intenzivni terapiji. Najbolj pogoste ovire so nezadostno znanje, pomanjkanje izobraževanj o paliativni oskrbi, napačne predstave, premalo osebja specializiranega za

1 5 . K O N G R E S

področje paliativne oskrbe, neustrezna in nezadostna komunikacija s pacientom in družino (zavajajoče informacije), vpliv kulturnih razlik, etične dileme ob koncu življenja, moralne stiske zdravnikov, organizacijska struktura, konflikti zaradi ciljev, nerealna pričakovanja pacienta in svojcev, neustrezna zasnova intenzivne terapije (delovno okolje, hrup) ter pomanjkanje protokolov in smernic za integracijo paliativne oskrbe. **Diskusija in zaključek:** Kljub še vedno pogostemu prepričanju, da se paliativna oskrba izvaja samo pri umirajočih, je uvedba paliativne oskrbe v EIT vse bolj priznana. Vendar številne raziskave potrjujejo, da je integracija paliativne oskrbe v EIT otežena zaradi številnih ovir, kljub temu, da bi izboljšala kakovost oskrbo pacientov in timsko dinamiko. Ovire za zagotavljanje paliativne oskrbe na intenzivni negi so v literaturi dobro izražene.

Ključne besede: paliativa, kritično bolni, intenzivna terapija, kakovostna oskrba.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is an approach to the care of patients with severe and complex illness that aims to optimize their quality of life by anticipating, preventing and treating suffering. The provision of palliative care has shown many benefits, including improved quality of life and reduced hospital admissions and hospital stays. Due to the advantages of providing PO, it is encouraged to be included in the health system, including ICU. The need for appropriate PO increases in ICU as it includes symptom management, patient-centered care, and shared decision-making regarding patient follow-up. **Methods:** A systematic review of scientific and professional literature was used. The literature search took place from July 25, 2024 to November 6, 2024. The following databases were included in the review: Google, Google Scholar and PubMed. The search was conducted using various combinations of keywords in Slovenian and English: barriers and facilitators, palliative care, intensive care, critically ill patients. From the search of 1300 hits, 12 articles were included in the final analysis. **Results:** Various researches on the topic PC integration in ICU were found in the literature. Research and studies have shown that various barriers can affect the slow progress, development and integration of palliative care in ICU. The most common obstacles are insufficient knowledge, lack of education about palliative care, misconceptions, insufficient staff specialized in the field of PC, inadequate and insufficient communication with the patient and family (misleading information), influence of cultural differences, ethical dilemmas at the end of life, moral dilemmas of doctors, organizational structure, conflicts due to goals, unrealistic expectations of the patients and relatives, inadequate design of IT (work environment, noise) and lack of protocols and guidelines for the integration of palliative care. **Discussion and conclusion:** Despite the still common belief that palliative care is performed only in the dying, the introduction of palliative care in ICU is increasingly recognized. However, many studies confirm that the integration of palliative care into ICU is hampered by many barriers, despite the fact that it would improve the quality of patient care and team dynamics. Barriers to providing PC are well expressed in the literature.

Key words: palliative care, critically ill, intensive care, quality care.

UVOD

Enota za intenzivno terapijo je organizirano okolje v bolnišnici, ki z visoko sofisticirano tehnologijo zagotavlja specializirano zdravstveno nego in zdravstveno obravnavo pacientov z

življenjsko nevarnimi boleznimi. Cilj intenzivne terapije je celovito vodenje pacientov, podpora nadaljnjim poškodbam okvarjenih organskih sistemov (kot so pljuča, ledvice in srce) in zagotovitev, da so pacienti ob odpustu v stabilnem stanju. Kljub izjemnemu napredku v tehnologij in izboljšanju oskrbe ostaja stopnja umrljivosti v Intenzivni terapiji visoka in se po statistiki giblje med 20–35 % (Mercandante, et al., 2018).

Izraz „paliativna oskrba“ je priljubljen, vendar se pogosto zmotno razume kot „oskrba ob koncu življenja“ brez kakršnega koli zdravljenja. Mercandante in sodelavci (2018) izpostavljajo, da je paliativna oskrba osredotočena na pacienta in družino, katere cilj je izboljšati kakovost življenja s predvidevanjem, preprečevanjem in zdravljenjem trpljenja ter zagotavljati celovito obravnavo pacientov, ki se soočajo z neozdravljivimi boleznimi, ne glede na starost, diagnozo ali prognozo. Poleg tega se paliativna oskrba osredotoča na vprašanja, vključno s simptomi stiske (fizične, psihološke, duhovne), zmožnosti komuniciranja in skupnega odločanja, hkrati pa zmanjšuje breme za zdravstvene delavce. Intenzivno terapijo in paliativno oskrbo opisujejo kot dve različni strani. Paliativno oskrbo kot »govorečo medicino«, Intenzivno terapijo pa kot »tehnično medicino«. Vendar pa obstajajo skupne značilnosti med obema načinoma oskrbe, saj se obe področji lahko prekrivata v skupnem cilju, da bi pacientom v Intenzivni terapiji zagotovili zdravljenje, ki bo najbolj uspešno za pacienta.

Ker je okolje intenzivne terapije obremenjeno z visoko umrljivostjo in velikim trpljenjem, je zagotavljanje paliativne oskrbe kritično bolnim pacientom in njihovim družinam glavni cilj intenzivne terapije. Paliativna oskrba je namenjena ohranjanju in izboljšanju kakovosti življenja vseh pacientov in njihovih družin v kateri koli fazi življenjsko nevarne bolezni. Čez nekaj časa imata paliativna oskrba in Intenzivna terapija iste vrednote in cilje. Vsi pacienti v IT, ki prejemajo učinkovito (običajno invazivno) zdravljenje, morajo prejemati paliativno oskrbo bodisi sočasno ali ločeno, odvisno od potreb in želj pacienta in družine. Odločanje, usklajevanje zdravljenja s pacientovimi cilji, čustvena podpora družinam in osnove obvladovanja simptomov so ključni elementi paliativne oskrbe in bi morali biti rutinski vidiki IT. Študije so pokazale, da vključitev paliativne oskrbe v enoto Intenzivne terapije izboljša kakovost življenja, skrajša čas bivanja v bolnišnici in na intenzivni negi, zmanjša breme negovalca in zmanjša uporabo sredstev za nujno pomoč (Pan et al., 2022).

Do 75 % pacientov, sprejetih v Intenzivno terapijo doživi boleče simptome, tako lahko 20 % takšnih pacientov potrebuje posvetovanje s PO. Ena glavnih nalog oddelka za Intenzivno terapijo je reševanje pacientovega življenja. Zato nekateri zdravniki morda neradi uporabljajo paliativno oskrbo za kritično bolne paciente, kar se lahko zdi v nasprotju s poslanstvom IT, saj se odrečejo intenzivnemu zdravljenju, ki rešuje življenje. Pravzaprav bi takšen predsodek proti paliativni oskrbi lahko oviral njeno izvajanje na oddelkih intenzivne terapije. Vendar pa se od devetdesetih let prejšnjega stoletja pacienti na oddelkih za intenzivno terapijo, zlasti tisti na ventilatorju, srečujejo z različnimi simptomi, potreba po paliativni oskrbi v smislu fizičnih, psihosocialnih in socialnih vidikov pa vzbuja vse večjo pozornost. Med pacienti na intenzivnem oddelku jih je 80 % poročalo o utrujenosti, 85 % žeji, 60 % bolečini in 75 % izgubi teže. Poleg tega so študije preživelih na oddelku za intenzivno terapijo pokazale, da lahko fizični simptomi, ki so posledica resne bolezni, vztrajajo več mesecev ali celo let po odpustu z oddelka za intenzivno terapijo (Ito et al., 2022).

Mercandante (et al. 2018) v prospektivni raziskavi ugotavljajo, da je pri pacientih v intenzivni terapiji z velikim tveganjem smrti razširjenost simptomov stiske med 27 in 75 %. Delirij je bil odkrit pri približno eni tretjini pacientov. Podobno so svojci pokazali visoko stopnjo stiske

simptomov, pri čemer jih je 57 % imelo travmatični stres, 70–80 % jih je imelo anksioznost in depresijo. Te ugotovitve kažejo, da je treba oceno paliativne oskrbe začeti čim prej, da se omogoči bolj osredotočene intervencije za predvidevanje ali zmanjšanje nepotrebnega trpljenja. Oskrba ob koncu življenja v intenzivni terapiji ne bi smela vključevati le obvladovanja bolečine in simptomov, temveč tudi podpiranje dostojanstva in spoštovanja smrti, ki sta tipični vprašanji, ki zahtevata izkušnjo PO. Zato je treba v intenzivni terapiji obvezno uporabljati načela PO.

Tudi Tanaka (et al. 2023) ugotavljajo, da v intenzivni terapiji veliko kritično bolnih pacientov in njihovih družin potrebuje paliativno oskrbo za izboljšanje kakovosti življenja in olajšanje stiske. Takšno oskrbo lahko izvajamo sočasno z kritično ali terapevtsko oskrbo. Prav tako ugotavljajo, da približno 20–70 % kritično bolnih pacientih na oddelkih v intenzivni terapiji doživlja bolečino, dispnejo, žejo, anksioznost, depresijo in druge moteče težave. Njihove fizične in kognitivne funkcije upadajo, kar povzroča čustveno stisko po odpustu. Psihične stiske, vključno z depresijo, anksioznostjo in posttravmatsko stresno motnjo, doživljajo tudi njihove družine (4–94 %). Zato je ključnega pomena ohranjanje visokokakovostne paliativne oskrbe za takšne paciente in njihove družine v IT.

Paliativna oskrba v intenzivni terapiji mora slediti etičnim načelom avtonomije, dobronamernosti, neškodljivosti, pravičnosti in zvestobe. Osnovno paliativno oskrbo lahko zagotovi vsak zdravstveni delavec in vključuje obvladovanje simptomov, vključno s statusom bolezni, cilji zdravljenja in prognozo. Specialno paliativno oskrbo izvaja specializirani multidisciplinarni tim z izpopolnjevanjem osnovne PO. Obstajajo različni modeli za vključevanje osnovne in profesionalne paliativne oskrbe v zdravljenje pacientov v intenzivni intenzivni terapiji, izbira modela pa mora temeljiti na virih in potrebah različnih enot intenzivne nege in ustanov, v katerih se nahajajo. Za vključitev osnovne paliativne oskrbe in specialne paliativne oskrbe v Intenzivne terapije obstajajo različni načini: integrativni, posvetovalni, kombinirani pristop in družinski pristop. Vsi pacienti v intenzivni terapiji bi morali prejemati PO, ki vključuje obvladovanje simptomov, zagotavljanje avtonomije, skupno odločanje in dostojanstvo pacientov (Hongyan et al., 2022).

MODELI VKLJUČEVANJA PALIATIVNE OSKRBE V ENOTO INTENZIVNE TERAPIJE

Model osredotočen na družino

Inštitut Picker je leta 1993 uvedel koncept 'oskrbe osredotočene na pacienta' kot odgovor na naraščajoče pomisleke glede oskrbe, osredotočene na bolezen ali zdravnika. Ta koncept je vključeval 5 razsežnosti: spoštovanje pacientovih vrednot, preferenc in izraženih potreb, usklajevanje in vključevanje oskrbe, obveščanje, komunikacija in izobraževanje, fizično udobje, čustvena podpora ter vključenost družine in prijateljev. Kar nekaj teh razsežnosti se prekriva s PFCC. Ključnega pomena v intenzivni terapiji je oskrba osredotočena na družino (PFCC). V intenzivni terapiji pacienti pogosto niso sposobni komunikacije, zato je osredotočenost na družino ključnega pomena. PFCC temelji na zavedanju, da je družina tista, ki naj bi bila najbolj povezana z pacientom in, da so oni tisti, ki bodo po odpustu iz oddelka skrbeli za pacienta. Chochinov (et al. 2022) so razvili eno samo vprašanje. Vprašanje dostojanstva pacienta : Kaj moram vedeti o vas kot osebi, da vam lahko nudim najboljšo oskrbo? Koncept oskrbe, ki ohranja dostojanstvo, je nastal iz paliativne medicine, vendar se uporablja v celotnem spektru zdravstvenega varstva in poudarja osebnost pacientov. Sorodni model oskrbe, osredotočene na človeka, je nastal iz spoznanja, da so pacienti v Intenzivni terapiji dovzetni za dehumanizacijo,

proces, s katerim posamezniki vidijo, kot da so izgubili svoje pozitivne človeške lastnosti. Da bi se zoperstavili tej težnji, skrb, osredotočena na človeka, spoštuje dostojanstvo vseh ljudi. Poleg tega zdravstvene delavce opredeljuje kot potencialne upravičence humaniziranih ustanov za oskrbo, ki lahko ublažijo izgorelost. Nazadnje, sodelovanje pacientov in družin (PFE) velja za ključni steber pri pobudah za izboljšanje kakovosti in varnost pacientov. PFE opisuje niz vedenj, organizacijskih politik in vrednot, ki spodbujajo vključevanje pacientov in družin kot aktivnih udeležencev v zdravstvenih skupinah in zdravstvenih sistemih. Vsak od teh pojmov združuje vrednost človeškega dostojanstva in ideja, da je temeljni namen zdravstvenega varstva spoštovanje dostojanstva in vrednosti pacientov in njihovih družin. Obstaja vse več literature, namenjene merjenju PFCC. Gazarian (et al. 2017) predlagajo praktično definicijo dostojanstva in spoštovanja, ki predlaga, da dostojanstvo predstavlja inherentno vrednost vseh človeških bitij, spoštovanje pa predstavlja vedenjske ali družbene norme, ki ustrezno spoštujejo in priznavajo takšno dostojanstvo.

Osnovna načela paliativne oskrbe in intervencij so vključena v vsakodnevno prakso zdravstvene ekipe na intenzivni negi, ki nudi storitve vsem kritično bolnim pacientom in njihovim družinam. Pan (et al. 2022) opisujejo tri modele vključevanja paliativna oskrbe v IT:

Integrativni model

Glavne intervencije vključujejo naslednje: zgodnji družinski sestanki, ki jih vodi ekipa intenzivne nege, rutinsko ocenjevanje PO, vključitev usposobljenega osebja v ekipo intenzivne nege, povečanje izobraževanja za člane ekipe Intenzivne terapije ter izboljšanje izobraževanja in podpore družinskim članom pacientov v IT. Zdravniki, ki so seznanjeni z načeli paliativnega zdravljenja, lahko učinkovito komunicirajo z družinami kritično bolnih in s posvetom bolje dostopajo do strokovne pomoči v PO. Medicinske sestre v Intenzivni terapiji igrajo ključno vlogo pri PO, vključno s komunikacijo med zdravstvenim timom in pacientom/družinskimi člani. Vse medicinsko osebje na oddelku za intenzivno terapijo mora imeti osnovno znanje in bistvene veščine obvladovanja simptomov, učinkovite komunikacije in skupnega odločanja.

Posvetovalni model

Ta model uporablja strokovno skupino za PO, ki se osredotoča na paciente v intenzivni terapiji z največjim tveganjem smrti. Strokovnjaki za paliativno oskrbo imajo reden dostop do enote intenzivnega oddelka, da pregledajo in identificirajo paciente, ki bi lahko koristili, in se pogosteje zanašajo na presojo zdravnikov v IT, da začnejo strokovno paliativno intervencijo. Dejavniki, ki sprožijo posvetovanje, vključujejo akutno stanje bolezni in pacientove dejavnike, kot so starost in različne stopnje bolezni. Začetek specializiranega posvetovanja na podlagi vnaprej določenih meril je najbolj izvedljiv način za doseg integracije okrepljenega zdravljenja in paliativne oskrbe.

Kombinirani model

Integrativni model postavlja „dodatne“ zahteve za osebje na intenzivni negi, svetovalni model pa zahteva ustrezno strokovno znanje in sredstva za PO. Najučinkovitejši način za integracijo intenzivne nege in paliativne oskrbe je kombinacija obeh modelov. Osnovno paliativna oskrba zagotavlja osebje intenzivnega oddelka, po potrebi pa se poišče strokovna PO. Da bi zadostili potrebam po PO, je pomembno izboljšati sposobnost zdravstvenega osebja v intenzivni

terapiji za zagotavljanje osnovne paliativne oskrbe in razširiti strokovni tim za paliativno oskrbo. Mešani model zagotavlja kakovost osnovne paliativne oskrbe in kontinuiteto oskrbe, tudi če pacienti zapustijo IT.

NAMEN PREGLEDA LITERATURE IN CILJI

Namen pregleda literature je bilo ugotoviti, kateri so glavne ovire in spodbujevalci pri integraciji paliativne oskrbe v enote intenzivne terapije. Cilj je bil preko sistematičnega pregleda literature prikazati, katere so največje ovire in spodbujevalci pri integraciji paliativne oskrbe v enote intenzivne terapije in prikazati na kakšen način bi se paliativna oskrba morala uvajati v enote intenzivne terapije. Raziskovalno vprašanje je: Katere so najbolj pogoste ovire in spodbujevalci pri integraciji paliativne oskrbe v enote intenzivne terapije?

METODE

Sistematični pregled literature temelji na analizi raziskav, ki so obravnavale prikaz ovir pri integraciji paliativne oskrbe v enotah intenzivne terapije. Uporabili smo pristop, ki vključuje oblikovanje raziskovalnega vprašanja, določanje meril glede vključitvenih in izključitvenih kriterijev za izbor primerne literature in analizo pridobljenih ugotovitev.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Vključitveni kriteriji/Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji/Exclusion criteria
Besedilo v slovenskem, angleškem jeziku	Besedilo, ki ni napisano v slovenskem, angleškem jeziku
Dostopnost celotnega besedila ali povzetka	Dostopnost le bibliografskih podatkov o članku
Tematska ustreznost	Izbrana tematika ni neposredno obravnavana
Obravnavani vzorec so intenzivni oddelki	Obravnavani vzorec so drugi oddelki
Raziskovalni članek ali pregledni znanstveni članek	Poljudni prispevek, kratko poročilo, opis primera
Recenzirano besedilo	Nerecenzirano besedilo
Objava v letih 2015- 2025	Objava pred letom 2015

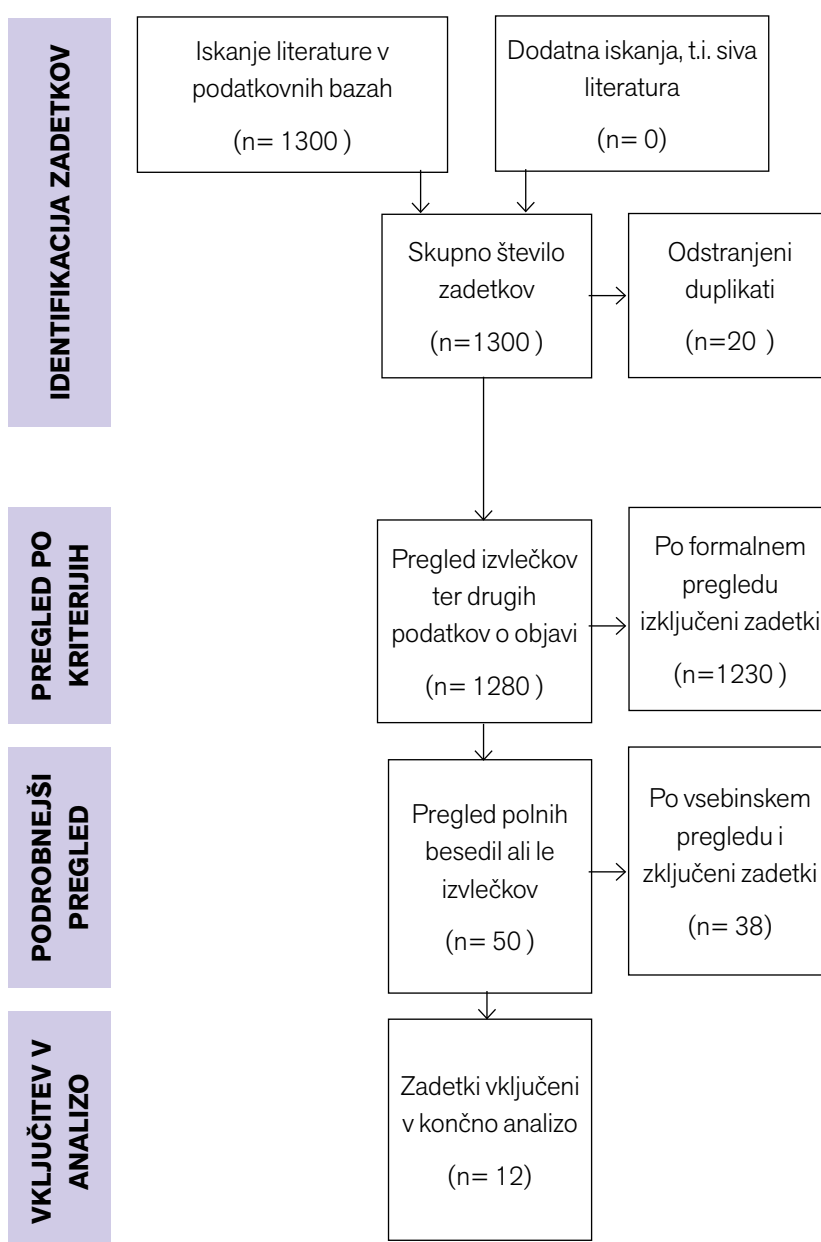
S pregledom literature smo predstavili ugotovitve raziskav, katere so ovire pri integraciji paliativne oskrbe v IT. Izvedli smo sistematični pregled literature. Uporabljena je bila deskriptivna metoda s pregledom domače, tuje strokovne in znanstvene literature. Najprej smo iskali razpoložljivo literaturo v slovenskem jeziku s pomočjo Google, Google Učenjaka in Pub Med. Uporabili smo naslednje ključne besede: *intenzivna terapija, paliativna oskrba, kritično bolni*.

Različne kombinacije teh ključnih besed so podale zadetke, vendar strokovnih člankov in raziskav na temo ovir pri integraciji paliativne oskrbe v intenzivno terapijo v Sloveniji ni bilo najdenih. Vključitveni in izključitveni kriteriji so prikazani v Tabeli 1. Pri vključitvenih kriterijih smo upoštevali, da so bili članki objavljeni v slovenskem in angleškem jeziku, da so bili dostopni v celotnem besedilu in da so tematsko ustrezni.. Iskali smo članke, ki so bili objavljeni v obdobju od 2015-2025.

REZULTATI

Strategija iskanja v podatkovnih bazah v angleškem jeziku je skupaj podala 2260 zadetkov. Zadetki so bili iskani v bazi PubMed. Ker vsi članki niso bili v celoti dostopni v bazi PubMed, smo z istimi naslovi iskali še v bazi Google Učenjak in Google. Sive literature nismo vključili. Pregledali smo naslove in izvlečke raziskav ter identificirali dvojnike. Po odstranitvi duplikatov smo imeli 1280 zadetkov. Po pregledu naslovov in izvlečkov o objavi smo izključili 1230 zadetkov. Po pregledu ustreznih 50 zadetkov, smo jih nato izključili 38 zaradi vsebinske neprimernosti. V končno analizo smo vključili 12 primernih člankov, ki vsebujejo različne raziskave in imajo primerno vsebino. Potek pridobivanja zadetkov za naš članek smo prikazali v metodi PRISMA.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

Tabela 2: Raziskave, vključene v pregled literature v okviru tematskega področja.

Avtor in leto	Namen raziskave	Zbiranje in analiza podatkov	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve
Effendy et al., 2022	Ugotoviti, kakšne so ovire pri zagotavljanju paliativne oskrbe v intenzivni terapiji in kateri so posredniki zagotavljanja Paliativne oskrbe v IT.	Pregled člankov, objavljenih raziskav.	149 člankov od katerih je bilo izbranih 14 najbolj ustreznih	Glede na raziskave so kot ovire izpostavili pomanjkanje sposobnosti, družinske meje, praktična vprašanja in kulturne razlike. Kot spodbujevalce so izpostavili medsebojno sodelovanje, ustavitev agresivnega zdravljenja in delovne izkušnje
Hamdan Alshehri et al., 2020	Ugotoviti ovire in spodbujevalce, ki vplivajo na razvoj paliativne oskrbe v IT.	Sistematični pregled literature.	Pregled 1843 člankov od katerih jih je 24 vključenih v analizo rezultatov.	Ugotovili so 4 ključne faktorje za ovire vključevanja paliativne oskrbe na intenzivnih oddelkih: organizacijska struktura, (neprimerni viri, vključenost multidisciplinarnega tima, znanje in veščin); delovno okolje (vključno z psihičnimi in psihosocialnimi dejavniki); medsebojne ovire (vključno z vključenostjo družine in pacientov v komunikacijo in sodelovanje);odločanje, npr. konflikt ciljev, multidisciplinarna timska komunikacija, napovedovanje.
Kesecioglu et al., 2024	Ugotoviti ustrezne smernice za razvoj paliativne oskrbe v IT.	Pregled literature, vprašalniki, opazovanje, kvalitativne študije.	Vključeni različni strokovnjaki iz različnih področij (Evropsko združenje za intenzivno nego).	Razvili so na dokazih temelječa priporočila in strokovna mnenja o paliativni oskrbi za kritično bolne odrasle, da bi optimizirali oskrbo osredotočeno na pacienta, svoje in s tem tudi podprli intenzivno zdravljenje. Poudarili so pomen integracije paliativne oskrbe v IT, pomen komunikacije osredotočene na družino, obvladovanje konfliktov, pomen spoštovanja avtonomije ter pomen zgodnje vključitve PO.
Khater et al., 2021	Raziskati znane ovire za uvedbo paliativne oskrbe v IT.	Intervjuji.	17 polstrukturiranih intervjujev na dveh intenzivnih oddelkih.	Ugotovili so, da je intenzivna terapija zelo zahtevno delovno okolje in da primanjkuje priprave za izvajanje ustrezne PO, da paliativna oskrba ni nujno stanje, pomanjkanje kulturnega sprejemanja PO, pomanjkanje znanja in usposabljanja v paliativni oskrbi s strani MS in zdravnikov.
Kyeremanteng et al., 2019	Oceniti zaznane kakovost oskrbe ob kocu življenja in raziskati ovire za integracijo paliativne oskrbe v IT.	Vprašalniki- postavke ankete so bile izvlečene iz objavljenih kazalnikov kakovosti in ovir pri PO.	Udeleženci so bili zdravniki in MS v IT.	Ugotovili so, da je paliativna oskrba v EIT slabo prisotna, da večina meni, da bi razvoj paliativne oskrbe v intenzivno terapijo povečalo kakovost oskrbe pacienta. Kot glavno oviro so navedli nerealna pričakovanja pacienta ali družine.

Kwame Korsah et al., 2023	Ugotoviti ovire pri zagotavljanju oskrbe ob koncu življenja v IT.	Pregled kvalitativnih študij z ekstrakcijo podatkov.	20 kvalitativnih študij z ekstrakcijo podatkov.	Ugotovili so, da je večina študij predstavila ugotovitve o ovirah za paliativno oskrbo ob koncu življenja, nekaj pa se jih je osredotočilo na posrednike paliativne oskrbe ob koncu življenja. Kot spodbujevalce so navedli ustrezno usposabljanje in izobraževanje, oblikovanje protokolov in smernic, ki bi izboljšali kakovost paliativne oskrbe v IT.
Leung et al., 2017	Razumeti izkušnje MS in svojcev pri izvajanju paliativne oskrbe v intenzivni terapiji in ugotoviti ovire pri izvajanju PO.	Kvalitativna študija; intervjuji.	Namensko vzorčenje; 16 MS v Intenzivni terapiji z vsaj 4 leti izkušenj.	Kot ovire pri integraciji paliativne oskrbe v IT so navedli napetost v komunikaciji med zdravstvenimi delavci in svojci, nerealna pričakovanja svojcev glede zdravljenja pacientov; nasprotni interes svojcev s pacientovimi željami; pomanjkanje dostopa do strokovnega znanja o PO.
Ong et al., 2018	Dojemanje MS v IT glede pomena PO.	Kvalitativni opisni intervjuji	Namensko vzorčenje; vključenih 10 MS z več kot 2 leti izkušenj v IT.	Kot ovire pri izvajanju ustrezne paliativne oskrbe so navedle predvsem površno in omejeno komunikacijo med zdravstvenimi delavci in svojci ter pomanjkanje znanja iz PO.
Pitzer et al., 2024	Ugotoviti ovire, ki upočasnjujejo vključitev paliativne oskrbe v IT.	Sistematični pregled literature.	Od 555 člankov je bilo v študijo vključenih 79.	Ugotovili so, da so najpogostejše ovire povezane s sociodemografskim značilnostim, individualna prepričanja in stališča, osredotočenost na zdravljenje, zavajajoča komunikacija, slaba koordinacija, nezadostno strokovno znanje, težek dostop do PO.
Saleh Rubbait et al., 2024	Ugotoviti katere so ovire pri izvajanju paliativna oskrbe v IT.	Celovit pregled literature.	Od 103 objavljenih člankov, je bilo v recenzijo vključenih 11.	Ugotovili so ovire, ki so povezane s pacienti in njihovo družino in ovire povezane z MS (neprimerna in nezadostna komunikacija, nerazumevanje slabe prognoze, težavna družinska dinamika, pomanjkanje izobraževanj, ovire povezane z okoljem in ustanovami- neustrezna zasnova IT, nadzor hrupa.
Stokes et al., 2019	Raziskati katere ovire zaznavajo MS pri širjenju paliativne oskrbe v IT.	Nestrukturirani intervjuji s posameznimi MS.	Namensko vzorčenje; vključenih 6 MS.	Kot glavne ovire pri širjenju paliativne oskrbe v intenzivno terapijo so navedle delovno okolje (težka povezava s pacientom in svojci zaradi dinamičnega dela); nestrinjanje z ostalimi člani zdravstvenega tima glede zdravljenja; pomanjkanje komunikacije in timskega dela.
Vaughn et al., 2017	Ugotoviti, kaj medicinske sestre vidijo kot ovire in spodbujevalce pri zagotavljanju paliativne oskrbe v IT.	Individualni intervjuji z medicinskimi sestrami, ki delajo v enoti intenzivne terapije.	11 medicinskih sester v intenzivni terapiji.	Najbolj so se osredotočale na oskrbo ob koncu življenja. Kot najpomembnejše ovire so navedle težave s komunikacijo, odločanje ob koncu življenja. Kot spodbujevalce so navedle izobraževanje o paliativni oskrbi v IT.

DISKUSIJA

Ena izmed glavnih ovir pri integraciji paliativne oskrbe v intenzivno terapijo je pomanjkanje usklajenosti med oskrbo, usmerjeno v preživetje, in paliativnim pristopom, ki se osredotoča na kakovost življenja. Intenzivna terapija se pogosto osredotoča na doseg fizičnih ciljev, kot je preživetje, medtem ko paliativna oskrba postavlja na prvo mesto olajšanje trpljenja, spoštovanje pacientovega dostojanstva in čustveno podporo pacientom in njihovim družinam (Mack et al., 2017). Te prioritete so lahko v nasprotju, zato je nujno, da se razvijejo jasne smernice za vključevanje paliativnih pristopov v IT, ki omogočajo integracijo obeh pristopov.

Komunikacija med zdravstvenim osebjem in družinami pacientov je ključnega pomena za uspešno integracijo paliativne oskrbe v IT. Oviranje v tej komunikaciji lahko vodi v frustracije in napačne odločitve. Raziskave kažejo, da je pogosto pomanjkanje časa, zadostnih veščin in podpore za zdravnike, da bi se pogovorili z družinami o ciljnih oskrbe, še posebej v akutnih primerih. Zdravstveni delavci v intenzivni terapiji pogosto menijo, da nimajo dovolj časa ali ustreznih usposabljanj za obravnavo čustvenih in psiholoških potreb pacientov in njihovih družin, kar ovira pravočasno vključitev paliativnih pristopov (Zimmerman et al., 2021).

Prepreke za integracijo paliativne oskrbe v intenzivno terapijo se lahko pojavijo tudi zaradi kulturnih razlik in prepričanj o smrti, zlasti v različnih zdravstvenih okoljih. V nekaterih kulturah je lahko zelo težko sprejeti odločitev za prenehanje intenzivne oskrbe ali za prehod na paliativne ukrepe, ker smrt ni sprejeta kot naravni del življenja (Hernandez et al., 2020). Zdravstveni delavci morajo biti usposobljeni za obravnavo teh kulturnih občutkov in prepričanj ter zagotoviti, da so odločitve usklajene z vrednotami pacienta in njegove družine.

Učinkovita integracija paliativne oskrbe v intenzivno terapijo zahteva ustrezno izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev. Raziskave kažejo, da je eno glavnih ovir za integracijo paliativne oskrbe v Intenzivno terapijo pomanjkanje usposobljenosti in zavedanja o pomenu paliativne oskrbe med zdravstvenim osebjem, zlasti na področju komunikacije o končnih odločitvah in trpljenju bolnikov (Gelfman et al., 2016). Zdravstveni delavci, ki so usmerjeni v izključno fizične ali življenjsko pomembne ukrepe, pogosto nimajo veščin za obravnavo psiholoških, čustvenih in duhovnih potreb pacienta. Zato je pomembno, da zdravstveni sistemi vključijo usposabljanja za paliativne pristopne metode, ki obravnavajo celostno oskrbo.

Uvedba paliativne oskrbe v intenzivno terapijo ni le vprašanje izobraževanja, temveč tudi sprememb v zdravstvenih politikah in organizacijskih praksah. Raziskave so pokazale, da v mnogih bolnišnicah ni ustreznih politik, ki bi spodbujale izvajanje paliativnih ukrepov na oddelkih za intenzivno nego, saj so tradicionalni cilji zdravljenja pogosto osredotočeni na preživetje (Jox et al., 2017). Integracija paliativne oskrbe zahteva usklajevanje med različnimi oddelki, kar vključuje spremembo zdravstvenih politik in usklajevanje nalog znotraj zdravstvenih timov.

Paliativna oskrba v intenzivni terapiji se lahko srečuje z etičnimi dilemami glede odločitev o obravnavi pacientov. Zdravniki in zdravstveno osebje se lahko znajdejo v težavnih situacijah, kjer morajo uravnotežiti dolžnost, da nudijo najboljšo možno oskrbo za preživetje, in potrebo po spoštovanju pacientovega dostojanstva ter želje po mirnem koncu življenja (Kraemer et al., 2020). Razumevanje in spoštovanje etičnih načel, kot so avtonomija, dobrobit in pravičnost, sta ključnega pomena pri sprejemanju teh odločitev.

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo biti ustrezno usposobljeni za zagotavljanje najvišjega standarda paliativne oskrbe pacientom in njihovim družinam. Številni avtorji predlagajo, da bi

bilo treba paliativno izobraževanje uvesti prej v dodiplomske programe zdravstvene nege, tako da paliativna oskrba ne bi bila tuj koncept. Obstaja več izzivov pri zagotavljanju izobraževanja o paliativni oskrbi izvajalcem zdravstvenih storitev, vključno s pomanjkanjem standardizacije, financiranja in pomanjkanja osebja. Akcijski načrt Health Canada (2019) o paliativni oskrbi nas poziva, naj izobraževanje o paliativni oskrbi postavimo za prednostno nalogo, »da podpremo kakovost zdravstvenega sistema z izboljšanjem veščin paliativne oskrbe in podpore ponudnikom zdravstvenih storitev, družinam, negovalcem in skupnostim« (Vaughn & Santos Salas, 2017).

ZAKLJUČEK

Zaključimo lahko, da je celostna integracija paliativne oskrbe v intenzivni terapiji nujna za optimizacijo obravnave kritično bolnih pacientov ter zagotavljanje podpore njihovim svojcem. Kljub številnim oviram, kot so neustrezna koordinacija med oddelki, pomanjkanje specifičnega usposabljanja in izzivi v komunikaciji, raziskave kažejo, da lahko strukturiran pristop bistveno izboljša kakovost oskrbe. Ključni koraki k uspešni implementaciji vključujejo razvoj standardiziranih smernic za sodelovanje med intenzivno terapijo in paliativno oskrbo, izobraževanje zdravstvenega osebja o načelih paliativne medicine ter vzpostavitev jasnih komunikacijskih strategij za vključevanje družin v proces odločanja. Le s celostnim pristopom, ki upošteva tako klinične kot etične vidike, lahko zagotovimo, da bodo pacienti deležni optimalne oskrbe, prilagojene njihovim potrebam in vrednotam, hkrati pa bomo zdravstvenim delavcem omogočili bolj učinkovito in manj stresno delo.

LITERATURA

- Aslakson, R. A., Curtis, J. R. & Nelson, J. E., (2015). The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Critical Care Medicine*, pp. 42 (11): 2418- 2428. Retrieved from 27.7. 2024: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167087/>
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2022). Dignity-conserving care: New perspectives on end-of-life care. *Journal of the American Medical Association*, 287(17), 2253–2260. Retrieved from 11. 1. 2025: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194554>
- Effendy, C., Yodang, Y., Amalia, S., & Rochmawati, E., (2022). Barriers and facilitators in the provision of palliative care in adult intensive care units: a scoping review. *Acute and Critical Care*, pp. 37 (4): 516-526. Retrived from 27. 7. 2024: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36330738/4>
- Gazarian, P. K., Fernberg, L. M., & Sheehan, K. D. (2016). Effectiveness of a narrative nursing initiative on nursing students' empathy and learning. *Journal of Nursing Education*, 55(2), 87–91. <https://journals.healio.com/doi/10.3928/01484834-20160114-0>
- Gelfman, L. P., Bakitas, M., Lynch, T., & Dahlin, C. M. (2016). Barriers and facilitators to the integration of palliative care into intensive care units. *Journal of Critical Care*, 36, 82–87. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944116302600>
- Hernandez, J. M., Smith, A. R., & Jones, L. M. (2020). Cultural considerations in the provision of palliative care in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 46(7), 1369–1375. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-020-06123-3>
- Ito, K., George, N., Wilson, J., Bowman, J., Aaronson, E., & Ouchi, K. (2022). Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. *Journal of Intensive Care* 10, p. 20. Retrieved from 1. 7. 2024: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35428371/>
- Jox, R. J., Schaidt, A., Marckmann, G., & Borasio, G. D. (2017). Ethical challenges in palliative care in intensive care settings. *Current Opinion in Critical Care*, 23(5), 408–414. Retrieved from https://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2017/10000/Ethical_challenges_in_palliative_care_in_intensive.9.aspx
- Kesecioglu, J., Rusinova, K., Alampi, D., Arabi, Y., Benbenishty, J., Benoit, D., Boulanger, C., Cecconi, M., Cox, C., Dam, M., Dijk, D., Downar, J., Efsthathiou, N., Endacott, R., Galazzi, A., Gelder, F., Gerritsen, R., Girbes, A., Hawyrluck, L., ... Azoulay, E. (2024). European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive care medicine*, pp. Volume 50, 1740- 1766. Retrieved from 1. 7. 2024: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39361081/>

- Kraemer, K., Piers, R., & Van den Eynde, M. (2020). Ethical issues in the management of critically ill patients in intensive care units. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 305–310. Retrieved from <https://jme.bmj.com/content/46/5/305>
- Kwame Korsah, E. & Schmollgruber, S. (2023). Barriers and facilitators to end-of-life care in the adult intensive care unit: A scoping review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Izvod Volume 19, pp. 1–11. Retrieved from 10. 7. 2024: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139123001117>
- Leung, D., Blastorah, M., Nusdorfer, L., Jeffs, A., Jung, J., Howeel, D., Fillon, L., & Rose, L. (2017). Nursing patients with chronic critical illness and their families: a qualitative study. *Nursing in critical care*, pp. 229–237. Retrieved from 29. 1. 2025: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25690540/>
- Mack, J. W., Weeks, J. C., Wright, A. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2017). Integrating palliative care into the intensive care unit. *JAMA*, 318(19), 1911–1919. Retrieved from 27. 1. 2025: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2664452>
- Mercandante, S., Gregoretti, C. & Cortegiani, A. (2018.) Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, p. 16; 18 (1). Retrived from 10. 7. 2024: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30111299/>
- Ong, K. K. & Ting, K. C. (2018). The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing*, pp. 257–268. Retrieved from 29. 1. 2025: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28514505/>
- Pan, H., Shi, W., Zhou, Q., & Pan, P. (2022). Palliative Care in the Intensive Care Unit: Not Just End-of-life Care. *Intensive Care Research*, pp. Volume 3, 77–82. Retrieved from 29. 7. 2024: <https://d-nb.info/1265653615/34>
- Stokes, H., Vanderspank-Wright, B., Fothergill Bourbonnais, F. & Kenneth Wright, D. (2019). Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, pp. 1–7. Retrieved from 28. 1. 2025: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967306/>
- Tanaka, Y. in drugi, (2023). Quality indicators for palliative care in intensive care units: a systematic review. *Annals of Palliative Care Medicine*, pp. 584–599. Retrieved from 2. 11. 2024: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37038065/>
- Vaughn, L. & Santos Salas, A. (2016–2017). *Barriers and facilitators in the provision of palliative care in critical care: A qualitative descriptive study of nurses' perspectives*. Retrieved from 26. 9. 2024: <https://cjccn.ca/featured-article/barriers-and-facilitators-in-the-provision-of-palliative-care-in-critical-care-a-qualitative-descriptive-study-of-nurses-perspectives/>
- Zimmerman, L., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2021). Improving communication with families in intensive care units: A review of barriers and interventions. *Palliative & Supportive Care*, 19(4), 442–450.

doc. dr. Helena Kristina Halbwachs

Marta Blažič

Darinka Klemenc

Darja Pušlar

viš. pred. Rober Sotler

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babič in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Častno razsodišče 1. stopnje
hk.halbwachs@gmail.com

REŠEVANJE ETIČNIH DILEM S STRANI IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Resolving ethical dilemmas by nursing and midwifery professionals

IZVLEČEK

Uvod: Izvajalci zdravstvene nege se pogosto soočajo z etičnimi dilemami, ki zahtevajo premišljeno odločanje. V anketi, izvedeni med kongresom zdravstvene nege maja 2023, smo ugotavljali enovitost reševanja etičnih dilem v situacijah, kot so odklonitve preventivnih pregledov ali presejalnih testov, zaupnost podatkov, obravnava nasilja, soočanje z ranljivostjo in raznolikostjo ter nestrinjanje z zdravniškimi navodili. **Metode:** Anketa je bila izvedena preko spletnega portala *1ka*. Vzorec je bil namenski, sestavljen iz udeležencev kongresa zdravstvene nege. Uporabljena je bila deskriptivna statistična analiza. **Rezultati:** Pri reševanju izzivov na področju odklanjanja ustrezne zdravstvene oskrbe je dobra petina anketirancev izbralo etično manj ugodne rešitve, na področju zaupnosti podatkov je bilo teh manj, še vedno pa skoraj desetina. Pri obravnavi nasilja se je izkazalo, da so mnenja anketirancev glede ustreznega pristopa močno deljena. V zvezi z različnimi vidiki obravnave ranljivih skupin smo zaznali, da se večina izvajalcev odloča za etično najbolj sprejemljive rešitve, odstotek tistih, ki bi izbrali etično manj sprejemljive rešitve pa variira glede na vrsto ranljivosti. V povezavi z upoštevanjem zdravniških navodil v primeru nestrinjanja se nihče od anketirancev ni odločil za etično najmanj sprejemljivo rešitev - izvedbo navodila, to dilemo pa bi reševali na različne načine. **Diskusija in zaključek:** Čeprav je večina izvajalcev zdravstvene nege izkazala visok nivo etičnega odločanja, se kažejo

razlike pri pristopih k etičnim dilemam. Izsledki kažejo potrebo po dodatnih smernicah in usposabljanju, ki bi omogočilo standardizirano in etično ustrezno prakso. **Zaključek:** Anketa je osvetlila različne pristope anketirancev pri reševanju etičnih dilem in potrebo po dodatnem poglobljenem raziskovanju na tem področju. Vsekakor bi bila dobrodošla dodatna usposabljanja na področju etičnih načel ter etičnega odločanja na različnih domenah delovanja izvajalcev zdravstvene nege.

Ključne besede: etika, morala, etično odločanje

ABSTRACT

Introduction: Nursing professionals often face ethical dilemmas that require thoughtful decision-making. In a survey conducted during the Nursing Congress in May 2023, we examined the consistency of resolving ethical dilemmas in situations such as refusals of preventive check-ups or screening tests, data confidentiality, violence, addressing vulnerability and diversity, and disagreements with medication instructions. **Methods:** The survey was conducted via the online portal 1ka. The sample was purposive, consisting of participants of the Nursing Congress. Descriptive statistical analysis was used. **Results:** In addressing challenges related to the refusal of appropriate healthcare, a little over one-fifth of respondents chose ethically less favourable solutions. In the area of data confidentiality, this was less common but still present in nearly a tenth of cases. Regarding the handling of violence, respondents' opinions on the appropriate approach were highly divided. In relation to different aspects of caring for vulnerable groups, most professionals opted for ethically most acceptable solutions, though the percentage of those choosing less ethical options varied depending on the type of vulnerability. When it came to following doctor's orders in cases of disagreement, none of the respondents opted for the least ethical solution — carrying out the instruction regardless — but would resolve the dilemma in various ways. **Discussion and conclusion:** Although the majority of nursing professionals demonstrated a high level of ethical decision-making, differences in approaches to ethical dilemmas were evident. The findings indicate the need for additional guidelines and training to enable standardized and ethically appropriate practice. The survey highlighted the diverse approaches respondents take when resolving ethical dilemmas and the need for further in-depth research in this area. Additional training in ethical principles and ethical decision-making across different domains of nursing practice would certainly be beneficial.

Key words: ethics, morale, ethical decision making

UVOD

Etika je osrednjega pomena v zdravstveni in babiški negi, saj izvajalci dnevno sprejemajo odločitve, ki zahtevajo moralno presojo in odgovornost (Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024; Kodeks etike za babice, 2014). Etična dilema je opredeljena kot situacija, v kateri je treba izbrati med vsaj dvema možnostma, pri čemer nobena ne predstavlja etično popolnoma sprejemljive rešitve (Hopia et al., 2016). Bollig in sodelavci (2015) etične dileme delijo na vsakdanje etične dileme in velike etične dileme. To ponazarjajo s prispodobo „etične ledene gore“, kjer so velike etične dileme bolj vidne, medtem ko so vsakdanje etične dileme skrite pod površjem vode. Pregled literature je pokazal, da izvajalci zdravstvene nege kot najpomembnejše doživljajo prav skrite vsakdanje dileme (Haahr et al., 2020).

Etično odločanje v zdravstveni negi vključuje prepoznavanje moralnih vprašanj (etično občutljivost), analizo različnih vidikov situacije ter sprejemanje odločitev, ki temeljijo na etičnih načelih, kot so avtonomija, dobrohotnost, neškodljivost in pravičnost (Beauchamp & Childress, 2013). Razumevanju in ocenjevanju etične občutljivosti v vsakdanjih dilemah je še vedno namenjeno premalo pozornosti (Miliken, 2018). Prav gotovo pa je sposobnost etičnega

odločanja ključna za zagotavljanje kakovostne in sočutne oskrbe ter za ohranjanje zaupanja med pacienti in zdravstvenimi delavci (Kodeks etike v zdravstveni negi, 2024).

Namen naše pilotne raziskave je osvetliti kompleksnost etičnega odločanja v zdravstveni negi. S pomočjo kvantitativnega raziskovanja smo želeli odgovoriti na raziskovalno vprašanje, v kakšni meri se izvajalci zdravstvene nege ob vsakodnevnih izzivih odločajo za enotne in etično najbolj sprejemljive rešitve.

METODE

Poslužili smo se kvantitativnega raziskovanja s pomočjo spletnih anketnih vprašalnikov. Naše raziskovalno vprašanje se je nanašalo na preučitev etičnega odločanja izvajalcev zdravstvene nege v konkretnih situacijah v delovnih okoljih. Predvideli smo, da se večina izvajalcev odloča enotno ter za etično najbolj sprejemljive rešitve.

Merski instrument

Raziskovanja etičnega odločanja preko testiranja reševanja namišljenih etičnih dilem je že dolgo poznana metoda, ki se je poslužujejo številni raziskovalci (Selçuk et al., 2022; Nazari et al., 2024; Tavani et al., 2024). Ob tem pogosto uporabljajo orodje za raziskovanje NDT (Nursing Dilemma Test), ki obravnava scenarije v zvezi z novorojenčki s hudimi prirojenimi anomalijami, dajanjem zdravil proti volji pacienta, evtanazijo, uvajanjem sodelavcev in paliativno oskrbo (Chrisham, 1981). Člani častnega razsodišča pa smo razvili lastni anketni vprašalnik o odločanju pri reševanju etičnih dilem, ki prav tako vključuje aktualne etične dileme, s katerimi se lahko srečujejo tako medicinske sestre kot babice. Teme so zajele področja, kot so zavrnitev oskrbe, zaupnost podatkov, nasilje, obravnava ranljivih skupin ter pomisleki pri dajanju zdravil. Pri pripravi vprašalnika in načrta raziskave smo upoštevali veljavna etična načela raziskovanja.

Vzorec

Vzorec je bil namenski, vključeval je udeležence kongresa zdravstvene nege v maju 2023 na Brdu pri Kranju.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Udeleženci kongresa zdravstvene nege so bili ob koncu plenarnih predavanj ustno pozvani k izpolnjevanju spletne ankete Častnega razsodišča. Ob tem in tudi še večkrat kasneje je bila prikazana QR koda za pristop k anketi. Pristop je bil omogočen dva dni v času trajanja ankete. Pojasnilo o anonimnosti in prostovoljnem izpolnjevanju ankete je bilo podano ob pričetku ankete.

Za analizo osnovnih podatkov (frekvenčne tabele) smo se poslužili programskega orodja 1 ka (verzija 23.06.20, 2023), dodatne metode opisne statistike (variance, analizo več odgovornih vprašanj) pa smo izdelali v Exel programu. Zaradi majhnega vzorca anketirancev ($n = 36$) se nismo odločili za metode inferenčne statistike. Rezultate smo posredovali vsem članom častnega razsodišča 1. stopnje in uskladili mnenja glede interpretacije pridobljenih rezultatov, kar prikazujemo v diskusiji.

REZULTATI

Anketo je rešilo 36 udeležencev kongresa. Ob tem so vsi anketiranci odgovorili le na prvo vprašanje (Q1), pri vseh naslednjih (Q2-Q8) pa je bilo število odgovorov nižje. Odgovori na vprašanja niso bili obvezni za nadaljevanje ankete. Pri vseh vprašanjih je bilo možno izbrati več odgovorov ali pa nobenega. Vsako vprašanje je predstavljalo neodvisno enoto, zato smo analizirali rezultate glede na število odgovorov na posamezno vprašanje. Rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Prikaz rezultatov ankete o etičnih dilemah

1. Kako bi ravnali pri pacientki, ki odklanja pregled materničnega vratu (MV) na tri leta, ki ga zdravstvena stroka priporoča za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb na MV ali pregled v okviru Dora/Zora/Svit programa?				
Odgovori (n=36)		f	% anketirancev	% odgovorov
1a	pacientke ne vabimo več in zapišemo v kartoteko, da odklanja pregled	2	5,55	4,76
1b	pacientko pokličemo in ji poskušamo razložiti, zakaj so redni pregledi MV/debelelega črevesa/ dojk potrebni	30	83,33	71,43
1c	pacientko ponovno povabimo čez tri leta v okviru Dora/Zora/Svit programa	9	25	21,43
1d	ne morem se opredeliti	1	2,77	2,38
2. Kako bi ravnali pri nosečnici, ki zavrača merjenje nihalne svetline (presejalni test za zgodnje odkrivanje genetskih napak ploda), ki se opravlja med 11. in 14. tednom nosečnosti in/ali OGTT preiskave (preiskava za odkrivanje gestacijskega diabetesa v 25. tednu nosečnosti)?				
Odgovori (n=33)		f	% anketirancev	% odgovorov
2a	upoštevamo željo nosečnice, da ne opravi teh preiskav in to zapišemo v kartoteko	8	24,24	17,78
2b	nosečnici razložimo, zakaj sta preiskavi priporočeni in jo skušamo prepričati, da ju opravi	15	45,45	33,33
2c	nosečnico informiramo o alternativnih možnostih preiskav (NIFTY test, določitev KS v 25. tednu nosečnosti)	20	60,61	44,44
2d	ne morem se opredeliti	2	6,06	4,44
3. Kako bi ravnali v primeru, da imate v ambulanti pacientko s potrjeno okužbo s sifilisom?				
Odgovori (n=32)		f	% anketirancev	% odgovorov
3a	ne obvestimo moža/partnerja o okužbi, ker pacientka tega ne želi	3	9,38	7,5
3b	obvestimo moža/partnerja o okužbi, čeprav pacientka temu nasprotuje	2	6,25	5
3c	primer okužbe nemudoma prijavimo na Policijo, saj obstaja resna nevarnost širjenja	1	3,13	2,5
3d	odložimo obveščanje o okužbi in opogumimo pacientko, da to stori sama	5	15,63	12,5
3e	obvestimo epidemiološko službo in o tem seznanim pacientko	29	90,63	72,5
4. Kako bi ravnali ob zaznavi zlorabe, nasilja v družini?				
Odgovori (n=33)		f	% anketirancev	% odgovorov
4a	seznamimo izbranega osebnega zdravnika (če je mogoče),	8	24,24	15,09
4b	zagotovimo varnost žrtvi,	19	57,58	35,85
4c	obvestimo pristojne službe (CSD in Policijo),	25	75,76	47,17
4d	ne morem se opredeliti.	1	3,03	1,89

5. Kako bi ravnali v primeru, da pacient/ka nima urejenega zdravstvenega (ali dodatnega) zavarovanja?				
Odgovori (n=33)		f	% anketirancev	% odgovorov
5a	pacienta/tko odklonimo ne glede na zdravstvene težave	0	0,00	0
5b	brez urejenega zavarovanja lahko opravimo samo samoplačniške zdravstvene storitve, vključno Nujno medicinsko pomočjo (NMP)	4	12,12	8,7
5c	najprej opredelimo stopnjo nujnosti in se šele potem odločimo, ali bomo storitev zaračunali ali ne	24	72,73	52,17
5d	NMP se nikoli ne obračunava	15	45,45	32,61
5e	ne morem se opredeliti	3	9,09	6,52
6. Kako bi ravnali v primeru, ko pacientka zaradi verskih in kulturnih prepričanj ne želi biti obravnavana s strani moških zdravstvenih delavcev?				
Odgovori (n=33)		f	% anketirancev	% odgovorov
6a	to je pacientkin osebni problem, prilagoditi se mora našim razmeram – v kolikor odkloni obravnavo s strani moških sodelavcev, se obravnava opusti	0	0	0
6b	z razumevanjem in brez obsojanja se v okviru naših možnosti prilagodimo potrebam pacientke in organiziramo delo tako, da ji čim bolj ugodimo	29	87,88	85,29
6c	poskušamo se prilagoditi, vendar damo pacientki vedeti, da to v naši družbi ni normalno in sprejemljivo	4	12,12	11,76
6d	ne morem se opredeliti	1	3,03	2,94
7. Vaša delovna organizacija vam ob božičnih praznikih podari paket, ki vsebuje nekaj dobrot, med drugim tudi zajeten kos pršuta in steklenico penine. Sodelavka, ki zaradi verskih in kulturnih razlogov ne uživa svinjine in ne pije alkohola, prosi vodstvo, če lahko naslednjič za njo naročijo izdelke, ki ne vsebujejo teh živil. Kaj si mislite ob tem?				
Odgovori (n=33)		f	% anketirancev	% odgovorov
7a	sodelavka ima prav, delodajalec mora biti kulturno občutljiv in upoštevati raznolikost	18	54,55	46,15
7b	sodelavka nima prav, saj se ne more vsak izmišljevati, kaj bi rad imel, pač pa je treba biti hvaležen za tisto, kar dobiš, darilo naj podari sodelavki	1	3,03	2,56
7c	vseeno mi je, ni moj problem	0	0,00	0
7d	za vse bi bilo bolje, da so darila v obliki trgovskih bonov, da si vsak zaposleni izbere, kaj si bo kupil	16	48,48	41,03
7e	ne morem se opredeliti	4	12,12	10,26
8. Zdravnik vam naroči, da pacientu/tki aplicirate zdravilo, ki bi mu/ji po vašem znanju in izkušnjah lahko škodovalo. Kaj storiti?				
Odgovori (n=33)		f	% anketirancev	% odgovorov
8a	izvedbo naročila začasno odložimo, če je to mogoče, in pri zdravniku, ki je terapijo naročil, ponovno preverimo naročilo	28	84,85	58,33
8b	nemudoma apliciramo zdravilo, saj smo dolžni izpolnjevati zdravnikova naročila	0	0,00	0
8c	za mnenje vprašamo še koga (nadrejeno medicinsko sestro, drugega zdravnika)	17	51,52	35,42
8d	takoj obvestimo vodstvo zavoda (direktorja/direktorico)	2	6,06	4,17
8e	ne morem se opredeliti.	1	3,03	2,08

Legenda: f = frekvenca, %= odstotek

Največ soglasja smo zasledili pri odgovoru 3e, kjer je takšen odgovor podalo 90,63% udeležencev. Sledil je odgovor 6b na vprašanje 6, kjer je odgovor izbralo 87,88% udeležencev. Visoko stopnjo soglasja so udeleženci izkazali tudi pri odgovoru 8a (84,85 % udeležencev).

Vprašanja z največ nesoglasij smo ugotavljali s pomočjo varianc. Manjše vrednosti le-teh kažejo, da so odgovori bolj enakomerno razdeljeni okoli povprečja, kar pomeni večje nesoglasje med odgovori. Variances so prikazane v tabeli 3.

Tabela 3: Prikaz varianc pri posameznih vprašanjih

Vprašanje	Varianca (σ^2)
Q1	144,7
Q2	57,2
Q3	100,2
Q4	104,3
Q5	89,5
Q6	146,3
Q7	75,5
Q8	145

Največ nesoglasij smo identificirali pri vprašanju 2, 7 in 5.

Zanimalo nas je tudi, kolikšen delež anketirancev je pri določenem vprašanju izbral več kot en odgovor, kar nakazuje kompleksnost etičnih dilem. V tabeli 4 prikazujemo odstotke več odgovornih enot.

Tabela 4: Prikaz deleža anketirancev, ki so podali več kot 1 odgovor na vprašanje

Vprašanje	Število anketirancev	Skupno število odgovorov	odstotek več odgovornih enot
Q1	36	42	17 %
Q2	32	45	27 %
Q3	33	40	20 %
Q4	32	53	45 %
Q5	32	46	39 %
Q6	32	34	3 %
Q7	32	39	18 %
Q8	32	48	45 %

DISKUSIJA

Prvi dve vprašanji sta se nanašali na zavrnitev presejalnih testov. Pri prvem vprašanju (Q1), ki govori o ravnanju pri odklanjanju pregled materničnega vratu, smo ugotovili, da se je večina udeležencev odločila za etično najbolj sprejemljiv odgovor, pri katerem pacientko pokličemo in ustrezno informiramo. Odgovor spoštuje pravico ženske, da izbere zdravstveno oskrbo, za katero meni, da je zanjo najbolj ustrezna. Ta temelji tudi na zadostni informiranosti ženske o posledicah njene izbire. Petina anketirancev pa je izbrala etično manj sprejemljivo rešitev, ki bi bila ustrezna le v primeru, da bi se sočasno izbralo že omenjeno etično najbolj sprejemljivo rešitev. Vendar naša analiza kaže, da je bil pri tem vprašanju delež tistih, ki so izbrali več kot en odgovor, majhen.

Naslednje vprašanje (Q2) se je nanašalo na postopanje pri nosečnici, ki ne želi opraviti presejalnih testov za zgodnje odkrivanje genetskih napak plodu ter gestacijskega diabetesa. Tu smo zaznali precejšnjo stopnjo nesoglasja pri odgovorih, vendar menimo, da sta bila odgovora Q2b in Q2c, za katere se je odločila večina anketirancev, etično podobno sprejemljiva. Odgovor Q2a, za katerega se je odločila skoraj četrtina anketirancev, je pravno formalno pravilen, a zahteva poglobljen razmislek, ali smo naredili vse, kar je v naših močeh, da bi nosečnica sprejela najboljšo možno odločitev. Zavrnitev mora biti namreč informirana, saj je to ključno ob spoštovanju pacientove avtonomije in etičnih standardov v zdravstveni in babiški negi. Zdravstveni delavci morajo previdno obravnavati etične vidike informirane zavrnitve ter uravnotežiti spoštovanje pacientove avtonomije z odgovornostjo za spodbujanje zdravja in preprečevanje škode (Krupka, 2024; Zolkefli, 2024).

Naslednje vprašanje je naslavljal dilemo zaupnosti podatkov. Šlo je za ravnanje v primeru, da obravnavamo v ambulantni pacientko s potrjeno okužbo s sifilisom. Tu smo identificirali najbolj enoten odgovor v celotni anketi – več kot 90% anketirancev se je odločilo za obveščanje epidemiološke službe. Ta odgovor je s pravno formalnega vidika najbolj logična odločitev, saj je obveščanje epidemiološke službe naša dolžnost, kaže pa tudi, da anketiranci dajejo prednost ohranjanju javnega zdravja populacije, pred ohranjanjem zasebnosti pacientke. Podobnega mnenja so bili v raziskavi, ki je preučevala javljanje podatkov, pomembnih za javno zdravje, brez soglasja pacientov. Zaključili so, da je včasih zasebnost omejena z nalogo javnega zdravja, da izboljša zdravje prebivalstva, zmanjša neenakosti, zaščiti ranljive skupine in prepreči škodo. Vendar morajo biti podatki, posredovani brez soglasja, minimalni, nujno potrebni in varno shranjeni. (Lee et al., 2012). Vsekakor gre za izjemno občutljivo vprašanje, ki mu je v praksi potrebno nameniti več pozornosti.

Naslednje vprašanje (Q4) se je nanašalo na ravnanje ob zaznavi zlorabe ter nasilja v družini. To vprašanje je bilo eno izmed dveh vprašanj, kjer so se udeleženci v največji meri odločili za več kot eden odgovor, kar nakazuje kompleksnost etičnega odločanja v situacijah nasilja. Večina anketirancev (75,76%) bi obvestilo pristojne službe (CSD in Policijo), kar spada med etično najbolj optimalne rešitve. Prijava na pristojne inštitucije predstavlja najbolj konkretno pomoč žrtvi. Etična dilema se pojavi, ko se žrtve ne strinjajo s prijavo, kar je lahko posledica različnih dejavnikov. Le malo več kot polovica anketirancev je izbrala navedbo, da bi žrtvi zagotovili varnost, kar je zaskrbljujoče, saj bi to morala biti prva poteza, seveda ob zagotavljanju lastne varnosti. Za možnost, da bi obvestili izbranega osebnega zdravnika, se je pri tem vprašanju odločila manj kot četrtina anketirancev, kar morda nakazuje nizko stopnjo zaupanja v zmožnost ustrezne pomoči žrtvi s strani primarnega zdravstvenega varstva. Pomirjujoče je, da se le ena oseba ni mogla opredeliti, kaj storiti, kar je morda pokazatelj, da se v zdravstveni in babiški negi že desetletja dolgo pogovarjamo, izobražujemo ter usposabljamo za reševanje

različnih nasilnih dogodkov in dejanj. Delovna skupina za nenasilje deluje na tem področju že 25 let (Delovna skupina za nenasilje, 2019).

Sledilo je vprašanje, ki je obravnavalo dostopnost zdravstvenih storitev. Pri ravnanju v primeru, ko pacient nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, smo zaznali višjo stopnjo nesoglasnosti v odgovorih, poleg tega pa višjo stopnjo izbire več odgovorov. Temu je verjetno botrovalo dejstvo, da so si bili odgovori 5b, 5c in 5d precej podobni, kljub temu pa je etično najbolj sprejemljiv odgovor 5c. Skoraj tri četrtine anketirancev se je odločilo za ta odgovor, ki pravi, da najprej opredelimo stopnje nujnosti in se šele potem odločimo, ali bomo storitev zaračunali ali ne. Nihče se ni odločil, da bi pacienta odklonil ne glede na zdravstvene težave, kar skupaj z ostalimi odgovori kaže na visoko zavedanje o pomembnosti nudenja nujne medicinske pomoči. To vprašanje pa bi bilo smiselno bolj podrobno raziskati, saj odpira mnoge etične dileme v oskrbi pacientov, ki morda niso življenjsko ogroženi, vendar imajo zdravstvene težave, za katere potrebujejo pomoč. Raziskave žal kažejo, da so težave v dostopu do zdravstvenih storitev vse večje (Pistotnik, 2020), s tem pa se bodo tovrstne etične dileme prav tako vse bolj pojavljale.

Naslednji dve vprašanji sta se nanašali na etično odločanje ob kulturni raznolikosti. Vprašanje Q 6 se je nanašalo na ravnanje v primeru, ko pacientka zaradi verskih in kulturnih prepričanj ne želi biti obravnavana s strani moških zdravstvenih delavcev. Etično sprejemljiv odgovor, pri katerem bi se z razumevanjem in brez obsojanja v okviru naših možnosti prilagodili želji pacientke, je označila znatna večina anketirancev, kar kaže na visoko stopnjo njihovih kulturnih kompetenc. Nihče se ni odločil za možnost, da bi se obravnava opustila zaradi takšne zahteve.

Pri vprašanju Q7 pa smo se dotaknili odnosa do raznolikih sodelavcev. Vprašanje se je nanašalo na mnenje v primeru, ko vodstvo obdari sodelavce z božičnim paketom, ki vsebuje penino in pršut. Sodelavka, ki teh izdelkov zaradi verskih in kulturnih razlogov ne uživa, prosi vodstvo, da ji ponudi druge izdelke. Zaznali smo višjo stopnjo nesoglasja - malo več kot polovica anketirancev se je odločila, da ima sodelavka prav in da bi moralo biti vodstvo bolj kulturno občutljivo, skoraj polovica pa je menila, da bi bilo za vse bolje, da so darila v obliki bonov in se vsak odloči, kaj bo kupil. Ob tem sta oba odgovora etično sprejemljiva, čeprav prvi bolj očitno kaže na sprejemanje raznolikosti sodelavke. Le eden je menil, da sodelavka nima prav, več kot desetina pa se ni mogla opredeliti, kar nakazuje potrebo po dodatni usposabljanju na področju kulturnih kompetenc. Le-te so namreč v našem vse bolj raznolikem svetu bistvenega pomena za zagotavljanje učinkovite in pravične zdravstvene oskrbe, pa tudi za delovanje v raznolikih timih (Prosen, 2018).

Vprašanje Q8 se je nanašalo na aplikacijo zdravila pacientu, ki bi mu po našem znanju in izkušnjah škodovalo. Znatna večina anketirancev je označila odgovor, da bi izvedbo naročila začasno odložili in ponovno preverili naročilo, več kot polovica pa tudi, da bi za mnenje vprašalo še koga. Ti rešitvi sta etično najbolj sprejemljivi in kažeta na visoko zavedanje o profesionalni odgovornosti. To dodatno potrjuje tudi dejstvo, da se ni nihče odločil za možnost, da bi apliciral zdravilo. V pomoč pri dilemah tovrstne narave je lahko dokument Protokol medpoklicne komunikacije med medicinskimi sestrami / babicami in zdravniki v primeru dvoma o naročenih ukrepih (2017).

Naša raziskava je bila pilotne narave, poleg tega dejstva pa je imela še nekaj drugih omejitev. Anketa pred uporabo ni bila validirana, vzorec anketirancev pa je bil premajhen za interferenčno statistično obdelavo. Interpretacija odgovorov predstavlja mnenja članov etičnega razsodišča 1. stopnje, smiselna bi bila dodatna validacija in izvedba poglobljene raziskave na večjem vzorcu. Kljub omejitvam menimo, da raziskava doprinaša k razumevanju kompleksnosti etičnega odločanja.

ZAKLJUČEK

Raziskava je osvetlila raznolikost pristopov izvajalcev zdravstvene nege pri soočanju z etičnimi dilemami, pri čemer so se pokazale tako skladnosti kot neskladnosti v odločitvah. Medtem ko večina anketirancev izkazuje visoko raven etičnega odločanja, so razlike pri specifičnih situacijah nakazale potrebo po nadaljnjem raziskovanju in usposabljanju, ki bi zagotavljalo bolj enotno prakso. Etične dileme v zdravstveni negi ostajajo kompleksen izziv, ki zahteva nenehno refleksijo, interdisciplinarno sodelovanje in podporo pri sprejemanju odločitev. Dodatne raziskave na tem področju bi pripomogle k izboljšanju etične prakse in posledično k večji kakovosti oskrbe ter zadovoljstvu tako pacientov kot zdravstvenih delavcev.

LITERATURA

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. izd.). Oxford University Press
- Bolig, G., Schmidt, G., Rosland, J. H., & Heller, A. (2015). Ethical challenges in nursing homes—Staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 810–823. <https://doi.org/10.1111/scs.12213>
- Crisham, P. (1981). Measuring Moral Judgment in Nursing Dilemmas. *Nursing Research* 30(2), 104–110.
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing ethics*, 27(1), 258–272. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>
- Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni in babiški negi (2025, Feb 20). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. <https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/delovne-skupine/delovna-skupina-za-nenasilje-v-zdravstveni-negi/>
- Hopia, H., Lottes, I., & Kanne, M. (2016). Ethical concerns and dilemmas of Finnish and Dutch health professionals. *Nursing Ethics*, 23(6), 659–673. <https://doi.org/10.1177/0969733015579311>
- Kodeks etike za babice Slovenije. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Krupka, R. (2024). Patient Autonomy and Informed Refusal: A Critical Ethical Analysis. *Adv Med Ethics*, 10(5), 124.
- Lee, L. M., Heilig, C. M., & White, A. (2012). Ethical justification for conducting public health surveillance without patient consent. *American journal of public health*, 102(1), 38–44. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300297>
- Milliken A. (2018). Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nursing Ethics*, 25(3), 278–303. <https://doi.org/10.1177/0969733016646155>
- Nazari, A. M., Borhani, F., Zare-Kaseb, A., Yousofvand, V., & Abbaszadeh, A. (2024). The relationship between moral reasoning and nurses' professional values in undergraduate nursing students: a descriptive-correlational study. *BMC Medical Education*, 24(1), 889. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05888-z>
- Prosen, M. (2018). Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 52(2), 76–80. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>
- Pistotnik, S. (2020). Izključujoča univerzalnost: nezavarovani v slovenskem zdravstvenem sistemu in vpliv ekonomske krize na zdravstveno zavarovanje. In I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik (Eds.), *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji* (pp. 71–99). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Protokol medpoklicne komunikacije med medicinskimi sestrami / babicami in zdravniki v primeru dvoma o naročenih ukrepih (2017). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Selçuk, A. K., Phd, R. N., Baysal, E., & Çakir, K. (2022). Ethical Judgments in the Trolley Dilemma and Ethical Decision-Making Levels of Nursing Students. *Progress in Health Sciences*, 12(1), 43–52. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.8840>
- Tavani, F. M., Behshid, M., Amini, A., Rahmani, A., Rahmani, P., & Mousavi, S. (2024). The effects of e-learning using educational multimedia on the ethical decision-making and professionalism of nursing students during the COVID-19 pandemic: a quasi-experimental study. *BMC Medical Education*, 24(1), 1232. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05846-9>
- Zolkefli, Y. (2024). Patient Refusal of Care: Balancing Patient Autonomy and Professional Ethical Duties. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 10(3), 231–234. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.10.3.63.1>

Merima Ameti, dipl. m. s., mag. zdr. neg.¹

Ardian Ameti, dipl. posl. inf.²

¹Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

²Orbis Austria GmbH

merima1969@gmail.com

OBRAVNAVA PACIENTOVIH POTREB V REALNEM ČASU - PRIMER RAZVOJA AI POGOVORNEGA ROBOTA

**Addressing patient needs in real time -
an example of the development of the AI
conversational robot**

393

IZVLEČEK

Umetna inteligenca je postala del vsakdanjika, tako v zasebnem kot poklicnem življenju. Je pomočnik, sopotnik, ki ob človeških napotkih opravlja njegove naloge, rešuje probleme in predlaga rešitve, ki jih lahko uporabnik z nadaljnjimi napotki izpopolni. Gre za sistem, ki sloni na velikih količinah podatkov, na prepoznanih vzorcih ter na podlagi tega podaja rešitve, napovedi ali priporočila. Microsoft Copilot Studio je platforma za izdelavo, preizkušanje in uvažanje pogovornih robotov, ki slonijo na tehnologiji umetne inteligence. Uporabnikom omogoča ustvarjanje naprednejših rešitev, avtonomnih agentov in drugih procesnih rešitev (na primer avtomatsko pošiljanje sporočil zunaj sistema), ne da bi uporabniki za to potrebovali obsežno znanje o kodiranju. Gre za malokodno rešitev, ki ponuja uporabniku prijazen vmesnik in omogoča oblikovanje pogovornih scenarijev (angl. topics) z uporabo naravnega jezika. V sodobni zdravstveni negi je takojšnja obravnava težav z duševnim zdravjem postala nujna. Običajno se s potrebami ukvarjajo medicinske sestre, vendar ni vedno mogoče, da bi pacient našel takojšnjo podporo. V zvezi s tem je ključno zagotoviti tehnološke rešitve, ki temeljijo na umetni inteligenci, ki lahko nemudoma odgovarjajo na pacientova vprašanja, dajejo koristna navodila in aktivno obveščajo medicinske sestre o pacientovih potrebah (npr. prek e-pošte).

Namen prispevka je predstaviti rešitev na podlagi umetne inteligence, pogovornega robota, ki je bil razvita z namenom za zagotavljanje takojšnje podpore pacientom, ki imajo težave z duševnim zdravjem.

Ključne besede: umetna inteligenca, Copilot Studio, baza znanja, pogovorna pot, duševno zdravje, psihiatrija.

ABSTRACT

Artificial Intelligence (AI) has become part of everyday life, both in our personal and professional lives. It is an assistant, a companion that, with human guidance, carries out the user's tasks, solves problems and proposes solutions that the user can refine with further guidance. It is a system that relies on large amounts of data, on identified patterns, and on this basis provides solutions, predictions or recommendations. Microsoft Copilot Studio is a platform for building, testing and deploying conversational robots based on AI technology, allowing users to create more advanced solutions, autonomous agents and other procedural solutions (for example, automatically sending messages outside the system) without requiring extensive coding knowledge. In modern healthcare, immediate treatment of mental health problems has become a necessity. Usually, nurses deal with the needs, but it is not always possible for the patient to find immediate support. In this context, it is crucial to provide AI-based technological solutions that can immediately answer patient questions, give helpful instructions and proactively inform nurses about the patient's needs (e.g. via email). The aim of this paper is to present an AI-based solution, a conversational robot, which has been developed with the aim of providing immediate support to patients suffering from mental health problems.

Key words: artificial intelligence, Copilot Studio, knowledge base, conversation pathway, mental health, psychiatry.

UVOD

Kontinuirano naslavljanje in reševanje potreb pacientov z duševnimi motnjami je danes ključno za zdravo in dolgoživo družbo. Nekateri zdravstveni zavodi in društva temu namenjajo več finančnih sredstev, spet druga nekoliko manj, zaradi nepoznavanja tovrstnih rešitev, neobstoja strategije digitalizacije in avtomatizacije, pomanjkanja kadrovskih virov itd.. Zato je pomembno, da se zdravstvene zavode opolnomoči z znanjem in se jim ponudi cenovno prijazne rešitve, ki so malo- ali brezškodne. Tako rešitev ponuja tudi Microsoft, in sicer Copilot Studio. Ta omogoča hitro, učinkovito, zanesljivo in cenovno dostopno izgradnjo pogovornega bota (chatbot), ki zagotavlja odgovore oz. naslavljanje strankinih zahtev.

Namen prispevka je predstaviti rešitev na podlagi umetne inteligence, pogovornega robota, ki je bil razvita z namenom za zagotavljanje takojšnje podpore pacientom, ki imajo težave z duševnim zdravjem. Cilji prispevka so:

- razviti specifične scenarije, s katerimi se zdravstveni zavodi najpogosteje srečujejo:
 - pridobivanje osnovnih informacij, ki so pacientom z duševnimi motnjami nerazjasnene oz. nepoznane,
 - pacient želi odpreti zahtevek za obisk medicinske sestre s specialnimi ali naprednimi znanji, *ticket*, za kar se ustvari obrazec, ki ga pacient odda.

V sklopu prispevka bomo najprej teoretično opredelili umetno inteligenco in orodje, ki sloni na umetni inteligenci – Copilot Studio. Nato bomo opisali primer razvitega projekta, ki temelji na UI.

OPREDELITEV UMETNE INTELIGENCE IN ORODJA, KI NA TEJ SLONI – COPILOT STUDIO

Umetna inteligenca se uporablja tudi pri analiziranju in povzemanju kompleksnih podatkov ter pridobivanju vpogledov, ki bi jih uporabniki težje razbrali (na primer vzorci obnašanja stranke na spletni strani). Taki uvidi lahko uporabnikom omogočajo lažje poslovne odločitve in učinkovitejše personalizacije uporabniške izkušnje, kar kasneje vodi v večjo lojanost in prodajo. Nekateri sistemi umetne inteligence imajo privzete funkcionalnosti, ki samodejno in kontinuirano podajajo rešitve ali oblikujejo prilagoditve za določen segment uporabnikov. S tem se ustvarjajo zanimive, prilagojene in nove izkušnje za uporabnike, ki ustrezajo njihovim posebnim potrebam in željam (Gkikas & Theodoridis, 2022).

Pogovorni roboti so klasičen predstavnik produktov, ki slonijo na tehnologiji umetne inteligence. So rešitev, ki nudijo stalno podporo in odgovarjajo na vprašanja strank kadar koli, v trenutku pogovora. To na eni strani razbremenjuje zaposlene v podjetjih, ki imajo pogovornega robota implementiranega, na drugi strani pa nudi takojšnje odgovore za uporabnike, ki potrebujejo podporo v določenem trenutku (Ahmad et al., 2023). Pogovorni roboti, ki slonijo na tehnologiji umetne inteligence lahko nemudoma analizirajo vstopne podatke tj. iskalno zahtevo, vprašanje ali priloženo datoteko in temu primerno prilagodijo interakcijo z uporabniki. Tak pristop ustvarja ugodno uporabniško izkušnjo. Na podlagi zgodovine preteklih pogovorov, želja uporabnika lahko pogovorni roboti ponudijo ustrezna priporočila, izdelke, informacije ali usmerjajo uporabnike z dodatnimi vprašanji in ponujenimi odgovori (Adam, Wessel & Benlian, 2021).

Microsoft Copilot Studio je platforma za izdelavo, preizkušanje in uvajanje pogovornih robotov, ki slonijo na tehnologiji umetne inteligence. Uporabnikom omogoča ustvarjanje naprednejših rešitev, avtonomnih agentov in drugih procesnih rešitev (na primer avtomatsko pošiljanje sporočil zunaj sistema), ne da bi uporabniki za to potrebovali obsežno znanje o kodiranju. Gre za malokodno rešitev, ki ponuja uporabniku prijazen vmesnik in omogoča oblikovanje pogovornih scenarijev (angl. topics) z uporabo naravnega jezika. Prav sledji omogoča, da pogovorni robot razume namere strank na podlagi pridobljenih informacij iz pogovorov. Pri tem je sposoben interpretirati zapletene poizvedbe (na primer z podvprašanji in ponujenimi odgovori), na katere ponudi najboljšo možno rešitev. Tak malokodni pristop poenostavi postopek razvoja, zaradi česar je dostopen širšemu krogu uporabnikov oz. strankam (Chen, 2024; Khan, 2024).

Copilot Studio se enostavno integrira z drugimi Power Platform produkti, kot sta Power Automate, Power Apps ali Power BI. Tako lahko uporabniki svoje pogovorne robote povežejo z različnimi viri podatkov in avtomatizirajo delovne postopke. Pogovorne robote, razvite v vmesniku Copilot Studio, se lahko prav tako enostavno vgradi na spletna mesta, v mobilne aplikacije in platforme družabnih medijev. To zagotavlja dosledno in dostopno uporabniško izkušnjo na različnih stičnih točkah. Nenazadnje Copilot Studio privzeto zagotavlja analitiko, ki spremljajo delovanje pogovornega robota in vključenost strank. Ti pomagajo uporabnikom prepoznati področja za izboljšave in optimizacijo rešitve (Bersano, 2024).

PRIMER POGOVORNEGA ROBOTA, KI SLONI NA UMETNI INTELIGENCI

Pri našem pilotnem projektu smo si predstavljali pacienta z duševno motnjo, ki potrebuje strokovno pomoč. Pri tem si želimo doseči vzpostavitev naslednjih dveh scenarijev:

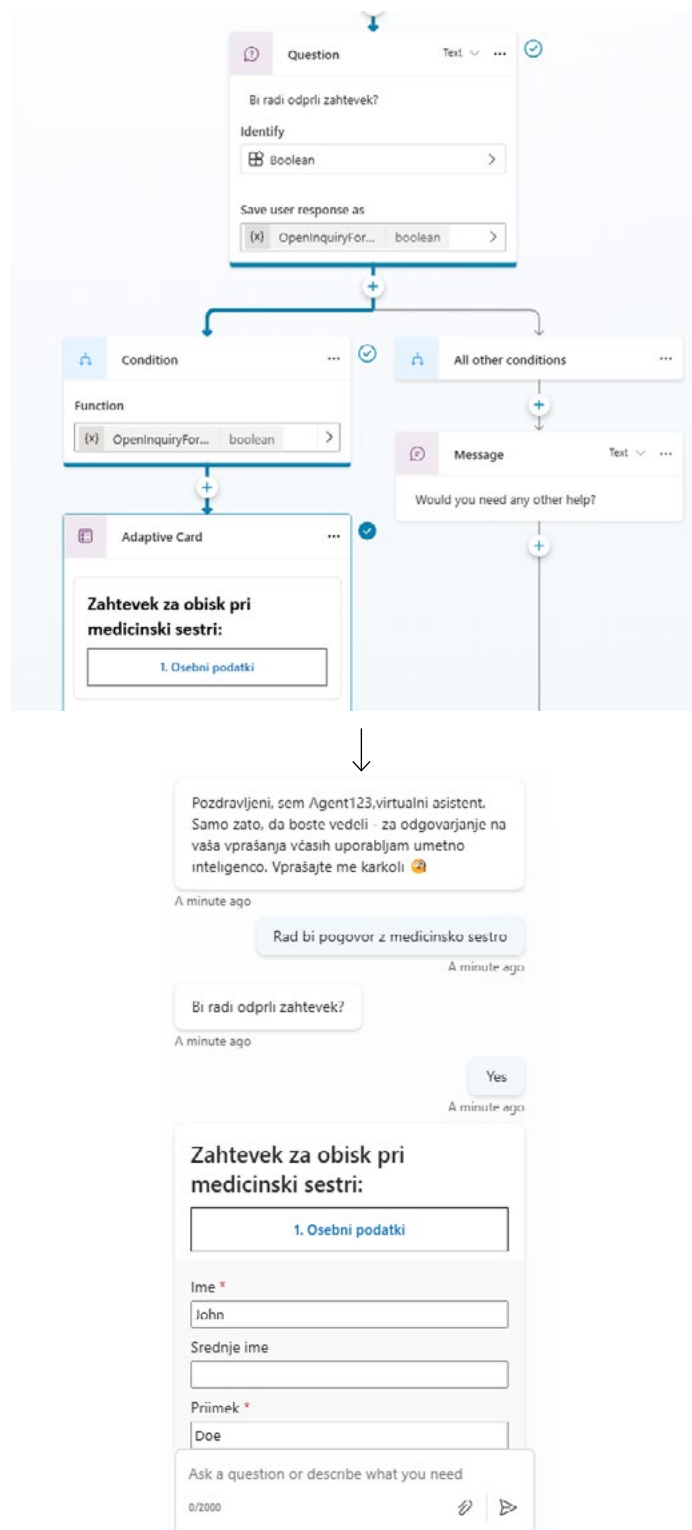
- Ob ustrezni bazi znanja Copilot Studio ponudi uporabniku točen odgovor na njegovo vprašanje. Ta odgovor je generativen.
- Uporabnik želi oddati zahtevek za srečanje z medicinsko sestro. Ta se mu pojavi, ko odtipka ključno besedo »pogovor z medicinsko sestro«. Ob oddaji se mu pogovorni robot zahvali, e-poštno sporočilo pa se pošlje skrbniku strank.

Na sliki 1 prikazuje pogovorni tok 1, ki je namenjen poizvedovanju o splošnih informacijah na področju duševnega zdravja. Pri tem se informacije zagotavljajo iz predhodno vzpostavljene baze znanja (npr. spletna stran, Office dokumenti, podatki iz zunanje baze podatkov itd.).



Slika 1: Pogovorni tok 1 – primer poizvedovanja o splošnih informacijah

Pacienti včasih s pomočjo pogovornega robota ne dobijo ustreznih odgovorov, zato želijo odpreti zahtevek za srečanje z medicinsko sestro (npr. telepogovor). To stori tako, da vtipka besedo zvezo, ki vključuje »pogovor z medicinsko sestro«. Predhodno se mu postavi potrditveno vprašanje (»double check«) in nato odpre obrazec. Slednji je narejen s funkcionalnostjo imenovano Adaptive Card, ki zahteva vnos JSON-a z vsemi nastavitvami (slika 2).



Slika 2: Pogovorni tok 2 – zahtevek za srečanje z medicinsko sestro

DISKUSIJA

Pogovorni roboti so enostavna, prilagodljiva in cenovno ugodna rešitev za naslavljanje pacientov. V zadnjem času orodje oz. Copilot Studio vmesnik ponuja vse več funkcionalnosti, ki zahteva le napotke v naravnem jeziku, na podlagi česar ta ustvari nova poti, akcije itd. To nas vodi do ugotovitve, da je rešitev resnično preprosta, z novo cenovno politiko (1 cent na pogovor oz. plačilo po porabi), pa postaja tudi cenovno ugodna. Seveda pa vsi raziskovalci niso enakega mnenja. Tako Rejc (2020) meni, da naročniki in izvajalci, ki bodo razvijali v tradicionalnih okoljih, bodo veliko lažje izdelovali boljše in inovativnejše rešitve, kot če bodo uporabljali malokodna ali brezkodna razvojna okolja. Slednje je mogoče, če imajo podjetja izobražen kader z ustreznimi tehničnimi znanji, saj tradicionalne metode, kot je uporaba Visual Studio, zahteva naprednejše programersko znanje. Avtor zaključuje, da so malokodna okolja ustrezen hibrid med brezkodnimi in tradicionalnimi okolji, ki omogočajo tako hiter razvoj kot kvalitetno in časovno daljšo uporabnost rešitve. S tem se strinjata Martinez in Pfister (2023), ki dodajata, da je malokodna okolja stroškovno učinkovitejša kot tradicionalna, kar je posledica krajših razvojnih ciklov in manjših zahtev po specialnih znanjih. Sido in Emon (2024) še menita, da nekatere omejitve malokodnih okoljih še obstajajo, a se ta nenehno razvijajo in ponujajo vse večjo prilagodljivost, kar nakazuje na prednost uporabe tradicionalnih okolij, saj ta ponujajo večji nadzor na procesom (kompleksnega) razvoja in prilagodljivost.

Izboru ustreznega razvojnega okolja je odvisen od specifičnih zahtev projekta, razpoložljivih virov (predvsem znanj) in želene stopnje prilagoditve oz. kasnejšega vzdrževanja. Slednje je lažje pri malokodnih rešitvah, saj so vmesniki centralizirani, sama infrastruktura pa je bolj konfigurabilna. Poleg tega je malokodne rešitve, ki temeljijo na uporabi UI, lažje integrirati v različna okolja, kar je velika prednost pred tradicionalnimi okolji, ki zahtevajo ročno integracijo, ki je lahko zahtevna in dolgotrajna (Baggia, Leskover, Rajkovič & Baeva Motušić, 2022; Rek, Beranič & Heričko, 2022).

ZAKLJUČEK

Razvili smo nizkokodni produkt na osnovi umetne inteligence, ki smo ga pozneje poizkusno vgradili na testno spletno mesto. Pri tem smo razvili bazo znanja, različne teme (scenarije), akcije in sistem sledenja, da bi analizirali najpogostejše zastavljena vprašanja in težave s področja duševnega zdravja. Pogovorni robot je v pilotni fazi zagotavljal natančne odgovore na pacientove potrebe in tudi obrazec, če so ti želeli termin pri medicinski sestri z naprednimi znanji. Vsebina je bila nato samodejno poslana medicinski sestri po elektronski pošti. Avtomatizacija procesov je dandanes nujna. Po eni strani zmanjšuje delovno obremenitev medicinskih sester, po drugi strani pa pacientom pomaga s takojšnjo podporo. V prihodnosti je ključnega pomena, da pogovornega robota izboljšamo z avtomatizacijo obstoječih procesov, ki so sicer ponavljajoči (npr. ustvarjanje terminov za strokovni posvet).

LITERATURA

- Adam, M., Wessel, M., & Benlian, A. (2021). AI-based chatbots in customer service and their effects on user compliance. *Electron Markets* 31, 427–445. <https://doi.org/10.1007/s12525-020-00414-7>
- Ahmad, S. F., Han, H., Alam, M. M., Rehmat, Mohd, K., Irshad, M., Arraño-Muñoz, M., & Ariza-Montes, A. (2023). Impact of artificial intelligence on human loss in decision making, laziness and safety in education. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10(311), 1–14. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-01787-8>
- Baggia, A., Leskover, R., Rajkovič, U., & Baeva Motušić, A. (2022). Malokodno programiranje in razvoj spletnih aplikacij. In U. Rajkovič, & B. Batagelj (Eds.), *Informacijska družba – IS 2022; zbornik 25. mednarodne multikonference, zvezek G* (pp. 18–22). Institut »Jožef Stefan«.
- Bersano, J. (2024). Exploring the role of Microsoft's Copilot in visual communication: current use and considerations through science communicators' lens. *Medical Writing*, 33(3), 79–88. <https://doi.org/10.56012/pac15831>
- Chen, W.-Y. (2024). *Intelligent Tutor: leveraging ChatGPT and Microsoft Copilot Studio to deliver a generative AI student support and feedback system within Teams*. Cornell University.
- Gkikas, D. C., & Theodoridis, P. K. (2022). AI in consumer behavior. In M. Virvou, G. A. Tsihrantzis, L. H. Tsoukalas & L. C. Jain (Eds.), *Advances in artificial intelligence-based technologies* (pp. 147–176). Springer Nature Link.
- Khan, A. (2024). *Introducing Microsoft Copilot for managers*. Springer Nature.
- Rek, P., Beranič, T., & Heričko, M. (2022). Študija pričakovanj in uporabnosti orodij za razvoj aplikacij z malo ali nič programiranja. *Uporabna informatika*, 30(4), 227–240. <https://doi.org/10.31449/upinf.175>
- Rejc, J. (2020). *Primerjava malokodnih in brezkodnih razvojnih okolij s tradicionalnimi* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].
- Sido, N., & Emon, E. A. (2024). *Low/no code development & generative AI*. Aalborg University.
- Martinez, E., & Pfister, L. (2023). Benefits and limitations of using low-code development to support digitalization in the construction industry. *Automation in Construction*, 152, 2–17. <https://doi.org/10.1016/j.autcon.2023.104909>

Tatjana Lončar, dipl. m. s. (VS), mag. zdr. ved
doc. dr. Tanja Bagar, univ. dipl. mikrob.
doc. dr. Sara Korošec, dr. med., spec. gin. in porod.
Univerza Alma Mater Europaea, Fakulteta ECM
tatjana.loncar@kclj.si

POTENCIAL KANABIDIOLA PRI OBVLADOVANJU SIMPTOMOV ENDOMETRIOZE

The potential of cannabidiol in the management of endometriosis symptoms

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

399

IZVLEČEK

Uvod: Endokanabinoidni sistem uravnava številne procese v telesu in ima ključno vlogo pri vzdrževanju homeostaze človeškega telesa. Spremembe v tem sistemu so opisane tudi pri endometriozii. V raziskovalni nalogi ugotavljamo potencial kanabidiola pri obvladovanju simptomov endometrioze in ugotavljamo, če in v kolikšni meri se je kakovost življenja bolnic izboljšala. **Metode:** V teoretičnem delu smo izvedli pregled domače in tuje relevantne znanstvene literature, uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. V empiričnem delu je bila izvedena presečna raziskava–neeksperimentalna metoda raziskovanja. Raziskovalni instrument je bil anonimni spletni anketni vprašalnik, razdeljen v dva sklopa. V raziskavo smo vključili 108 ustrezno izpolnjenih vprašalnikov. S programom IBM SPSS Statistics 22, smo izvedli celovito kvantitativno statistično analizo in testiranje raziskovalnih hipotez. Uporabljeni sta bili frekvenčna analiza in deskriptivna metoda raziskovanja. Za primerjavo učinkovitosti pripravkov iz CBD-ja in konoplje polnega spektra smo uporabili neparametrični Mann-Whitneyev test. Dobljene rezultate smo statistično značilno potrdili pri 5-odstotni stopnji tveganja ($p < 0,05$). **Rezultati:** Pri testiranju hipotez ugotovimo, da sta se zdravstveno stanje in kakovost življenja žensk z endometrioza po uporabi kanabidiola statistično izboljšala. Največji potencial se kaže pri obvladovanju bolečine. Hipotezo, da se je zdravstveno stanje žensk, ki so uporabljale pripravke iz konoplje polnega spektra, statistično bolj izboljšalo kot pri tistih, ki so uporabljale

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

zgolj kanabidiol, smo delno potrdili. **Diskusija in zaključek:** Iz pregledane znanstvene literature vemo, da je uporaba CBD-ja koristna za preprečevanje razvoja endometrioze in s tem povezane kronične bolečine. To potrjuje tudi naša raziskava. Z rezultati naše raziskovalne naloge želimo spodbuditi znanstvenoraziskovalno delo o tej tematiki.

Ključne besede: kanabidiol, endometrioza, bolečina, počutje

ABSTRACT

Introduction: The endocannabinoid system regulates many processes in the body and plays a key role in maintaining homeostasis in the human body. Changes in this system are also described in endometriosis. In this research project, we are determining the potential of cannabidiol in managing endometriosis symptoms and determining whether and to what extent the quality of life of patients has improved. **Methods:** In the theoretical part, we reviewed relevant domestic and foreign scientific literature, and the descriptive method was used. In the empirical part, a cross-sectional study was conducted – a non-experimental research method. The research instrument was an anonymous online questionnaire divided into two parts. We included 108 properly completed questionnaires in the research. Using IBM SPSS Statistics 22, we conducted a comprehensive quantitative statistical analysis and testing of research hypotheses. Frequency analysis and descriptive research methods were used. To compare the efficacy of CBD and full-spectrum cannabis preparations, we used the non-parametric Mann-Whitney test. We confirmed the results statistically significantly at a 5% risk level ($p < 0.05$). **Results:** In testing hypotheses, we found that the health status and quality of life of women with endometriosis improved statistically after using cannabidiol. The greatest potential is shown in pain management. We partially confirmed the hypothesis that the health status of women who used full-spectrum cannabis preparations improved statistically more than those who used only cannabidiol. **Discussion and conclusion:** From the reviewed scientific literature, we know that the use of CBD is beneficial for preventing the development of endometriosis and the associated chronic pain. This is also confirmed by our research. We hope that the results of our research will encourage further scientific research on this topic.

Key words: cannabidiol, endometriosis, pain, well-being.

UVOD

Endometrioza je kronična, hormonsko odvisna bolezen reproduktivnega obdobja žensk. Gre za prisotnost tkiva, po svojih lastnostih podobnega endometriju, izven maternične votline (Chauhan, More, Chauhan & Kathane, 2022). V svetovnem merilu endometrioza prizadene približno 190 milijonov žensk (Zondervan, Becker & Missmer, 2020). Natančna incidenca bolezni ni znana, obsežne epidemiološke raziskave jo ocenjujejo med 10-15 %, pri neplodnih ženskah 20-50 %, pri ženskah s kronično bolečino v mali medenici pa 10-70 % (Ribič Pucelj, 2016; Szukiewicz et al., 2021).

Vogler (2015) navaja bolečino in neplodnost kot najpogostejša simptoma endometrioze, obsežnost bolezni, intenzivnost in specifičnost bolečine pa so pri endometriozii le redko medsebojno povezane.

Zaradi bolečine kot vodilnega simptoma je Evropski parlament leta 2007 proglasil endometrioza za socialno bolezen, ker vpliva na fizično, psihično in socialno življenje žensk in v Evropi predstavlja najpogostejši vzrok za izostanek z dela in iz šole (Ribič Pucelj, 2016).

Domnevno diagnozo endometrioze se lahko postavi na podlagi klinične anamneze in telesnega pregleda. Za potrditev dokončne diagnoze sta potrebna kirurška preiskava in histološki pregled vzorca biopsije (Rasheed & Hamid, 2020; Ribič Pucelj, 2016).

Hormonsko zdravljenje je učinkovito le pri približno dveh tretjinah bolnic. Zaradi vztrajanja bolečine se velik del žensk odloči za operativni poseg, pri katerem odstranijo vidne endometriotične lezije, a same bolezni ne pozdravijo (Keckstein et al., 2020). Ne glede na pristop zdravljenja se pri več kot 50 % žensk bolezni v obdobju petih let ponovi (Zondervan, Becker & Missmer, 2020).

Chaichian et al. (2017) v svoji metaanalizi niso mogli dokazati prednosti posameznih medikamentoznih zdravljenj v primerjavi z učinkom kirurškega zdravljenja bolečine pri endometriozi, a menijo, da je ta raziskava lahko spodbuda za zdravnike, da razmislijo o manj invazivni alternativni za zdravljenje in obvladovanje kronične bolečine pri endometriozi. Med temi načini zdravljenja so trenutno vodilna zdravila iz rastline *Cannabis sativa* – konoplje; vse več pozornosti se namreč namenja njenim morebitnim koristnim učinkom pri obvladovanju simptomov bolnic s kronično bolečino (Romero-Sandoval, Fincham, Kolano, Sharpe & Alvarado-Vázquez, 2018).

Objavljeni so podatki o učinkovitosti uporabe kanabinoidov pri lajšanju endometriotičnih simptomov, kot so bolečine, maternični krči, mišični krči, anksioznost in motnje razpoloženja, motnje spanja in razdražljivost (Sinclair et al., 2020), saj lahko zmanjšajo bolečino z interakcijo s širokim spektrom kanabinoidnih, opioidnih, vaniloidnih, serotonergičnih in protivnetnih receptorjev (Vučković et al., 2018), predklinične študije so pokazale, da lahko kanabidiol (CBD) vpliva na raven citokinov, ki so potencialno vpleteni v patofiziologijo bolečine, povezane z endometriozo (Malvezzi, Hernandez, Piccinato & Podgaec, 2019).

Namen raziskovalne naloge je bil oceniti potencialni vpliv uporabe CBD-ja na simptome endometrioze in zdravstveno stanje žensk z endometriozo. Želeli smo tudi ugotoviti, ali ima konoplja polnega spektra večji morebitni učinek na simptome in počutje kot zgolj CBD. Zastavili smo si tri hipoteze.

PRAVNA UREDITEV KONOPLJE V SLOVENIJI

S spremembo Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog (2014), ki je bila sprejeta na Vladi RS leta 2014, je bil tetrahidrokanabinol (THC) – fitokanabinoid in sintetični analog – razvrščen iz prve skupine prepovedanih drog v drugo skupino. S tem je bilo izdano dovoljenje za uporabo zdravil na osnovi psihoaktivnih kanabinoidov (THC). Nepsihostimulativni, periferno delujoči CBD ne sodi v skupino prepovedanih učinkovin, zato je pri njegovi uporabi treba upoštevati zakonodajo s področja drugih zdravil, torej ista pravila kot pri predpisovanju drugih zdravil. (Červek & Červek, 2016).

KONOPLJA V ZDRAVSTVENI NEGI – VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije postavlja standarde individualne in celostne obravnave bolnika in skladno s tem spoštovanja njegove izbire na področju komplementarnega in naravnega zdravilstva (Halbwachs, Eder, Klemenc & Velepich, 2024).

Izobraževanje medicinskih sester za delo z bolniki, ki uporabljajo konopljo, je zelo inovativno, a glede nato, da se kanabinoidi v Sloveniji v medicini uporabljajo že od leta 2014, vse bolj potrebno (Kovač, Lončar, Neubauer & Perdija, 2023).

KONOPLJA IN KANABINOIDI

Kanabinoid je vsaka kemična spojina z vplivom na kanabinoidne receptorje. Glede na izvor poznamo fitokanabinoide – sestavni del rastline konoplje, endokanabinoide – kanabinoidi, ki se tvorijo v človeškem telesu, ter polsintetične in sintetične kanabinoide, ki so sintetizirani v laboratoriju in so strukturno analogni fitokanabinoidom in endokanabinoidom (Devane et al., 1992).

Endokanabinoidni sistem (ECS) je pomembno vpleten v občutenje bolečine in v vnetne procese pa tudi v funkcijo maternice in rodil, zato je ECS dobra tarča za lajšanje simptomov endometrioze, kar potrjujejo tudi tuje študije in dejstvo, da so v preteklosti uporabljali rastlinske kanabinoide za lajšanje teh bolečin (Bouaziz, Bar On, Seidman & in Soriano, 2017; Nahler, 2020; Tanaka et al. 2020).

METODE

Preučevanja ciljne tematike smo se lotili s pregledom domače in tuje relevantne strokovne literature z uporabo deskriptivne metode dele. Do literature smo dostopali z bibliografsko bazo podatkov COBISS in oddaljenim dostopom do mednarodnih podatkovnih baz podatkov PubMed (Medline), ProQuest, Scopus in ScienceDirect. V empiričnem delu je bila uporabljena presečna raziskava – izvedena je bila neeksperimentalna metoda raziskovanja.

Zastavili smo si tri hipoteze:

H1: Zdravstveno stanje žensk z endometriozo se je glede na oceno vprašalnika Endometriosis Self-Care survey po uporabi CBD pripravkov statistično izboljšalo.

H2: Največji potencial pripravkov CBD se pri zmanjševanju/obvladovanju simptomov endometrioze kaže na področju obvladovanja bolečine.

H3: Zdravstveno stanje in kvaliteta življenja žensk z endometriozo sta se znatneje izboljšala pri ženskah, ki so uporabljale pripravke iz konoplje polnega spektra, kot pri tistih, ki so uporabljale zgolj CBD.

Opis merskega instrumenta

Uporabljen raziskovalni instrument je bil anonimni spletni anketni vprašalnik, sestavljen iz dveh sklopov. V obeh sklopih je bil uporabljen del vprašalnika Endometriosis Self-Care survey (Armour et al., 2019). Anketiranke so izpolnile sklop glede na to, kakšne pripravke iz konoplje uporabljajo: v prvem sklopu smo raziskovali uporabo CBD-ja za obvladovanje in lajšanje simptomov endometrioze ter lajšanje stranskih učinkov zdravil, v drugem sklopu pa uporabo pripravkov iz konoplje polnega spektra. Z drugim sklopom smo želeli pridobiti podatke za testiranje tretje hipoteze, kjer smo med sabo primerjali učinkovitost pri skupini žensk, ki uporabljajo samo CBD pripravke in žensk, ki uporabljajo konopljo polnega spektra.

Opis vzorca

Izvedeno je bilo namensko vzorčenje med ženskami v rodni dobi s potrjeno endometriozo, ki za samopomoč uporabljajo pripravke iz konoplje. Vključitvena kriterija za sodelovanje v raziskavi sta tako bila:

- ženske, ki so bile že operirane in jim je diagnoza endometrioza bila potrjena;
- ženske v rodni dobi, starosti od 20 do 42 let.

Ciljna populacija je bila sicer 150 žensk, v raziskavo smo jih vključili le 108, 44 vprašalnikov je bilo izpolnjenih nepopolno. Omejitev raziskave predstavlja predvsem starostna omejitev sodelujočih. Klikov na nagovor ankete je bilo namreč 903, ampak so respondentke zaradi izključitvenih kriterijev nato prenehale z nadaljevanjem. Na prvi sklop vprašalnika je odgovorilo 72, na drugega 36 anketirank.

Opis poteka raziskave

Spletni anketni vprašalnik je bil objavljen na družabnem omrežju Facebook vsem javno dostopnim uporabnikom in v skupinah s tematiko o endometriozii in kanabinoidih. Povezava do anketnega vprašalnika je bila dostopna v časovnem obdobju od 14. 11. do 28. 12. 2023. Objavo in povezavo do raziskave smo v tem času ponovili še trikrat – na dva tedna. Zbiranje podatkov je bilo zaključeno, ko v petih dneh ni bil oddan noben vprašalnik.

Opis obdelave podatkov

Podatke, zbrane s spletnim anonimnim vprašalnikom, smo prenesli v program IBM SPSS Statistics 22, v katerem smo izvedli celovito kvantitativno statistično analizo in testiranje raziskovalnih hipotez. Z uporabo frekvenčne analize in deskriptivne metode raziskovanja smo izračunali asimetrično sredino (AS) in standardni odklon (SO). Pri izračunu povprečij smo izključili vrednost 6 (nisem imela takih simptomov/težav), saj bi ta vplivala na prikaz realnega stanja. Da bi pridobili potrebne statistično analizirane rezultate iz dveh neodvisnih skupin (uporaba CBD in konoplja polnega spektra), smo za testiranje tretje hipoteze uporabili neparametrične teste za preverjanje pomembnosti razlik med statističnima množicama, kjer številska spremenljivka ni normalno porazdeljena. Uporabili smo test normalne porazdelitve Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilkinsonu ter neparametrični Mann-Whitneyev test. Dobljene rezultate smo statistično značilno potrdili pri 5-odstotni stopnji tveganja ($p < 0,05$).

REZULTATI

Na podlagi kvantitativnih rezultatov, pridobljenih s spletnim anonimnim vprašalnikom, smo s statistično analizo preverjali tri hipoteze.

H1: Zdravstveno stanje žensk z endometriozo se je glede na oceno vprašalnika Endometriosis Self-Care survey po uporabi CBD pripravkov statistično izboljšalo ($n = 72$).

Anketiranke so učinkovitost CBD-ja ocenjevale na lestvici od 0 do 10, kjer je 0 pomenilo popolnoma neučinkovito in 10 zelo učinkovito. Frekvenčna analiza je pokazala, da je največji delež anketirank (17 oz. 24,3 %) ocenil učinkovitost z 10, ostale izboljšanje v različnih jakostih, 3 (4,3 %) so ocenile, da je bila uporaba popolnoma neučinkovita.

O pomembnem izboljšanju zdravstvenega stanja po uporabi CBD-ja govorijo tudi podatki, da se je znatno zmanjšala potreba po uporabi medicinske terapije. Do pomembnega zmanjšanja medikamentoznega zdravljenja (50 % ali več) je prišlo pri kar 40,3 % (29) anketirankah od 72 sodelujočih, do zmerne zmanjšanja (25–50 %) pri 29,2 % (21), 19,4 % anketirank (14) pa je navedlo minimalno zmanjšanje uporabe. Le 8 (11,1 %) anketirank ni zaznalo nobenih sprememb.

Prvo hipotezo smo potrdili.

H2: Največji potencial CBD pripravkov se pri zmanjševanju/obvladovanju simptomov endometriozе kaže na področju obvladovanja bolečine ($n = 72$).

Odgovori so bili podani na 5-stopenjski lestvici, na kateri 1 pomeni pomembno izboljšanje, 5 pa slabše počutje/simptomi so se poslabšali. Možni simptomi so: slabost in/ali bruhanje, bolečine v želodcu/črevesju, utrujenost, anksioznost, depresivnost, motnje spanja, bolečine pri spolnih odnosih, bolečine pri iztrebljanju in uriniranju. Anketiranke so pri vseh naštetih simptomih občutile zmerno izboljšanje, najbolj pri bolečinah v trebuhu in/ali črevesju (AS = 1,97; SO = 1,09) in pri motnjah spanja (AS = 1,99; SO = 1,24). Rahlo izboljšanje so anketiranke navedle še pri bolečinah pri spolnih odnosih (AS = 2,53; SO = 1,000).

Drugo hipotezo smo potrdili.

H3: Zdravstveno stanje in kvaliteta življenja žensk z endometrioza sta se znatneje izboljšala pri ženskah, ki so uporabljale pripravke iz konoplje polnega spektra, kot pri tistih, ki so uporabljale zgolj CBD.

Za testiranje tretje hipoteze smo uporabili že prej predstavljene podatke o uporabi pripravkov iz CBD-ja, ki smo jih primerjali s skupino, v kateri so uporabljale konopljo polnega spektra. V Tabeli 1 je prikazana primerjava učinkovitosti pripravkov med obema skupinama pri zmanjševanju simptomov povezanih z endometrioza.

Tabela 1: Primerjava učinkovitosti pripravkov iz CBD-ja in konoplje polnega spektra pri zmanjševanju simptomov, povezanih z endometrioza ($n = 108$)

	Skupina	N	Povprečni rangi	Mann-Whitneyev test	p
Kako učinkoviti so bili pripravki pri zmanjšanju simptomov, povezanih z endometrioza?	Pripravki s CBD	72	46,01	685,00	0,000
	Pripravki iz konoplje	36	71,47		
	Skupaj	108			

V Tabeli 2 so prikazani rezultati primerjave učinkovitosti pripravkov v obeh skupinah glede na vrsto simptoma, pri katerih je bil Mann-Whitneyev test statistično pomemben ($p < 0,05$).

Tabela 2: Primerjava učinkovitosti pripravkov iz CBD-ja in konoplje polnega spektra glede na vrsto simptoma ($n = 108$)

	Skupina	N	Povprečni rangi	Mann-Whitneyev test	p
Anksioznost	Pripravki s CBD	67	56,11	863,50	0,019
	Pripravki iz konoplje	35	42,67		
	Skupaj	102			
Bolečine pri spolnih odnosih	Pripravki s CBD	68	56,01	713,50	0,003
	Pripravki iz konoplje	32	38,80		
	Skupaj	100			

Pri simptomih slabost in/ali bruhanje, bolečine v želodcu/črevesju, iztrebljanju in uriniranju, utrujenost, depresivnost, motnje spanja = $p > 0,05$.

Za testiranje hipoteze smo primerjali tudi potrebo po zmanjševanju medicinske terapije v obeh skupinah. V Tabeli 3 so predstavljeni rezultati.

Tabela 3: Primerjava zmanjšanja potrebe po uporabi medicinske terapije za zdravljenje endometrioze in njenih simptomov (n = 108)

	Skupina	N	Povprečni rangi	Mann-Whitneyev test	p
Ali je uporaba pripravkov zmanjšala potrebo po uporabi medicinske terapije, ki jo običajno uporabljate za zdravljenje endometrioze in njenih simptomov?	Pripravki s CBD	72	60,87	837,50	0,001
	Pripravki iz konoplje	36	41,76		
	Skupaj	108			

S četrtem vprašanjem smo med obema skupinama primerjali spremembe v počutju in zdravstvenem stanju odkar so začele uporabljati kanabinoide. Rezultati so predstavljeni v Tabeli 4. Anketiranke so svoje mnenje podale na 7 stopenjski lestvici, povzeti po vprašalniku The Clinical Global Impressions Scale – GIC (Busner & Targum, 2007). Lestvica predstavlja učinkovitost na področju uporabe kanabinoidov, kjer 1 pomeni izrazito izboljšanje in 7 izrazito poslabšanje počutja od začetka uporabe pripravkov iz konoplje

Tabela 4: Primerjava sprememb počutja in zdravstvenega stanja žensk pri jemanju pripravkov iz CBD-ja in konoplje polnega spektra (n = 108)

	Skupina	N	Povprečni rangi	Mann-Whitneyev test	p
Kakšne spremembe opazate pri svojem počutju in zdravstvenem stanju od takrat, ko ste v svojo terapijo vključile pripravke?	Pripravki s CBD	72	55,42	1230,00	0,651
	Pripravki iz konoplje	36	52,67		
	Skupaj	108			

Tretjo hipotezo delno potrdimo.

DISKUSIJA

Kot je razvidno iz dobljenih rezultatov so se simptomi endometrioze z uporabo CBD-ja statistično pomembno izboljšali, posledično pa se je zmanjšala tudi potreba po medikamentoznem zdravljenju. Največji potencial CBD pripravkov pri zmanjševanju/obvladovanju simptomov se kaže na področju bolečine v trebuhu in/ali črevesju. To je bil tudi najpogostejši vzrok za pričetek njihove uporabe (Lončar, 2024).

Bagar (2020) navaja, da je pri bolnikih z bolečinami najbolj priljubljen način za lajšanje le-teh kajenje/vaporizacija konoplje, tudi če jo morajo nabaviti na črnem trgu.

Po analizi rezultatov pri tretji hipotezi smo zaključili, da ima konoplja polnega spektra v svojem delovanju nekoliko večjo učinkovitost na simptome (Tabela 1). Za zmanjševanje uporabe zdravil (Tabela 3) pa glede na to, da je statistično pomembna razlika med obema skupinama le pri anksioznosti in bolečih spolnih odnosih (Tabela 2), sklepamo, da so anketiranke rabile manj anksiolitikov, kar so ugotovili tudi Sinclair et al. (2020). Prav tako ni statistično pomembnih razlik v primerjavi sprememb pri počutju (Tabela 4). Čeprav smo za primerjavo med dvema skupinama pri analizi uporabili neparametrični Mann-Whitneyev test za dva neodvisna vzorca različnih velikosti, moramo pri našem vzorcu vseeno upoštevati, da je bila skupina žensk, ki uporabljajo konopljo polnega spektra, precej manjša kot skupina, ki uporablja CBD pripravke.

Tako Lončar (2024) kot Sinclair et al. (2020) ugotavljajo, da mnoge bolnice pripravke uporabljajo brez zdravniškega nadzora, še posebej zaskrbljujoče pa so klinične posledice tovrstne uporabe, zlasti v zvezi z interakcijami z zdravili in zmanjšanjem ali prenehanjem jemanja nekaterih zdravil brez nadzora.

ZAKLJUČEK

Namen raziskave je bil oceniti potencialni vpliv uporabe CBD-ja na simptome endometrioze in s tem na zdravstveno stanje in kvaliteto življenja žensk. V poplavi neverodostojnih informacij o uporabi konoplje v zdravstvene namene je pomembno, da ločimo znanstvena dognanja od laičnih predsodkov. Kanabinoidi se zaradi različnih najnovejših spoznanj in znanstvenih dokazov počasi vračajo v uporabo.

CBD ni psihoaktiven in uporabo njegovih pripravkov ureja ista zakonodaja kot za predpisovanje drugih zdravil. Ostaja dejstvo, da si ženske ne upajo/odločijo, da bi se o uporabi le teh posvetovale z zdravniki. Z zmanjšanjem stigme in bolj odprto komunikacijo med njimi se lahko bistveno izboljša individualna in celostna obravnava posameznice.

O vplivu CBD-ja in ostalih kanabinoidov na obvladovanje simptomov endometrioze je bil v slovenskem jeziku do zdaj objavljen le en pregledni članek. Z rezultati naše raziskovalne naloge želimo spodbuditi znanstvenoraziskovalno delo o tej tematiki. Pripravljeno imamo vse potrebno, da izvedemo dvojno slepo randomizirano študijo, ko nam bodo to omogočile ustrezne komisije.

LITERATURA

- Armour, M., Sinclair J., Smith C. & Chalmers J. (2019). Self management strategies amongst Australian women with endometriosis: a national online survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 19, 17. <https://doi.org/10.1186%2Fs12906-019-2431-x>
- Bagar, T. (2020). Konoplja v medicini – kako si s konopljo pomagamo do boljšega zdravja in počutja. Ljubljana: ICANNA – Mednarodni inštitut za kanabinoide.
- Bouaziz, J., Bar On A., Seidman SD. & David Soriano. (2017). The Clinical Significance of Endocannabinoids in Endometriosis Pain Management. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 2(1), 72–80. <https://doi.org/10.1089/can.2016.0035>
- Chaichian S., Kabir, A., Mehdizadehkashi, A., Rahmani, K., Moghimi, M. & Moazzami, B. (2017). Comparing the Efficacy of Surgery and Medical Therapy for Pain Management in Endometriosis: A Systematic Review and Meta analysis. *Pain Physician*, 20(3), 185–195. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28339429/>
- Chauhan, S., More, A., Chauhan, V. & Kathane, A. (2022). Endometriosis: A Review of Clinical Diagnosis, Treatment, and Pathogenesis. *Cureus*, 1(9), e28864. <https://doi.org/10.7759/cureus.28864>
- Clark, C. S. (2018). Medical Cannabis: The Oncology Nurse's Role in Patient Education About the Effects of Marijuana on Cancer Palliation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1), E1–E6. <https://doi.org/10.1188/18.cjon.e1-e6>
- Coxon, L., W. Horne, A. & Vincent, K. (2018). Pathophysiology of endometriosis-associated pain: A review of pelvic and central nervous system mechanisms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 51:5367. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.014>
- Červek, J. A. & Červek, M. (2016). Uporaba kanabinoidov v onkologiji. *Farmacevtski vestnik*, 67(2/3), 80–86. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-OU3MMMX8>
- Devane, W. A., Hanus, L., Breuer, A., Pertwee, R. G., Stevenson, L. A., Griffin, G., Gibson, D., Mandelbaum, A., Etinger, A. & Mechoulam, R. (1992). Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science*, 258(5090), 1946–1949. <https://doi.org/10.1126/science.1470919>
- Halbwachs, H.K., Eder, J., Klemenc, D. & Velepich M. (2024). *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije*. Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- Keckstein, J., Becker, C. M., Canis, M., Feki, A., Grimbizis, G. F., Hummelshoj, L., Nisolle, M., Horace, R., Saridogan, E., Tanos, V., Tomassetti, C., Ulrich, U. A., Vermeulen, N. & De Wilde, R. L. (2020). Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. *Human Reproduction Open*, 2020(1), hoaa002. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa002>

Kovač, J., Lončar, T., Neubauer, D. & Perdija, Ž. (2023). Izobraževanje zdravstvenih delavcev o uporabi konoplje in kanabinoidov v zdravstvene namene: pregled literature. *Mednarodna znanstvena konferenca Raziskovanje in izobraževanje v zdravstveni negi*, ur. Mateja Lorber, Klavdija Čuček Trifkovič, Sonja Sostar Turk in Gregor Stiglic, 76–77. Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede.

Lončar, T. (2024). *Potencial kanabidiola pri obvladovanju simptomov endometrioze* [magistrska naloga, Univerza Alma Mater Europea v Mariboru].

Malvezzi, H., Hernandez, C., Piccinato, C. A. & Sérgio Podgaec. (2019). Interleukin in endometriosis-associated infertility-pelvic pain: systematic review and meta-analysis. *Reproduction*, 158(1), 1–12. <http://dx.doi.org/10.1530/REP-18-0618>

Nahler, G. (2020). Endometriosis – an indication for cannabinoids?. *Traditional medicine*, 1(1), 1–7. <https://doi.org/10.35702/Trad.10001>

Rasheed, H. A., Hamid, M. & Hamid, P. (2020). Inflammation to Infertility: Panoramic View on Endometriosis. *Cureus*, 12(11): e11516. <https://doi.org/10.7759/cureus.11516>

Ribič Pucelj, M. (2016). Endometrioza. In Takač, I. & Geršak, K. (Eds.) *Ginekologija in perinatologija*, (pp 271–90). Maribor: Medicinska fakulteta.

Romero-Sandoval, E. A., Fincham, J. E., Kolano, A. L., Sharpe, B. N. & Alvarado-Vázquez, P. A. (2018). Cannabis for Chronic Pain: Challenges and Considerations. *Pharmacotherapy*, 38(6):651–662. <https://doi.org/10.1002/phar.2115>

Sinclair, J., Smith, C. A., Abbott, J., Chalmers, K. J., Pate, D. W. & Mike Armour. (2020). Cannabis Use, a Self-Management Strategy Among Australian Women With Endometriosis: Results From a National Online Survey. *Gyneacologie*, 42(3), 256–61. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.08.033>

Szukiewicz, D., Stangret, A., Ruiz-Ruiz, C., Olivares, E. G., Sorițău, O., Sușman, S. & Szewczyk, G. (2021). Estrogen- and Progesterone (P4)-Mediated Epigenetic Modifications of Endometrial Stromal Cells (EnSCs) and/or Mesenchymal Stem/Stromal Cells (MSCs) in the Etiopathogenesis of Endometriosis. *Stem Cell Reviews and Reports* 17(4), 1174–1193. <https://doi.org/10.1007%2Fs12015-020-10115-5>

Tanaka, K., Mayne, L., Khalil, A., Baartz, D., Eriksson, L., Mortlock, S. A., Montgomery, G., McKinnon, B. & Amoako, A. A. (2020). The role of the endocannabinoid system in the aetiopathogenesis of endometriosis: a potential therapeutic target. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 244: 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.11.012>

Vogler, A. (2015). *Kronična medenična bolečina pri ženskah*. In Andrej Vogler (Eds.) *Spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras* (pp 22–25). Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino.

Vučković, S., Srebr, D., Savić Vujović, K., Vučetić, Č. & Prostran, M. (2018). Cannabinoids and Pain: New Insights From Old Molecules. *Frontiers in Pharmacology* 9, 1259. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01259>

Zondervan, K. T., Becker, C. M. & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. *The New England Journal of Medicine* 382(13), 1244–1256. <https://doi.org/10.1056/nejmra1810764/>

mag. Matejka Pintar Babič

Žiga Rosenstein

Katja Vrankar

Barbara Štebe

Aljoša Lipovec

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

matejka.pintar@psih-klinika.si

CELOSTEN PRISTOP PRI PREVENTIVI IN OBVLADOVANJU TVEGANIH VEDENJSKIH SITUACIJ

Comprehensive approach to the prevention and management of challenging behaviours

IZVLEČEK

Zgodnje prepoznavanje dejavnikov tveganja, mirno in strokovno ukrepanje ter sodelovanje usposobljenih članov zdravstvenega tima je ključnega pomena za uspešno obvladovanje potencialno nevarnih vedenjskih situacij, ki lahko vodijo v agresivno vedenje pacienta. V ta namen je bil razvit pristop Preventiva in obvladovanje nasilnega in agresivnega vedenja, ki vključuje učenje veščin komunikacije, timsko delo, samozaščitne ukrepe in varno izvajanje intervencij z namenom zagotavljanja varnosti vseh vpletenih. Poudarek je na preprečevanju nesoglasij in varni obravnavi ranljivih posameznikov, ki odklanjajo zdravstveno obravnavo. Zdravstveno osebje namreč navaja, da so ob pojavu besedno in/ali fizično odklonilnega vedenja pacientov pogosto v stiskah ob izboru intervencij za ustrezno ukrepanje. Pomanjkljivo znanje na tem področju je pogosto izpostavljeno kot ključni dejavnik. Izobraževanje in usposabljanje mora vključevati simulacijo tveganih vedenj in trening realnih situacij, kjer se zdravstveno osebje nauči varnih intervencij v nepredvidljivih situacijah, s poudarkom na hitrih odločitvah in tinskem delu. Poleg znanja in osnovnih kompetenc sta pomembna empatija in čustvena

inteligenca, kar pripomore k ustvarjanju zaupanja med zdravstvenim osebjem in pacienti. Hkrati je pomembno spodbujati redne refleksije in izmenjavo izkušenj, kar pripomore k učenju na podlagi preteklih dogodkov in omogoča sistemske izboljšave v procesih dela.

Ključne besede: kakovost, zdravstvena nega, duševno zdravje, agresija, dejavniki tveganja

ABSTRACT

Early recognition of risk factors, calm and professional intervention, and collaboration among well-trained healthcare team members are essential for successfully managing potentially dangerous behavioral situations that may escalate into patient aggression. For this purpose, the Prevention and Management of Violence and Aggression approach has been developed. It includes communication skills training, teamwork, self-protection techniques, and the safe implementation of interventions to ensure the safety of all involved. The emphasis is placed on preventing conflicts and ensuring the safe treatment of vulnerable individuals who refuse healthcare interventions. Healthcare professionals report experiencing significant distress when confronted with verbal and/or physical aggression from patients, especially when deciding on appropriate responses. A lack of knowledge in this area is frequently highlighted as a key contributing factor. Therefore, education and training should include simulation of high-risk behaviors and realistic scenario-based exercises, allowing staff to learn safe and effective interventions in unpredictable situations, with a focus on rapid decision-making and team coordination. In addition to clinical knowledge and basic competencies, empathy and emotional intelligence are crucial in building trust between healthcare staff and patients. Regular reflection and experience-sharing should also be encouraged, as they contribute to learning from past incidents and facilitate systemic improvements in work processes.

Key words: Quality, nursing care, mental health, aggression, risk factors

UVOD

Pacienti z odklonilnim in potencialno nevarnim vedenjem, predstavljajo resno tveganje v zdravstvenih ustanovah na področju duševnega zdravja, kjer so zaposleni bolj izpostavljeni tvegane mu vedenju pacientov v primerjavi z zdravstvenimi delavci v splošnih zdravstvenih okoljih (Sehularo, van der Wath & Sepeng, 2024).

Miren pristop in vzpostavitev terapevtskega odnosa s pacientom predstavlja predpogoj za varno izvedbo intervencij za preprečevanje in obvladovanje agresivnih vedenj (Maguire et al., 2022), pri čemer je izobraževanje in usposabljanje zaposlenih ključnega pomena (Elvegård, 2025). Temu pritrjuje raziskava o vplivu interakcij med posamezniki, smernicami in protokoli kot preventivnimi dejavniki nasilnega vedenja (Salmon et al., 2022). S sistematičnim pregledom in meta-analizo so avtorji opredelili tri glavne vrste intervencij za zmanjševanje nasilja, ki vključujejo: prilagoditev okolja v smeri zagotavljanja čim večje varnosti, spremembe v smernicah in zakonodaji, ki zajemajo širše sistemske prilagoditve in usposabljanje zaposlenih (Abeyta & Welsh, 2022). Ta opredelitev poudarja pomembnost celostnega pristopa k preprečevanju tveganih vedenj, kjer je usposabljanje zaposlenih ključnega pomena (Hamblin et al., 2017).

Maguire et al. (2022) so raziskali obstoječe intervencije na oddelkih za duševno zdravje na Novi Zelandiji in v Avstraliji, ki se uporabljajo pri ocenjevanju tveganj in usposabljanju za preprečevanje agresivnega vedenja. Udeleženci raziskave so izrazili željo po celovitem,

prilagojenem in praktično usmerjenem pristopu, ki bi vključeval najnovejše na dokazih podprte pristope. Na Norveškem uporabljajo tako imenovani program MHC (ang. Mental health care, Skrb za duševno zdravje), ki temelji na konceptu „usposobi-usposabljalca“ (ang. train-the-trainer). Zaposleni opravijo dvodnevno izobraževanje, nato določeni zaposleni nadaljujejo z dodatnim usposabljanjem. Program stremi k zagotavljanju varnosti, učenju de-eskalacijskih tehnik, strategijah obvladovanja nepredvidljivih situacij in suportom zaposlenim. Dynamis Training, (2025) izvaja novejši pristop Preventiva in obvladovanje nasilnega in agresivnega vedenja (ang. Prevention and Management of Violence or Aggression) zasnovan z namenom preprečevanja in obvladovanja tveganih vedenjskih situacij in zagotavlja celostno ter sistematično rešitev omenjenih izzivov. Prednost pristopa je v uporabi simulacijskih tehnik za izboljšavo kliničnih veščin in pripravo na izzive, s katerimi se zdravstveni delavci srečujejo pri svojem delu. Ta vključuje stalno refleksijo izvedenih intervencij in uvajanje izboljšav na podlagi rezultatov.

Ključna vloga managementa je ustvarjanje pogojev za stalni strokovni razvoj zaposlenih. S svojo podporo usmerja sodelavce k doseganju ciljev, spodbuja uporabo obstoječih kompetenc ter vpliva na njihovo pripravljenost za nadaljnje učenje in osebni razvoj. To pomeni, da mora aktivno oblikovati okolje, ki omogoča usposabljanje in rast zaposlenih v skladu s potrebami delovnega procesa (Šabjan, 2016).

Namen prispevka je prikazati primer dobre prakse na poti razvoja celostnega pristopa k zagotavljanju varnosti pacientov in zdravstvenega osebja, s ciljem pravočasnega prepoznavanja, preprečevanja in obvladovanja tveganih vedenj na področju duševnega zdravja.

PRISTOP ZA PREVENTIVO IN OBVLADOVANJE TVEGANIH VEDENJ

V smeri zagotavljanja varne obravnave pacientov z duševno motnjo je bilo izvedeno izobraževanje za obvladovanje tveganih vedenjskih situacij po licenciranem programu Preventiva in obvladovanje nasilnega in agresivnega vedenja, ki ga izvaja Dynamis Training (2025). Program zaposlenim omogoča pridobitev znanja in veščin za prepoznavanje, preprečevanje in obvladovanje konfliktnih situacij. Vključuje naslednja področja:

- proaktivne strategije, kjer je poudarek na razvijanju veščin komunikacije, prepoznavanju in preprečevanju tveganih vedenj, še preden pride do eskalacije
- retroaktivne strategije: uporaba tehnik deeskalacije s ciljem pomiritve pacienta
- reaktivne strategije: obvladovanje tveganih situacij, kjer je potrebna hitra intervencija; vključuje tehnike umika, samozaščite in v primeru zadnjega izbora intervencije posebnih varovalnih ukrepov za zaščito vseh vpletenih (Dynamis Training, 2025).

Dynamis Training (2025) navaja, da je uporaba tehnik pomoči osredotočena na posameznika, pri čemer se upošteva anamneza, starost, senzorične potrebe pacienta, dejavnike okolja, preference in njegove pretekle izkušnje z zdravstveno obravnavo. Potrebna je prepoznavna faza razvoja tveganih vedenjskih situacij po modelu Kaplan-Wheeler od začetnega sprožilca do faze pomiritve. Vsaka faza predstavlja specifičen trenutek v procesu obvladovanja tvegane vedenjske situacije, in sicer:

- faza »običajnega« vedenja (Baseline Behaviour Phase), ki vključuje analizo pacientovega značilnega vedenja in njegove sposobnosti za obvladovanje stresnih situacij;

- faza sprožilcev (Trigger Phase), kjer gre za prepoznavanje in razumevanje dejavnikov, ki pri pacientu povzročajo napetost;
- faza stopnjevanja (Escalation Phase), v kateri se opažajo vedenja, ki kažejo na naraščanje napetosti, kar lahko privede do točke brez vrnitve, ko postane pacientovo vedenje nevarno in težko obvladljivo;
- faza izbruha (Crisis or Violence Phase), v kateri so ključni premišljeni in usklajeni ukrepi za zagotavljanje varnosti pacienta in osebja, kar lahko vključuje umik, samozaščito, zaščito drugih pacientov ali po navodilu zdravnika uvedbo posebnih varovalnih ukrepov;
- faza razrešitve (Resolution Phase), kjer se vedenje pacienta začne umirjati, vendar je nadaljnje opazovanje nujno zaradi možnosti ponovne eskalacije;
- faza refleksije (Reflective Phase), ki vključuje analizo dogodka z namenom učenja in izboljšanja prihodnjega odziva;
- faza okrevanja oz. umiritve (Recovery Phase), ko se ponovno oceni pacientovo stanje, ponudi podpora in načrtuje ukrepe za preprečevanje podobnih dogodkov v prihodnosti.

UVAJANJE CELOSTNEGA PRISTOPA PREVENTIVE IN OBVLADOVANJA TVEGANIH VEDENJSKIH SITUACIJ

Izobraževanje, ki je bilo organizirano kot uvajanje celostnega pristopa preventive in obvladovanja tveganih vedenjskih situacij, je vključevalo usposabljanje na področju deeskalacijskih tehnik in neverbalne komunikacije, s poudarkom na pomenu telesne govorice zaposlenega ter sposobnosti njenega nadzora. Zaposleni so se seznanili s proksemiko, torej z uporabo bližine in umika kot načinom zagotavljanja občutka varnosti pri pacientu. Pri verbalni komunikaciji je bil izpostavljen pomen tona glasu in glasnosti govora ter uporaba nevtralnega, pomirjujočega besedišča. Tehnike pomoči so bile prilagojene glede na starost pacienta in so vključevale pristop k otroku, mladostniku, odrasli osebi ter starostniku. Osnovni cilj vseh oblik pomoči je bil vedno usmerjen v pomiritev pacienta, zaščito vseh vpletenih ter preprečevanje poškodb.

Vzpostavitev terapevtskega odnosa se začne z umirjenim in empatičnim tonom glasu, očesnim stikom ter sproščeno telesno držo, kar zmanjšuje občutek vznemirjenosti. K pacientu pristopimo s strani, da zmanjšamo občutek ogroženosti. Če je primerno, ob otroku ali starostniku poklekne in vzpostavimo očesni stik na isti višini, kar omogoča občutek enakovrednosti. Pacientu, če je primerno roko položimo na zgornji del nadlahti, s čimer mu dajemo občutek opore in varnosti. Ob tem pomirjujoče govorimo, kot na primer: »Vse je v redu, tukaj sem, da vam pomagam«. Pacienta spodbujamo k počasnemu in globokemu dihanju, kar vodi k umiritvi in sodelovanju. Ko se pacient začne umirjati, mu omogočimo več osebnega prostora, hkrati pa ohranjamo pomirjujoč ton in preverjamo njegovo počutje.

Pridobljeno znanje po programu PMVA zaposleni aktivno vključujejo v vsakodnevno klinično prakso, ter ga uporabljajo kot temelj učinkovite komunikacije in odzivanja v zahtevnih situacijah. Hkrati vsak dogodek, ki vključuje tvegano vedenje, zahteva samorefleksijo in analizo dogajanja, kar predstavlja priložnost za izboljšave in nudi psihološko podporo tako pacientom kot zaposlenim.

DISKUSIJA

Za zagotavljanje celostnega pristopa v tveganih vedenjskih situacijah je nujno za ta namen usposobiti zdravstveno osebje. Ustrezna komunikacija in sočutje zdravstvenega osebja

dopušča pacientu, da postane aktivni partner v procesu zdravljenja. Vzpostavitev terapevtskega odnosa s pacientom je močno odvisna od osebnega pristopa, strokovnega znanja, empatije, sočutja, etičnih in moralnih stališč, kar pomembno vpliva na pacientovo izkušnjo zdravljenja, tudi, če je ta brez njegove privolitve (Molewijk et al., 2017; Chevallier et al., 2018). Maguire et al. (2022) navajajo, da naj bo izobraževanje in usposabljanje osebja osredotočeno na razvoj komunikacijskih veščin, kar v proaktivnih strategijah poudarja izobraževanje PMVA. Hkrati ugotavljajo, da je usposabljanje najbolj učinkovito, kadar je prilagojeno specifičnemu delovnemu okolju. Za dolgoročno uspešnost je potrebno kontinuirano izobraževanje in usposabljanje. Nujna so periodična usposabljanja, simulacijske vaje in delavnice refleksije, ki spodbujajo nenehno nadgradnjo kompetenc ter pomagajo zaposlenim pri prenosu teoretičnih spoznanj v realne klinične okoliščine. S tem se ne le ohranja visoka raven znanja, temveč spodbuja kultura varnosti, ki temelji na preventivnem delovanju, hitrem prepoznavanju dejavnikov tveganja in ustreznih odzivih v tveganih vedenjskih situacijah. Salmon et al. (2022) ugotavljajo, da je uspeh ali neuspeh intervencij pogosto odvisen od kompleksnih in večplastnih dejavnikov, ki so specifični za posamezno delovno okolje in da je ključna težava, da ukrepi niso zasnovani na podlagi poglobljenega razumevanja dejavnikov specifičnega delovnega okolja. Čustvena inteligenca ima pomembno vlogo pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa, ki temelji na zaupanju, razumevanju in empatiji. Zdravstveni delavci z visoko stopnjo čustvene inteligence so bolj pripravljeni na soočanje s tveganimi vedenjskimi situacijami, saj zmorejo bolj učinkovito prepoznati čustvene potrebe pacientov in prilagoditi svoje vedenje (Grm, 2020). Rezultati raziskave kažejo, da medicinske sestre, ki delujejo na področju obravnave pacientov z duševno motnjo, dosegajo nadpovprečne rezultate na področju čustvene inteligence, ki je potrebna za vzpostavitev terapevtskega odnosa pri obravnavi pacienta s samomorilno ogroženostjo, samopoškodovalnim in odklonilnim vedenjem (van Dusseldorp, van Meijel & Derksen, 2011).

Potrebne bi bile poglobljene raziskave, ki bi se osredotočale na specifične dejavnike tveganih vedenjskih situacij in strategijah za načrtovanje usposabljanj in preverjanje rezultatov usposabljanja v praksi.

ZAKLJUČEK

Celosten pristop k preventivi in obvladovanju tveganih vedenjskih situacij na področju duševnega zdravja predstavlja temelj varnega in strokovno podprtega delovanja zdravstvenega osebja. Usposabljanje po programu Preventiva in obvladovanje nasilnega in agresivnega vedenja se izkazuje kot učinkovita podpora pri oblikovanju kompetenc, saj omogoča razvoj spretnosti za prepoznavanje, preprečevanje in odzivanje v tveganih vedenjskih situacijah. Hkrati krepi profesionalno zmožnost za vzpostavljjanje zaupanja in ohranjanje dostojanstva pacientov. Zaposleni s pomočjo programa razvijajo sposobnosti učinkovite neverbalne in verbalne komunikacije, se seznanijo s pomenom proksemike ter usvojijo tehnike pomoči, prilagojene različnim starostnim skupinam pacientov. Naučeno znanje se neposredno prenaša v klinično prakso, kjer zaposleni vsakodnevno uporabljajo umirjen ton glasu, spoštljivo telesno govorico in terapevtski odnos. S tem se zmanjšuje občutek vznemirjenosti pri pacientih in vzpostavlja občutek varnosti ter enakovrednosti.

Pomembno orodje v obvladovanju tveganih situacij je razumevanje dinamike vedenja skozi model Kaplan-Wheeler, ki zdravstvenemu osebju omogoča pravočasno zaznavo sprememb in ustrezno ukrepanje v posameznih fazah – od sprožilca do umiritve. Ob vsaki izkušnji s tveganim vedenjem se spodbuja samorefleksija in analiza dogodka, kar prispeva k psihološki razbremenitvi udeležencev in omogoča kontinuirano izboljševanje delovnih procesov.

Pristop PMVA tako ponuja sistematično in znanstveno utemeljeno izobraževanje ter usposabljanje zdravstvenega osebja na področju duševnega zdravja. Temelji na sistemskem razumevanju kliničnega okolja, uporabi preverjenih znanstvenih dognanj, zmanjševanju varnostnih tveganj in spodbujanju k trajnemu razvoju in izboljšavam. Njegova vključitev v prakso pomeni pomemben korak k večji varnosti pacientov in zaposlenih.

LITERATURA

- Abeyta, S., & Welsh, B. C. (2022). Effects of prevention interventions on violence in the workplace: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 64, Article 101747. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101747>
- Chevalier, A., Ntala, E., Fung, C., Priebe, S., & Bird, V. J. (2018). Exploring the initial experience of hospitalisation to an acute psychiatric ward. *PLoS ONE*, 13(9), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203457>
- van Dusseldorp, L. R. L. C., van Meijel, B. K. G., & Derksen, J. J. L. (2011). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4), 555–562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03120.x>
- Dynamis Training. (2024, oktober). *Review of training* [Notranje poročilo UPK Ljubljana].
- Dynamis Training. (2025). *PMVA training*. Retrieved [10.2.2025], from <https://www.dynamis.training/pmva-training/>
- Grm, A. (2020). *Čustvena inteligenca in komunikacijske veščine medicinskih sester pri vzpostavljanju medosebnih odnosov s pacientom* [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede]. <https://core.ac.uk/download/pdf/161591907.pdf>
- Elvegård, K. (2025). *Why train? Compatible and incompatible institutional logics in violence prevention and management training*. *Safety Science*, 182, 106711. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2025.106711>
- Hamblin, L. E., Essenmacher, L., Luborsky, M., Russell, J., Janisse, J., Upfal, M., & Arnetz, J. (2017). Worksite walkthrough intervention: Data-driven prevention of workplace violence on hospital units. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(9), 875–884. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001081>
- Maguire, T., McKenna, B., & Daffern, M. (2022). Establishing best practice in violence risk assessment and violence prevention education for nurses working in mental health units. *Nurse Education in Practice*, 61, 103335. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103335>
- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R., & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context - A cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0183-z>
- Salmon, P. M., Coventon, L., & Read, G. J. M. (2022). A systems analysis of work-related violence in hospitals: Stakeholders, contributory factors, and leverage points. *Safety Science*, 156, Article 105899. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2022.105899>
- Sehularo, M. P., van der Wath, A., & Sepeng, N. V. (2024). Coping strategies of nurses caring for mental health care users displaying violent and aggressive behaviour in mental health care institutions in North West province. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 21, 100799.
- Šabjan, S. (2016). *Model kompetentnega izvajanja aktivnosti zdravstvene nege* [Magistrsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede]. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=59147>

Maja Draksler, dipl. m. s.

Zavod za transfuzijsko medicino, Oddelek za terapevtske storitve, Center za afereze
maja.draksler@ztn.si

VLOGA MEDICINSKE SESTRE NA ODDELKU ZA TERAPEVTSKE STORITVE

Nurse role in the Department for therapeutic services

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

414

1 5 . K O N G R E S

IZVLEČEK

Obravnava, zdravljenje bolnikov ter izvajanje afereznih postopkov se je na Zavodu RS za transfuzijsko medicino pričelo leta 1980. Zaradi spremenjenih smernic zdravljenja, naraščanja števila bolnikov in specifičnih zahtev, je bil leta 2014 ustanovljen Oddelek za terapevtske storitve.

Terapevtske afereze so navkljub ključni vlogi celičnega zdravljenja relativno malo poznano področje v praksi zdravstvene nege. Izvajanje tovrstnih postopkov od izvajalcev zahteva veščine in znanja, ki zagotavljajo razumevanje procesov in uspešno izvedbo postopkov pri bolnikih in darovalcih. Specializirano znanje medicinskih sester je potrebno za izvajanje postopkov in nepogrešljivo za preprečevanje, prepoznavo in obravnavo morebitnih stranskih učinkov.

Nabor različnih postopkov narekuje uporabo različnih celičnih ločevalcev in programske opreme, kar zahteva tehnične spretnosti in usposobljenost medicinske sestre za skrbno ravnanje z opremo. Sledenje načelom vzdrževanja varnega okolja za bolnika, zaposlene in upoštevanje varnostnih ukrepov za obvladovanje okužb je ključnega pomena.

Poleg tehničnih so potrebne tudi socialne in komunikacijske veščine, ki omogočajo prepoznati bolnikove/darovalčeve potrebe.

V okviru terapevtske dejavnosti medicinska sestra izvaja tudi odvzeme polne krvi za potrebe predoperativne avtotransfuzije, odvzeme polne krvi za pripravo avtolognega ali alogenskega

seruma ter terapevtske odvzeme polne krvi pri kroničnih bolnikih s hemokromatozo in pravo policitemijo.

Oddelek za terapevtske storitve - Center za afereze je edini center v Sloveniji, ki opravlja terapevtske afereze. Pridobljena JACIE akreditacija je znak kakovostnega dela in zaslug vseh članov afereznega terapevtskega tima. Zavod RS za transfuzijsko medicino je prva javna institucija v Sloveniji, ki je pridobila certifikat dobre proizvodne prakse (GMP-Good Manufacturing Practice).

Ključne besede: medicinska sestra, terapevtska afereza, transfuzija

ABSTRACT

The treatment of patients and implementation of apheresis procedures at the Slovenian Institute for Transfusion Medicine began in 1980. Due to changed treatment guidelines, increasing number of patients and specific requirements, a Department for Therapeutic Services was set up in 2014.

Despite the key role of cellular therapy, therapeutic apheresis is relatively little-known field in nursing practice. Performing these types of procedures requires the skills and knowledge of the providers to ensure an understanding of the processes and the successful implementation of the procedures for patients and donors. The specialized knowledge of nurses is necessary for the implementation of procedures and indispensable for the prevention, recognition and treatment of possible side effects.

The range of different procedures dictates the use of different cell separators and software, which requires the technical skill and competence of the nurse to manage equipment carefully. Following the principles of a safe environment for the patient, employees and following the safety measures for infection control is crucial.

In addition to technical skills, social and communication are also needed to find both the patient's and donor's needs.

As part of therapeutic activity, the nurse also collects whole blood for the needs of pre-surgery autotransfusion, blood collection for the preparation of autologous or allogeneic serum and whole blood collection for patients with hemochromatosis and polycythaemia vera.

Department for Therapeutic Services- Apheresis Centre is the only centre in Slovenia that performs therapeutic apheresis. The obtained JACIE accreditation is a sign of quality work and merit of all members of the apheresis team. Slovenian Institute for Transfusion Medicine is the first public institution to obtain a certificate of Good Manufacturing Practice.

Key words: Nurse, Therapeutic apheresis, Transfusion

UVOD

Že na samem začetku razvoja civilizacije zasledimo poskuse zdravljenja s krvjo. Krvi so pripisovali magično moč in vzrok bolezni so videli v bolni krvi, ki so jo skušali popraviti največkrat s puščanjem krvi. V srednjem veku so opisani resnejši poskusi transfuzije krvi tako živalske kot človeške, vendar pa lahko govorimo o začetkih transfuziologije šele z odkritjem krvnih skupin v začetku 20. stoletja (Arhiv ZTM, 1983).

Ustanovitev organizirane transfuzijske dejavnosti v Sloveniji sega v leto 1945. Obravnava, zdravljenje bolnikov ter izvajanje afereznih postopkov pa se je na Zavodu RS za transfuzijsko medicino (ZTM) začelo leta 1980 na Oddelku za konzervacijo in predelavo krvi (Potočnik et al., 1995).

Zaradi povečanih potreb po aferezah, spremenjenih smernicah zdravljenja, posledično naraščanja bolnikov in specifičnih zahtev, je bil leta 2014 ustanovljen Oddelek za terapevtske storitve (OTS) kot del novega oddelka se je ustanovil Center za afereze in Ambulanta za terapevtske storitve, kjer so diplomirane medicinske sestre nepogrešljiv del interdisciplinarnega tima. Delovno področje medicinskih sester je specifično in v tesni povezavi s transfuzijsko medicine (Musar & Šegš, 2025). Namen prispevka je prikazati osnovne postopke in naloge medicinskih sester na OTS.

TERAPEVTSKA AFEREZA

Aphaeresis je grška beseda in pomeni ločitev. Afereza je način zbiranja sestavin krvi, pri katerem se odvzeta venska kri ločuje v zelene sestavine, ki jih s pomočjo celičnega ločevalca zadrži zunaj telesa, preostale sestavine pa se vrnejo bolniku/ darovalcu. Afereza se izvaja, dokler se ne zbere predvidena količina krvnega oz. celičnega pripravka. Sestavine krvi se ločujejo s pomočjo centrifugiranja in filtracije po načelu različne specifične gostote in velikosti celic. Odvzamejo se lahko plazma (plazmafereza) in vse vrste krvnih celic (citofereza): eritrociti, levkociti (granulociti, limfociti), trombociti in krvotvorne matične celice (KMC). Afereze se lahko izvajajo tudi v terapevtske namene. Terapevtske plazmafereze (odstranjevanje neželenih sestavin iz krvi kot so imunski kompleks, strupi, patološke beljakovine, tumorske celice, protitelesa) in terapevtske citafereze (odstranjevanje posameznih celic iz krvi) (ZTM, 2024).

ZGODOVINA AFEREZE

Prvi stroj za citoferezo je bil oblikovan in uporabljen v 60 – tih letih 20. stoletja. Naredili so ga strokovnjaki IBM-a in AMINC-a. Delal je na principu kontinuiranega ločevanja celic, vendar je uporabljal stalni kovinski zvon za ločevanje celic, ki so ga morali očistiti in sterilizirati po vsakem odvzemju. Kmalu so razvili predvsem za potrebe ločevanja plazme, avtomatske stroje za plazmaferezo, ki delujejo na diskontinuiranem principu. Firma HAEMONETICS je vpeljala material (zvon s celičnim sistemom) za enkratno uporabo. Kmalu so ugotovili, da lahko ločujejo tudi trombocite in levkocite. Na zavodu SRS za transfuzijo krvi dobijo prvi celični separator leta 1980 in sicer HAEMONETICS 30 (Arhiv ZTM, 1983).

Od takrat naprej je seveda razvoj celičnih separatorjev močno napredoval in seveda je tudi ZTM temu razvoju sledil z nabavo novih aparatov in uvedbo novih postopkov.



Haemonetics 30

Spectra Optia®

Therakos CellEx®

Amicus®

Cobe Spectra-
ni v uporabi od leta 2013

Slika 1: Celični separatorji za aferezne postopke, nekoč in danes (Arhiv ZTM)

POMEMBNI MEJNIKI PO LETNICAH:

- 1980 granulofereza, trombofereza, terapevtska levkaferaza, terapevtska plazmaferaza
- 1987 predoperativna avtotransfuzija
- 1989 avtologni odvzem KMC
- 1994 alogenski odvzem KMC
- 1997 terapevtski odvzem polne krvi
- 1999 aferezni odvzem KMC pri pediatričnem bolniku
- 2002 aferezni odvzem limfocitov za DLI (infuzija donorskih limfocitov)
- 2006 aferezni odvzem KMC za kardiološke bolnike
- 2012 aferezni odvzem limfocitov za zunajtelesno fototerapijo (ECP) »OFF LINE«
- 2014 ustanovitev OTS na ZTM, odvzem krvi za mini ECP, odvzem levkocitov za tumorske vaccine (študija za bolnike s ca prostate)
- 2015 aferezni odvzem KMC pri pediatričnem bolniku s težo pod 10 kg
- 2016 odvzem krvi in priprava seruma za očne kapljice
- 2018 ECP "IN LINE"
- 2020 aferezni odvzem limfocitov za CAR-T
- 2021 odvzem limfocitov za virusno specifične limfocite
- 2023 akreditacija JACIE
- 2024 podpis sodelovanja v študiji immunocluster (priprava celičnih vakcin za bolnice s CA dojke).

417

AFEREZE, KI JIH OPRAVLJAMO NA OTS

Različne aferezne postopke omogoča izbira med različnimi celičnimi ločevalci in izbranimi programskimi protokoli. Pri izbiri celičnega ločevalca in protokola odvzema se upošteva merilo namena uporabe celic in klinične značilnosti bolnika. Zbiranje mononuklearnih celic iz periferne krvi s postopkom afereze predstavlja začetni korak pri pripravi večine celičnih terapij (Žlebnik, 2023).

Zbiranje krvotvornih matičnih celic

Lastnosti krvotvornih matičnih celic, ki omogočajo presaditev krvotvornih matičnih celic, so: regeneracijska sposobnost, sposobnost diferenciacije v visoko specifične krvne celice, zmožnost, da po krvnem obtoku najde pot do prejemnikovega kostnega mozga, kjer se zadrži, preživi in deli oziroma obnavlja, sposobnost, da ohrani vitalnost tudi po daljšem obdobju shranjevanja (Zver, 2011).

Aferezni postopek odvzema krvotvornih matičnih celic traja okvirno šest ur, v tem času se predela trikratni volumen bolnikove/darovalčeve krvi.

Postopek zbiranja krvotvornih matičnih celic, ki se izvaja pri bolnikih, je opredeljen kot avtologni odvzem. Alogenski odvzemi se izvajajo pri zdravih, sorodnih ali nesorodnih darovalcih.

Ciljne celice pri tej vrsti afereznega postopka so nezrele matične celice, ki nastajajo v kostnem mozgu in iz katerih se lahko razvijejo različne krvne celice. Za zagotavljanje uspešnosti zbiranja krvotvornih matičnih celic za presaditev, je potrebno zadostno število CD34+ celic v periferni venski krvi. Za izplavitev teh celic v periferni krvni obtok je potrebna medikamentozna stimulacija, imenovana rastni faktor. Optimalni čas za izvedbo levkaferoze je med 4. in 5. dnev od začetka stimulacije, ko naj bi bila v krvi prisotna najvišja možna raven matičnih celic (Žlebnik, 2023).

Za krvotvornih matičnih celic je značilen membranski označevalec CD34, ki ga določajo z monoklonskim protitelesom (Pretnar, 2007).

Krvotvorne matične celice se uporablja tudi za zdravljenje srčnega popuščanja s presaditvijo krvotvornih matičnih celic (CD 34+) v steno srca, kar izboljša prekrvavitev srčne mišice in s tem izboljša delovanje srca.

Levkofereza za pripravo tumorskih vakcin, kjer se zbirajo enojedrne celice, iz katerih se kasneje izolirajo monociti.

Granulofereza

Nevtrofilni granulociti nastajajo z diferenciacijo in dozorevanjem krvotvornih matičnih celic v kostnem mozgu, njihova poglavitna vloga je obramba pred okužbami. Pri hudih oblikah nevtropenije, ki spremljajo mieloablativno zdravljenje s presaditvijo krvotvornih matičnih celic ali brez nje, ter pri nekaterih funkcionalnih motnjah nevtrofilnih granulocitov se pojavljajo klinično težke, za bolnika pogosto usodne okužbe. V primeru neodzivnosti na zdravljenje z antibiotiki in antimitotiki lahko uporabimo transfuzijo pripravkov granulocitov. Pripravki granulocitov so komponenta krvi, pripravljena z aferozo iz krvi enega darovalca, ki vsebuje funkcionalne nevtrofilne granulocite, suspendirane v plazmi (Domanović et al., 2011).

LIMFOFEREZA ZA:

- Donorske limfocite. So ena izmed prvih oblik imunoterapije, ki omogoča zdravljenje ponovitve bolezni po alogenski presaditvi krvotvornih matičnih celic. Lahko povzroči učinek presadka proti tumorju in spodbujanje imunosti pri slabše delujočem presadku.
- Terapija CAR-T. Kratiko sestavlja: CAR (chimeric anti- gen receptor) pomeni himerni antigeni receptor in črka T, ki označuje limfocite T. Celično terapijo CAR-T pridobimo iz bolnikovih imunskih celic limfocitov T, ki jim v posebnem postopku s pomočjo virusnega vektorja (za zdaj v tujini) vstavijo genski zapis za tarčni protein na maligni celici, reprogramirane celice namnožijo. CAR-T celice se nato presadijo nazaj v bolnikov krvni obtok, kjer prepoznajo prisotne tumorske celice in jih uničijo (Švajger & Cukjati, 2022).
- Virusno specifični limfociti-T. Pacienti, ki so imunsko oslabljeni (kar je pogosto po alogenski presaditvi krvotvornih matičnih celic), so zelo dovzetni za virusne okužbe. Primeren darovalec mora biti seropozitiven na določen patogen, kar pomeni, da je bil v stiku z določenim virusom in ima v krvi limfocite T, ki prepoznajo virus. Postopku afezeze sledi obdelava produkta na aparatu Prodigy in selekcija celic, ki so se sposobne odzvati na virusne antigene. Končni produkt se intravensko aplicira bolniku in mu lahko povrne dolgotrajno sposobnost obrambe pred patogenom (Švajger, 2021). Z VSL zdravimo nenadzorovane okužbe različnih patogenov (citomegalo virus, polyoma virus BK, Epstein-Barr, adenovirus, SARS-COV2).

ZUNAJTELESNA FOTOTERAPIJA

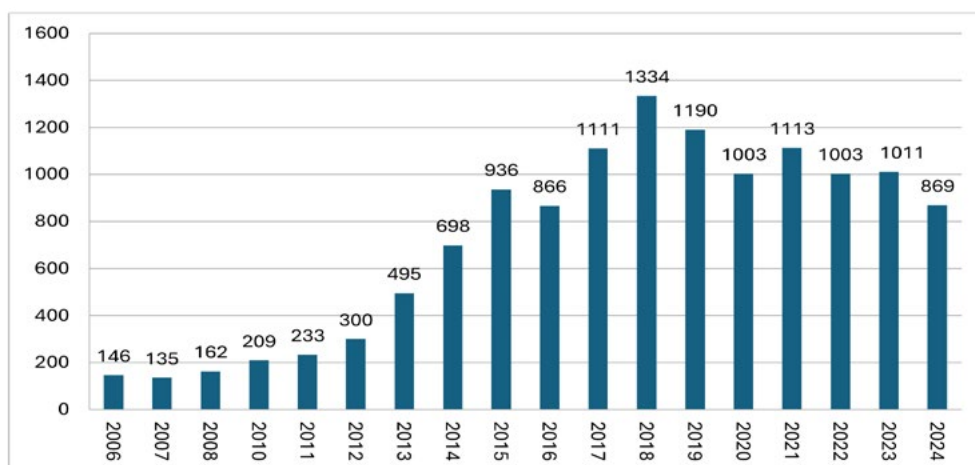
Zunajtelesna fototerapija je uveljavljen način zdravljenja bolezni presadka proti gostitelju (GVHD), T-celičnega kožnega limfoma, zavrnitvenih reakcij pri presaditvi organov, nekaterih avtoimunih in drugih boleznih. Lahko jo izvedemo s tako imenovano »OFF-LINE« fotoferezo, ko s celičnim ločevalcem iz periferne krvi bolnika s postopkom afereze v prvem koraku najprej odvezamo enojedrne celice. Zbrane celice nato v laboratoriju obdelamo s fotoaktivno snovjo (metoksip-soralen) in UV-A žarki, ki v obdelanih celicah sprožita programirano celično smrt- apoptozo. V tretjem koraku tako obdelane celice bolniku vrnemo nazaj v krvni obtok. Drug način je tako imenovana »IN-LINE« fotofereza, ko zbiranje, obsevanje in infuzija celičnega pripravka potekajo v enem samem koraku, bolnik pa je ves čas povezan s setom celičnega ločevalca.

Najpogosteje gre pri tem za utišanje ali zaviranje imunskega odziva, kar je naprimer zaželeno pri zdravljenju GVHD po presaditvi krvotvornih matičnih celic, pri zavrnitvi presajenih pljuč in pri različnih avtoimunskih boleznih, lahko pa gre za spodbujanje specifičnega imunskega odziva pri zdravljenju redke oblike kožnega raka (T-celičnega limfoma).

Prvi so zunajtelesno fototerapijo uporabili dermatologi Edelson in sod. leta 1987 v zdravljenju eritrodermične oblike kožnega T-celičnega limfoma. Z raziskovanjem, tehničnimi dosežki, zbiranjem izkušenj in znanjem se je ta način zdravljenja prenesel v Evropo in ima vidne rezultate v svetovnem merilu (Greinix & Knobler, 2012).

Terapevtska levkateriza (urgentna) pri bolnikih z zelo visoko vrednostjo levkocitov (levkostaza).

Terapevtska trombofereza je učinkovit postopek za zmanjšanje števila trombocitov pri bolnikih z izrazito trombocitozo zaradi primarnih ali sekundarnih vzrokov. Namen je preprečevanje vzročno povezanih zapletov.



Slika 1: Število afereznih postopkov na ZTM(OTS) po letih

V okviru terapevtske dejavnosti medicinska sestra izvaja tudi odvzeme polne krvi za potrebe predoperativne avtotransfuzije, odvzeme polne krvi za pripravo avtolognega ali alogenskega seruma (serumske kapljice) in terapevtske odvzeme polne krvi pri kroničnih bolnikih s hemokromatozo in pravo policitemijo.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE

OTS je edini center za področje celotne Slovenije, ki izvaja terapevtske aferezne postopke. Naraščajoče število bolnikov in potreb po celičnem zdravljenju prinaša nove izkušnje, rezultate ter izzive za vse vpletene izvajalce (Žlebnik, 2024).

Med postopkom afereze se krvne sestavine bolnika/darovalca ločujejo ali odstranjujejo s kontinuiranim pretokom krvi iz (običajno) kubitalne vene do celičnega ločevalca in vračajo z odstranjenimi celicami v veno druge roke (Žlebnik, 2024).

Centrifugalna sila, ki se vzpostavi med delovanjem celičnega ločevalca in zbiralna črpalka, omogočita ločevanje in posledično zbiranje celic v komori glede na njihovo velikost. Sodobni celični ločevalci omogočajo učinkovito ločevanje in zbiranje MNC iz periferne krvi z izbranim ustreznim programom, ki temelji na specifični teži ali velikosti celic (Potok, 2016).

Celično zdravljenje premika meje v velikokrat skoraj ključni vlogi pri zdravljenju težkih bolezni in stanj. V terapevtskih aferezah zato tudi bledijo omejitve glede starosti in teže bolnikov, kar potrjuje dejstvo, da se terapevtske afereze uspešno opravljajo tudi pri pediatričnih bolnikih pod 10 kg. Širok nabor kliničnih značilnosti, kot tudi posebnosti bolnikov, narekuje premišljeno načrtovanje in tehtanje vseh kriterijev za uspešnost pri izvedbi terapevtskih aferez (Žlebnik, 2024).

Diagnoze, ki zahtevajo terapevtske afereze, so povezane s kemoterapijo, imunosupresivnim zdravljenjem, slabim stanjem kože (Sezary sindrom, T-celični limfom z eritrodermijo), slabo hidriranostjo (črevesna oblika GVHD) in posledično vodijo v otežen periferni venski dostop. Dolgotrajno zdravljenje posledično privede tudi do sprememb na perifernem žilju in oteženem venskem dostopu. Otežen venski dostop je izziv, s katerim se medicinska sestra s podporo ostalih članov afereznega tima sooča in dnevno preizkuša pridobljene veščine, izkušnje in predanost. Aferezni postopki v osnovi temeljijo na neprekinjenem pretoku krvi od bolnika do celičnega ločevalca in nazaj. Venski dostop je ključnega pomena za uspešen aferezni postopek, kar nemalokrat predstavlja dodatno psihično obremenitev tako za bolnike kot za izvajalce. Alternativno možnost izvedbe postopka preko osrednjih venskih katetrov se izbere za pediatrične bolnike in odrasle bolnike, ko ni možnosti za uspešno venepunkcijo perifernih ven. Bolniki z oteženim venskim dostopom imajo pogosto nižjo toleranco do venepunkcije in je zato pomembno, da se z bolnikom vzpostavi odnos, ki zagotavlja medsebojno sodelovanje, zaupanje in potrebno mero motiviranosti za zdravljenje (Žlebnik, 2024).

V naboru afereznih postopkov predstavlja zunajtelesna fototerapija afereznemu timu še dodaten izziv zaradi dejstva, da se zunajtelesna fototerapija (z razliko od ostalih postopkov) izvaja, vsaj na začetku zelo pogosto, in tudi dolgotrajno (Žlebnik, 2024).

V primeru urgentnih stanj se postopki izvajajo na kliničnih oddelkih ali enotah za intenzivno nego in terapijo. Ta aspekt odkriva tudi potrebo po 24-urni pripravljenosti, ki poleg urgentnih postopkov zajema tudi postopke zbiranja in infuzije matičnih celic. Nabor različnih postopkov narekuje uporabo različnih celičnih ločevalcev in programske opreme, kar zahteva tehnične veščine in usposobljenost posameznikov za skrbno ravnanje z opremo, ki je draga in težko dostopna. Zahteve sistema kakovosti in sledljivosti so povezane z doslednim administrativnim delom, ki enakovredno prispeva h končni uspešnosti. Sledenje načelom vzdrževanja varnega okolja za bolnike, za izvajalce in upoštevanje varnostnih ukrepov za obvladovanje okužb, kot tudi odgovorno ravnanje z opremo, je za izvajalce terapevtskih aferez ključnega pomena. Postopki so dolgotrajni in zato naporni za bolnika. Od izvajalcev se zahteva pozornost, predvidevanje in prepoznavanje

potencialnih neželenih učinkov in hujših zapletov vezanih na postopek afereze. Psihično stanje bolnikov zahteva posebno pozornost in zrelost izvajalcev (Žlebnik, 2024).

Poleg tehničnih so potrebne tudi socialne in komunikacijske veščine, ki medicinski sestre v terapevtskih aferezah omogočajo prepoznati bolnikove/darovalčeve potrebe. Aktivno poslušanje, profesionalna vprašanja in nagovor bolnika/darovalca s potrebnimi informacijami, zelo pomagajo pri premagovanju strahu in vzpostavljanju zaupanja. Tak odnos je potreben ne samo do bolnikov/darovalcev, temveč tudi njihovih sorodnikov, ki so čustveno vpleteni v celoten proces. Vsak človek ima svojo zgodovino, način življenja, razmišljanja in delovanja. Zasluži si popolno spoštovanje, brez razlik in brez predsodkov (Neyrinck & Vrielink, 2019).

Terapevtske afereze kot osnovni postopki za sodobna celična zdravljenja so slabo poznani postopki, ki zahtevajo specializirano znanje in tehnično usposobljenost medicinskih sester. V naboru različnih postopkov in bolezni, se medicinska sestra pri svojem delu sooča z izzivi, ki zahtevajo znanje, administrativne, tehnične, socialne in komunikacijske veščine. S poznavanjem postopkov in ciljev zdravljenja, zmožnostjo opazovanja, presojanja in profesionalnega sledenja bolnikovim/ darovalčevim potrebam, se izkazuje njena nepogrešljiva in zahtevna vloga (Žlebnik, 2024).

DISKUSIJA

Medicinske sestre zaposlene na OTS so pomemben člen interdisciplinarnega tima. Zaradi majhnega kolektiva, je medsebojna povezanost in zaupanje ključnega pomena za uspešno izvedbo postopkov in zadovoljstvo bolnikov/darovalcev, ter tudi članov kolektiva. Kontinuirano izobraževanje in želja po vedno novem znanju so kvalitete, ki so izredno pomembne za nemo-teno delovanje naprednega tima OTS. Za uspešno delovanje je zelo pomembno tudi pove-zovanje in sodelovanje s člani drugih oddelkov in bolnišnic, s katerimi uspešno sodelujemo, z enim samim ciljem, da ustvarimo najboljše pogoje za uspešno zdravljenje bolnika.

OTS – Center za afereze je edini center v Slovenji, ki izvaja v prispevku navedene terapevtske aferezne postopke že 45 let. Leta 2023 pridobljena akreditacija JACIE je znak priznanja kako-vostnega dela in zasluga članov celotnega afereznega terapevtskega tima. Pridobljeno znanje skozi leta in izkušnje so pomemben dejavnik in kriterij za uspešno delo, ter osnova za spopa-danje z novimi izzivi, ki jih prinašajo novosti iz področja celičnih terapij.

ZTM je prva javna institucija v Sloveniji, ki je v letu 2023 pridobila certifikat dobre proizvodnje prakse (GMP- Good Manufacturing Practice).

Delo redno nadzira Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP), zato so tudi vse storitve in produkti registrirani. Za delo je potrebno dovoljenje za opravljanje dejavno-sti preskrbe s tkivi in celicami.

Delo poteka v skladu z Zakonom o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (Zakon, 2007) in njemu podrejenimi predpisi (ZTM, 2024).

ZAKLJUČEK

Vloga medicinske sestre na OTS je specifična zaradi postopkov, ki so tehnično zahtevni in se izvajajo pri bolnikih, ki so oslabljeni, imunsko kompromitirani, pogosto po kemoterapiji, s sla-bim žilnim dostopom. Bolniki so nemalokrat tudi psihično nestabilni, otožni, prizadeti. Velikok-rat potrebujejo podporo in prijazno spodbudno besedo. Njihova občutljivost na bolečino je

nemalokrat zvišana in zato je vzpostaviti kontinuiran pretok krvi velikokrat zelo težko in predstavlja velik izziv celoten terapevtski tim.

Na drugi strani pa delo z darovalci prav tako potrebuje predanost in pozornost, saj velikokrat prihajajo na aferezni odvzem prvič in so kljub visoki motiviranosti za humano dejanje vseeno prestrašeni in negotovi. Suverena medicinska sestra z znanjem in pridobljenimi veščinami jim nudi potreben občutek zaupanja in varnosti.

Potrebno je pozorno opazovanje in spremljanje dogajanja skozi celoten postopek, saj je zgodnje prepoznavanje neželenih učinkov postopkov ključnega pomena za uspešno in varno izvedbo afereznega odvzema.

S poznavanjem postopkov in ciljev zdravljenja, opazovanjem, kritično presojo in profesionalnemu sledenju bolnikovim/darovalčevim potrebam se izkazuje njena nepogrešljiva in zahtevna vloga (Žlebnik, 2023).

LITERATURA

Arhiv ZTM (1983). Lukić, L.

Domanović, D., Cukjati, M., Zver, S. (2011). Pripravki granulocitov in priporočila za njihovo uporabo. *Zdrav Vestn*, 80, pp. 439-450.

Greinix, H. & Knobler, R. (2012). *Extracorporeal photopheresis*. Berlin. Boston: De Gruyter.

Musar, B. & Šegš, N. (2025). 44 let aferez, 10let Oddelka za terapevtske storitve ter vloga medicinske sestre. *Utrip*, XXXII-1, 20.

Neyrinck, M. M., & Vrielink, H. (2019). Performance of an apheresis procedure: The apheresis nurse-operator and nursing aspects. *Transfusion and Apheresis Science* 58, 296-299. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2019.04.017>

Potok, D. (2016). The nurse's role in therapeutic apheresis. *Nursing times*; 112: online issue (2), 4-6. <https://www.nursingtimes.net/haematology/the-nurses-role-in-therapeutic-apheresis-07-06-2016/>

Potočnik, M., Levičnik-Stezinar, H., Faganel, J., Lukić, L. & Rožman, P. (1995). *50 let organizirane transfuzijske službe v Sloveniji 1945-1995*. Ljubljana: Zavod RS za transfuzijo krvi, 13-17.

Pretnar, J. (2007). Krvotvorne matične celice-pridobivanje, uporaba in posebnosti bolnikov po presaditvi. In: A. Nunar Perko & C. Gregorc (Eds.). *Pridobivanje krvotvornih matičnih celic-zdravljenje in zdravstvena nega bolnika ob presaditvi KMC: zbornik predavanj. Zreče 25.-26.maj 2007* (pp. 22-25). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji.

Švajger, U. (2021). S celicami do naprednega zdravljenja. *Delo*. <https://www.delo.si/novice/znanoteh/s-celicami-do-naprednega-zdravljenja/>

Švajger, U. in Cukjati, M. (2022). Zdravila za napredno zdravljenje: naslednja generacija zdravil. *Farmacevtski vestnik*, 79-88. <https://www.sfd.si/wp-content/uploads/2022/06/svajger.pdf>

Zver, S. (2011). *Avtologna in alogenična presaditev krvotvornih matičnih celic*. In: *Interna medicina*, p.p. 1355-1360. Littera picta: Slovensko medicinsko društvo.

Zakon o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (ZKVČTC). (2007). Uradni list RS, št. 61/2007. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/81229>

Zavod RS za transfuzijsko medicino (2024, Oktober 16). Terapevtske storitve. <http://www.ztm.si/terapevtske-storitve/celicne-terapije/>

Žlebnik, S. (2023). Zahtevna vloga medicinskih sester v terapevtskih aferezah. In: Justin, J., Peternej, K., Kočevar, R., Lekše Golob, B. & Karadžić, D. (Eds.), *50 let učinkovitega sodelovanja: Pomembna prelomnica ali izjemna priložnost? Zbornik prispevkov z recenzijo, 53. strokovni seminar. Rogaška Slatina 17. in 18. november 2023* (pp. 228-232). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji.

Žlebnik, S. (2024). Zahtevna vloga medicinskih sester v terapevtskih aferezah. In: Škerget, M., Jovan, B., Cukjati, M. & Čibej, H. (Eds.), *Zbornik povzetkov april 2024, Podčetrtek, 12.-13. april 2024* (pp. 138-142). Ljubljana: Strokovno srečanje Združenja hematologov Slovenije, Združenja za transfuzijsko medicino Slovenije, Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji in Hematološkega laboratorijskega združenja.

Asist. dr. Danijela Kralj, dipl. san. inž.
Boža Novljan, viš. san. teh., univ. dipl. org.
Mojca Purger Drašler, dipl. m. s., spec. manag.
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Slovenija
mojca.purger@kclj.si
danijela.kralj@kclj.si

PREPLET ETIKE SKRBI IN DIGITALNIH ORODIJ ZA PODPORO SPREMSTVA PACIENTOV

The intertwining of ethics of care and digital tools to support patient accompaniment

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

423

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMENB

IZVLEČEK

Sodobno zdravstveno varstvo se sooča z naraščajočimi izzivi, kot so staranje prebivalstva, kronične bolezni in naraščajoče pomanjkanje zdravstvenega osebja, ki zahtevajo integracijo humanističnega pristopa in tehnoloških rešitev za podporo oskrbe pacientov. Prispevek obravnava preplet etike skrbi in digitalnih orodij pri spremstvu pacientov, s poudarkom na pomembnosti spoštljive, empatične in odgovorne oskrbe. Etika skrbi, osredotočena na odnose, empatijo in individualizirano podporo, predstavlja temelj za celovito kakovost zdravstvene oskrbe. Digitalna orodja sicer prinašajo številne prednosti, med drugim večjo učinkovitost, dostopnost in prilagodljivost oskrbe na podlagi podatkov v realnem času, vendar uvajanje teh tehnologij odpira številna pereča etična vprašanja. Prispevek poudarja, da mora digitalna podpora dopolnjevati, ne more pa nadomestiti empatičnega človeškega odnosa zdravstvenega osebja do pacienta. Na podlagi praktičnega primera avtorice poudarjajo, da je preplet etike skrbi in digitalnih rešitev naročanja spremstva pacientov nedvomno primer dobre prakse, ko je uporaba novih tehnologij že od načrtovanja potreb preko izdelave in vgradnje modela skrbno načrtovana in nadzorovana tudi v etičnem pogledu, za celostno, kakovostno in humano spremljanje pacientov, kar je ključ do trajnostnega razvoja zdravstvene oskrbe. Hkrati je lep primer

etike skrbi, ki lahko služi kot podlaga za izdelavo normativnih pravil, načel in konkretnih določb o etičnem ravnanju pri načrtovanju, vgradnji in uporabi novih tehnologij na zdravstvenem in vseh drugih področjih.

Ključne besede: spremstvo pacientov, etika skrbi, digitalna podpora

ABSTRACT

Modern healthcare is facing growing challenges, such as an aging population, chronic diseases, and a growing shortage of healthcare professionals, which require the integration of a humanistic approach and technological solutions to support patient care. The paper discusses the interplay of ethics of care and digital tools in patient care, emphasizing the importance of respectful, empathetic, and responsible care. An ethics of care, focused on relationships, empathy, and individualized support, is the foundation for comprehensive quality healthcare. While digital tools bring many advantages, including greater efficiency, accessibility, and adaptability of care based on real-time data, the introduction of these technologies raises many pressing ethical questions. The paper emphasizes that digital support must complement, but cannot replace, the empathetic human relationship of healthcare professionals with patients. Based on a practical example, the authors emphasize that the intertwining of ethics of care and digital solutions for ordering patient accompaniment is undoubtedly an example of good practice, when the use of new technologies, from planning needs through the creation and implementation of the model, is carefully planned and controlled from an ethical perspective, for comprehensive, high-quality and humane patient monitoring, which is the key to the sustainable development of healthcare. At the same time, it is a good example of ethics of care, which can serve as a basis for the development of normative rules, principles and concrete provisions on ethical conduct in the planning, implementation and use of new technologies in healthcare and all other fields.

Key words: patient accompaniment, ethics of care, digital support

UVOD

V zdravstvu se vse pogostejše uvajajo digitalni sistemi in nove tehnologije, od katerih se pričakuje, da bodo povečale učinkovitost, zmanjšale stroške in olajšale spremljanje zdravstvenega varstva ter povečale varnost, zadovoljstvo in opolnomočenje pacientov (Fagerström et al., 2017). Čeprav je javno mnenje digitalizaciji zdravstvenega varstva večinoma naklonjeno, saj jo vidi kot nujnost ter družbeno in gospodarsko korist za skupno dobro (Weiss, 2019), pa Kloppe (2017) opazuje, da se sodobna zdravstvena oskrba sooča z vedno večjim vplivom tehnologije, ki preoblikuje odnose s pacienti in način izvajanja skrbstvenih nalog. Model oskrbe, ki vključuje sočutje, spoštovanje in človeške vrednote, je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne oskrbe v digitalnem svetu (Kloppe, 2017). Joan Tronto (2013), ena izmed najbolj vplivnih avtoric na področju feministične etike skrbi poudarja, da »etika skrbi vključuje prepoznavanje, da je oskrba potrebna za vse in da so skrbniška dela bistvenega pomena za dobrobit vsakega posameznika«. Ob tem se osredotoča na vprašanje, kako lahko tehnološki napredek zmanjša potrebo po oskrbi, vendar hkrati opozarja, da »nekaterih človeških nalog, kot so sočutje, razumevanje in človeški stik, tehnologija ne more nadomestiti« (Tronto, 2013). Čeprav industrija z vedno novimi inovacijami išče načine za zmanjšanje stroškov s tehnologijo, stroški oskrbe ostajajo visoki, tako glede osebja kot časa. Tako kot ljudi, ki izvajajo skrbstvena

dejanja, pogosto ni mogoče nadomestiti s tehnologijo, tudi časa, ki je potreben za opravljanje skrbstvenih dejanj, tehnologija ne more drastično skrajšati (Kralj, Novljan, Šestan, 2024). Digitalizacija in avtomatizacija v zdravstvu ne smeta nadomestiti človeškega dejavnika, temveč morata delovati kot podporni orodji, ki izboljšujeta kakovost oskrbe, omogočata boljšo organizacijo dela in hkrati ohranjata ter krepita pristno skrb, empatijo in etično odgovornost v praksi.

ETIKA SKRBI

Koncept etike skrbi ima svoje korenine v feministični etiki. Razvit je bil v dveh fazah, najprej s strani avtorice Carol Gilligan leta 1982 in kasneje Joan Tronto (1993). V Sloveniji je področje etike skrbi raziskovala Jana Šmitek (2004), ki ugotavlja, da je v zdravstveni negi prvenstveno uporabna etična teorija etike skrbi, ker se neposredno povezuje z osnovno vlogo zdravstvene nege pri bolniku – s profesionalno skrbjo. Šmitek (2004, p. 209) meni, da bi bilo dobro etiko skrbi kot teoretično vsebino vključiti v izobraževalne programe vseh zdravstvenih delavcev.

Avtorica Gilligan označuje etiko skrbi kot značilen slog moralnega presojanja in način konstruiranja moralnih problemov, ki se osredotoča na odgovornost za medčloveške odnose, gradi moralno presojo na konkretnem poznavanju določene situacije in konteksta, poudarja prednost povezanosti in izhaja iz spoznanja, da v odgovornem ravnanju do sebe in drugih ni nobenega protislovja. Gilligan meni, da je »ideal skrbi dejavnost odnosa, videnja in odzivanja na potrebe, skrbi za svet z ohranjanjem mreže povezav, da nihče ne ostane sam« (Gilligan, 2003, p. 62).

KAJ JE SKRB?

Skrb je jedro človečnosti. Vsakdo daje in prejema skrb v določeni obliki skozi svoje življenje, saj smo ljudje ob rojstvu kot dojenčki popolnoma odvisni od svojih negovalcev, ki zagotovijo varno pot v otroštvo. Skrb lahko pomeni skrb za sebe (fizično, mentalno, čustveno), za druge ljudi (družine, lokalne skupnosti, svetovne družbe) in za nefizični svet (živali, okolje, ekosistemi). Skrb je več kot dajanje; je prejemanje skrbnih dejanj od drugih; je sodelovanje pri skrbnih dejanjih z drugimi (Tronto, 2013).

V sodobnem zahodnem svetu prevladuje prepričanje, ki opredeljuje skrb kot potrebo odvisnih oseb, kot so: invalidi, otroci, bolni starejši ipd., medtem ko večina ljudi skrbi ne potrebuje. Skrb je tako razumljena kot enosmeren odnos med tistim, ki skrb daje, in tistim, ki jo prejema (Švab, 2003).

UMETNA INTELIGENCA IN ETIKA SKRBI

Villegas-Galaviz (2022) meni, da bi lahko teorija etike skrbi pomagala bolje razumeti moralne posledice algoritmov in tako služila kot moralna podlaga za dobo umetne inteligence. Na splošno je cilj vsake tehnologije reševanje problemov ali doseganje izboljšav. Zato je treba razmisliti o težavah in izzivih, s katerimi se srečuje osebe zdravstvene nege, in o tem, kako jih umetna inteligenca trenutno in v prihodnosti rešuje. Ti izzivi vključujejo pomanjkanje osebja, pomanjkanje izkušenj ali strokovnega znanja, kar ima za posledico slabo presojo, preobremenitev z dokumentacijo, moralno stisko, povezano z organizacijskimi omejitvami, in fizično utrujenost zaradi ponavljajočih se dejanj, kot je dviganje pacientov in opravlja, povezana s stanjem zalog ali kritičnih predmetov za zagotavljanje oskrbe (Clipper et al., 2018). Umetni inteligenci in robotom z umetno inteligenco tako ne manjka priložnosti za opravljanje nalog, ki osebju

zdravstvene nege preprečujejo zagotavljanje kakovostne oskrbe bolnikov. Etzioni in Etzioni (2017) menita, da pravilen model za uvedbo umetne inteligence v zdravstveno nego uporablja umetno inteligenco kot partnerje, ne kot nadomestke, naloge pa so ustrezno razdeljene med človeka in umetno inteligenco glede na relativno usposobljenost.

V zdravstvenem okolju dotik prinaša tudi udobje, varnost, izboljšanje samospoštovanja in usmerjenosti v realnost (Fredriksson, 1999). Čeprav se roboti lahko dotikajo pacientov, njihov dotik ne sporoča enakih medosebnih in družbenih sporočil skrbi kot človeški dotik – vsaj ne brez prevare ali zablude. Androidov dotik ne more biti skrbno dejanje, ker umetna inteligenca nima dveh bistvenih lastnosti za skrb: biti moralni agent v vzajemnih družbenih odnosih in »moralna epistemologija skrbi, ki vključuje upoštevanje izkušenj, izvajanje samorefleksij in občutljivih presoj, kjer se upoštevajo kontekstualne razlike« (Pettersen, 2011, p. 55).

Če izhajamo iz dejstva, da je skrb bistvenega pomena za zdravstveno nego, sledi, da umetna inteligenca ne bo sposobna etično skrbeti za naloge, ki so bistvene za etiko zdravstvene nege in oskrbe (Tronto 1993, cited in Kralj et al., 2024). Razdalja, ki jo ustvari tehnologija, lahko blokira empatijo, ki bi se pojavila ob pogledu na obraz nasprotnika. To pomeni, da razvijalcem in tistim, ki uporabljajo umetno inteligenco, primanjkuje sposobnosti prepoznavanja ali razumevanja skrbi in duševnih stanj subjektov, na katere vpliva umetna inteligenca. Umetna inteligenca ne more zagotoviti zavestne empatične pozornosti, ker empatija temelji na naših bioloških zavestnih in nezavednih miselnih izkušnjah in naših zmožnostih pozornosti, da izberemo najbolj pomembne in potrebne informacije za pacienta v določeni situaciji oskrbe. Vse, kar bo lahko naredila umetna inteligenca, je, da predstavi situacijo hipotetičnega pacienta in jo uporabi za konkreten nabor podatkov o določenem pacientu v skladu z nekim algoritmom ali pravilom sklepanja. Zato umetna inteligenca ne more zagotoviti empatične pozornosti in pristne skrbi za ljudi (Montemayor et al., 2022 cited in Kralj et al., 2024).

SPREMSTVO PACIENTOV

Spremljanje pacientov je v bolnišnični dejavnosti vpeto v področje oskrbe kot podporna dejavnost zdravstvene nege. V skladu s Kadrovskimi standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi so bolničarji-negovalci v bolnišnični dejavnosti lahko razporejeni na delovna mesta kot spremljevalci za spremljanje pacientov, v urgentni in operativni dejavnosti ter intenzivni terapiji na področju priprave materiala in čiščenja prostorov, pripomočkov ter opreme z visokim tveganjem. (Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi, 2021, p. 21). Poleg profila bolničar-negovalca (v nadalje: spremljevalec) opravljajo spremljanje pacientov tudi oskrbovalke v bolnišnici po opravljenem internem izobraževanju.

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana je dejavnost spremljanja pacientov najdlje prisotna na triažnem oddelku Urgentnega kirurškega bloka, kjer je bila uvedena predvsem za potrebe spremljanja novo sprejetih pacientov. V okviru vzpostavitve Oskrbovalnih služb se je leta 1994 formirala Služba za spremljanje bolnikov. Naročanje spremljanja je do leta 2017 potekalo preko telefona in z ročnim vodenjem evidence naročil. Povprečno je bilo dnevno približno 800 telefonskih naročil spremljanja. Prenos informacij ustno preko telefona in osebno je imelo za posledico več dezinformacij (napačen priimek, napačna lokacija ...). Podatki na papirnih naročilnicah so bili pomanjkljivi in pogosto nečitljivi. Velik obseg podatkov ob odsotnosti računalniške podpore ni omogočal sodobne poslovne analitike. Z uvedbo programske opreme Dispatch 3000, ki omogoča digitalno obdelavo storitev spremljanja, je bil vzpostavljen sistem naročanja najprej na oddelkih interne klinike, nato še na preostalih klinikah in kliničnih oddelkih (Kralj et al., 2024).

PROCES SPREMTVA PACIENTOV

Spremljevanje pacientov izvajajo spremljevalci, Službe za spremljevanje bolnikov, samostojno ali v sodelovanju z zdravstvenim osebjem iz oddelkov oz. enot UKCL.

Naročilo prevoza oz. spremljevanja pacienta

Naročanje spremljevanja pacienta na bolnišničnem oddelku je v pristojnosti odgovorne medicinske sestre oddelka, ki določi in naroči spremljevanje pacienta na dogovorjeno lokacijo. Naročilo izvede v programskem okolju Dispatch 3000. V naročilnico lahko zabeleži še morebitne posebnosti (izolacija na oddelku, kisik, infuzija ...).

Dispečer v Službi za spremljevanje bolnikov sprejema naročila iz oddelkov v programu Dispatch 3000. Naročilo vsebuje naslednje podatke: naziv oddelka, ki naroča, osebo, ki podatke vnaša, podatek kam je potrebno pacienta peljati, kdaj naročnik potrebuje spremljevanje pacienta, način spremljevanja (peš, sede, leže), število spremljevalcev, čas oddanega naročila. Dispečer sprejeta naročila posreduje spremljevalcem na dlančnike. Ob tem določi tudi triažo izvedbe naročil, kar je za spremljevalce vodilo po katerem vrstnem redu naj izvedejo naročila (Kralj et al., 2024).

Prevzem / predaja / vrnitev pacienta

Spremljevalec ima ob prevzemu naročila točne podatke, ki so mu posredovani v elektronski obliki, tako ni nevarnosti, da bi bil razkorak med oddano in prejeto informacijo, kot se je to dogajalo v preteklosti. Na začetku in ob zaključku prevoza spremljevalec na dlančniku označi status naročila in skenira QR kodo prevoznega sredstva. V sistemu je tako ves čas vožnje možno spremljati, v kateri fazi je naročilo (Kralj et al., 2024).

Prednosti digitaliziranega naročanja spremljevanja

Vzpostavitev digitalnega naročanja spremljevanja je prinesla številne prednosti. Na prvem mestu poudarjamo predvsem preglednost podatkov. Dispečer ima v vsakem trenutku vpogled, v kateri fazi je določeno oddano spremljevanje, kateri spremljevalci so razpoložljivi za delo, kar mu omogoča lažje ter bolj ekonomično upravljanje potreb po spremljevanju. Podatki, posredovani spremljevalcu, so natančni, neposredno dostopni na dlančniku, kar spremljevalcu omogoča, da lahko opravi spremljevanje čim bolj učinkovito in brez napak. Poleg tega sistem omogoča poslovno analitiko tako za izračun interne realizacije kot drugih internih potreb službe. Podatke lahko pridobimo po več parametrih: po času, pacientu, spremljevalcu ali glede na prevozno sredstvo. Vsak trenutek lahko preverimo podatke, npr. kdaj je bilo spremljevanje naročeno, koliko časa je trajalo, kdo je opravil spremljevanje itn. Omogočeno je spremljanje realizacije izvedenih naročil spremljevanja na posameznega spremljevalca, na posamezno delovišče (izračun obremenitev na posameznika, delovišče). Programska oprema omogoča kreiranje mesečnega razporeda in prenos podatkov v program za pripravo dnevnega razporeda na posameznika in delovišče. S pomočjo programske opreme obvladujemo spremljanje osnovne opreme, evidenco čiščenja sedečih in ležečih vozičkov. Z uvedbo sistema se je močno zmanjšalo število odklonov, saj transparentni podatki omogočajo hitro prepoznavanje in razreševanje zapleta. Prav tako se je bistveno zmanjšala uporaba papirnega poslovanja ter potreba po ročnem vodenju več evidenc na dnevni ravni, kar je bilo prej nujno (Kralj et al., 2024).

Priložnosti

V prihodnje želimo preiti na popolno brezpapirno poslovanje, pri čemer bodo vsi deležniki v procesu spremljevanja, opravljene faze spremljevanja potrdili z dlančnikom.

ZAKLJUČEK

Digitalizirano naročanje spremstva pacientov predstavlja odličen primer dobre prakse, kjer je uvajanje novih tehnologij skrbno načrtovano in nadzorovano na vseh ravneh, od prepoznavanja potreb do implementacije sistema. Posebna pozornost je namenjena tudi etičnim vidikom, zaradi česar model uteleša načela etike skrbi. Takšen pristop ne omogoča le oblikovanja jasnih normativnih smernic za etično ravnanje pri razvoju in uporabi tehnologij v zdravstvu, temveč služi kot zgled tudi na drugih področjih. Digitalizacija v Službi za spremstvo bolnikov povezuje etično odgovornost s sodobnimi tehnološkimi rešitvami, saj zagotavlja večjo preglednost podatkov, hitrejšo obdelavo ter optimizacijo postopkov. S tem zmanjšuje možnost napak in prihrani dragoceni čas, ki ga lahko zdravstveno osebje nameni pacientom za bolj osebni in sočuten pristop ali kot pravi Fredriksson »biti tam« in »biti z« pacientom v trenutkih, ko nas najbolj potrebuje. Kljub številnim prednostim, ki jih prinašajo nove tehnologije, kot je razvidno tudi iz opisanega primera, se moramo zavedati pomena njihove skrbne in preudarne uporabe. Ob tem pa ne smemo dopustiti, da bi izgubili še tisto zadnje zatočišče človečnosti, ki nas varuje pred tveganji neetičnih namenov in morebitnih zlorab tehnologije.

LITERATURA

- Clipper, B., Batcheller, J., Thomaz, A. L., & Rozga, A. (2018). Artificial intelligence and robotics: A nurse leader's primer. *Nurse Leader*, 16(6), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.07.015>
- Etzioni, A., & Etzioni, O. (2017). The ethics of robotic caregivers. *Interaction Studies*, 18(2), 174–190. URL: <https://doi.org/10.1075/is.18.2.02etz>
- Fagerström, C., Tuveesson, H., Axelsson, L. & Nilsson, L. (2017). The role of ICT in nursing practice: an integrative literature review of the Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 434–447. <https://doi.org/10.1111/scs.12370>
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: A research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167–1176. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01192.x>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (2003). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, 38th ed.; Harvard University Press: Cambridge, MA, USA.
- Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi (2021). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. URL: https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/07/Z_Z_Kadrovski-standardi_2021_splet.pdf
- Klopper, H. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care : theory and practice* In B. McCormack & T. McCance, (Eds., Second edition). Wiley Blackwell. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1289475>
- Kralj, D., Novljan, B., Šestan, N. (2024). Digitalna podpora spremstvu pacientov s poudarkom na etiki skrbi in kakovosti storitev. In Polona Šprajc et al. (Eds., 1st edition). *43rd International Conference on Organizational Science Development: Green and Digital Transition – Challenge or Opportunity: Conference Proceedings* (Vols. 43). Univerzitetna založba Univerze v Mariboru. <https://doi.org/10.18690/um.fov.3.2024>
- Montemayor, C., Halpern, J. & Fairweather, A. (2022). In principle obstacles for empathic AI: why we can't replace human empathy in healthcare. *AI & Soc*, 37, 1353–1359. URL: <https://doi.org/10.1007/s00146-021-01230-z>
- Pettersen, T. (2011). The ethics of care: Normative structures and empirical implications. *Health Care Analysis*, 19(1), 51–64. <https://doi.org/10.1007/s10728-010-0163-7>
- Švab, A. (2003). Etika skrbi - teorija, politike, prakse. *Teorija in praksa: družboslovna revija*, 6, 1094–1096.
- Šmitek, J. (2004). Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 3, 205–209.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice* (UPCC book collections on Project MUSE. Political Science and Policy Studies). New York, NY: New York University Press.
- Villegas – Galaviz, C. (2022). Ethics of Care as Moral Grounding for AI. In Martin, K. (Ed.). *Ethics of Data and Analytics: Concepts and Cases* (1st ed., pp. 78 – 83). Auerbach Publications. <https://doi.org/10.1201/9781003278290>
- Weiss, D. (2019). Round hole, square peg: a discourse analysis of social inequalities and the political legitimization of health technology in Norway. *BMC Public Health*, 19(1), 1691–1715.

OSNOVE ROBOTSKEGA SISTEMA »DA VINCI« IN ODPRAVLJANJE TEHNIČNIH TEŽAV

Basics of working with the "da Vinci" robotic system and troubleshooting technical problems

IZVLEČEK

Zadnja desetletja svet poganja hiter napredek tehnologije na mnogih področjih, med drugim tudi v medicini. Med temi inovacijami izstopa robotska kirurgija kot prelomna točka razvoja, ki je spremenila način izvajanja kirurških posegov. Evolucija minimalno invazivne kirurgije, ki združuje medicinsko znanost, robotiko in inženiring, je prinesla nov način oskrbe pacientov in izboljšala natančnost in učinkovitosti operacij. Robotska kirurgija odpira nov pogled v prihodnost zdravljenja in oskrbe pacientov. Pomembno je, da robotski sistem, ki ga uporabljamo, dobro poznamo in z njim pravilno rokujemo. Velik del predstavlja že sama priprava pred operativnim posegom, od postavitve robotskih komponent (stolp, robotske roke, kirurška konzola), položaja pacienta, priklopa kablov in nastavitve anatomije. Položaj robotskih komponent in pacienta je odvisen od vrste operativnega posega, ki se izvaja. Pomembno pa je tudi rokovanje z robotskimi instrumenti in sistemom po končanem operativnem posegu, torej čiščenje in reprocesiranje instrumentov. Čeprav je integracija tehnologije v zdravstvo, zlasti v robotsko kirurgijo, prinesla številne prednosti, predstavlja tudi potencialne izzive kot na primer tehnološke okvare sistema med operativnim posegom. Pri delovanju z robotskim sistemom »da Vinci« lahko pride do lažje rešljivih tehničnih težav, težje rešljivih tehničnih težav in do težave zablokiranih robotskih rok. Vedno pa se ob pojavu težav lahko stopi v stik s tehnično podporo, ki sočasno na daljavo in z nasveti pomaga pri reševanju nastale napake sistema. Poznavanje delovanja robotskega sistema in veščine hitrega odpravljanja in reševanja tehničnih težav so

ključnega pomena za zagotavljanje nemotenega delovanja. S timskim delom in dobro komunikacijo med člani kirurške ekipe ter pripravljenostjo na morebitne napake lahko izvajalci zdravstvenega varstva zagotovijo najvišji standard obravnave pacientov.

Ključne besede: robotsko asistirana kirurgija, sistem »da Vinci«, tehnične okvare sistema, timsko delo, komunikacija

ABSTRACT

Over the past decades, the world has been driven by rapid technological advances in many fields, including medicine. Among these innovations, robotic surgery stands out as a turning point in development that has changed the way surgical procedures are performed. The evolution of minimally invasive surgery, which combines medical science, robotics, and engineering, has brought a new way of caring for patients and improved the precision and efficiency of surgeries. Robotic surgery opens up a new perspective on the future of treatment and patient care. The robotic system we use must be well-known and properly handled. A large part of it is the preparation itself before the surgery, from the placement of robotic components (vision cart, robotic arms, surgical console), the position of the patient, the connection of cables, and the setting of anatomy. The position of the robotic components and the patient depends on the type of surgery being performed. It is also important to handle the robotic instruments and the system after the completion of the task that is being implemented. It is also important to handle robotic instruments and the system after the surgical procedure, i.e., cleaning and reprocessing the instruments. While the integration of technology into healthcare, especially robotic surgery, has brought many benefits, it also presents potential challenges such as technological system failures during surgery. When working with the "daVinci" robotic system, there may be more easily solvable technical problems (recoverable fault), more difficult to solve technical problems (non-recoverable fault), and the problem of blocked robotic arms. However, in the event of problems, technical support can always be contacted; they can help remotely and solve the resulting system error. Knowledge of the operation of the robotic system and the skills to quickly solve technical problems are crucial to ensure smooth operation. Through teamwork and good communication between surgical team members and readiness for potential errors, healthcare workers can provide the highest standard of patient treatment.

Key words: robot-assisted surgery, »daVinci« system, technical system failures, teamwork, communication

UVOD

V času, kjer se tehnologija hitro razvija in nadgrajuje, so se tudi na kirurškem področju razvili novi načini izvajanja operativnih posegov. Velik preskok predstavlja robotska kirurgija, ki je evolucija minimalno invazivne kirurgije in združuje medicinsko znanost, robotiko in inženiring. Uporaba specializiranega robotskega sistema omogoča izvajanje kompleksnih minimalno invazivnih postopkov z boljšo vizualizacijo, večjo natančnostjo in izboljšano spretnostjo. Izboljša namreč natančnost kirurgovih gibov pri zapletenih kirurških posegih, nudi tridimenzionalni povečan pogled na kirurško polje in udobje kirurga v sedečem položaju. Pri posegih, opravljenih z robotskim sistemom, prihaja do manjše izgube krvi med operativnim posegom, pacienti pa imajo manj pooperativnih bolečin, čas okrevanja je hitrejši in posledično je tudi ležalna doba v bolnišnici krajša (Streber, 2014). Uvedba uporabe robotskih sistemov predstavlja inovacijo

na področju kirurgije, obenem pa prinaša nove izzive, ki jih mora kirurški tim premagati, da zagotovi varno in učinkovito oskrbo pacienta. Eden izmed izzivov so zagotovo tehnične napake sistema, ki se lahko pojavijo med izvajanjem kirurškega posega. Pomembno je, da ob pojavu omenjenih težav kirurški tim ve, kako ravnati in s tem zagotoviti varnost obravnavanega pacienta. Kirurški tim mora biti torej na tem področju izobražen, obenem pa je izjemnega pomena tudi jasna in umirjena komunikacija med timom ob nastopu problema.

ROBOTSKI SISTEM "DA VINCI"

Robotski sistem da Vinci je sestavljen iz treh komponent (Intuitive Surgical, Inc., 2012): kirurške robotske konzole (angl. Surgeon Console), robotskih rok (angl. Patient Cart), robotskega endoskopskega stolpa (angl. Vision Cart).

Kirurška robotska konzola

Kirurška robotska konzola je komponenta, preko katere kirurg, ki sedi za njo, upravlja robotske roke (Slika 1). Z rokami upravlja krmilnika, ki omogočata intuitivno gibanje, pri katerem se gibanje rok kirurga prevede v gibanje instrumenta, obenem pa odpravljata tremor. Z nožnimi pedali pa upravlja s kamero (Černi & Stefanovski, 2018). Ker je konzola ergonomsko prilagodljiva, ta omogoča, da si kirurg prilagodi višino, oddaljenost in sebi najbolj ugoden položaj med izvajanjem posega. Kirurg na zaslonu konzole med delom vidi tridimenzionalno sliko operativnega mesta, ki ima desetkratno povečavo. Konzola ima varnostni mehanizem, če glava kirurga ni nameščena v konzoli se sistem deaktivira in robotske roke se zaklenejo (Intuitive Surgical, Inc., 2012).



Slika 1: Kirurška konzola (vir: lastni)

Robotske roke

Robotske roke so med posegom nameščene tik ob operacijski mizi, nad pacientom in v sterilnem polju, zato so tudi sterilno prekrите. Glede na vrsto operativnega posega oziroma glede na operiran organ se razlikuje lega robotskih rok. Robotske roke so štiri in zagotavljajo uporabo treh instrumentov hkrati, ena izmed rok je namenjena kameri (Slika 2). Med posegom pa se lahko glede na odločitev kirurga uporabijo tudi samo tri robotske roke. Na robotske roke so pritrjeni trokarji, preko katerih je omogočen dostop v pacientovo trebušno ali prsno votlino. Premike instrumentov upravlja kirurg preko kirurške konzole, premike robotskih rok pa lahko upravlja tudi asistentka, ki stoji ob pacientu in sterilnem polju. Robotske roke morajo biti priklopljene v elektriko, brez napajanja so lahko le 10 minut, priklopljene so tudi v času, ko robotski sistem ni v uporabi (Intuitive Surgical, Inc., 2012).



Slika 2: Robotske roke (vir: lastni)

Robotski endoskopski stolp

Robotski endoskopski stolp upravlja krožeča operacijska medicinska sestra in je povezava med procesno in vizualno opremo robotskega sistema. Stolp je sestavljen iz zaslona na dotik, ESU generatorja (Electrical surgical unit), insuflatorja ogljikovega dioksida (Airseal), sistema za kamero, video snemalnika in plinskih jeklenk (Slika 3). ESU generator omogoča prenos monopolarne in bipolarne energije (Intuitive Surgical, Inc., 2012).



Slika 3: *Robotski endoskopski stolp (vir: lastni)*

ODPRAVLJANJE TEŽAV

Odpravljanje težav (troubleshooting) je način, kako postopati ob pojavu tehničnih napak, ki se pojavijo med delovanjem robotskega sistema. Pomembno je vedeti, kaj narediti, ko se pri robotskem sistemu pojavi napaka, saj lahko le tako zagotovimo varno izvajanje operativnega posega. Napake se lahko pojavijo kadarkoli, pred, med ali po izvedenem operativnem posegu. Pri robotskem sistemu da Vinci XI se lahko pojavijo tri vrste tehničnih napak: lažje rešljiva napaka (recoverable fault), težje rešljiva napaka (non recoverable fault) ali težava zablokiranih robotskih rok (Streber, 2014). Pri pojavu vseh treh naštetih napak se zasliši zvočno opozorilo, na zaslonu se izpiše koda napake in robotske roke se zablokirajo, kar pomeni, da je ustavljeno gibanje. Pri lažje rešljivi težavi se LED luči na robotskih rokah obarvajo v rumeno barvo in se sistem zaustavi, dokler se težava ne razreši. Pri težje rešljivi težavi se LED luči na robotskih rokah obarvajo v rdečo barvo, ta vrsta napake zahteva zaustavitev sistema in ponoven prižig. V večji meri so težave, ki se pojavljajo najpogostejše, lažje rešljive težave ali težave z zablokiranimi robotskimi rokami (Intuitive Surgical, Inc., 2012).

Lažje rešljiva napaka

Lažje rešljiva napaka je napaka, ki se pojavi najbolj pogosto in za razrešitev zahteva manj korakov kot težje rešljiva napaka. Ob pojavu napake se zasliši opozorilni zvočni signal, na zaslonu endoskopskega robotskega stolpa in na zaslonu robotskih rok se izpiše koda napake (Streber, 2014). Koda napake je pomembna, saj se kasneje s pomočjo tehnične podpore lahko razišče ozadje napake in se ji v prihodnje mogoče izogniti. Pod kodo napake se pri lažje rešljivi napaki pojavi tudi tipka odpravi težavo (recover fault) in prvi korak odpravljanja te napake je pritisk te

tipke. V večjem številu primerov je to dovolj, da sistem ponovno začne normalno delovati. V primeru, da pritisk tipke pri odpravi napake ne zadostuje ali pa se napaka pojavi večkrat zapored, pa je postopek odpravljanja težave malenkost daljši. Najprej se zaradi varnosti pacienta odstranijo vsi robotski instrumenti, ki so v pacientu, potem pa ugasne sistem s pritiskom na rdečo tipko za izklop sistema. Ko je sistem izklopljen, je treba počakati vsaj 10 sekund, preden se sistem lahko ponovno prižge. Po ponovnem zagonu sistema robot normalno deluje in lahko nadaljujemo poseg. Vedno ob pojavu katerekoli napake pa je glede na dogovor kirurške ekipe možna tudi izbira konverzije na odprti ali laparoskopski način operacije (Intuitive Surgical, Inc., 2012). Kasneje se stopi v stik s tehnično podporo, ki ji je treba predati tudi kodo napake, da lahko raziščejo ozadje pojava tehničnega problema.

Blokirana robotska roka

Med lažje rešljive napake uvrščamo tudi napako blokirane robotske roke. V tem primeru se LED luč na robotski roki, pri kateri se je pojavila težava, obarva v rumeno barvo. Na zaslonu se poleg tipke *odpravi težavo* pojavi tudi tipka *onemogoči robotsko roko*. Pri pojavu te napake lahko težavo rešujemo na tri načine. Prvi način je popolnoma enak kot pri zgoraj opisani lažje rešljivi napaki, torej s pritiskom na tipko odpravi napako. Drugi način odpravljanja težave je pritisk tipke *onemogoči robotsko roko*. Tako sistem normalno deluje naprej, vendar le s tremi delujočimi robotskimi rokami, kar pomeni, da kirurg lahko poleg kamere uporablja le dva robotska instrumenta (Intuitive Surgical, Inc., 2012). Na tem mestu je odločitev, kako postopati v rokah kirurga, ki se odloči, ali bo lahko poseg opravil le s tremi delujočimi robotskimi rokami. Tretja opcija je konverzija na odprto ali laparoskopsko obliko operacije.

Težje rešljiva napaka

Odpravljanje težje rešljive napake zahteva večje število korakov. Ob pojavu napake se zasliši opozorilni zvočni signal, LED luči na robotskih rokah se obarvajo v rdečo barvo in na zaslonu se izpiše koda napake (Streber, 2014). V tem primeru nemudoma stopimo v stik s tehnično podporo, saj lahko na daljavo pomagajo pri odpravljanju napake. Najprej se odstranijo vsi robotski instrumenti, nato ugasnemo sistem s pritiskom na rdečo tipko za izklop sistema. Na robotski konzoli, robotskih rokah in na robotskem endoskopskem stolpu je črno stikalo, ki ga je treba na vseh komponentah izklopiti. Ko so črna stikala izklopljena, sledi pritisk na tipko EPO (emergency power off button). Po desetih sekundah v obratnem vrstnem redu sledi najprej pritisk tipke EPO, nato prižig črnega stikala na vseh treh komponentah. Po opravljenih korakih se lahko ponovno prižge robotski sistem (Intuitive Surgical, Inc., 2012). Opcija je vedno konverzija na odprto ali laparoskopsko obliko operacije.

Težave z robotskimi instrumenti

Med izvajanjem robotskih posegov lahko pride tudi do težav oziroma napak z delovanjem robotskih instrumentov. Instrument lahko preneha delovati ali pa zablokira. Težava te napake pa se pojavi, ko instrument preneha delovati, medtem ko je med konicami instrumenta ujeta pacientovo tkivo. Takrat je treba težavo čim prej rešiti, saj lahko drugače pride do poškodbe anatomskih struktur pacienta in je tako ogrožena njegova varnost. V takem primeru je treba sprožiti lažje rešljivo napako sistema s pritiskom na rdečo tipko na robotskih rokah. Ko je lažje rešljiva napaka sprožena, so vse štiri robotske roke zablokirane in uporabimo poseben ključ, z vrtenjem katerega povzročimo, da se konici instrumenta razpreta. Potem se instrument odstrani in zavrže, saj se po tem ne sme več uporabiti (Intuitive Surgical, Inc., 2012).

POGOSTOST NAPAK

V retrospektivni raziskavi na področju urološke, ginekološke in torakalne robotske kirurgije, ki je bila izvedena v Kanadi, so Rajih in drugi raziskovali pogostost pojava lažje in težje rešljivih tehničnih težav pri delu z robotskim sistemom da Vinci. Študijo so izvajali od leta 2012 do leta 2015 in je zajemala 1228 robotskih posegov. Pri 61 posegih je prišlo vsaj do neke vrste napak, kar predstavlja 4.97 %. Lažje rešljive napake so se pojavile v 45 primerih (75.5 %), težje rešljive pa pri 15 (24.5 %) primerih. Kot najbolj pogosto ponavljajočo se napako so izpostavili napako robotskih rok, ki spada pod lažje rešljive tehnične težave, in sicer v 25 primerih (41 %). Do težav je v glavnem prihajalo zaradi trka robotskih rok bodisi z drugo robotsko roko bodisi kirurškim asistentom ali operacijsko mizo. Napaka je bila hitro rešljiva, zato ni prihajalo do premorov med operativnim posegom. V večini primerov je za odpravo težave zadoščal že pritisk na tipko »odpravi težavo«, v nekaj primerih je bilo treba odstraniti tudi robotske instrumente, ni pa bilo potrebe po izklopu sistema. Taka napaka torej ni močno vplivala na potek operacije in ni ogrožala življenja pacienta. Poudarili so, da se je taki napaki mogoče izogniti s pravilno izbiro mesta trokarja in s premišljenimi manevri premika robotskih rok s strani operaterja. Težje rešljive težave so se pojavile, ko je prišlo do nepričakovane in začasne okvare elektronskega sistema. Gre za nepredvidljive težave, zato se jim je nemogoče izogniti oziroma jih preprečiti. Pri reševanju težje rešljivih težav je prišlo do manjših zamikov med operativnim posegom, saj je bil potreben tako izklop sistema kot tudi pomoč tehnične podpore. V raziskavi so prišli do zaključka, da v nobenem od primerov pojav težav ni imel vpliva na stanje pacienta, prav tako ni bila nikoli potrebna konverzija na odprti način operacije (Rajih et al., 2017).

KOMUNIKACIJA IN IZOBRAŽEVANJE

Komunikacija je bistveni del nudenja zdravstvene oskrbe, ne glede na mesto posameznika v zdravstvenem sistemu in ne glede na zdravstveno disciplino. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in smernicah za varno kirurgijo je komunikacija med člani tima ključni element pri obravnavi bolnika, preprečevanju napak in uspešnosti kirurškega tima (Seifert, 2012). Zaradi kompleksnosti dela z robotskim sistemom in drugačnega načina dela, kot pri odprtem načinu operacije, je komunikacija znotraj kirurškega tima med izvajanjem posega z robotskim sistemom še bolj pomembna. Dinamika znotraj kirurškega tima in način dela se torej spremenita, pomembno je, da timsko delo in komunikacija ostaneta neokrnjena. V študiji, izvedeni v Združenih državah Amerike, so sodelujoči pri posegih, izvedenih z robotskim sistemom, navedli, da hrup v okolici, slabša jasnost zvoka (kirurg z ostalimi člani ekipe komunicira preko mikrofona v kirurški konzoli) in neizkušenost članov ekipe prispeva k slabši komunikaciji znotraj kirurškega tima (Schiff et al., 2016). V primeru, da med posegom pride do neželenih odstopanj ali tehničnih težav mora kirurški tim sodelovati, mirno komunicirati in na čim hitrejši način priti do varne rešitve. Zato mora biti osebje, ki z robotskim sistemom rokuje na tem področju dobro izobraženo. Izobraževanja s tega področja in predvsem prenos informacij in predajanje pridobljenega znanja znotraj kirurškega tima igra veliko vlogo. V študiji, izvedeni leta 2017, so Rajih in ostali prišli do ugotovitve, da čeprav se mehanske in elektronske napake na robotskem sistemu pojavljajo, le-te ne vplivajo na izid kirurškega posega ali varnost pacienta. Usposobljena kirurška ekipa, ki je predana, izkušena in med seboj uspešno komunicira, je ključ za upad napak med posegi, opravljenimi z robotskimi sistemi (Rajih et al., 2017). V raziskavi, ki so jo leta 2016 izvedli Alemzadeh in ostali so navedli nekaj pogostih napak v operativni praksi, ki bi se jim lahko izognili, če bi bil kader primerno izobražen na področju

robotske kirurgije. V ospredje so postavili: neustrezno odpravljanje tehničnih težav, pomanjkanje usposabljanja s sistemskimi funkcijami, nepravilne povezave kablov, neustrezna manipulacija krmilnikov robota, nepravilna manipulacija ali zamenjava instrumentov, nezadostne izkušnje z obvladovanjem izrednih razmer (Alemzadeh, Raman, Leveson, Kalbarczyk & Iyer., 2016). Za delo z robotskim sistemom je tako potreben kader, ki je na tem področju izobražen in sistem pozna, saj z nepoznavanjem lahko vplivamo ne-le na okvare robotskega sistema, temveč tudi na varnost pacienta.

Robotska medicinska sestra je sposobna ustvariti celovito sliko o tem, kako, zakaj in kdaj se uporablja robotski sistem. Kasneje medicinska sestra konfigurira optimalno uporabo opreme, instrumentov in pripomočkov. Poleg tega robotska medicinska sestra omogoča hitro in natančno reševanje težav z robotsko opremo in instrumenti (Abdel, Hyun, Ki Don, Young & Koon, 2017). Kang in sodelavci so našli delovne naloge robotskih medicinskih sester v večjih bolnišnicah v Južni Koreji: preverjanje varnosti pacientov in funkcij robota, obravnavanje morebitnih nepričakovanih okvar robotskega stroja in redno izobraževanje in usposabljanje s področja robotske kirurgije. Priporočili so, da mora biti nudenje večje podpore medicinskim sestram, vključenim v robotsko kirurgijo, prednostna naloga, da bi jih opolnomočili, da igrajo razširjeno vlogo v robotski kirurgiji (Kang, Ko, Jang, Kim & Cheon, 2012). Od uvedbe kirurškega sistema da Vinci v zadnjem desetletju se je vloga robotske medicinske sestre hitro razvijala in je med robotsko kirurgijo postala zelo pomembna. Usposobljena robotska medicinska sestra je bistveni del učinkovite ekipe robotske kirurgije. Vloge in naloge robotske medicinske sestre so se sčasoma spremenile in veljajo za pomemben most med kirurgom, ki je med posegom za kirurško konzolo, asistentom, ki je ob operativnem polju, in pacientom. Robotska medicinska sestra bi morala pridobiti in nadgrajevati znanje o robotskem sistemu in poteku robotsko asistiranih posegov, da bi razumela operacijo, izboljšala celoten potek in obvladovala nepredvidene okoliščine in na ta način ohranila visoko kakovost oskrbe in varnost pacienta (Abdel et al., 2017). Kang in sodelavci so v svojem članku, objavljenem leta 2017, opisali, kako so v bolnišnicah v Južni Koreji operacijskim medicinskim sestram določili vloge kot strokovnim osebam, ki med robotskim posegom skrbijo za oskrbo bolnikov. Operacijske medicinske sestre delijo v tri skupine, in sicer koordinator, umita operacijska medicinska sestra in krožeča operacijska medicinska sestra. Operacijska medicinska sestra, ki ima vlogo koordinatorja, je najbolj izkušena med njimi in skrbi, da so pri robotskih posegih razpisane osebe, ki imajo znanje dela z robotom, odgovorna je za vzdrževanje sistema in naročanje materiala, nadzoruje pripravo, med posegom je na voljo za nasvete in pomaga pri odpravljanju tehničnih težav. Prav tako je odgovorna za usposabljanje novega kadra in izobraževanja s področja robotske kirurgije sodelavcev in študentov, ki prihajajo na prakso (Kang et al., 2012).

ZAKLJUČEK

Svet se stalno razvija in s tem tudi tehnologija, a vsaka novost prinese s seboj tudi nove izzive in zato se učenje nikoli zares ne konča. Pri raziskavah, opravljenih na temo tehničnih napak sistema in neželenih dogodkih med posegi, je povsod poudarjena pomembnost ustrezne komunikacije kirurškega tima in izobraževanje kadra. Za reševanje tehničnih težav, ki se lahko pojavijo pri delu z robotskim sistemom da Vinci, Intuitive Surgical Inc. priporoča korake ukrepanja ob nastopu napak, zato mora biti kirurška ekipa z njimi seznanjena in na tem področju izobražena. Le na ta način lahko zagotovi varno delo z robotskim sistemom in posledično varnost pacienta. Potrebne so nadaljnje študije, ki bi raziskale intervencije za izboljšanje komunikacije in timske-

ga dela znotraj operacijske dvorane. Robotska kirurgija ima torej številne prednosti in kirurgu omogoča veliko natančnost, povečan obseg gibanja, izboljšša spretnost, dostop in vizualizacijo. Med posegom prihaja do manjše izgube krvi, manj okužb, manjših ran, posledično pacienti navajajo manj bolečin v pooperativnem obdobju, hitrejši je tudi čas okrevanja. Vendar je, kar zadeva kirurški tim, uvedba robotskega načina kirurgije ustvarila povsem nov proces perioperativne oskrbe kirurškega pacienta. Izobraževanja in komunikacija sta torej bistvena sestavna dela za zagotavljanje varnega načina izvajanja robotske kirurgije.

LITERATURA

- Alemzadeh, H., Raman, J., Leveson, N., Kalbarczyk, Z., & Iyer, R. K. (2016). Adverse events in robotic surgery: A retrospective study of 14 years of FDA data. *PLoS ONE*, 11(4), e0151470. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151470>
- Ali Abdel, R., Hyun, J.S., Ki Don, C., Young, D.C., Koon, H.R. (2017). Robotic nurse duties in the urology operative room: 11 years of experience. *Asian J Urol.* 2017 Jan 20;4(2):116–123. doi: 10.1016/j.ajur.2016.09.012
- Černi, I., & Stefanovski, O. (2018). Robotsko asistiranje operacije debelega črevesa. In R. Komadina (Ed.), *Zbornik predavanj XLVIII. podiplomskega tečaja kirurgije za zdravnike* (pp. 416–424). Slovensko zdravniško društvo.
- Intuitive Surgical, Inc. (2012). Da Vinci Si surgical system user manual. Intuitive Surgical, Inc. <https://mercyor.files.wordpress.com/2016/06/davinci-si-system-usersmanual.pdf>
- Kang S.G., Ko Y.H., Jang H.A., Kim J., Kim S.H., Cheon J. Initial experience of robot-assisted radical cystectomy with total intracorporeal urinary diversion: comparison with extracorporeal method. *J Laparoendosc Adv Surg Technol A*. 2012;22:456–462. doi: 10.1089/lap.2011.0249
- Rajih, E., Tholomier, C., Cormier, B., Samouëlian, V., Warkus, T., Liberman, M., Widmer, H., Lattouf, J., Alenizi, A. M., Meskawi, M., Valdivieso, R., Hueber, P., Karakewicz, P. I., El-Hakim, A., & Zorn, K. C. (2017). Error reporting from the da Vinci surgical system in robotic surgery: A Canadian multispecialty experience at a single academic centre. *Canadian Urological Association Journal*, 11(5), 197. <https://doi.org/10.5489/cuaj.4116>
- Schiff, L., Tsafir, Z., Aoun, J., Taylor, A., Theoharis, E., & Eisenstein, D. (2016). Quality of communication in robotic surgery and surgical outcomes. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 20(3), e2016.00026. <https://doi.org/10.4293/JSLS.2016.00026>
- Seifert, P. C. (2012). Communication and safety. *AORN Journal*, 95(5), 562–564. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.02.002>
- Streber, G. M. (2014). A safety approach to robotic surgery. In *The Surgical Technologist* (pp. 255–257). <https://www.ast.org/pdf/366.pdf>

David Tramšek, dipl. zn.

LKH-Univ. Klinikum Graz - Universitätsklinik für Innere Medizin, Kardiologische Intensivstation
david.tramsek@gmail.com

SAMOVODENJE V ZDRAVSTVENI NEGI – BUURTZORG KOT KLJUČ DO USPEHA

Self-management in nursing - The Buurtzorg as the key to success

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

438

IZVLEČEK

Sodobni izzivi v zdravstveni negi zahtevajo inovativne pristope, ki presegajo tradicionalne hierarhične modele upravljanja in se osredotočajo na večjo avtonomijo zdravstvenih delavcev. Eden takih pristopov je nizozemska neprofitna organizacija Buurtzorg, ki temelji na majhnih, samostojno delujočih timih medicinskih sester, ki združujejo klinično znanje, medosebne odnose in upravljanje dolgotrajne oskrbe na domu. Ti timi delujejo brez posredovanja srednjega menedžmenta, kar omogoča večjo fleksibilnost in hitrejšo odzivanje na potrebe pacientov. Organizacija se opira na ključne principe, kot so zaupanje, avtonomija, preprostost in sodelovanje, kar ustvarja delovno okolje, kjer lahko zaposleni optimalno izkoristijo svoje strokovne kompetence in ustvarjalnost. Raziskave so dokazale, da model Buurtzorg izboljša oskrbo pacientov ter hkrati zmanjšuje administrativne stroške in absenzizem zaposlenih ter povečuje njihovo zadovoljstvo. Samovodenje omogoča prilagojeno oskrbo pacientov, zmanjšuje izgubo časa pri organizaciji dela in spodbuja vključevanje lokalne skupnosti. Poleg tega Buurtzorg v zdravstveni negi postavlja nov standard, ki poudarja pomembnost decentraliziranih odločitev in humanizacije oskrbe. Model Buurtzorg lahko služi kot navdih za preoblikovanje zdravstvene nege in dolgotrajne oskrbe na domu tudi v drugih državah. Ključno je, da samovodenje ne izboljšuje le učinkovitosti in kakovosti oskrbe, temveč tudi odpira vrata preobrazbi vodstva v zdravstveni negi. Uvedba v slovenski zdravstveni sistem bi pomenila velik napredek pri vzpostavitvi dolgotrajne oskrbe na domu. Namen prispevka je predstaviti model Buurtzorg in preučiti prednosti samovodenja ter možnosti njegove implementacije v slovenski zdravstveni sistem.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, avtonomija, zaupanje, decentralizacija

1 5 . K O N G R E S

ABSTRACT

Contemporary challenges in nursing require innovative approaches that go beyond traditional hierarchical management models and focus on greater autonomy for healthcare workers. The Dutch non-profit organisation Buurtzorg is based on small, independently operating teams of nurses who combine clinical expertise, interpersonal relationships and long-term home care management. These teams operate without the intervention of middle management, which allows for greater flexibility and faster response to patient needs. The organisation is based on key principles such as trust, autonomy, simplicity and collaboration, creating a working environment where employees can make the most of their professional competencies and creativity. Research has shown that the Buurtzorg model improves patient care while reducing administrative costs, reducing employee absenteeism and increasing employee satisfaction. Self-management enables personalised patient care, reduces time wasted in organising work and promotes local community involvement. In addition, Buurtzorg sets a new standard in nursing care, emphasising the importance of decentralised decisions and the humanisation of care. The Buurtzorg model can inspire the transformation of nursing and long-term care at home in other countries. The key is self-management, which not only improves efficiency and quality of care but also opens the door to transformational leadership in nursing. Implementation in the Slovenian healthcare system would be a major step forward in establishing home-based long-term care.

Key words: long-term care, autonomy, decentralisation, trust

UVOD

V zadnjem času se tudi na področju zdravstvene nege spreminja način vodenja velikih organizacij v tujini. Hierarhična ureditev je v mnogih primerih preteklost, v ospredje pa stopajo moderne oblike vodenja, kot so samoorganizirani timi. Model samovodenja ponuja izjemno učinkovit pristop k zagotavljanju kakovostne oskrbe, ki je usmerjena k pacientom, obenem pa izboljšuje zadovoljstvo zaposlenih in povečuje učinkovitost organizacijskih procesov. Izzive pri uvajanju tovrstnih modelov, kot so prilagoditev obstoječih regulativnih okvirov in izobraževanje kadrov za učinkovito delovanje v avtonomnih timih, lahko premostimo s premišljeno vzpostavitvijo podporne infrastrukture in kulture zaupanja, ki bo omogočila trajnostne spremembe in dolgoročno uspešnost.

Učinkovit primer samovodenja je nizozemski model Buurtzorg, ki se ukvarja z dolgotrajno oskrbo na domu. V tem modelu je medicinska sestra postavljena v ospredje in deluje samostojno. Pri nas samovodenja v zdravstveni negi ne poznamo – še najbolj se mu približamo na področju dolgotrajne oskrbe. Dolgotrajna oskrba je kompleksna in široko zasnovana storitev, namenjena ljudem, ki zaradi kroničnih bolezni, invalidnosti ali starosti potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih dejavnostih in osnovnih življenjskih potrebah; tako je ključnega pomena za ohranjanje dostojanstva in kakovosti življenja posameznikov, ki potrebujejo pomoč (Gori et al., 2016). Pri nas je trenutno možna le oskrba na domu, ki jo izvaja medicinsko osebje oz. patronažna služba. Večinoma je namenjena starejšim ljudem s kroničnimi boleznimi ali invalidnostmi, ki so zato vezani na dom (NIJZ, 2021). Medicinske sestre tako pokrijejo vrsto aktivnosti, kot so izobraževanje, učenje, tehnična pomoč (prevezi ran, nekatere vrste terapije ...) in fizična ter psihološka podpora. Skrbijo za ljudi, ki so akutno ali kronično bolni, ali pa so v paliativni oskrbi (Drennan et al., 2017). V zadnjih nekaj letih se je storilnost patronažnih medicinskih sester zmanjšala, saj se je s spremembo zakona povečala administrativna stran dela (NIJZ, 2021).

V prispevku bomo predstavili prednosti samovodenja v zdravstveni negi in značilnosti modela Buurtzorg, ki je prvi vpeljal samovodenje v zdravstveno nego. V Sloveniji se samovodenje ne izvaja na nobenem nivoju zdravstvene oskrbe. Glede na značilnosti dela bi dolgotrajna oskrba bila idealna priložnost za uvedbo samovodenja, saj poznamo model Buurtzorg, ki to že uporablja; med drugim so model že vpeljali v zdravstveno oskrbo nekaterih drugih držav, ki nam lahko ponudijo vpogled v izzive pri vpeljavi.

PREDSTAVITEV MODELA BUURTZORG

Model nizozemske organizacije Buurtzorg so ustanovili leta 2006. Do leta 2022 je imel več kot 10000 medicinskih sester v 900 timih, za katere je skrbelo le 50 administrativnih delavcev in dva direktorja. Model se je že razširil na Švedsko, Japonsko, Združene države Amerike, Kitajsko, Avstralijo, Avstrijo, Belgijo, Kanado, Nemčijo, Švico, Škotsko in Južno Korejo (Bernstein et al., 2022). Vsak tim je avtonomen in sam upravlja organizacijo svojega dela. Sestavljen je iz 10-12 medicinskih sester, ki skupaj skrbijo za 40-60 pacientov (Nandram, 2015).

Model deluje po načelu »človečnost pred birokracijo«, kar zelo vpliva na paciente in negovalce v dolgotrajni oskrbi (Kreitzer et al., 2015). Vključeni ljudje so s tem modelom lahko dlje časa zdravljeni doma, kar pomeni, da blaga poslabšanja kroničnih bolezni zdravijo doma in ne v bolnišnicah (Drennan et al., 2017). Prav tako sistem v ospredje postavlja pacienta: ena medicinska sestra je zadolžena za enega pacienta in vse njegove potrebe, posamezne težave pa se ne delijo na več vlog (zdravnik, medicinska sestra, socialna delavka ...). Medicinska sestra sama upravlja svoj čas in aktivnosti, ki jih mora tisti dan opraviti. (Kreitzer et al., 2015). Model temelji na načelih zaupanja, samostojnosti, ustvarjalnosti, preprostosti in sodelovanja, kar se odraža v zelo uspešni in učinkoviti oskrbi, zadovoljnih pacientih in navdušenih medicinskih sestrah (Monsen & De Blok, 2013).

Model Buurtzorg vključuje več pomembnih značilnosti. Prva so samoorganizirani, majhni, avtonomni timi, kjer so medicinske sestre odgovorne za vse vidike oskrbe svojih pacientov. To vključuje tako klinične naloge kot administrativno delo in načrtovanje oskrbe (Monsen & De Blok, 2013). Druga značilnost je holističen pristop k oskrbi, kar pomeni, da se osredotoča na vse potrebe pacientov, vključno s socialnimi in psihološkimi vidiki, ne le na njihove zdravstvene potrebe (Gray et al., 2015). Tretja značilnost je integracija z lokalno skupnostjo. Sodelovanje timov se dogaja tudi na nivoju lokalnih virov in skupnosti, s prostovoljci in družinskimi člani pacientov, kar omogoča boljše razumevanje in zadovoljitev potreb pacientov (Kreitzer et al., 2015). Četrta je uporaba tehnologije. Buurtzorg uporablja napredne informacijske tehnologije, kot je sistem BuurtzorgWeb, ki omogoča enostavno komunikacijo med člani tima in učinkovito upravljanje oskrbe. Peta značilnost je usmerjenost v paciente, kjer je pacient v ospredju tudi v vsakdanji praksi in ne le na papirju. Model stremi k temu, da pacientom omogoči čim večjo avtonomijo in jih opolnomoči z vključitvijo v proces odločanja o lastni oskrbi (Nandram, 2015). Buurtzorg dosega finančno vzdržnost z zmanjšanjem nepotrebnih administrativnih stroškov in optimizacijo delovnih procesov. To omogoča večjo učinkovitost pri uporabi razpoložljivih virov (Gray et al., 2015). Model prav tako skrbi za visoko kakovost oskrbe in zadovoljstvo zaposlenih s spodbujanjem stalnega izobraževanja in strokovnega razvoja medicinskih sester (Kreitzer et al., 2015).

POMEN SAMOVODENJA

Značilnosti modela, ki smo jih opisali, se pozitivno odražajo v vsakdanji praksi medicinskih sester, zaradi česar je njihovo delo lažje in učinkovitejše. Pomen samovodenja se odraža na več

ravneh. Medicinske sestre niso vezane na rigidne urnike ali standardizirane postopke, ki so značilni za bolj tradicionalne modele zdravstvene oskrbe, ampak same določajo, kako bodo izvajale oskrbo. Same zastavijo cilje pri posameznem pacientu, in sicer vse od začetnega ocenjevanja potreb pacientov do izvajanja zdravstvenih in negovalnih storitev ter spremljanja napredka (Monsen & De Blok, 2013). Same opravljajo tudi administrativne naloge, ki vključujejo načrtovanje obiskov, vodenje evidenc in komunikacijo z drugimi zdravstvenimi delavci ter sorodniki pacientov (Kreitzer et al., 2015). Ta samostojnost pri delu zmanjšuje potrebo po srednjem menedžmentu in birokraciji, kar omogoča bolj neposredno in učinkovito oskrbo.

Delež ljudi, ki skrbi za delovanje sistema, je bistveno manjši od deleža zaposlenih, ki storitve dejansko opravljajo, v primerjavi z našimi sistemi, kjer je delež menedžmenta in podpornega kadra bistveno večji. Pomembni komponenti delovanja modela sta komunikacija in sodelovanje znotraj tima. Člani tima redno organizirajo sestanke, kjer razpravljajo o napredku pacientov, delijo izkušnje in znanje ter se dogovarjajo o najboljših pristopih k oskrbi. S tem ustvarjajo podporno delovno okolje. Medicinske sestre se počutijo vključene in cenjene (Nandram, 2015). Avtonomija timov omogoča tudi večjo prilagodljivost in odzivnost pri oskrbi pacientov (Gray et al., 2015). Medicinske sestre lahko hitro reagirajo na spremembe v zdravstvenem stanju pacientov in prilagodijo načrt oskrbe glede na nove potrebe. To pomeni, da lahko pacientom zagotavljajo boljšo in bolj prilagojeno oskrbo, kar prispeva k boljšim zdravstvenim izidom in večjemu zadovoljstvu pacientov (Kreitzer et al., 2015).

Pomemben prispevek k poenostavitvi dela je tudi lastna mobilna tehnologija, ki omogoča dostop preko mobilnih naprav, beleženje podatkov in komunikacijo. Sistem omogoča natančno spremljanje in beleženje vseh vidikov oskrbe, kar prispeva k boljši dokumentaciji in transparentnosti. Zasnovan je digitalno in v enostavni obliki, kar medicinski sestri ne vzame veliko časa in ga lahko zato več nameni pacientu. Poleg tega mobilni sistem omogoča sistemsko spremljanje kakovosti oskrbe, kar lahko pomeni hitrejše odkrivanje in odpravljanje morebitnih težav ali pomanjkljivosti (Kreitzer et al., 2015). Tak model bi v slovenski zdravstveni sistem sprva lahko vpeljali v obliki dolgotrajne oskrbe, kasneje pa bi posamezne značilnosti lahko prilagodili tudi za druge dele zdravstvene nege.

IMPLEMENTACIJA

Za države Evropske unije so značilni različni modeli dolgotrajne oskrbe z različnimi stopnjami vključenosti države in družine v oskrbo. Slovenija spada med države z dobro razvito namensko oskrbo starejših. Oskrba na domu je sicer vpeljana, vendar se še razvija (Hudobivnik, 2020).

V državah, kjer so uvedli spremembe po načelu Buurtzorga, so ugotovili, da je sistem pozitivno vplival na paciente, medicinske sestre, zdravnike in ostale zdravstvene delavce. Težave so se pokazale pri konceptu samokontrole tima v večji birokratski zdravstveni organizaciji. Izven Nizozemske imajo države težave z implementacijo predvsem zaradi nepovezanosti bolnišnic in zato nepripravljenosti sprejemanja inovacij. Problem so tudi proračunski sistemi, ki so zastareli in preprečujejo agilnost ter odzivnost na novejšo tehnologijo (Drennan et al., 2017).

Na podlagi izkušenj drugih držav lahko predpostavljamo, da bi bila implementacija sprememb po modelu Buurtzorg v slovenski zdravstveni sistem sicer zahtevna in dolgotrajna, a je tudi vpeljava v nizozemski sistem bila drzna odločitev. Ustanovitelj modela Buurtzorg se drži načela, da je stvari treba poenostaviti, s čimer je dosegel velik uspeh (Monsen & De Blok, 2013). Sklepamo lahko, da bi tudi pri nas bila mogoča vpeljava učinkovitejšega sistema z manj komplikacij in birokracije.

DISKUSIJA

Model Buurtzorg in samovodenje ne izboljšujeta le učinkovitosti in kakovosti oskrbe, temveč odpirata tudi vrata preobrazbi vodenja v zdravstveni negi. Model ustvarja delovno okolje, kjer lahko zaposleni optimalno izkoristijo svoje strokovne kompetence in ustvarjalnost. Izboljšuje oskrbo pacientov in hkrati zmanjšuje administrativne stroške ter absentizem zaposlenih in povečuje njihovo zadovoljstvo. To vodi v izjemne rezultate v primerjavi z drugimi modeli dolgotrajne oskrbe (Drennan et al., 2018). Opazno je tudi večje zadovoljstvo pacientov, saj so opazili boljšo komunikacijo z medicinskimi sestrami in večjo vključenost v načrtovanje oskrbe. Pomemben dejavnik je tudi kontinuiteta oskrbe, kjer pacienti pogosto srečujejo iste medicinske sestre, kar jim omogoča, da z njimi razvijejo odnose, ki pripomorejo h koordinirani oskrbi (Kreitzer et al., 2015).

Dokazano je, da opolnomočenje medicinskih sester izboljša oskrbo stanovalcev in splošno zadovoljstvo, vendar pa izvajanje samovodenja zahteva, da vodstvo vlaga čas v povratne informacije in sestanke. Oskrbovanci redko sodelujejo pri odločitvah povezanih z delom, s samovodenjem pa bi jim to omogočili, kar bi privedlo do večjega zadovoljstva pri delu in manjše fluktuacije delavcev (Kreitzer, et.al, 2015). Tudi Malik in Shankar (2023) sta v raziskavah dokazala, da je spodbujanje okolja, ki temelji na zaupanju, bistvenega pomena za zagotavljanje učinkovitih storitev. Za izboljšanje zdravstvene nege so pomembne samostojnost, pronicljivost in inovativnost, predvsem pri oblikovanju delovnih mest zdravstvene nege in ustrezne dejavnosti usposabljanja, obogatitve dela in smiselnosti dela z mehkejšimi vidiki oskrbe. Takšen pristop svetujejo tudi pri oskrbi na domu za razbremenitev zdravstvenega sistema.

Jos de Blok, ustanovitelj modela Buurtzorg, je vedel, da je sistem treba poenostaviti, da bodo medicinske sestre učinkovitejše. Ravno to je naredil z modelom samorganiziranih timov. Vsak zaposleni lahko zaradi samovodenja opravi svoje delo in razvija svoje sposobnosti ter veščine. De Blok je bil prepričan, da so profesionalci na delovnem mestu dovolj odgovorni in kompetentni, da sami vedo, kdaj je potrebna kakšna oskrba, brez poslovodje, ki jih nadzira. Ta stopnja zaupanja na delovnem mestu je razlog, da so zaposleni srečnejši in učinkovitejši. Oskrba pacientov pa je posledično bolj osebna in manj birokratska. Tradicionalna ureditev veleva hierarhijo, ureditev samovodenja pa spodbuja posameznikove sposobnosti in jih nagraduje.

Omejitev proučevanega problema so različna organizacija zdravstvenega sistema na Nizozemskem in v Sloveniji. Proučiti bi bilo treba vse ravni zdravstvenega sistema vključno z institucionalnim varstvom. Smiselno bi bilo vključiti poglobljene intervjuje in fokusne skupine vpletenih ter morebitne pilotne projekte, ki temeljijo na obravnavanem ne-voditeljskem modelu. Tehnološke rešitve vpeljave sistema Buurtzorg v naš zdravstveni sistem niso bile poglobljeno obravnavane, saj presegajo namen prispevka. Pomembno pozornost bi lahko namenili povezovanju samoorganiziranih timov z digitalnimi orodji, saj takšne rešitve okrepijo celostno obravnavo pacientov.

ZAKLJUČEK

Model samovodenja v zdravstveni negi, kot ga predstavlja nizozemski model Buurtzorg, se izkazuje za izjemno učinkovit pristop k zagotavljanju kakovostne oskrbe, ki je usmerjena v pacienta. Samoorganizirani, avtonomni timi, ki so odgovorni za celovit pristop k oskrbi pacientov, omogočajo boljšo prilagodljivost, večjo učinkovitost in višjo raven zadovoljstva tako pri pacientih kot zaposlenih. Implementacija tovrstnega modela v Sloveniji, predvsem v sektorju dolgotrajne

oskrbe, bi lahko pomenila pomemben korak k izboljšanju kakovosti storitev in zmanjšanju administrativnih obremenitev ter s tem k potrebni spremembi organizacije dela zdravstvene nege. Kljub izzivom, kot sta prilagoditev obstoječih regulativnih okvirov in vpeljava podpore na ravni sistema, bi bila uvedba tega modela v Sloveniji potencialno zelo koristna, zlasti ob upoštevanju pozitivnih izkušenj drugih držav, kjer je model že bil vpeljan. Za uspešno uvedbo je ključnega pomena vzpostavitev kulture zaupanja, ustrezna izobraževanja ter uporaba napredne tehnologije, ki bi omogočila učinkovito spremljanje in obvladovanje oskrbe. Prvi korak bi bil implementacija sistema v dolgotrajno oskrbo, kasneje pa še razširitev na druge ravni zdravstvene nege. Čeprav nekatera vprašanja ostajajo odprta, se nanašajo predvsem na implementacijo samovodenja v zdravstveno nego v Sloveniji in ne na vprašanje smiselnosti uvedbe samovodenja.

LITERATURA

- Bernstein, E., Sandino, T., Minnaar, J. in Lobb, A. (2022). *Buurtzorg case*. <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=62594>.
- Drennan, V. M., Calestani, M., Ross, F., Saunders, M. in West, P. (2018a). Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ open*, 8(6), e021931.
- Drennan, V., Ross, F., Calestani, M., Saunders, M. in West, P. (2018b). Learning from an early pilot of the Dutch Buurtzorg model of district nursing in England. *Primary Health Care*, 28(6), 23–25.
- Gori, C., Fernández, J.-L., & Wittenberg, R. (Eds.). (2016). *Long-term care reforms in OECD countries*. Bristol University Press.
- Gray, B. H. G., Sarnak, D. O. S. in Burgers, J. S. B. (2015). *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model>
- Hudobivnik, T. (2020). Kako do kakovostne in dostopne dolgotrajne oskrbe? Inštitut Antona Trstenjaka. <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-73KOIYHS/df6f15b-6410-4308-b994-f5d7c74a9f47/PDF>
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S. in De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40–44.
- Malik, E., & Shankar, S. (2023). Empowering nurses: exploring self-managed organizations in Indian healthcare. *BMC nursing*, 22(1), 477.
- Monsen, K. A. in De Blok, J. (2013). Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. *Creative Nursing*, 19(3), 122– 127.
- Nandram, S. (2015). 'Buurtzorg': A Case of Being-Centredness as Example of an Organic Worldview for Corporate Peace. V L. Bouckaert in M. Chatterji (ur.), *Contributions to Conflict Management, Peace Economics and Development*, (str. 333–349). Emerald Group Publishing Limited.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ. (2021). Zdravstveno varstvo na primarni ravni. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/03/5.2_Patronaza_2021_pregledano.pdf

Biljana Gaberc, dipl. m. s., mag. bioinf.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

biljana.gaberc@gmail.com

UPORABA PSIHO SOCIALNIH PODATKOV ZA OCENJEVANJE PREOBREMENJENOSTI DELAVCEV V ZDRAVSTVENI ORGANIZACIJI

Use the psychosocial data for assessing worker overload in a Health Care Organization

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

444

1 5 . K O N G R E S

IZVLEČEK

Uvod

Počutje delavca na delovnem mestu je izrednega pomena, saj le to vpliva na delovno storilnost in na kakovost opravljenega dela. Psihosocialna tveganja na delovnem mestu imajo pomemben vpliv na počutje in storilnost dela vsakega zaposlenega. Kadar se ta psihosocialna tveganja kažejo kot stres, preobremenjenost, izgorevanje, povečan absentizem in fluktuacija, je pomembno zgodnje odkrivanje, preprečevanje in obvladovanje le teh. Povečujejo verjetnost za zdravstvene težave pri zaposlenih kot preobremenjenost, stres, izgorevanje, odsotnost z dela, s tem pa tudi povečujejo k zmanjšani učinkovitosti in storilnosti na delovnem mestu in povečanju težav pri usklajevanju dela z družinskimi obveznostmi. Namen raziskave je ugotoviti stopnjo tveganja za razvoj težav, povezanih s psihosocialnimi dejavniki pri zaposlenih v zdravstveni organizaciji. Raziskava temelji na kvantitativni metodi dela. Raziskava je potekala med zdravstvenim osebjem zaposlenim v šestih enotah zdravstvenega doma v severovzhodnem delu

Slovenije v času od avgusta do septembra 2017. Uporabljeno je bilo prosto dostopno orodje za obvladovanje psihosocialnih tveganj in zdravstvenega absentizma – Orodje za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma (OPSA), ki je bilo razvito s strani Družbenomedicinskega inštituta, Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU). Orodje OPSA vključuje vprašalnik ter Excelovo datoteko za zbiranje in avtomatsko obdelavo zbranih podatkov. Vključenih je bilo 107 zaposlenih (zdravnikov in medicinskih sester), ki so v raziskavi sodelovali na prostovoljni bazi. Uporabljena je bila deskriptivna in raziskovalna metoda.

Rezultati

Rezultati raziskave so pokazali, da so delavci preobremenjeni na delovnem mestu. Na področju vloge in odgovornosti se je pokazalo visoko psihosocialno tveganje, na področju delovne obremenitve in hitrosti poteka dela pa povečano tveganje za delavce v proučevani organizaciji. Rezultati OPSA profila kažejo tudi, da v organizaciji obstaja povečano tveganje na področju obremenitev, medsebojnih odnosov pri delu ter na področju psihofizičnega stanja. **Diskusija in zaključek:** Obvladovanje in preprečevanje psihosocialnih tveganj je ključnega pomena za izboljšanje zadovoljstva zaposlenih v delovnem okolju. Poudarek bi moral biti na ozaveščanju zaposlenih o tveganjih ter na izvajanju promocije zdravja na delovnem mestu.

Ključne besede: obremenjenost na delovnem mestu, psihosocialno tveganje, delovno okolje, OPSA orodje, zdravstvena organizacija

ABSTRACT

Introduction: The well-being of a worker in the workplace is of utmost importance, as it directly influences work productivity and the quality of performed tasks. Psychosocial risks in the workplace have a significant impact on the well-being and productivity of each employee. When these psychosocial risks manifest as stress, overload, burnout, increased absenteeism, and turnover, early detection, prevention, and management are crucial. They increase the likelihood of health problems among employees, such as overload, stress, burnout, and absenteeism, which in turn lead to reduced efficiency and productivity in the workplace, as well as increased difficulties in balancing work and family obligations. **Objective:** The objective of the study is to determine the level of risk for developing issues related to psychosocial factors among employees in a healthcare organization. The study is based on a quantitative research method. The research was conducted among healthcare staff employed in six units of a healthcare center in the northeastern part of Slovenia from August to September 2017. A freely available tool for managing psychosocial risks and health-related absenteeism—the OPSA tool was used. This tool was developed by the Institute of Social Medicine at the Research Center of the Slovenian Academy of Sciences and Arts. The OPSA tool includes a questionnaire and an Excel file for data collection and automatic processing of the gathered information. A total of 107 employees (doctors and nurses) participated in the study on a voluntary basis. Statistical analysis was performed using the IBM SPSS V24 software package and Microsoft Office Excel 2007. **Results:** The study results indicate that workers are overloaded in the workplace. A high psychosocial risk was identified in the area of roles and responsibilities, while an increased risk was observed in terms of workload and the speed of work processes for employees in the examined organization. The OPSA profile results also show that there is an increased risk within the organization in terms of workload, interpersonal

relationships at work, and the psycho-physical condition of employees. **Discussion and conclusion:** Managing and preventing biopsychosocial risks is crucial for improving employee satisfaction in the work environment. The emphasis should be on raising awareness among employees about these risks and on implementing workplace health promotion initiatives.

Keywords: workplace overload, psychosocial risk, work environment, OPSA tool, healthcare organization.

UVOD

Tako kot delo pa je pomembno tudi delovno okolje, ki vpliva na počutje in s tem posledično tudi na kakovost in produktivnost samega dela. Za dobro počutje na delovnem mestu so zato pomembni kakovost in varnost okolja, počutje delavcev na delovnem mestu in organizacija dela. Obstaja kar nekaj opredelitev dobrega počutja na delovnem mestu, a najpomembnejše je zdravo, varno in produktivno delo (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2025). V vsaki organizaciji sta zelo pomembna zadovoljstvo zaposlenih ter organizacijska klima, saj oboje prinaša zadovoljstvo v organizaciji, prispevek k boljšim rezultatom, povečanje delovne storilnosti, s tem pa tudi zaupanje in medsebojno sodelovanje. Ker je uspešnost organizacije vedno bolj pod pritiski zaradi konkurence, prihaja do slabih odnosov med delavci, nadrejeni pa zaposlenim postavljajo vedno večje zahteve. Najpogostejši dejavniki, ki vodijo do psihosocialnih tveganj za zdravje na delovnem mestu, so predvsem prekomerne delovne obremenitve, nasprotujoče si zahteve, nejasnosti glede vlog, premalo medsebojnega sodelovanja, pomanjkanje vpliva na način dela, pomanjkljiva in neučinkovita komunikacija, premalo podpore s strani nadrejenih, slaba organizacija dela, psihično, spolno nadlegovanje, nasilje, diskriminacija (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2022).

Leta 2020 je kar 58,5 % zaposlenih v teh dveh sektorjih (v primerjavi s 44,6 % vseh zaposlenih) poročalo o izpostavljenosti dejavnikom, ki lahko negativno vplivajo na njihovo duševno zdravje, kar jih uvršča na prvo mesto med vsemi sektorji (Eurostat, 2021).

V prispevku predstavljamo rezultate raziskave o obremenjenosti zdravstvenega osebja v enem izmed zdravstvenih domov v severovzhodnem delu Slovenije.

Proučevali smo stopnjo tveganja za razvoj preobremenjenosti med zaposlenimi v proučevani organizaciji. Oblikovali smo naslednje hipoteze:

H1: Med sodelavci je napet odnos.

H2: Delavci menijo, da za napredovanje na delovnem mestu dobijo premalo spodbud ter se srečujejo z ovirami pri napredovanju.

H3: Delavci samoocenjujejo, da so preobremenjeni pri opravljanju svojega dela.

H4: Za načine reševanja preobremenjenosti je v organizaciji dobro poskrbljeno.

H5: Med nadrejenimi oziroma vodstvom in delavci je premalo komunikacije in zaupanja.

METODE

Uporabljeno je bilo prosto dostopno orodje za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absenzizma – (orodje OPSA), ki je bilo razvito s strani Družbenomedicinskega inštituta Znanstveno raziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Orodje OPSA je zasnovano

tako, da meri obremenitve zaposlenih na 17 različnih področjih, s katerimi se pridobi natančen vpogled v izvore, obseg in intenziteto psihosocialnih tveganj, hkrati pa je na podlagi orodja mogoče izdelati nabor ukrepov in z njimi povezanih dejavnosti, kot jih narekujejo sodobne smernice na področju obvladovanja psihosocialnih tveganj (Zorjan S., Cukut Krilić S. & Šprah L., 2016). Pomembnost orodja je, da se stanje posameznika upošteva za obdobje zadnjih 12 mesecev.

Raziskavo je potekala v šestih enotah v enem od zdravstvenih domov v severovzhodnem delu Slovenije, od avgusta do septembra 2017. OPSA vprašalnik (Šprah & Dolenc, 2014) je bil razdeljen zdravnikom in medicinskim sestram, ki so bili v času izvajanja raziskave prisotni na delovnem mestu v enotah, vključenih v raziskavo. Razdeljenih je bilo 120 vprašalnikov, od katerih smo dobili vrnjenih 107 vprašalnikov (89 %). Osnovno omejitev je predstavljala težava pri anketiranju, saj je vprašalnik precej obsežen.

Vprašalnik je izpolnilo 97 (91 %) žensk in 10 (9 %) moških, od tega 14 (13 %) zdravnikov in 93 (87 %) medicinskih sester. Anketni vprašalnik je bil razdeljen na dveh lokacijah, in sicer področje centra, ki je zajelo 77 (72 %) anketirancev, in področje okolice, kjer je sodelovalo 30 (28 %) anketirancev. Starostna sestava zaposlenih je bila naslednja: 30 (28 %) anketirancev v starostni skupini med 31 in 40 let ter med 51 in 65 let; 23 (21 %) anketiranih, starih med 18 in 30 let ter starih med 41 in 50 let. Le en anketiranec je bil star nad 65 let (1 %).

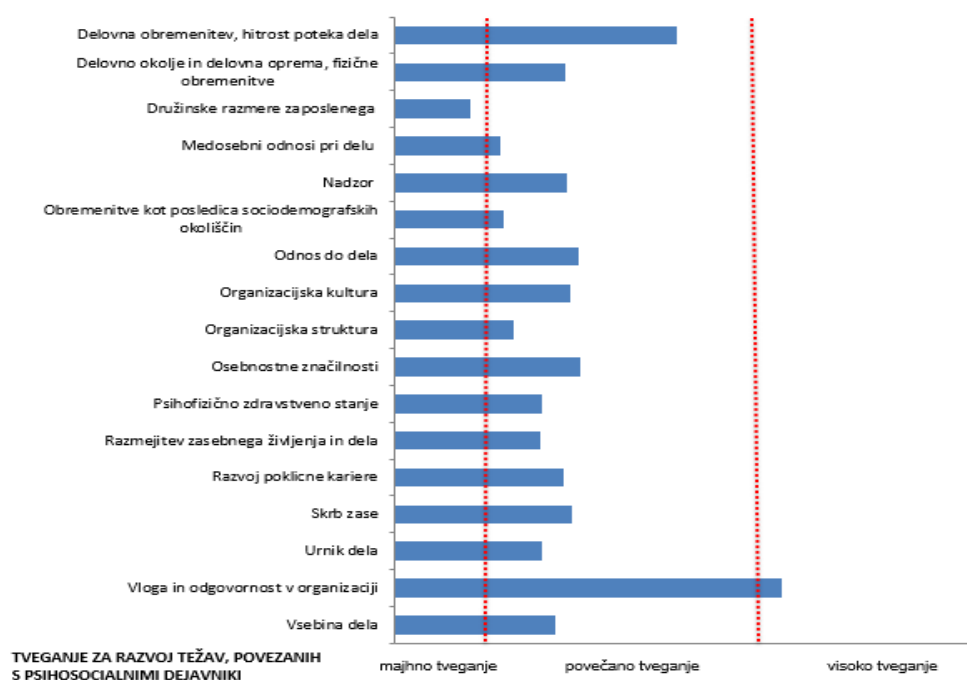
Za statistično analizo podatkov in predstavitev dobljenih rezultatov smo uporabili programsko orodje IBM SPSS V24 (Statistical Package For Social Science) in Microsoft Office Excel 2007.

Ocene strinjanja anketirancev s posameznimi trditvami oz. s skupino trditev smo primerjali s srednjo oceno po 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer smo uporabili Wilcoxonov test predznačenih rangov. Za kriterij statistične značilnosti smo izbrali $p < 0,05$.

Na osnovi ugotovitev analize podatkov z orodjem OPSA je možno oblikovanje specifičnih in usmerjenih ukrepov za obvladovanje psihosocialnih tveganj glede na izmerjeno stanje. Ukrepi se oblikujejo na podlagi izbranih rezultatov na treh ravneh (majhno, povečano in visoko tveganje). Z orodjem OPSA se tako pridobi natančen vpogled v izvore, obseg in intenziteto psihosocialnih tveganj, hkrati pa je mogoče izdelati izbiro ukrepov ter z njimi povezanih dejavnosti. Prednosti orodja OPSA so v tem, da je na podlagi analize teh psihosocialnih obremenitev možno oblikovati ukrepe za obvladovanje teh obremenitev (Zorjan, Cukut Krilić & Šprah, 2016).

REZULTATI

Anketiranci so v drugem delu vprašalnika ocenjevali strinjanje s trditvami na osnovi 5-stopenjske Likertove lestvice. Rezultati so zaradi nenormalne porazdelitve prikazani kot mediana (95-% interval zaupanja (IZ) za mediano). Kot mejno vrednost za strinjanje/nestrinjanje s trditvijo smo uporabili srednjo vrednost.



Slika 1: Profil OPSA za poklicno skupino - medicinske sestre in zdravniki

Ugotovili smo visoko tveganje na področju vloge in odgovornosti v organizaciji. Za povečano tveganje so bili vključeni faktorji delovne obremenitve ter hitrost poteka dela, na področju obremenitev, medsebojnih odnosov pri delu ter na področju psihofizičnega stanja, kjer se vidi, da je na področju psihofizičnega stanja tveganje nekoliko bolj povečano.

V Tabeli 1 so predstavljeni rezultati trditev, ki so vezane na ovrednotenje zgoraj navedenih hipotez.

Tabela 1: Opis rezultatov vprašalnika OPSA

Vprašanje	Trditev	Mediana (95 % IZ)
5	Odnos s sodelavci je napet in konflikten.	1 (1,1)
2	Malo spodbud za napredovanje.	3 (2,3)
35	Ovirano napredovanje.	3 (2,3)
15	Obremenjenost delavcev:	
17	več nalog hkrati,	
23	čustveno obremenjujoči pogovori s pacienti,	4,3 (4,0; 4,6)
23	velik obseg dela.	
44	Premalo ukrepov pri skrbi za zdravje in varnost.	2 (1,2)
55	Premalo ukrepov pri zmanjševanju poklicnega stresa.	2 (2,3)
4	Med vodstvom in zaposlenimi je malo komunikacije in zaupanja.	2 (1,2)
8	Malo povratnih informacij o opravljenem delu.	2 (2,3)

Na osnovi Wilcoxonovega testa predznačenih rangov smo ugotovili, da je mediana (1 (1,1), 95 % IZ) ocene odnosa s sodelavci statistično značilno nižja od srednje ocene 3 ($W = 0,000$; $p < 0,001$), kar nakazuje na to, da delavci odnosov s sodelavci ne ocenjujejo kot pretirano napete.

Mnenje o možnostih, spodbudah in mogočih ovirah pri napredovanju na delovnem mestu so delavci ocenili z oceno 1, pri mediani 3 (2, 3) s 95 % IZ, ki je prav tako statistično značilno nižja od ocene 3 ($W = 0,000$; $p < 0,001$).

Za oceno obremenjenosti delavcev smo uporabili tri trditve (15, 17 in 23), katerih vrednosti smo povprečili za vsakega anketiranca. Mediana nove izpeljane spremenljivke znaša 4,3 (4,0; 4,6) s 95 % IZ. Statistično značilen rezultat ($W = 0,000$; $p < 0,001$) potrjuje naše domneve, da so delavci pri opravljanju svojega dela v proučevani organizaciji preobremenjeni.

Skrb za izvajanje ukrepov za zmanjševanje obremenjenosti delavcev so anketiranci ocenili z dvema vprašanjema (44 in 55). Za ovrednotenje te hipoteze smo prav tako upoštevali strinjani z obema trditvama, kjer mediana ocene znaša 2 (1, 2) s 95 % IZ. Rezultat Wilcoxonovega testa kaže, da se zaposleni s tema trditvama ne strinjajo v veliki meri ($W = 0,000$; $p < 0,001$).

Komunikacijo z nadrejenimi oz. vodstvom organizacije so delavci ocenjevali na osnovi dveh trditev (4 in 8). Mediana ocene ustreznosti dveh trditev znaša 2 (2, 3). Tudi ta statistično značilen rezultat, ki je tudi nižji od ocene 3 ($W = 0,000$; $p < 0,001$), nakazuje, da delavci komunikacije z nadrejenimi oz. z vodstvom ne označujejo kot slabo.

DISKUSIJA

S pomočjo orodja OPSA smo analizirali obremenjenost zaposlenih v proučevani zdravstveni organizaciji. Ugotovili smo, da obstaja tveganje za razvoj težav, povezanih s psihosocialnimi dejavniki, kjer na področju vloge in odgovornosti obstaja visoko tveganje; na področju delovne obremenitve ter hitrosti poteka dela, na področju obremenitev, medsebojnih odnosov pri delu ter na področju psihofizičnega stanja pa obstaja povečano tveganje.

Prav tako smo ugotovili, da odnosi med delavci niso napeti ter da ne primanjkuje spodbud za napredovanje na delovnem mestu. Na osnovi teh rezultatov smo zavrnilo hipotezi H1 in H2. Delavci sicer ugotavljajo, da so preobremenjeni, a so mnenja, da je za ukrepe znotraj organizacije dobro poskrbljeno, na osnovi česar potrdimo hipotezi H3 in H4. Prav tako komunikacije z nadrejenimi oz. vodstvom ne ocenjujejo kot slabe, na osnovi česar smo zavrnilo hipotezo H5.

S pomočjo OPSA orodja smo iz rezultatov anketiranja dobili tudi predlagane ukrepe glede na določena tveganja za razvoj težav, povezanih s psihosocialnimi dejavniki. Za postavitev ustreznih ukrepov bo potrebna še natančna analiza zdravstvenega stanja zaposlenih, ki jo bomo pridobili od specialista medicine dela, prometa in športa. Na podlagi te analize, analize bolniške odsotnosti, analize raziskave o zadovoljstvu zaposlenih (ki jo izvaja organizacija) ter naše analize podatkov bomo s pomočjo vodstva zavoda ter svetovalca promocije zdravja, vključno s službo za promocijo zdravja izvedli delavnice tekom leta. Te delavnice bodo vsebovale področja komunikacije, obvladovanja konfliktov, spoprijemanja s stresom, tehnike sproščanja, promocije zdravja in dejavnikov tveganja, o zdravem življenjskem slogu ter psihoterapije (kognitivne in vedenjske tehnike). Izvedli bomo tudi družabna srečanja in izlete, športne dogodke in tečaje, tedenske in mesečne rekreativne dejavnosti. Potrebna bo organizacija mesečnih sestankov in izvajanje rednih letnih razgovorov. Izvedla se bo organizacija svetovalne službe ter posluževanja mediacijske pisarne. Upoštevati se bo morala individualna pomoč, vpeljati in razviti sistem nagrajevanja, omogočati mentorstva zaposlenim, motivirati zaposlene k pozitivnemu razmišljanju, sodelovati pri izboljšavah, upoštevati mnenja zaposlenih, zagotoviti ustrezno razpoložljiv kader in spremljati stres. Za zaposlene, ki so preobremenjeni in z visoko stopnjo

psihosocialnega tveganja bo potrebna tudi prilagoditev delovnega mesta, pa tudi reorganizacija dela. Zaposleni v sektorju zdravstva in socialnega varstva so pogosto bolj izpostavljeni psihosocialnim tveganjem.

Vsi ti omenjeni ukrepi so se v zadnjih letih tudi osredotočili na zaposlene, vendar ni opaziti bistvene razlike glede na trenutno situacijo v zdravstvu. Izvesti bi se morala ponovno anketa za zaposlene, da bi se lahko ugotovilo, koliko se je oziroma, če se sploh je spremenila obremenjenost zaposlenih. Menim, da bo preobremenjenost vedno večja, saj postaja vedno večji problem zaposlovanja tega kadra. Poudarek je predvsem v zaposlovanju dodatnega kadra, spremembi normativov, motiviranju kadra in spremembi finančne politike.

ZAKLJUČEK

Delovno okolje in z njim povezani dejavniki tveganja imajo na delavca zelo velik vpliv, kar so pokazali tudi rezultati naše raziskave. Na področju vloge in odgovornosti se je pokazalo visoko psihosocialno tveganje, na področju delovne obremenitve in hitrost poteka dela pa povečano tveganje za delavce o organizaciji. Rezultati OPSA profila kažejo tudi, da v organizaciji obstaja povečano tveganje na področju obremenitev, medsebojnih odnosov pri delu ter na področju psihofizičnega stanja. Pomembni so predvsem ukrepi, usmerjeni v zgodnje prepoznavanje, obvladovanje in preprečevanje teh tveganj. V kolikšni meri bo organizacija poskrbela za zdravo življenje delavcev v delovnem okolju z vključitvijo promocij zdravja, tako dobra bodo tudi produktivnost, učinkovitost in ne nazadnje tudi zdravje delavcev.

LITERATURA

- Eurostat. (2021). *Self-reported work-related health problems and risk factors - Key statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-reported_work-related_health_problems_and_risk_factors_-_key_statistics
- Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU_OSHA). (2025). *Psihosocialna tveganja in duševno zdravje pri delu*. <https://osha.europa.eu/sl/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- European agency for safety and health at work. (2022). *Psychosocial issues*. OSHwiki. https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_issues
- Šprah, L. & Dolenc, B. (2014). *OPSA vprašalnik*. ZRC SAZU. http://dmi.zrc-sazu.si/sites/default/files/opsa_vpra-salnik.pdf
- Zorjan S., Cukut Krilić S. & Šprah L. (2016). *Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma s pomočjo orodja e-OPSA*. ZRC-SAZU. <https://omp.zrc-sazu.si/zalozba/catalog/view/1012/4306/522>

Iza Repe, dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok
Oddelek za intenzivno terapijo
iza.repe@kclj.si

STRUKTURNE ZNAČILNOSTI ORGANIZACIJE IN NJIHOV POMEN ZA DELOVNO USPEŠNOST NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE

The structural characteristics of the
organisation and their relevance to nursing
performance in the intensive care unit

IZVLEČEK

Oddelek intenzivne terapije je organizacijska in prostorska enota, za katero veljajo specifični kriteriji za človeške, tehnološke in prostorske vire. Kompleksne potrebe kritično bolnih zahtevajo, da imajo medicinske sestre znanja in spretnosti ter posebne strokovne izkušnje, ki se navezujejo na zdravstveno negovalne in tehnološke zahteve oskrbe kritično bolnega.

Za delovanje in razvoj oddelka je izrednega pomena organizacijska struktura. Zaradi naraščajoče zahtevnosti delovnega mesta, hitrega razvoja tehnologije, zahtevnosti in obsežnosti področja intenzivne medicine, se je v zadnjih 30 letih organizacijska struktura na področju zdravstvene nege na Oddelku intenzivne terapije spremenila v funkcijsko. Opredelila so se različna

specifična področja in nosilci znotraj delovne organizacije, ki so odgovorni za področja in za prenos znanja in informacij, hkrati pa sprejemajo naloge in so odgovorni neposrednemu vodji. Vodenje pa prehaja iz linijskega v funkcionalnega.

Razvoj na področju stroke na Oddelku intenzivne terapije na Kliničnem oddelku za anesteziologijo operativnih strok v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana je bil v zadnjih letih zelo velik, na kar je vplivala tudi drugačna organizacijska struktura. Oddelek se lahko pohvali z uspehi na področju preprečevanja poškodb zaradi pritiska, preprečevanju pljučnic povezanih z mehansko ventilacijo, nizkemu številu katetrskih seps, večji udeležbi zaposlenih v zdravstveni negi na strokovnih seminarjih in z edinstvenim pristopom k usposabljanju novozaposlenih. Uspeh pa se kaže tudi v povečanem interesu mladih za delo v intenzivni terapiji.

Ključne besede: organizacija, vodenje, kritično bolni

ABSTRACT

The intensive care unit is an organisational and spatial unit subject to specific criteria for human, technological and spatial resources. The complex needs of the critically ill require that nurses have the skills and specific professional experience related to the nursing and technological requirements of critically ill care.

The organisational structure is of paramount importance for the functioning and development of the department. Due to the increasing complexity of the workplace, the rapid development of technology, the complexity and breadth of the field of intensive care medicine, the organisational structure in the field of critical care nursing in the ICU has changed over the last 30 years to a functional structure. Different specific areas have been identified and different actors within the work organisation have been identified who are responsible for the areas and for the transfer of knowledge and information, while at the same time taking on tasks and being accountable to the line manager. Leadership is moving from line management to functional management.

The professional development in the Department of Intensive Care Medicine at the Clinical Department of Anaesthesiology of Operative Disciplines at the University Medical Centre Ljubljana has been very significant in recent years, which has also been influenced by a different organisation. The department can boast successes in the prevention of pressure injuries, the prevention of mechanical ventilation-related pneumonia, low rates of catheter-related sepsis, increased participation of nursing staff in professional seminars and a unique approach to training new recruits. The success is also reflected in the increased interest of young people in working in intensive care.nal structure.

Key words: organisation, management, critically ill

UVOD

Organizacija je sistem ljudi z različnimi vlogami, odgovornostmi ali položaji, ki morajo delovati tako, da bi dosegli zastavljene cilje. Posamezne sestavine organizacije, ljudje, sredstva in viri pa so med seboj povezani. Organizacija je opredeljena s pravili, ki določajo položaj vsake osebe v strukturi in naloge, ki jih mora izvajati (Gholam, Mehrpour & Nikooravesh, 2016).

Organizacijska struktura obsega razporeditev, pristojnosti in odgovornosti, delitev dela ter obvladovanje procesov in sistemov, v najširšem pomenu pa povezovanje posameznikov in

skupin, ki si prizadevajo doseči določene cilje. Struktura je orodje za doseganje kratkoročnih in dolgoročnih ciljev organizacije. Organizacijska struktura se prikaže grafično v organizacijski shemi, oziroma organigramu (Gholam et al., 2016).

V organigramu so prikazani sestavni deli organizacije po različnih ravneh in formalne povezave med temi deli. Organizacijska shema prikazuje štiri temeljne informacije o organizacijski strukturi, in sicer naloge (prikazana so različna področja), porazdelitve nalog (prikaz odgovornosti za določeno področje dela), ravni menedžmenta in linije avtoritete (navpične povezave na shemi kažejo, kateri položaji so nadrejeni drugim). Iz organizacijske strukture je razvidno, kdo komu poroča o svojem delu ter na koga se lahko posameznik obrne v primeru težav. Z organigramom pa ni mogoče prikazati vsega, kar se v organizaciji dogaja, vseh komunikacijskih kanalov, kje se pojavijo ovire, stila vodenja (avtokratski, demokratični) (Kavčič, 1991 cited in Savičič, 2008).

Organizacijska struktura je temelj vsake organizacije in močno vpliva na uspešnost poslovanja. Če podjetje ni dobro organizirano, se lahko še tako trudi, pa rezultati ne bodo dobri. Na organizacijsko strukturo vplivajo cilji, strategija, okolje, tehnologija, velikost organizacije. Te spremenljivke so ključne in vsebinsko utemeljene ter označujejo celotno organizacijo in njen položaj (Gholam et al., 2016).

Namen prispevka je predstaviti strukturne značilnosti organizacije na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo v UKCL z osredotočenjem na organizacijsko strukturo zaposlenih v zdravstveni negi na Oddelku intenzivne terapije in opredeliti pomen le te za delovno uspešnost na področju zdravstvene nege.

ZNAČILNOSTI DELA ZDRAVSTVENE NEGE NA ODDELKU INTENZIVNE TERAPIJE

Medicinske sestre na oddelkih intenzivne terapije skrbijo za življenjsko ogrožene paciente z nestabilnim in hitro spremenljivim zdravstvenim stanjem, obravnava takih pacientov pa je usmerjena k preprečevanju zapletov. V teh okoljih se od njih zahteva stalen nadzor, hitra presoja situacije in ukrepanje. Za zdravljenje in nadzor zdravstvenega stanja se uporabljajo številna nadzorna merilna oprema. Ob uvedbi novih tehnologij in načinov zdravljenja postane zdravstvena nega še kompleksnejša (Sakuramoto et al., 2023).

Področje intenzivne zdravstvene nege je specifično v praksi, izobraževanju, vodenju, upravljanju in raziskovanju, še posebej zato mora biti organizacija urejena, pristojnosti in odgovornosti pa opredeljene znotraj organizacijske strukture (Sakuramoto et al., 2023).

PREDSTAVITE KLINIČNEGA ODDELKA ZA ANESTEZIOLOGIJO IN INTENZIVNO TERAPIJO OPERATIVNIH STROK V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok (KOAIT) deluje znotraj Kirurške klinike v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL).

KOAIT v UKCL je vodilna strokovna institucija za anesteziologijo in intenzivno terapijo v Republiki Sloveniji. KOAIT opravlja aktivnosti anestezije, urgentne anesteziološke dejavnosti, intenzivne terapije, terapije bolečine in respiratorne terapije. Na oddelku je zaposlenih več kot 450 ljudi in je največji klinični oddelek v okviru UKCL.

Na Oddelku intenzivne terapije (OIT) se zdravijo kritično bolni pacienti, pri katerih je prišlo do odpovedi enega ali več organskih sistemov in potrebujejo neprekinjen hemodinamski nadzor

ter invazivne terapevtske ukrepe. Glede na kategorizacijo zdravstvene nege so uvrščeni v IV. kategorijo in potrebujejo popolno pomoč pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, kontinuirano aplikacijo medikamentozne terapije in stalen nadzor nad vitalnimi funkcijami. Kompleksne potrebe kritično bolnih pacientov zahtevajo, da ima medicinska sestra specifična znanja in spretnosti ter posebne strokovne izkušnje za jasno in kritično presojo v okolju intenzivnega zdravljenja. Na OIT se zdravijo odrasli kirurški pacienti, ki so sprejeti zaradi nestabilnega zdravstvenega stanja ali velike nevarnosti hudega zapleta, oskrba poteka 24 ur na dan vse dni v letu.

OIT je specifična organizacijska in prostorska enota, za katero veljajo specifični kriteriji za človeške, tehnološke in prostorske vire, omogočena pa mora biti tudi možnost hitrih intervencij. Zagotovljena mora biti stalna dosegljivost konziliarnih specialistov različnih strok in neprekinjeno delovanje servisnih služb (laboratorij, rentgen, transfuzija, endoskopske preiskave). Za tako kompleksno in neprekinjeno zdravljenje, je potrebna ekipa interdisciplinarnega tima strokovnjakov: zdravnikov, diplomiranih medicinskih sester, respiratornih in lokomotornih fizioterapevtov in drugih (psihologi, klinični farmacevti).

OIT ima kapaciteto 20 posteljnih enot, na oddelku je zaposlenih 15 zdravnikov specialistov intenzivne medicine in 99 medicinskih sester ter štirje bolničarji. Delo opravlja tudi 12 študentov zaposlenih preko študentskega servisa. Medicinske sestre opravljajo tri izmensko delo. Trenutno so štiri medicinske sestre na porodniškem dopustu, pet jih dela s skrajšanim delovnim časom, dve medicinski sestri sta na kroženju na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in dnevno jih je devet v bolniškem staležu. 23 medicinskih sester je novozaposlenih do enega leta zaposlitve na OIT, osem je na usposabljanju iz drugih oddelkov Kirurške klinike in se bodo po končanem usposabljanju vrnila na matične oddelke. Osem jih še ne prevzema samostojno pacientov. Priporočen normativ Evropskega združenja za intenzivno medicino za nivo intenzivnega zdravljenja tretje stopnje je 6 medicinskih sester na pacienta v 24 urah. Na OIT je ob polni zasedenosti (20 posteljnih enot) doseženo stanje 3,5 medicinske sestre na pacienta v 24 urah.

Na OIT je na področju zdravstvene nege uporabljena funkcijska organizacijska struktura, ki je prikazana v Sliki 1.



Slika 1: Organigram v zdravstveni negi na Oddelku intenzivne terapije

Vir: Delokrogi zaposlenih v zdravstveni negi na Oddelku intenzivne terapije, KOAIT, 2024

Organigram prikazuje naloge in nosilce nalog. Organizacijska struktura prikazuje, da so ključne funkcije razporejene od zgoraj navzdol. Podfunkcije se delijo še na manjše naloge, za katere so zadolženi posamezni zaposleni. Za vse predvidene funkcije so opredeljeni delokrogi. Glede na način vodenja lahko govorimo o linijski organizacijski strukturi, pa tudi funkcionalni organizacijski strukturi.

Iz sheme organizacijske strukture pa ne moremo razbrati neformalnih razmerji in struktur, ki se tvorijo med člani organizacije.

DISKUSIJA

V prispevku so predstavljene strukturne značilnosti organizacije na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo v UKCL z osredotočenjem na organizacijsko strukturo zaposlenih v zdravstveni negi na Oddelku intenzivne terapije, saj je bil razvoj na področju stroke na področju zdravstvene nege v zadnjih letih zelo velik, na kar je vplivala tudi drugačna organizacijska struktura.

Organizacija je sistem ljudi in sredstev, ki morajo biti med seboj tako povezani, da dosežejo zastavljeni cilj in tako uresničijo namen dela (Grintal, 2011).

Proces oblikovanja organizacijske strukture se začne s postavitvijo ciljev organizacije, ki jih določi vodstvo oziroma lastnik. Organizacijsko strukturo oblikujejo naloge, nosilci nalog in njihova medsebojna razmerja. Organizacijska struktura ni stabilna in se spreminja s spreminjanjem dejavnikov v okolju in v organizaciji, tako lahko pride do preoblikovanja procesov ali dejavnosti v organizaciji. Organizacijska struktura se mora spremembam prilagoditi, če hoče še naprej organizirano in uspešno poslovati (Sikavica, 1991 cited in Bajželj, 2012). Prava organizacijska struktura je temelj podjetja. Če podjetje ni dobro organizirano, kljub trudu rezultati ne bodo najboljši (Bajželj, 2012).

Značilnosti zdravstvene nege znotraj OIT so zelo visoka stopnja delovne intenzivnosti, visoka stopnja pripadnosti zaposlenih, lojalnost, nevtralnost, nepristranskost, kompleksnost in odsotnost konkurence (Kamenšek, 2004). Raven menedžmenta je izvajalni menedžment, ki ga predstavljajo oddelčni zdravniki in timske medicinske sestre. Pomembna upravljalno-vodstvena funkcija je organiziranje odnosov med nosilci potrebnih nalog, ki v največji meri opredeljuje značilnosti organizacijske strukture. Navpično členjenje pa prikazuje delitev pristojnosti in odgovornosti (Požun, 2003).

Na OIT je na področju zdravstvene nege predpisana in potrjena funkcijska organizacijska struktura, ki deluje na principu razvejanosti ključnih funkcij od zgoraj navzdol. Posamezne funkcije delujejo na podlagi delegiranja nalog s strani vodje, hkrati pa so njihove naloge že opredeljene tudi v predpisanih delokrogih. Nadalje sledi delitev manjših nalog, za katere so zadolženi posamezni zaposleni, tudi te naloge so opredeljene v delokrogih.

Tako lahko govorimo o hierarhični linijski organizacijski strukturi vodenja, ki pa prehaja na funkcionalno organizacijsko strukturo, kar pomeni, da delavec lahko sprejema naloge od večjega števila vodji, kolikor je funkcij v organizaciji. Osnovne pomanjkljivosti takega vodenja so, da se vplivi vodilnih lahko prepletajo in podrejeni lahko dobijo več različnih navodil za izvedbo iste naloge.

Kljub temu, da je organizacija urejena centralizirano, se na takšen način kaže decentralizacija pristojnosti in večjo stopnjo delegirane pristojnosti skozi celotno organizacijo, od menedžerjev pa zahteva odločitve, kje in kdaj bodo delegirali, skrbno izbiro in usposabljanje osebja ter opredeljevanje ustrezne kontrole (Grintal, 2011).

Prednosti funkcijske organizacijske strukture se kaže v boljši preglednosti nad določenimi nalogami, posamezne funkcije se hitreje razvijajo, spodbuja se uresničevanje njihovih ciljev in tako se znotraj same organizacije hitreje pridobiva znanje. Usposabljanje in izobraževanje zaposlenih je tako poenostavljeno, hkrati pa je boljša opredelitev prednosti in položaja organizacije (Kramar, 2012 cited in Kancler, 2021).

Slabost take organizacije pa je, da so procesi lahko neusklajeni, nepovezani, zaposleni pa poznajo zgolj svoje naloge, zato je odzivni čas odločitev in sprejemanje novosti počasnejši, odgovornost pa pade le na vodilne v organizaciji. Kaže se velika potreba po usklajevanju in dopolnjevanju, kar se odraža v visokih stroških ali časovnih izgubah (Kramar, 2012 cited in Kancler, 2021).

ZAKLJUČEK

Za delovanje in razvoj oddelka je izrednega pomena organizacijska struktura. Zaradi naraščajoče zahtevnosti delovnih mest, hitrega razvoja tehnologije, zahtevnosti in obsežnosti področja intenzivne medicine, se je v zadnjih 30 letih organizacijska struktura na področju zdravstvene nege na Oddelku intenzivne terapije spremenila v funkcijsko. Opredelila so se različna specifična področja in nosilci področji znotraj delovne organizacije, ki so odgovorni za področje in za prenos znanja in informacij, hkrati pa sprejemajo naloge in so odgovorni neposrednemu vodji. Vodenje prehaja iz hierarhičnega v funkcionalnega in deligiranje postaja vse bolj decentralizirano.

Takšen način je prinesel kljub zaznamim slabostim tudi veliko uspehov. Razvoj na področju stroke zdravstvene nege na OIT na KOAIT v UKCL je bil v zadnjih letih zelo velik, na kar je vplivala tudi sprememba organizacijske strukture. Oddelek se lahko pohvali z uspehi na področju preprečevanja poškodbe zaradi pritiska, preprečevanju pljučnic povzročenih zaradi mehanske ventilacije, zelo nizkemu številu katetrskih seps, večjemu številu aktivnih udeležb zaposlenih v zdravstveni negi na strokovnih seminarjih in z edinstvenim pristopom k usposabljanju novoza- poslenih ter večanje zainteresiranosti mladih za delo v intenzivni terapiji.

Za razvojem pa stojijo zaposleni s podporo vodji, kajti uspehi so odraz skupnega dela in truda ter spreminjanja miselnosti vseh udeleženi.

LITERATURA

- Bajželj, L. (2012). Vpliv organizacijske strukture na komuniciranje v podjetju. Diplomsko delo. Maribor. <https://dk.um.si/izpisgradiva.php?Lang=slv&id=23123>
- Grintal, B. (2011). *Organizacija in menedžment podjetja*. Ljubljana: Zavod IRC. https://resitve.sio.si/wp-content/uploads/sites/7/2019/11/Organizacija_in_menedzment-Grintal.pdf
- Gholam, A., Mehrpour, M., & Nikooravesh, A. (2016). Organizational Structure, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 230, 455-462. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.09.057>.
- Kamenšek, P. (2004). Sodobni pristopi k organiziranosti zdravstvene nege: procesna organizacija. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(1), 61-66. <https://obzornik.zbornica.zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2483>
- Kancler, T. (2021). Določitev možnih izboljšav v procesih podjetja Optium d. o. o. (Diplomsko delo), Univerza v Mariboru, Fakulteta za logistiko. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=155736&lang=slv>
- Požun, P. (2003). Management zdravstvene nege v kliničnem centru. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 37(1), 5-11. <https://obzornik.zbornicazveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2431>
- Sakuramoto, H., Kuribara, T., Ouchi, A., Haruna, J., & Unoki, T., (2023). Clinical practice competencies for standard critical care nursing: consensus statement based on a systematic review and Delphi survey. *BMJ Open*. 2023 Jan 25;13(1):e068734. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068734.
- Savičič, B. (2008). *Organizacija dela: primer Slovenske železnice d.o.o.* (Diplomsko delo). Repozitorij Univerze v Ljubljani https://www.kclj.si/index.php?dir=/strokovna_javnost/organiziranost_klinik
https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_oddelki
- Organigram v zdravstveni negi na Oddelku intenzivne terapije (2024). Delokrogi zaposlenih v zdravstveni negi na Oddelku intenzivne terapije. UKCL, KOAIT.

Aldijana Beganović, mag. zdr. nege¹

Dane Agbaba, dipl. zn.²

Blaž Tintor, dipl. zn.³

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok

² Splošna bolnišnica Jesenice, Kirurška služba, Operacijski blok

³ Splošna bolnišnica Novo mesto, Kirurški sektor, Centralno operacijski blok

ada.beganovic@gmail.com

USPOSABLJANJE OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTER PO PRINCIPIH AO TRAUMA

Training of operating theatre nurses in the principles of AO Trauma

457

IZVLEČEK

AO Trauma je mednarodno združenje operacijskega osebja, ki se ukvarja z oskrbo pacientov s poškodbami in mišično-skeletnimi obolenji. V okviru tega združenja se izvajajo številna izobraževanja različnih oblik, katerih namen je izpopolnjevanje obstoječega znanja in pridobivanje novega znanja s področja obravnave mišično-skeletnih obolenj in poškodb.

V okviru tega se izvajajo izobraževanja tudi na slovenskih tleh v obliki tečajev ali kliničnih modularnih treningov znotraj slovenskih bolnišnic.

Ta oblika izobraževanja je priporočljiva za vsakega člana operacijskega osebja, ki sodeluje pri zdravstveni obravnavi poškodovancev ali obolelih za mišično-skeletnimi boleznimi, ki zahtevajo kirurško zdravljenje.

Ključne besede: AO tečaj, operacijska zdravstvena oskrba, klinični moduli usposabljanja

ABSTRACT

AO Trauma is the world's largest global trauma and orthopedic community fostering excellence in the surgical management of trauma and disorders of the musculoskeletal system.

AO Trauma courses attract participants from more than 100 countries. Medical professionals can access quality medical education in the field of trauma care no matter where they are based.

Operating room personnel (ORP) support the team of surgeons in the operating room and deliver an important contribution to the successful outcome of surgeries. This course teaches

fundamental principles and current concepts in the treatment of injuries in relation to the per-operative nursing and planning. It is addressed to operating room personnel (ORP) with paramedical degree.

Slovenia is definitely one of the countries with the longest AO tradition, as it has been organizing education for more than 40 years, from basic to the most demanding level.

In Slovenia ten AO Trauma Basic Principles of fracture Management Course and three Advanced Principles of fracture Management Course AO have already been implemented. Courses in Slovenia are implemented in slovenian or english language. They take place in the form of lectures, practical exercises and discussion groups. Usually 24 to 32 participants attend the AO Trauma Course.

AO Trauma designed exclusively for operating room personnel Clinical training Modules. It support participants with their learning at the point of care. The modules are short, focused educational sessions on seven different selected topics. Clinical training modules are performed at University Medical centre Ljubljana, General hospital Novo mesto and General hospital Nova Gorica.

AO trauma courses and clinical modular training represent a big step forward in surgical nursing care and it is recommended for every member of operation room personnel.

Key words: operation personnel, nurse, AO Course, Clinical training modul

UVOD

AO Trauma je mednarodno združenje kirurgov in operacijskih medicinskih sester (OPMS), katerega poslanstvo je spodbujanje odličnosti pri oskrbi pacientov s poškodbami in mišično-skeletnimi obolenji.

Pod okriljem AO Trauma organizacije se po celem svetu izvajajo AO Trauma tečajji in klinični modularni treningi za kirurge in OPMS. Ta način izobraževanja je namenjen pridobivanju in izpopolnjevanju znanja na področju obravnave poškodb.

AO TEČAJI

Izvajajo se osnovni in nadaljevalni AO tečajji, ki potekajo po vnaprej določenih principih, ki so se izkazali za izjemno učinkovit pristop pridobivanja znanja na področju oskrbe zlomov. Poleg osnovnih in nadaljevalnih AO Trauma tečajev pa se izvajajo tudi klinični moduli usposabljanja. Zanje je značilno, da potekajo v manjših skupinah znotraj matične bolnišnice.

AO Trauma tečajji in klinični modularni treningi potekajo pod vodstvom predavateljev, ki imajo zato opravljeno usposabljanje pri AO Trauma organizaciji. Predavatelji so kirurgi in OPMS, ki sodelujejo in stremijo k skupnemu cilju – kakovostni operacijski oskrbi poškodovancev.

Prvi AO Trauma tečaj je bil leta 1960 v Davosu, v Švici. Prvi AO tečaj na slovenskih tleh, še v času nekdanje Jugoslavije, pa je bil leta 1985 na Bledu. AO Trauma tečajji se vsakoletno izvajajo po vsem svetu. Termini AO tečajev so objavljeni na uradni spletni strani AO organizacije.

Slovenija je ena izmed vodilnih držav z najdaljšo tradicijo AO, saj ima že več kot 40 let urejeno izobraževanje od osnovne do najzahtevnejše ravni. V Sloveniji se vsakoletno izvajajo AO Trauma tečajji, ki se jih udeležijo OPMS iz Slovenije in tujine. Izvedenih je bilo že 10 osnovnih AO Trauma tečajev za OPMS in trije nadaljevalni AO Trauma tečajji za OPMS. Tečajji potekajo v slovenskem in angleškem jeziku. Tečajji potekajo v obliki predavanj, diskusijskih skupin in praktičnih vaj. Na tečaju je običajno 24 do 32 udeležencev. Tečajji potekajo dva do tri delovne dni in zajemajo sklop obravnave celega telesa s poškodbami in mišično-skeletnimi obolenji.

KLINIČNI MODULI USPOSABLJANJA

Poleg tečajev AO se v slovenskih bolnišnicah izvajajo tudi klinični moduli usposabljanja. Le ti se vsakoletno izvajajo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Izvedeni pa so bili tudi že v Splošni bolnišnici Novo mesto in Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica.

Klinični moduli usposabljanja se izvajajo za manjše skupine, predvidoma do največ 10 udeležencev.

Izjava se sedem vsebinsko različnih kliničnih modulov usposabljanja, ki potekajo v več zaporednih triurnih terminih. Klinični moduli usposabljanja se izvajajo po določenem zaporedju, saj le tako omogočajo zajemanje znanja po vrsti od osnovnega do nadgrajevanja v višjo stopnjo znanja s posameznega področja.

DISKUSIJA

AO tečaji in klinični modularni treningi zajemajo usposabljanje OPMS za celostno obravnavo pacientov s poškodbami in mišično-skeletnimi obolenji. Predstavljajo velik korak naprej v operacijski zdravstveni oskrbi in operacijski zdravstveni negi.

Na slovenskih tleh se z vsakoletno izvedbo AO tečajev in rednimi izvajanjem kliničnih modulov usposabljanja zagotavlja neprekinjeno izobraževanje zdravnikov kirurgov in OPMS. AO izobraževanje je na slovenskih tleh organizirano na izjemno visoki izobraževalni ravni, ki zajema sodobne izobraževalne pristope, kjer se udeleženci aktivno vključujejo skozi praktične vaje in razpravo v diskusijskih skupinah.

AO izobraževanje za OPMS se izvaja dovolj pogosto in s tem zajema redno izobraževanje OPMS. Tečaji se izvajajo vsakoletno in se jih lahko udeležijo OPMS iz vseh slovenskih bolnišnic. Primanjkljaj pa se opaža pri kliničnih modularnih usposabljanjih za OPMS, saj se le-ta izvajajo le v treh slovenskih bolnišnicah.

Vizija AO izobraževanja za OPMS v Sloveniji je razširitev kliničnih modulov usposabljanja v vse slovenske bolnišnice.

ZAKLJUČEK

Usposabljanje OPMS po principih AO Trauma je priporočljivo za vsako operacijsko medicinsko sestro. Na slovenskih tleh je še veliko manevrskega prostora za izboljšave in realizacijo načrtane vizije.

Za realizacijo vizije pa je vsekakor poleg pripravljenosti kadra za izobraževanje potrebna tudi želja in pripravljenost OPMS iz vseh slovenskih bolnišnic po pridobivanju novega znanja in nadgradnje obstoječega znanja iz zdravstvene oskrbe poškodovancev in pacientov z mišično-skeletnimi obolenji.

LITERATURA:

A. Beganović, P. Počrvina (2023). AO Trauma tečaji in klinični moduli usposabljanja za operacijske medicinske sestre. In B. Luštek (Ed.), Z naprednimi znanji do kakovosti in odličnosti v perioperativni zdravstveni negi: zbornik XLIII, Terme Ptuj (Grand hotel Primus) 31.3. in 1.4.2023 (pp 115-119). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

AO Trauma – homepage (2025, April 28th). <https://www.aofoundation.org/trauma>

AO Trauma Courses- homepage (2025, April 28 th).<https://www.aofoundation.org/courses-and-events>

Clinical Training Modul AO Trauma.- homepage.<https://www.aofoundation.org/trauma/education/faculty/facultyfocus-ao-trauma/ff-2022-01/clinical-training-modules-for-orp>

Vrevc F.(1986). Prvi jugoslovanski nadaljevalni tečaj iz osteosinteze za inštrumentarke. file:///C:/Users/sttravma42/Downloads/martina-kocbek-usergroup-1986-5-6-343-6-iz-drustvenega.pdf

Luka Mužina, dipl. fiziot. (UN)

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Klinični oddelek za anesteziologijo
in intenzivno terapijo operativnih strok, Služba za perioperativno respiratorno medicino,

Enota za respiratorno fizioterapijo

Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede

TRAHEOSTOMSKA KANILA – POMEN MULTIDISCIPLINARNE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE IN REHABILITACIJE V NEVROKIRURGIJI: PREGLED LITERATURE

Tracheostomy tube - The importance of multidisciplinary healthcare approach and rehabilitation in neurosurgery: A literature review

IZVLEČEK

Traheostomska kanila je medicinski pripomoček, ki se uporablja za vzdrževanje proste dihalne poti pri pacientih z obstrukcijo zgornjih dihal, potrebo po dolgotrajni mehanski ventilaciji ali nezmožnostjo samostojnega dihanja po fiziološki poti. Nameščanje traheostomske kanile je pogosto nujno pri pacientih z akutnimi ali kroničnimi stanji, kot so hude poškodbe, nevrološke bolezni ali tumorji na področju zgornjih dihal. Čeprav omogoča preživetje, traheostomska kanila pomembno vpliva na pacientovo kakovost življenja. Traheostomska kanila močno spremeni naravno fiziologijo dihanja, saj z njo izvzamemo zgornji del dihalne poti. To vpliva na govor in komunikacijo, oteži požiranje in pogosto upočasni proces rehabilitacije. Za optimalno oskrbo pacienta je pomemben multidisciplinarni pristop, ki vključuje zdravnike,

medicinske sestre, respiratorne fizioterapevte, delovne terapevte in logopede. Dosega kriterijev za dekanilacijo in odstranitev kanile predstavlja pomemben mejnik za nadaljnjo obravnavo v rehabilitacijskih inštitutih ali sprejem v ustanove za oskrbo starostnikov ali invalidov ter tudi v domače okolje. Študije kažejo, da sta učinkovitost kašlja in sposobnost dihanja ob zaprti kanili najpogosteje uporabljena kriterija za dekanilacijo v klinični praksi, obstaja pa še veliko drugih kriterijev, ki lahko pomembno napovedujejo uspešnost dekanilacije. Namen prispevka je pregled obstoječe literature o pomenu multidisciplinarne obravnave bolnikov s traheostomo v nevrokirurgiji, vezano na najpogostejše napovedne dejavnike za uspešno dekanilacijo. Iskanje prispevkov je bilo opravljeno v podatkovnih bazah PubMed, Google Scholar in ScienceDirect. V pregled je bilo vključenih 18 strokovnih in znanstvenih prispevkov. Uporabili smo prispevke, ki niso starejši od deset let, razen v primeru temeljne relevantne literature.

Ključne besede: traheostomska kanila, respiratorna fizioterapija, rehabilitacija, dekanilacija, nevrokirurgija

ABSTRACT

A tracheostomy tube is a medical device used to maintain a patent airway in patients with upper airway obstruction, the need for long-term mechanical ventilation, or the inability to breathe independently through a physiological pathway. Tracheostomy tube placement is often necessary in patients with acute or chronic conditions, such as severe injuries, neurological diseases, or tumors in the upper airway. Although it allows survival, the tracheostomy cannula has a significant impact on the patient's quality of life. The tracheostomy cannula significantly alters the natural physiology of breathing by removing the upper airway. This affects speech and communication, makes swallowing more difficult and often slows down the rehabilitation process. A multidisciplinary approach involving doctors, nurses, respiratory physiotherapists, occupational therapists and speech and language therapists is important for optimal patient care. Achieving the criteria for decannulation and cannula removal is an important milestone for further treatment in rehabilitation institutes or admission to care facilities for the elderly or disabled, as well as in the home environment. Studies suggest that cough effectiveness and ability to tolerate tracheostomy tube capping are the most considered parameters in clinical practice; other parameters are taken into different consideration by many authors in order to proceed to decannulation. The aim of this paper is to review existing literature on the importance of multidisciplinary care for neurosurgical patients with a tracheostomy, with a focus on the most common predictive factors for successful decannulation. A literature search was performed using PubMed, Google Scholar, and ScienceDirect, resulting in the inclusion of 18 scientific and professional articles. Although the primary focus was on publications from the past decade, several older yet fundamentally relevant sources were also considered.

Key words: tracheostomy tube, respiratory physiotherapy, rehabilitation, decannulation, neurosurgery

UVOD

Traheotomija predstavlja postopek, pri katerem se ustvari odprtina (stoma) v sapniku, da se omogoči neposreden prehod zraka v dihalne poti. Ta poseg se pogosto izvaja pri bolnikih, ki imajo dolgotrajno potrebo po mehanski ventilaciji ali tistih z akutno obstrukcijo zgornjih dihalnih poti (Mehta & Mehta, 2017). Čeprav je ta postopek pogosto življenjsko potreben,

lahko pomembno vpliva na kakovost življenja bolnikov (Mirza et al., 2023). Raziskave kažejo, da se bolniki po traheotomiji pogosto soočajo s težavami, kot so motnje govora, težave pri požiranju in komunikaciji ter povečanim psihosocialnim bremenom (Mirza et al., 2023). Vstavev traheostomske kanile pomembno vpliva na sposobnost govora, saj onemogoči normalen pretok zraka skozi grlo in glasilke, ki so ključne za tvorbo glasu (Hull et al., 2005). Za izboljšanje kakovosti življenja po traheotomiji je ključnega pomena multidisciplinarni pristop, saj lahko na ta način pomagamo bolnikom pri prilagajanju na spremembe in izboljšamo njihove funkcionalne izide ter splošno kvaliteto življenja (Mirza et al., 2023; Bedwell et al., 2019). O začasni traheotomiji govorimo, ko je le ta namenjena podpori dihanja za prehodno obdobje. Po prenehanju potrebe po traheostomi in odstranitvi traheostomske kanile se ponovno vzpostavijo dihalne in govorne funkcije zgornjega aerodigestivnega trakta (Levart, 2018). Rehabilitacija, ki stremi k dekanilaciji je kompleksen in pogosto dolg proces, ki zahteva usposobljeno multidisciplinarno ekipo zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, delovnih terapevtov in logopedov (Gallice et al., 2024). Odločitev za dekanilacijo temelji na kliničnih merilih in ocenah, pomembno vlogo pa ima tudi mnenje strokovnjakov, ki so v proces rehabilitacije vpleteni (Gallice et al., 2024). Namen prispevka je pregled obstoječe literature o pomenu multidisciplinarne obravnave bolnikov s traheostomo v nevrokirurgiji, s poudarkom na najpogostejših napovednih dejavnikih za uspešno dekanilacijo. Cilj je prispevati k boljši prepoznavnosti teh dejavnikov v klinični praksi ter spodbuditi sodelovanje različnih medicinskih in zdravstvenih strokovnjakov z namenom uspešne dekanilacije.

METODE

Iskanje literature je potekalo v treh spletnih podatkovnih bazah: PubMed, Google Scholar in ScienceDirect. Iskalna strategija je vključevala kombinacijo ključnih besed, kot so decannulation, tracheostomy, neurosurgery, multidisciplinary care in rehabilitation. V pregled je bilo vključenih skupno 18 strokovnih in znanstvenih prispevkov, ki obravnavajo multidisciplinarno obravnavo bolnikov s traheostomo ter dejavnike, ki vplivajo na uspešnost dekanilacije. Glavna merila za vključitev so bila: znanstvena ali strokovna narava prispevka, neposredna povezanost s tematiko, objava v zadnjih desetih letih ter dostopnost celotnega besedila. Kljub osredotočenosti na sodobnejšo literaturo smo v pregled vključili tudi nekaj starejših virov, ki so bili prepoznani kot temeljni za razumevanje konceptov in razvoja pristopov pri obravnavi bolnikov s traheostomo. Izključeni so bili prispevki brez klinične uporabnosti ali z omejenim dostopom.

K DEKANILACIJI USMERJENA REHABILITACIJA

Ko so akutne indikacije za traheotomijo razrešene, sledi ocena bolnika z namenom varne dekanilacije. S tem korakom bolniku povrnemo kakovost življenja v obliki udobja, govora, nemotenega požiranja, videza in socialne vključenosti (Zhou et al., 2022). Če se ta postopek dekanilacije izvede brez pravilne ocene, lahko to povzroči resne zaplete in celo smrt. Obstajajo različni protokoli dekanilacije, zasnovani predvsem za čas akutne oskrbe bolnika, pri osebah s podaljšano traheotomijo pa je protokolov manj - pri nevrokirurških pacientih ima veliko bolnikov traheostomske kanile dolgo časa, zato obstaja vedno večja potreba po opredelitvi protokola, posebej zasnovanega za to skupino bolnikov. V literaturi se kot najpogostejše uporabljena prediktivna dejavnika za uspešno dekanilacijo pojavljata moč kašlja in sposobnost dihanja ob zaprti kanili (Santus et al. 2014). Pri tem igra ključno vlogo mišična moč, saj vpliva na sposobnost samostojnega dihanja in kašlja (Brennan et al., 2022, Rocha et al., 2017).

Raziskave kažejo, da rehabilitacija, ki vključuje vaje za krepitev dihalnih mišic, lahko pomembno vpliva na prediktivne faktorje, ki vplivajo na izid dekanilacije (Konvalinkova et al., 2024). Poleg tega je pomembno omeniti tudi druge dejavnike, kot so nevrološki status, raven oksigenacije, starost, sposobnost požiranja, obvladovanje, količina in struktura izločkov, čas, ki ga je bolnik preživel na mehanski ventilaciji in klinično stabilnost bolnika (Gallice et al., 2024).

Nevrokirurški pacienti pogosto potrebujejo dolgotrajno obliko zdravljenja in dolgo rehabilitacijo. Pri procesu dekanilacije pogosto sodelujejo zdravniki (respiratorni anesteziologi, ORL specialisti), fizioterapevti in delovni terapevti ter logopedi (Stelfox et al., 2009). Celoten postopek rehabilitacije poteka v tesnem sodelovanju z lečečim nevrokirurgom in medicinskimi sestrami, kar omogoča usklajen pristop in pripomore k uspešnemu obvladovanju respiratornih funkcij ter pripravi na dekanilacijo (Gallice et al., 2024). Medicinska sestra ima ključno vlogo pri oskrbi traheotomiranega pacienta, saj zagotavlja prehodnost dihalne poti, preprečuje zaplete in podpira bolnikovo rehabilitacijo. Bolnik mora biti dovolj buden, odziven in imeti stabilen nevrološki status. Študije poudarjajo, da višji nivo zavesti močno napoveduje uspeh dekanilacije (Gallice et al., 2024). Bolnik naj bo sposoben razumeti in slediti enostavnim navodilom (Santus et al., 2014). V nasprotju s tem je zelo nizek GCS (≤ 8), kar je pri nevrokirurških pacientih pogost pojav, povezan s slabšim izidom dekanilacije (Gallice et al., 2024).

Bolniki s traheostomo so zaradi spremenjene anatomije dihalnih poti pogosto izpostavljeni motnjam požiranja, kar povečuje tveganje za aspiracijo, podhranjenost in okužbe dihal (Zhou et al., 2022). Zgodnja in natančna ocena požiranja je ključnega pomena za preprečevanje zapletov in uspešno rehabilitacijo. Pri tem ima pomembno vlogo ORL specialisti, ki prispevajo k celostni oceni in obravnavi bolnikov, saj poleg funkcije požiranja ocenjujejo tudi anatomijo dihalnih poti, funkcije glasilk in svetujejo o možnosti dekanilacije (Eibling & Carrau, 2001). Delovni terapevti imajo ključno vlogo pri rehabilitaciji disfagije pri nevrokirurških bolnikih, saj prispevajo k izboljšanju funkcije požiranja, zmanjšanju tveganja aspiracije in povečanju bolnikove neodvisnosti pri hranjenju. Z različnimi tehnikami, kot so vaje, senzorična stimulacija in prilagoditve položaja telesa, pripomorejo k obnavljanju varnega požiranja (Saqlain, & Mumtaz, 2020). Pomembno je tudi usposabljanje bolnika in svojcev, kar bistveno pripomore k uspešni rehabilitaciji in varni dekanilaciji (Oberwaldner & Eber, 2006).

POMEN UČINKOVITOSTI KAŠLJA (MERITEV PCF) PRI DEKANILACIJI

Peak Cough Flow – PCF je pomemben fiziološki parameter, ki odraža sposobnost učinkovitega kašlja in čiščenja dihalnih poti. Pri traheotomiranih bolnikih, še posebej pri tistih z nevrološkimi obolenji, je PCF pogosto zmanjšan zaradi mišične oslabelosti, motenj v koordinaciji dihanja in oslabljenega kašeljnega refleksa (Santus et al., 2014; Gallice et al., 2024).

Raziskave kažejo, da je vrednost PCF, ki napoveduje varno dekanilacijo običajno nad 160 L/min, saj pri nižjih vrednostih obstaja večje tveganje za kopičenje sekrecij in obstrukcijo dihalne poti po odstranitvi kanile (Santus et al., 2014; Gallice et al., 2024). Glavne metode za optimizacijo PCF vključujejo tehnike respiratorne fizioterapije, ki izboljšujejo kašeljno funkcijo (Konvalinkova et al., 2024).

FONACIJA – KAZALNIK DIHALNE FUNKCIJE

Fonacija, ki vključuje usklajeno delovanje dihalnih mišic, glasilk in dihalnih poti, predstavlja pomemben indikator dihalne funkcije. Kakovost fonacije omogoča oceno moči dihanja, nadzora nad pretokom zraka in potencialnih motenj dihalnih poti. Spremembe v fonaciji, ki so

posledica motenj glasilk ali obstrukcije dihalnih poti, so ključne za diagnosticiranje dihalnih težav in lahko kažejo na motnje dihalnega sistema, še posebej pri bolnikih s traheotomijo (Martin et al., 2021).

Fenestrirana ali govorna kanila bolnikom omogoča povrnitev govora, saj zrak lahko prehaja skozi glasilke, kar povzroči tvorbo glasu. Na ta način pripomoremo tudi k psihološkemu in socialnemu udobju bolnika. Ključno pri tem je, da z govornim nastavkom pri izdihu prehajamo na fiziološko (daljšo) dihalno pot, kar za bolnika predstavlja obremenitev, ki jo lahko časovno podaljšujemo (Martin et al., 2021).

DIHANJE OB ZAPRTI KANILI

Namenska zamašitev traheostomske kanile ob deflaciji mešička je pomemben del postopka ocene dihalne funkcije pri bolnikih s traheostomo. Postopek omogoča prehod zraka skozi zgornje dihalne poti in služi kot priprava na dekanilacijo (Kim et al., 2017). Na ta način zrak ponovno prehaja skozi zgornje dihalne poti, kar vzpostavlja fiziološko pot dihanja z zgornjim aerodigestivnim traktom (Kim et al., 2017). To zahteva večjo aktivnost dihalnih mišic, kar povečuje mišično moč in vzdržljivost in prispeva k rehabilitaciji (Martin et al., 2021). Z izdihom po fiziološki poti je povrnjena tudi fiziološka oblika kašlja (Hull et al., 2005). Raziskave so pokazale, da zamašitev traheostomske kanile zmanjša incidenco aspiracije in prispeva k varnejšemu požiranju (Kim et al., 2017). Če bolnik ob zaprti kanili samostojno in brez težav diha 24 do 72 ur, to potrjuje pripravljenost za dekanilacijo (Stelfox et al., 2009).

DEKANILACIJA

Po odstranitvi kanile sledi vsaj 24 ur intenzivnega opazovanja, saj se največ zapletov po dekanilaciji pojavlja v prvih dneh (O'Connor & White, 2010). Osebe spremlja pacientovo dihanje, kakšna je učinkovitost kašlja in ali bolnik kaže znake dihalne stiske (O'Connor & White, 2010). V tem času moramo biti pripravljeni na hitro ponovno vzpostavitev umetne dihalne poti – bodisi v obliki intubacije ali ponovne vstavitve traheostomske kanile (Gallice et al., 2024). V obdobju po dekanilaciji se nadaljuje skrb za toaleta dihalnih poti, izvajajo se tudi postopki respiratorne fizioterapije, zdravstvena nega bolnika in obravnava požiranja, saj na ta način zmanjšamo možnost za pojav zapletov (O'Connor & White, 2010).

DISKUSIJA

Pregled literature je pokazal, da je uspešnost dekanilacije močno povezana s kašeljno funkcijo in sposobnostjo dihanja ob zaprti kanili, kar potrjuje raziskava Santusa et al. (2014). Ti in drugi kriteriji, kot so klinična stabilnost bolnika, sposobnost požiranja, budnost in sodelovanje pacienta, so še posebej pomembni pri nevrokirurških pacientih, pri katerih je proces okrevanja nepredvidljiv in pogosto dolgotrajen. Kljub temu v klinični praksi ni enotnega pristopa k izbiri optimalnega protokola dekanilacije, saj različne raziskave uporabljajo različne ocenjevalne metode in kriterije. Ugotovili smo, da ima uporaba govornih nastavkov več pozitivnih učinkov, saj ne omogočajo zgolj fonacije, temveč tudi postopno prilagajanje na dihanje skozi zgornji aerodigestivni trakt. Ker se klinični protokoli za dekanilacijo razlikujejo med ustanovami, to povzroča heterogenost v pristopu in otežuje primerjavo študij. Zaradi tega odločitev pogosto temelji na individualnih ocenah zdravnikov in ostalih zdravstvenih strokovnjakov. Multidisciplinarna obravnava je namreč ključnega pomena pri oskrbi bolnikov za uspešno dekanilacijo in okrevanje bolnika.

ZAKLJUČEK

Traheostomska kanila je pogosto življenjsko nujen medicinski pripomoček za bolnike, vendar njena dolgotrajna uporaba vpliva na govor, požiranje in kakovost življenja. Uspešna dekanilacija zahteva multidisciplinaren pristop, pri katerem sodelujejo zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, logopedi in delovni terapevti. Ključni dejavniki za varno odstranitev kanile so zadostna dihalna funkcija, učinkovit kašelj in sposobnost požiranja. Standardizacija protokolov za dekanilacijo bi izboljšala izide zdravljenja in zmanjšala zaplete, zato so potrebne nadaljnje raziskave za optimizacijo rehabilitacije teh bolnikov.

LITERATURA

- Bedwell, J., Pandian, V., Roberson, D., McGrath, B., Cameron, T. & Brenner, M. (2019). Multidisciplinary tracheostomy care: how collaboratives drive quality improvement. *Otolaryngologic clinics of North America*, 52(1), 135–147. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.08.006>
- Brennan, M., McDonnell, M., Duignan, N., Gargoum, F. & Rutherford, R. (2022). The use of cough peak flow in the assessment of respiratory function in clinical practice - A narrative literature review. *Respiratory medicine*, 193, 106740. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2022.106740>
- Eibling, D. E. & Carrau, R. L. (2001). Detection, evaluation, and management of aspiration in rehabilitation hospitals: role of the otolaryngologist - head and neck surgeon. *The Journal of otolaryngology*, 30(4), 235–241. <https://doi.org/10.2310/7070.2001.20174>
- Gallice, T., Cugy, E., Branchard, O., Dehail, P. & Moucheboeuf, G. (2024). Predictive factors for successful decannulation in patients with tracheostomies and brain injuries: a systematic review. *Dysphagia*, 39(4), 552–572. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10646-2>
- Hull, E., Dumas, H., Crowley, R. & Kharasch, V. (2005). Tracheostomy speaking valves for children: tolerance and clinical benefits. *Pediatric rehabilitation*, 8(3), 214–219. <https://doi.org/10.1080/13638490400021503>
- Kim, Y., Lee, S. & Lee, J. (2017). Effects of capping of the tracheostomy tube in stroke patients with dysphagia. *Annals of rehabilitation medicine*, 41(3), 426–433. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.3.426>
- Konvalinkova, R., Srp, M., Doleckova, K., Capek, V., Gal, O., Hoskovcova, M., Kliment, R., Muzik, J., Ruzicka, E. & Klempir, J. (2024). The impact of expiratory muscle strength training on voluntary cough effectiveness in Huntington's disease. *European journal of neurology*, 31(12), e16500. <https://doi.org/10.1111/ene.16500>
- Levart, P. (2018). Traheostoma. *Specialna obravnava pljučnega bolnika – zbornik predavanj z recenzijo*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/SPECIALNA-OBRAVNAVA-PLJUČNEGA-BOLNIKA-2018.pdf>
- Martin, K., Cole, T., Percha, C., Asanuma, N., Mattare, K., Hager, D., Brenner, M. & Pandian, V. (2021). Standard versus accelerated speaking valve placement after percutaneous tracheostomy: a randomized controlled feasibility study. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(10), 1693–1701. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202010-1282OC>
- Mehta, C. & Mehta, Y. (2017). Percutaneous tracheostomy. *Annals of cardiac anaesthesia*, 19–25. <https://doi.org/10.4103/0971-9784.197793>
- Mirza, B., Marouf, A., Abi-Sheffah, F., Marghlani, O., Heaphy, J., Alherabi, A., Zawawi, F., Alnoury, I. & Al-Khatib, T. (2023). Factors influencing quality of life in children with tracheostomy with emphasis on home care visits: a multi-centre investigation. *The Journal of laryngology and otology*, 137(10), 1102–1109. <https://doi.org/10.1017/S002221512200202X>
- Oberwaldner, B. & Eber, E. (2006). Tracheostomy care in the home. *Paediatric respiratory reviews*, 7(3), 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2006.06.003>
- O'Connor, H. & White, A. (2010). Tracheostomy decannulation. *Respiratory Care*, 55(8), 1076–1081. <https://doi.org/10.4187/respcare.10551076>
- Rocha, F., Brüggemann, A., Francisco, D., Medeiros, C., Rosal, D. & Paulin, E. (2017). Diaphragmatic mobility: relationship with lung function, respiratory muscle strength, dyspnea, and physical activity in daily life in patients with COPD. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 43(1), 32–37. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000097>
- Santus, P., Gramegna, A., Radovanovic, D., Raccanelli, R., Valenti, V., Rabbiosi, D., Vitacca, M. & Nava, S. (2014). A systematic review on tracheostomy decannulation: a proposal of a quantitative semiquantitative clinical score. *Pulmonary medicine*, 14, 201. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-201>
- Saqlain, G. & Mumtaz, N. (2020). Swallowing difficulties with tracheostomy: A neuro-rehabilitation perspective. *Journal of Islamabad Medical & Dental College*, 9(1), 59–64. [10.35787/jimdc.v9i1.290](https://doi.org/10.35787/jimdc.v9i1.290)
- Stelfox, H., Crimi, C., Berra, L., Noto, A., Schmidt, U., Bigatello, L. & Hess, D. (2008). Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. *Critical care*, 12(1), R26. <https://doi.org/10.1186/cc6802>
- Zhou, T., Wang, J., Zhang, C., Zhang, B., Guo, H., Yang, B., Li, Q., Ge, J., Li, Y., Niu, G., Gao, H. & Jiang, H. (2022). Tracheostomy decannulation protocol in patients with prolonged tracheostomy referred to a rehabilitation hospital: a prospective cohort study. *Journal of intensive care*, 10(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40560-022-00626-3>

Igor Robert Roj, univ. dipl. org.¹

Tamara Lubi, univ. dipl. org.²

Anja Novak, dipl. m. s., mag.³

Maja Molan, univ. dipl. pol.⁴

Monika Ažman, dipl. m. s., mag. zdr. nege⁵

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za kirurgijo

²Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Referat za kakovost

³Splošna bolnišnica Jesenice, Internistična služba

⁴Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za znanstveno raziskovalno delo

⁵Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
igorrobert.roj@ukc-mb.si

DIGITALIZACIJA PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE Z UPORABO KLASIFIKACIJ NNN - PREDSTAVITEV PROJEKTA HACK-IT-NET

Digitalization of the nursing process using nnn classification - HACK-IT-NET project

IZVLEČEK

Razvoj zdravstvene nege v prihodnje bo možen z uporabo digitalnih orodij in s pomočjo ume-
tne inteligence. Izvajalci zdravstvene in babiške nege bodo ključni pri vzpostavitvi in zagotavlja-
nju kakovostnejše zdravstvene nege, podprte z digitalnimi orodji. Zato smo v Univerzitetnem
kliničnem centru Maribor pristopili k projektu HACK-IT-NET, ki bo nudil osnovo za izgradnjo
elektronske platforme. Na ta način bomo zagotovili in ponudili standardizirano strokovno ter-
minologijo na osnovi prevoda klasifikacij: negovalne diagnoze NANDA - I (International Nur-
sing Diagnoses Definitions and Classification), klasifikacije izidov zdravstvene nege (Nursing
Outcome Classification) in klasifikacije intervencij zdravstvene nege (Nursing Intervention
Classification) s podporo in sodelovanjem Zbornice – Zveze in delovne skupine SLONDA.
Uporaba klasifikacij bo omogočala bolj kakovostno obravnavo pacientov na področju zdra-
vstvene nege in oskrbe ter zmanjšala napake in odklone v procesu obravnave ter izboljšala
digitalno pismenost izvajalcev zdravstvene nege. Zagotavljala bo večjo varnost pacientov v
procesu obravnave na posamezni ravni.

S projektom želimo vzpostaviti in zagotoviti uporabniku prijazen in uporaben sistem – elektronsko platformo, ki bo izvajalcem v procesu obravnave pacienta omogočila ustrezen izbor negovalnih diagnoz NANDA - I in izbor ustreznih izidov ter intervencij zdravstvene nege. Uporabo platforme bomo primarno testirali v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor in po potrebi tudi v drugih kliničnih okoljih oz. zdravstvenih zavodih.

Ključne besede: digitalizacija, klasifikacija, projekt, zdravstvena nega

ABSTRACT

The development of nursing in the future will be possible through the use of digital tools and the support of artificial intelligence. Nursing and midwifery professionals will be key in establishing and ensuring the quality of our nursing care supported by digital tools. Therefore, at the University Medical Center Maribor, we have joined the HACK-IT-NET project, which will serve as the foundation for building an electronic platform.

In this way, we will ensure and provide standardized professional terminology based on the translation of classifications: NANDA - I Nursing diagnoses, Nursing Outcomes Classification, and Nursing Interventions Classification, with the support and cooperation of the Chamber of Nursing and Midwifery Association of Slovenia and the working group SLONDA. The use of classifications will enable higher quality patient care in the field of nursing and healthcare, reduce errors and deviations in the nursing care process, and improve the digital literacy of nursing professionals. It will ensure greater patient safety at each level of nursing care.

With this project, we aim to establish and provide a user-friendly and practical electronic platform that will enable healthcare professionals to appropriately select NANDA-I nursing diagnoses, as well as relevant nursing outcomes and interventions. The platform will first be tested at the University Medical Center Maribor and, if necessary, in other clinical settings or healthcare institutions.

Key words: digitalization, classification, project, nursing care

UVOD

Uporaba taksonomije NANDA - I predstavlja okvir za ocenjevanje v zdravstveni in babiški negi (ZBN) in začetek pri določanju negovalnih diagnoz. V klinični praksi uporablja priznani okvir za ocenjevanje, s katerim prepoznamo pacientove probleme, tveganja in izide za izboljšanje zdravja. NANDA - I ne daje prednosti uporabi le ene metode ali orodja pred drugimi. Uporaba na dokazih utemeljenega okvira zdravstvene nege, kot so funkcionalni vzorci zdravega obnašanja/Functional Health Patterns (FHP) po Marjory Gordon, bi morala usmerjati ocenjevanje, ki izvajalcu zdravstvene in babiške nege (IZBN) nudi podporo pri določanju NANDA I negovalnih diagnoz. Uporaben in na dokazih utemeljeni ocenjevalni okvir zdravstvene nege je najboljša klinična praksa za natančno določanje negovalnih diagnoz.

Herdman & Kamitsuru (2019) menita, da je najboljša klinična praksa za zapis negovalne diagnoze v obliki diagnostične izjave, ki vsebuje oznako negovalne diagnoze in spremljajoče dejavnike, ki se izražajo preko diagnostičnih kazalnikov. Takšen zapis je lahko učinkovita strategija za poučevanje. Pravilnost negovalne diagnoze je validirana, ko lahko IZBN jasno prepozna in poveže diagnostične kazalnike, spremljajoče dejavnike in/ali dejavnike tveganja, ki jih odkrije med ocenjevanjem pacienta (Herdman & Kamitsuru, 2019). Čeprav je to najboljša klinična praksa, pa nekateri informacijski sistemi tega ne omogočajo.

Klasifikacija intervencij zdravstvene nege predstavlja poimenovanje in opis intervencij, ki jih izvajajo medicinske sestre, da dosežejo pričakovane rezultate pri pacientu, družini ali skupnosti (Butcher et al., 2018). Klasifikacija izidov zdravstvene nege pa vsebuje standardizirane rezultate, ki se kažejo na pacientu, družini, skupini med izvedenimi intervencijami zdravstvene nege in po njih (Moorhead et al., 2018).

Vodilni IZBN in informatiki morajo delati skupaj, da zagotovijo rešitve, ki IZBN omogočajo potrjevanje pravilnosti negovalnih diagnoz s pomočjo jasnega prepoznavanja zapisa negovalne diagnoze, spremljajočih dejavnikov in/ali dejavnikov tveganja ter diagnostičnih kazalnikov.

Zakaj so NANDA - I diagnoze pomembne:

- standardizacija – uporaba enotnega jezika za boljše komuniciranje med izvajalci zdravstvene in babiške nege (IZBN),
- bolj usmerjena oskrba – IZBN lahko oblikujejo individualizirane načrte zdravstvene in babiške nege (ZBN),
- podlaga za elektronske zdravstvene zapise (EHR) – omogoča boljšo analizo podatkov in izboljšanje ZBN,
- podpora pri kliničnih raziskavah – olajša sledenje in izboljšave ZBN (Herdman & Kamitsuru, 2019).

Tudi raziskave po Seibert et al. (2020) potrjujejo, da digitalizacija zdravstvene nege olajša delo, poveča učinkovitost, prihrani čas in izboljša kakovost oskrbe.

DISKUSIJA

Zaradi odsotnosti digitalnih orodij, manka sredstev na področju digitalizacije ZBN v Sloveniji smo julija 2024 (na podlagi predhodne prijave na projekt v septembru 2023) v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor pridobili projekt HACK-IT-NET in sredstva za razvoj digitalne platforme – uporaba klasifikacij NNN.

HACK-IT-NET je projekt v okviru programa Interreg Alpine Space, katerega cilj je izboljšati zdravstveno oskrbo v alpski regiji z ustvarjanjem trajnostnega okvirja za prenos inovacij na področju zdravstva in ZBN. Ta okvir izkorišča obstoječe inovacije, spodbuja čezmejno sodelovanje in prilagaja rešitve lokalnim potrebam ter podpira zelene in digitalne napredke ter cilje trajnostnega razvoja (Alpine Space, 2024a).

Projekt se osredotoča na razvoj večdejavnostnega okvira za sprejemanje inovacij, ki vključuje orodja, mrežo in pristop za izboljšanje zmogljivosti deležnikov v zdravstvu v alpski regiji pri uvažanju inovacij. Ključne dejavnosti projekta vključujejo:

- Krepitev zmogljivosti za prenos tehnologij in inovacij: razvoj orodij in modelov za izboljšanje sprejemanja inovativnih rešitev v zdravstvenem sektorju.
- Testiranje in pilotiranje inovativnih rešitev: praktične implementacije preko iniciativ, kot so:
 - STEMLab,
 - CAREavan,
 - PolicyParley.
- Diseminacija in kapitalizacija rezultatov: zagotavljanje učinkovitega širjenja in sprejemanja razvitih rešitev po celotni alpski regiji za dolgoročni vpliv (Alpine Space, 2024b).

V projektu sodeluje devet partnerjev iz šestih držav alpskega prostora (Avstrija, Francija, Italija, Nemčija, Slovenija, Švica), vključno z univerzami, zdravstvenimi ustanovami, regionalnimi oblastmi in inovacijskimi agencijami, ki skupaj gradijo močno mrežo za prenos raziskav, tehnologij in znanja.

Z integracijo naprednih orodij, kot so razširjena resničnost (XR), umetna inteligenca (AI) in strojno učenje, HACK-IT-NET želi preoblikovati zdravstveno oskrbo v alpski regiji ter zagotoviti, da tehnološki napredek koristi skupnostim v regiji.

Razvoj digitalne platforme v HACK-IT-NET bo šel v smeri:

- načina pridobitve negovalne anamneze,
- na osnovi klinične presoje izbor ustreznih negovalnih diagnoz,
- določitve izidov ZBN (Moorhead et al., 2018)
- in izbor načrtovanih intervencij ZBN (Butcher et al., 2018).

ZAKLJUČEK

Digitalizacija procesa zdravstvene nege z uporabo klasifikacij NNN s pomočjo projekta HACK-IT-NET bo prispevek k vzpostavitvi in izboljšanju informacijsko-komunikacijskih tehnologij (IKT) na področju negovalnih diagnoz, izidov in intervencij v ZBN. Usmerjen bo v vzpostavitev učinkovitega, razumljivega in uporabnega digitalnega sistema za delo v kliničnem okolju. NNN klasifikacije so v strukturi namenjene za uporabo v informacijski obliki.

Pomembno vlogo na področju uvajanja digitalne platforme bo imela tudi umetna inteligenca, s katero bo mogoče avtomatizirati delovne procese v kliničnem okolju in razvijanju novih digitalnih veščin pri zaposlenih v ZBN. S pomočjo umetne inteligence bo na osnovi potreb pacienta možno podati potencialne negovalne diagnoze in z njimi povezane izide in intervencije.

Digitalizacija bo z uporabo NNN klasifikacij omogočila predajo pacienta med ustanovami ali med različnimi ravni zdravstvene obravnave. Zadnje bo prispevalo h kontinuiteti obravnave, saj bodo vsi pacienti podatki, vključno z obravnavo, evidentirani v enotnem informacijskem sistemu. Digitalizacija in umetna inteligenca ponujata številne priložnosti za izboljšanje zdravstvenega sistema, vendar je ključnega pomena, da se nove digitalne tehnologije uvajajo postopoma. Ključno vlogo pri implementaciji pripravljenih novih digitalnih orodij bodo imeli IZBN, ki bodo izvajali testiranje v različnih kliničnih okoljih. Na podlagi uporabe v postopku testiranja bodo podani realni in kritični predlogi za razvoj in nadaljnjo uporabo klasifikacij NNN.

LITERATURA

- Alpine Space, (2024a). *HACK-IT-NET* [Online] Dostopno na: <https://www.alpine-space.eu/project/hack-it-net/> (Dostopano: 8.marec 2025)
- Alpine Space, (2024b). *Exploring the innovative toolkit of the HACK-IT-NET project pilots*. [Online] Dostopno na: <https://www.alpine-space.eu/project-news/exploring-the-innovative-toolkit-of-the-hack-it-net-project-pilots> (Dostopano: 8.marec 2025)
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M., (2018). *Nursing Intervention Classification* (NIC) (7th ed.). Elsevier.
- Herdman, H. & Kamitsuru, S., eds., 2019. *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2018 -2020*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Mass, L., M. (2018), *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (6th ed.). Elsevier
- Seibert, K., Domhoff, D., Huter, K., Krick, K., Rothgang, H. & Wolf-Ostermann, K., 2020. Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives. *The Journal of Evidence and Quality in Health Care*, 2020(158), pp. 94-106.

Patricija Lunežnik, mag. zdr. soc. manag.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

patricija.luneznik@zd-mb.si

RAZVOJ IN PROFESIONALIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE: DEFINIRANJE RAZLIČNIH VLOG MEDICINSKIH SESTER

Development and professionalization of nursing: Defining different roles of nurses

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

470

K O N G R E S
1 5 .

IZVLEČEK

Medicinske sestre imajo ključno vlogo v zdravstvenem sistemu. Glede na zdravstveni sistem in regulacijske mehanizme so možne različne vloge medicinskih sester, ki se razlikujejo glede na izobrazbo in kompetence. V Sloveniji na področju zdravstvene nege (za zdaj) poznamo vloge tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji. Diplomirana medicinska sestra izvaja celovito zdravstveno nego, vloga je regulirana z Direktivo 2005/36/ES in njenih dopolnitvah. Diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji pridobi strokovno usposobljenost za delo na ožjem strokovnem področju, kar opredeljuje Pravilnik o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. V tujini poznajo še vloge medicinske sestre specialistke in medicinske sestre z naprednimi znanji. Medicinska sestra specialistka ima poglobljeno znanje in večjo avtonomijo na svojem področju, medtem ko medicinska sestra z naprednimi znanji samostojno sprejema klinične odločitve, predpisuje terapije in vodi obravnavo pacientov. Vsaka država je razvila lastne definicije, nazive, obseg prakse in zahteve za nove vloge. Nejasne mednarodne opredelitve vlog medicinskih sester povzročajo težave pri regulaciji in izvajanju prakse. Ob naraščajočem pomanjkanju kadra in upadanju zanimanja za poklic medicinske sestre je treba aktivno razmišljati o specializacijah in uvajanju napredne zdravstvene nege ter prepoznavanju

in certificiranju različnih vlog medicinskih sester. S povečevanjem njihove avtonomije in posledično širšim obsegom delovanja bi lahko izboljšali kakovost zdravstvene oskrbe, povečali zadovoljstvo zaposlenih in zmanjšali fluktuacijo.

Ključne besede: specialna znanja, specializacija, napredna zdravstvena nega

ABSTRACT

Nurses play a crucial role in the healthcare system. Depending on the healthcare system and regulatory mechanisms, various nursing roles exist, differing based on education and competencies. In Slovenia, the recognized roles (currently) include healthcare technician, registered nurse, and registered nurse with specialized skills. A registered nurse provides comprehensive nursing care, and the role is regulated by Directive 2005/36/EC and its amendments. A registered nurse with specialized skills obtains professional qualifications to work in a specific field, as defined by the Regulation on the National Register of Specialized Skills in Nursing and Midwifery. In other countries, the roles of specialist nurses and advanced practice nurses also exist. A specialist nurse has in-depth knowledge and greater autonomy in their field, while an advanced practice nurse independently makes clinical decisions, prescribes therapies, and manages patient care. Each country has developed its own definitions, titles, scopes of practice, and requirements for new roles. Unclear international definitions of nursing roles create challenges in regulation and practice implementation. With the growing shortage of healthcare workers and declining interest in the nursing profession, it is necessary to actively consider further professionalization of nursing and the recognition and certification of various nursing roles. Increasing nurses' autonomy and consequently expanding their scope of practice could improve the quality of healthcare, enhance job satisfaction, and reduce turnover.

Key words: specialized skills, specialization, advanced nursing practice.

UVOD

Evropa se ponaša z najvišjim številom zdravstvenih delavcev v zgodovini. Kljub temu se zaradi naraščajočih potreb prebivalstva po zdravstvenih oskrbi srečuje s pomanjkanjem kadrov v zdravstvu (World Health Organization European Region (WHO European Region, 2025). Po podatkih OECD je 2022 v Evropi primanjkovalo 1,2 milijona zdravnikov, medicinskih sester in babic (OECD/European Commission, 2024), projekcije pa kažejo, da bo do leta 2030 v svetu primanjkovalo 10 milijonov zdravstvenih delavcev (WHO European Region, 2025).

Zdravstveni sistemi so se zaradi ekonomskih izzivov, geopolitičnih konfliktov, podnebnih sprememb, družbenih pritiskov, staranja in zdravstvenega stanja populacije ter migracij zdravstvenih delavcev primorani spreminjati (European Specialist Nurses Organization (ESNO), 2025). WHO European Region (2025) poziva k spremembam zdravstvenih sistemov, da bodo bolj odporni na demografske in podnebne spremembe.

Rekonstrukcija sistemov zdravstvenega varstva prinaša tudi različne vloge medicinskih sester (World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO-EM), 2020), saj medicinske sestre predstavljajo enega izmed ključnih stebrov zdravstvene dejavnosti. Ob pojavu različnih vlog medicinskih sester je pomembno jasno razlikovanje med njimi. Vsaka vloga prinaša specifične naloge, odgovornosti in kompetence, ki so povezane z izobrazbo in strokovnim znanjem (ESNO, 2022; Owens, 2019). Področje vlog medicinskih sester na

globalni ravni ni poenoteno in vnaša v strokovni prostor veliko odprtih vprašanj (Schober et al., 2020).

Namen prispevka je predstaviti ključne razlike med diplomirano medicinsko sestro, diplomirano medicinsko sestro s specialnimi znanji, medicinsko sestro specialistko in medicinsko sestro z naprednimi znanji.

RAZLIČNE VLOGE MEDICINSKIH SESTER

Medicinsko sestro mednarodno prepoznamo kot strokovnjaka z zaključenim formalno prizanim študijskim programom s področja zdravstvene nege, ki ima dovoljenje za opravljanje svojega dela s strani regulatornega telesa določene države (International Council of Nurses (ICN), 2025). Mednarodni svet medicinskih sester (2020) v svojih dokumentih opredeljuje še druge vloge medicinskih sester. Medicinske sestre namreč ne delujejo več enako, kot so v sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja (ESNO, 2025). Pojavljajo se nove vloge z različnimi imeni, podiplomsko izobrazbo, razširjenim naborom kompetenc in različno regulacijo, a niso mednarodno poenotene (WHO-EM, 2020). Vsaka država je namreč razvila lastne definicije, nazive, obseg prakse in regulatorne zahteve (Kidner, 2022).

Različne vloge medicinskih sester se razvijajo glede na zdravstveni sistem, regulatorne mehanizme in študijske programe (Schober et al., 2020). WHO-EM (2020), kot primer, opredeljuje tri stopnje kompetenc medicinske sestre specialistke: povečane (ang. *extended*), razširjene (ang. *expanded*) in napredne (ang. *advanced*). Z dodatno pridobljenimi znanji lahko medicinske sestre prevzemajo večje odgovornosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe starajoče se populacije (ESNO, 2025). Treba je poglobiti razumevanje različnih nazivov, vlog in odgovornosti. V nasprotnem primeru lahko pričakujemo večjo fragmentacijo zdravstvene dejavnosti, kar se lahko odraža v višjih stroških zdravstvene oskrbe (ESNO, 2022).

DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA

Poklic diplomirane medicinske sestre je v Evropi reguliran. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornica–Zveza) (2021, p. I) je pripravila definicijo diplomirane medicinske sestre: »Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (v nadaljevanju dipl. m. s.) je v Republiki Sloveniji strokovni naslov za poklic po Direktivi 2005/36/ES in njenih dopolnitvah EU 2013/55/EU (7. raven SOK ali 6. raven EOK).« Direktiva opredeljuje nabor kompetenc in minimalne pogoje izobraževanja za splošno medicinsko sestro (European Federation of Nurses Associations (EFNA), 2015).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) v 64. členu opredeljuje izobraževanje za poklic diplomirane medicinske sestre. Poteka kot visokošolski strokovni program prve bolonjske stopnje, traja tri leta in vključuje najmanj 4.600 ur usposabljanja, kar je opredeljeno v Direktivi 2005/36/ES (Zbornica–Zveza, 2021). Osrednje odgovornosti diplomirane medicinske sestre vključujejo zagotavljanje celovite zdravstvene nege, spoštovanje etičnih načel in človekovih pravic ter upoštevanje kulturnih in socialnih dejavnikov zdravja. Poleg tega ima pomembno vlogo pri promociji zdravja, preventivi, usmerjanju in zdravstveni vzgoji pacientov. Njene naloge vključujejo tudi sprejemanje kliničnih odločitev, uporabo znanstvenih dokazov v praksi in sodelovanje v interdisciplinarnem timu (EFNA, 2015).

DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA S SPECIALNIMI ZNANJI

Specialno znanje je strokovna usposobljenost za delo na ožjem strokovnem področju, ki je izvajalci ne pridobijo med izobraževanjem za poklicno kvalifikacijo. Zbornica – Zveza (2009) je sprejela *Pravilnik o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*, ki opredeljuje vrste specialnih znanj in način izvajanja dodatnih strokovnih izobraževanj za pridobitev le-teh.

Medicinske sestre pridobijo specialna znanja v okviru organiziranih programov izobraževanj in usposabljanj (Zbornica–Zveza, 2021), ki pridobijo pooblastila Zbornice – Zveze. Med izobraževanjem pridobijo teoretična in praktična znanja ter veščine in spretnosti, ki jih potrebujejo za delo na določenem delovnem mestu. Z uspešno opravljenim zaključnim preverjanjem znanja pridobijo potrdilo o zaključku izobraževanja, Zbornica – Zveza pa uredi vpis v nacionalni register specialnih znanj. Izvajalec s specialnim znanjem ne more pridobiti kompetenc za izvajanje tistih aktivnosti, ki se pridobijo s formalnim izobraževanjem na višjih stopnjah (Uradni list RS, št. 40/10).

V mednarodnem prostoru vloga medicinske sestre s specialnimi znanji ni poznana. Kot najbolj sorodno vlogo bi lahko opredelili vlogo medicinske sestre s povečanimi kompetencami, ki jo je definirala WHO-EM (2020). Pri povečanem obsegu kompetenc ima medicinska sestra dovoljenje, da lahko pod določenimi pogoji izvaja aktivnosti, ki so zunaj njenega osnovnega kompetenčnega okvirja. Z internim/krajšim usposabljanjem pridobi dodatna znanja in povečane kompetence, ki jih lahko uporablja znotraj specifičnih pogojev (določeno okolje / vrsta pacientov). Izobraževanja in povečane kompetence morajo biti usklajeni z regulativnim telesom (WHO-EM, 2020).

MEDICINSKA SESTRA SPECIALISTKA

Medicinska sestra specialistka je opredeljena kot medicinska sestra, katere usposobljenost in izobrazba presegata zahteve za splošno medicinsko sestro in ima dovoljenje, da opravlja delo kot specialistka na danem področju zdravstvene nege (Schober et al., 2020; WHO-EM, 2020). Širom sveta obstaja veliko različnih oblik specializacij in subspecializacij, enotne definicije za delitev področij specializacij pa ni (WHO-EM, 2020). Večinoma se področje specializacije opredeli glede na bolezensko stanje, ki se obravnava, glede na področje dela ali glede na populacijo pacientov (Kidner, 2022).

Mednarodni svet medicinskih sester (Schober et al., 2020) je opredelil vlogo medicinske sestre specialistke tako, da ta pridobi večjo globino in širino znanja na področju specializacije, pri čemer se opredeli na specifično področje zdravstvene nege. Med specializacijo medicinska sestra pridobi višjo raven kritičnega in analitičnega razmišljanja ter širši nabor kompetenc, kar se odraža v njeni večji avtonomiji na področju svoje prakse (ESNO, 2025). Opredeli načrt obravnave na osnovi napredne fizične ocene, vodi primere pacientov, upošteva standarde in mnenja drugih izvajalcev in pridobi razširjena pooblastila (Schober et al., 2020).

Glede na predhodno opredeljeno stopnjevanje kompetenc medicinskih sester s strani WHO-EM (2020), bi lahko vlogo medicinske sestre specialistke umestili v kategorijo razširjenih kompetenc. Znotraj opredeljenega specialnega področja pridobi dodatna dodatna znanja in kompetence pridobi skozi podiplomsko izobraževanje, ob zaključku katerega pridobi diplomu. Regulatorno telo ima vzpostavljen ločen register za medicinske sestre specialistke.

Ob prejemu diplome pridobijo poleg razširjenih kompetenc še večjo odgovornost in avtonomijo (WHO-EM, 2020).

MEDICINSKA SESTRA Z NAPREDNIMI ZNANJI

Medicinska sestra z naprednimi znanji ima zaključen najmanj magistrski študij, na osnovi katerega pridobi pristojnosti za diagnosticiranje, predpisovanje zdravil, naročanje diagnostičnih testov in terapevtskih postopkov, napotovanje pacientov na druge storitve (Schober et al., 2020). Napredna zdravstvena nega se deli na dve vlogi: medicinska sestra klinična specialistka in medicinska sestra z naprednimi znanji (ESNO, 2025).

Medicinske sestre klinične specialistke so bile sprva namenjene za področje psihiatrije, anesteziologije in babiške nege (Schober et al., 2020). Danes je ta vloga namenjena napredni klinični obravnavi na specifičnem področju, ki je lahko opredeljeno glede na populacijo, klinično okolje, bolezen oziroma področje medicine, vrsto nege ali vrsto težave (ESNO, 2025). Izvaja neposredno oskrbo pacientov, ki zajema diagnosticiranje in obvladovanje simptomov, omejevanje tveganj in promocijo zdravja (Schober et al., 2020).

Medicinska sestra z naprednimi znanji je vloga, ki kombinira klinična znanja tako s področja zdravstvene nege kot medicine. Najpogostejše se vloga pojavlja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (ESNO, 2025). Izvaja neposredno, samostojno zdravstveno oskrbo, ki temelji na naprednih veščinah ocenjevanja zdravstvenega stanja, na osnovi katerih sprejema kompleksne odločitve s področja diagnosticiranja in zdravljenja akutnih stanj ter obvladovanja kroničnih stanj (Schober et al., 2020).

Glavna razlika med vlogama je, da medicinska sestra z naprednimi znanji (samostojno) zagotavlja neposredno zdravstveno oskrbo, medicinska sestra klinična specialistka pa zagotavlja oskrbo na ozkem kliničnem področju, hkrati pa se ukvarja s kakovostjo, managementom, mentorstvom in razvojem kadrov. V nekaterih državah so medicinske sestre z naprednimi znanji kombinacija obeh predstavljenih vlog (Kidner, 2022).

WHO-EM (2020) v svoji opredelitvi stopnjevanja kompetenc opredeljuje, da medicinske sestre pridobijo dodatne kompetence s formalnim izobraževanjem na akreditirani izobraževalni instituciji. Izobraževanje naj bi zajemalo kompleksne klinične kompetence, sprejemanje odločitev na ekspertni ravni in napredne veščine. Za opravljanje svojega dela medicinske sestre pridobijo licenco, regulatorno telo pa poleg vodenja registra opredeljuje tudi pogoje za obnavljanje pridobljene licence. Definicija naprednih kompetenc WHO-EM (2020) je torej skladna z definicijo naprednih znanj s strani Mednarodnega sveta medicinskih sester (Schober et al., 2020).

DISKUSIJA

Mednarodni svet medicinskih sester poziva k večjemu vlaganju v razvoj zdravstvene nege, saj lahko le tako naslovimo izzive svetovne populacije (Schober et al., 2020). Ob DISKUSIJAH o razvoju zdravstvene nege je potrebna terminološka usklajenost. Z jasno definiranimi vlogami medicinskih sester (diplomirana medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji, medicinska sestra specialistka, medicinska sestra z naprednimi znanji) lahko strokovna javnost bolje razume prispevek vsake vloge medicinskih sester k izboljšanju zdravstvene oskrbe pacientov.

Za vzpostavitev sistematičnega pristopa k definiranju vlog medicinskih sester je treba opredeliti minimalne standarde za izobraževanje, kompetence in naloge, regulatorne mehanizme ter ustrezno načrtovati kadrovske normative (Schober et al., 2020). Pristop mora biti koordiniran nacionalno, s fokusom na implementacijo na lokalnem nivoju ter hkratnim globalnim povezovanjem (ESNO, 2022). Neenotnost pri kreiranju vlog na mednarodni ravni povečuje težave pri razumevanju dela in nalog ter družbenega sprejemanja novih vlog medicinskih sester (Kidner, 2022). Prepoznavanje in certificiranje vlog zagotavlja izboljšanje varnosti zdravstvene oskrbe pacientov in zaščito poklicnih nazivov (ESNO, 2022). Mednarodni svet medicinskih sester (2020) v svojih dokumentih navaja, da dodatno izobraževanje medicinskih sester na akreditiranem podiplomskem študiju zagotavlja visoko kakovost in varnost zdravstvene oskrbe, od izvajalcev pa zahteva akademskost, znanstveno sklepanje in kritično mišljenje.

Približno četrтина medicinskih sester v Evropi je starih 55 let ali več in se bodo v prihodnjih letih upokojile. Hkrati se zanimanje za delo v zdravstvu zmanjšuje, zanimanje za študij zdravstvene nege se je med leti 2018 in 2022 razpolovilo (OECD/European Commission, 2024). Če kot družba zahtevamo izobražene, visoko usposobljene in kompetentne profesionalce, moramo sprejeti tudi njihove nove vloge (ESNO, 2025) in preseči tradicionalni način ločevanja medicine in zdravstvene nege (Schober et al., 2020). Dodatna avtonomija medicinskih sester pri more tako k zadovoljstvu na delovnem mestu in nižji fluktuaciji kadra kot tudi k povečanemu naslavljanju zdravstvenih potreb prebivalstva (ESNO, 2022; ESNO, 2025).

Omejitev pri razumevanju vlog medicinskih sester v posamezni državi je, da je za ustrezno interpretacijo potrebno poglobljeno razumevanje delovanja zdravstvenega sistema posamezne države, zato je posplošitve niso možne.

ZAKLJUČEK

Kompleksne potrebe ljudi po zdravstveni oskrbi in nenehen napredek znanosti zahtevajo spremembe v zdravstvenem sistemu. Spremembe v zdravstvenem sektorju niso le tehnične, ampak tudi organizacijske, saj se nenehno spreminjajo pričakovanja glede kakovosti in dostopnosti zdravstvenih storitev. Za uspešno implementacijo teh sprememb je potreben širok konsenz strokovne javnosti glede razvoja zdravstvene nege. Le z jasnim ločevanjem vlog in funkcij lahko zagotovimo učinkovito in usklajeno delovanje vseh strokovnjakov, ki delujejo v zdravstvenem sistemu.

LITERATURA

- European Federation of Nurses Associations. (2015). *EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU*. <https://efn.eu/wp-content/uploads/2022/03/EFN-Competency-Framework-19-05-2015.pdf>
- European Specialist Nurses Organization. (2022). „Decade of the specialist nurse 2020–2030“ Programme. https://www.esno.org/assets/files/CAMPAIGN_12-MAY_2022-FINAL_FOR_PRINT.pdf
- European Specialist Nurses Organization. (2025). „EURO-NURSE 365“ Empowering excellence in nursing through education, certification, and recognition in a framework on specialist nurses and advance nurse practitioners. https://www.esno.org/assets/files/ESNO_Report_Euronurse_365.pdf
- International Council of Nurses. (2025). *Current nursing definitions*. <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/current-nursing-definitions>
- Kidner, M. (2022). *Successful advanced practice nurse role transition: a structured process to developing professional identity through role transition*. Springer.
- OECD/European Commission. (2024). *Health at a glance: Europe 2024: state of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

Owens, R. (2019). Nurse practitioner role transition and identity development in rural health care settings: a scoping review. *Nursing Education Perspectives*, 40(3), 157–161. https://journals.lww.com/neponline/abstract/2019/05000/nurse_practitioner_role_transition_and_identity.7.aspx

Pravilnik o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. (2009). Uradni list RS, št. 40/10. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV10297>

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Steward, D. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

World Health Organization European Region. (2025). *European health report 2024: keeping health high on the agenda*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-10668-50440-76183>

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2020). *A regional guide to the development of nursing specialist practice*. <https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMNUR432E-eng.pdf>

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). (1992). Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPa-cP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO214>

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2021). *Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2025/03/Z_Z_Kadrovski-standardi_2021_splet.pdf

Urška Vidmar, dipl. m. s. (VS)¹
doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.²

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za travmatologijo

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego
urska.vidmar11@gmail.com

ZDRAVSTVENA PISMENOST IN KAKOVOST ŽIVLJENJA ŽENSK Z RAKOM DOJKE

Health literacy and quality of life of women with breast cancer

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I I

477

IZVLEČEK

Uvod: Rak dojke je najpogostejša oblika raka pri ženskah in predstavlja velik javnozdravstveni problem. Naraščanje bremena raka po svetu zahteva ne le izboljšanje dostopa do zdravljenja, temveč tudi zagotovitev podpore za preživele z rakom dojk. Namen prispevka je raziskati zdravstveno pismenost v povezavi s kakovostjo življenja žensk z rakom dojk po končanem zdravljenju. **Metode:** Izvedli smo pregled tuje in domače znanstvene ter strokovne literature v naslednjih podatkovnih bazah: MEDLINE, CINAHL with full text, ScienceDirect, Cochrane library in na spletnem portalu DiKUL. **Rezultati:** V končno analizo smo vključili 10 tujih izvirnih in preglednih znanstvenih člankov. Ugotovili smo, da višja stopnja zdravstvene pismenosti žensk kaže na večjo ozaveščenost in znanje o raku dojk. Potrjena je bila povezava med stopnjo izobrazbe in stopnjo zdravstvene pismenosti ter močna povezava med zdravstveno pismenostjo in sposobnostjo samooskrbe. Višja stopnja zdravstvene pismenosti zmanjšuje tudi depresijo in anksioznost ter izboljšuje kakovost življenja žensk z rakom dojk. **Diskusija in zaključek:** Zdravstvena pismenost je ključna pri ženskah, ki se soočajo z rakom dojke, saj je povezana z boljšim razumevanjem bolezni, izboljšanim upravljanjem zdravstvenih informacij in boljšimi odločitvami o zdravljenju. Raziskave kažejo, da ima višja stopnja zdravstvene pismenosti pozitiven učinek na kakovost življenja in boljše zdravstvene izide. Potrebno je nadaljnje raziskovanje za boljše razumevanje

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno pismenost, ter razvoj učinkovitih intervencij za izboljšanje zdravstvenih izidov pri ženskah z rakom dojke.

Ključne besede: stopnje zdravstvene pismenosti, zdravstvena vzgoja, samooskrba, zdravstveni izidi

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most common form of cancer among women and represents a public health issue. The increasing burden of cancer worldwide requires not only improved access to treatment but also the provision of support for breast cancer survivors. The purpose of this paper is to explore health literacy in relation to the quality of life of women with breast cancer after completing treatment. **Methods:** We employed a descriptive method by reviewing foreign and domestic scientific and professional literature in the following databases: PubMed, CINAHL with full text, ScienceDirect, Cochrane Library, and DiKUL. We included 10 foreign original and transparent scientific articles in the review and analysis. **Results:** A total of 10 original and review scientific articles from international sources were included in the final analysis. We found that a higher level of health literacy among women is associated with greater awareness and knowledge about breast cancer. A correlation was confirmed between the level of education and health literacy, as well as a strong connection between health literacy and self-care abilities. Higher health literacy levels also reduce depression and anxiety and improve the quality of life of women with breast cancer. **Discussion and conclusion:** Health literacy is crucial for women facing breast cancer as it is associated with a better understanding of the disease, improved management of health information, and better treatment decisions. Research indicates that higher levels of health literacy have a positive effect on quality of life and better health outcomes. Further research is needed to better understand the factors influencing health literacy and the development of effective interventions to improve health outcomes for women with breast cancer.

Key words: health literacy levels, health education, self-sufficiency, health outcomes

UVOD

Rak dojke je večfaktorska bolezen (Zendehdel et al. (2018)) in je najpogostejša oblika raka pri ženskah po vsem svetu (World Health Organization (WHO), 2021) ter prav zato predstavlja pereč javnozdravstveni problem (Tao et al., 2015). Pojavlja se v vseh državah po svetu, pri katerikoli starosti, vendar incidenca narašča s starostjo (WHO, 2021). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je leta 2020 za rakom dojke po svetu zbolelo več kot 2,3 milijona žensk, kar predstavlja 11,7 % vseh primerov raka pri ženskah (WHO, 2021), 685 tisoč ljudi pa je zaradi te bolezni v istem letu umrlo (6,9 % vseh smrti) (Sung et al., 2021). Za rakom zbolijo večinoma ženske, starejše od 50 let, vendar pa lahko zbolijo tudi mlajše pripadnice ženskega spola (National Health Service (NHS), 2019); rak dojke se torej lahko pojavi v katerikoli starosti (Cleveland Clinic, 2022). Rak dojke pa ni omejen samo na žensko populacijo, saj lahko zbolijo tudi moški, vendar predstavljajo manj kot en odstotek vseh primerov raka dojke (WHO, 2021).

Poleg tega, da se širi ozaveščenost o epidemioloških podatkih o raku dojke, je ključnega pomena tudi zdravstvena pismenost (ZP), ki je pomembna determinanta tako javnega zdravja kot tudi zdravja posameznikov in je ključen element k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe. ZP vključuje sposobnost prepoznavanja potrebe po zdravstvenih informacijah, ustreznih virov

informacij in sredstev za njihovo uporabo za pridobivanje povezanih informacij. Nadalje vključuje kognitivne in socialne veščine, ki določajo posameznikovo sposobnost in motivacijo za dostopanje, razumevanje in uporabo informacij za ohranjanje in spodbujanje njihovega zdravja (Ahmadzadeh, 2020).

ZP je ključni dejavnik za spodbujanje boljše kakovosti življenja med pacientkami z rakom dojk. Za pacientke z rakom, ki potrebujejo dolgotrajno spremljanje, znanje o zdravju ni sestavljeno le iz komunikacijskega kanala med pacientko in izvajalci zdravstvenega varstva, ampak tudi obsega zmožnost uveljavljanja pravic odločanja za učinkovito zdravljenje, za dobro obvladovanje bolezni in izboljšanje kakovosti življenja (Wei et al., 2021).

Namen prispevka je preučiti, kako je ZP povezana s kakovostjo življenja žensk z rakom dojk. Cilja prispevka sta predstaviti dejavnike, ki vplivajo na stopnjo ZP o raku dojk pri ženskah, ter ugotoviti, kako je ZP povezana s kakovostjo življenja žensk z rakom dojk po končanem zdravljenju.

METODE

Izvedli smo pregled tuje in domače znanstvene ter strokovne literature. Literaturo smo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: PubMed, CINAHL with full text, ScienceDirect, Cochrane library ter spletnem portalu DiKUL. Iskanje je potekalo med novembrom 2023 in februarjem 2024, pri čemer smo vključili članke, objavljene od leta 2013 do leta 2023. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v angleškem jeziku: breast cancer, health literacy, health literacy levels, impact of health literacy, information seeking behaviour, nursing, quality of life, health education/patient education, in v slovenskem jeziku: zdravstvena pismenost, ravni zdravstvene pismenosti, vpliv zdravstvene pismenosti, rak dojk, zdravstvena vzgoja, zdravljenje, kakovost življenja. Med vključitvenimi kriteriji iskanja literature smo upoštevali jezik, vrsto članka, časovno omejitev objavljenega članka, dostopnost članka, vsebino naslova in izvlečka ter enovitost. Najprej smo pri posameznih člankih pregledali naslove. Po izločitvi v prvem delu smo prebrali izvlečke nakar je sledilo branje člankov. Omejitve pregleda vključujejo možnost subjektivne pristranskosti pri presoji ustreznosti člankov, omejen dostop do nekaterih potencialno relevantnih virov ter raznolikost metodologij in populacij vključenih raziskav, kar otežuje neposredno primerjavo ugotovitev.

REZULTATI

V končno analizo pregleda literature smo vključili 10 člankov. Rezultati analize so prikazani v Tabeli 1 in Tabeli 2. Avtorji člankov so v tabelah navedeni po abecednem vrstnem redu prvega avtorja članka.

Tabela 1: Dejavniki, ki vplivajo na stopnjo zdravstvene pismenosti raka dojk

Avtor, leto in država	Tipologija raziskave	Namen raziskave	Vzorec	Ključne ugotovitve
Almoajel et al., 2022, Savdska Arabija	Kvantitativna, korelacijska raziskava	Raziskati povezavo med e-ZP in ZP o raku dojk med savdskimi ženskami.	336 zdravih savdskih žensk	Raziskava je pokazala, da imajo udeleženke raziskave visoko stopnjo e-ZP, kar je povezano z njihovo povečano stopnjo ZP o raku dojk. ZP o raku dojk je povezana z izobrazbo in dohodkom, tiste z višjo stopnjo izobrazbe in višjimi mesečnimi dohodki imajo višjo stopnjo ZP o raku dojk. Rezultati so pokazali, da lahko imajo zdrave savdske ženske visoko stopnjo ZP o raku dojk s pomočjo izobraževalnih virov o raku dojk, ki so dosegljivi na svetovnem spletu.
Haghighi et al., 2015, Iran	Kvantitativna, presečna raziskava	Ugotoviti stopnjo ZP med plodnimi iran-skimi ženskami z rakom dojke in ugotoviti povezavo med stopnjo ZP in socialno-demografskimi dejavniki.	260 plodnih žensk z rakom dojk	Povprečna ocena stopnje ZP je bila 75,73 točke, kar kaže na odlično oz. zadostno stopnjo ZP. Stopnje ZP med različnimi skupinami sodelujočih so bile: nezadostna ZP (6,9 % pacientk), komaj zadostna ZP (18,8 %), zadostna ZP (38,8 %) in odlična ZP (35,1 %). Ugotovitve raziskave so potrdile pomembno vlogo starosti ob poroki, trajanja zakona, izobrazbe in poklica pri stopnji ZP plodnih ženskah z rakom dojk.
Rakhshkhorshid et al., 2018, Iran	Kvantitativna, presečna, opisna raziskava	Ovrednotiti povezave ZP z znanjem o raku dojk.	250 žensk	Večina udeleženk raziskave (98,6 %) je imela omejeno stopnjo ZP. Udeleženke z omejeno stopnjo ZP so imele manj znanja o raku dojk in manjšo zaznavo o resnosti bolezni kot tiste, ki so imele ustrezno stopnjo ZP.
Sedeghian et al., 2023, Iran	Kvantitativna, presečna raziskava	Določiti stopnjo ZP in z njo povezanih dejavnikov pri ženskah z rakom dojk.	210 žensk z rakom dojk	Ugotovitve so pokazale, da sta univerzitetna izobrazba in dopolnilno zavarovanje povezana z višjo stopnjo ZP žensk z rakom dojk. Izboljšanje teh dejavnikov (stopnja izobrazbe ter dopolnilno zavarovanje) in povečanje pozornosti na njihovo vlogo pri promociji zdravja lahko pomagata zvišati stopnjo ZP žensk z rakom dojk.
Vandraas et al., 2022, Norveška	Retrospektivna kohortna raziskava	Opisati stopnjo ZP preživelih za rakom dojke in raziskati dejavnike, ki so povezani z ZP.	1355 žensk z rakom dojk	V raziskavi je 39 % udeleženk imelo zadostno ter 19,3 % neustrezno stopnjo ZP. Izobrazba, dohodek, starost ob diagnozi in strah pred ponovitvijo raka so bili pomembno povezani s stopnjo ZP.

Legenda: ZP – zdravstvena pismenost, e-ZP – e-zdravstvena pismenost

Tabela 2: Povezava zdravstvene pismenosti s kakovostjo življenja žensk z rakom dojk

Avtor, leto in država	Tipologija raziskave	Namen raziskave	Vzorec	Ključne ugotovitve
Ahmadzadeh et al., 2021, Iran	Kvantitativna, deskriptivna, korelacijska raziskava	Ovrednotiti razmerje med stopnjo ZP in sposobnostjo samooskrbe pri pacientkah z rakom dojk.	120 pacientk z rakom dojk	Rezultati kažejo pozitiven in pomemben odnos med ZP (vključno z dostopom, branjem, ocenjevanjem, odločanjem in razumevanjem) in samooskrbo (vključno z vzdrževanjem samooskrbe, upravljanjem samooskrbe in zaupanjem v samooskrbo).
Kanu et al., 2021, Združene države Amerike	Kvantitativna, presečna raziskava	Oceniti stopnjo ZP o raku dojk in aktivacijo pacientk z rakom dojk ter preučiti njihov odnos do kakovosti življenja, povezane z zdravjem.	146 pacientk z rakom dojk	ZP o raku dojk je imela pomembno pozitivno povezavo z izobrazbo in dohodkom. Aktivacija udeleženk raziskave, zdravstvena vzgoja in število prejetih vrst zdravljenja so pojasnili 23 % variacije v kakovosti življenja in vsi, razen ZP, so bili pozitivni in pomembni napovedovalci.
Kugbey et al., 2019, Gana	Kvantitativna, presečna raziskava	Raziskati neposredne in posredne vplive ZP in dostopa do zdravstvenih informacij na kakovost življenja žensk, ki živijo z rakom dojk.	250 žensk z rakom dojk	ZP in dostop do zdravstvenih informacij izboljšata kakovost življenja udeleženk raziskave, ki živijo z rakom dojk, z zmanjšanjem ravni depresije in anksioznosti, medtem ko je imela ZP neposreden vpliv na kakovost življenja ob upoštevanju drugih dejavnikov.
McDowell et al., 2020, Združene države Amerike	Kvalitativna, eksplanativna raziskava	Preučiti ZP in koordinacijo samooskrbe ter njun odnos do kakovosti življenja med ženskami z rakom dojk.	1138 žensk z rakom dojk	Povezava med koordinacijo zdravljenja raka dojk in kasneje kakovostjo življenja je najmočnejša pri udeleženkah z nižjo stopnjo ZP. Dajanje prednosti koordinaciji samooskrbe za udeleženke raziskave z nižjo stopnjo ZP je lahko učinkovita strategija v okolju z omejenimi viri.
Wei et al., 2021, Tajvan	Kvantitativna, presečna raziskava z uporabo priročnega vzorčenja	Razumeti razmerje med ZP in kakovostjo življenja žensk z rakom dojk ter dodatno analizirati napovednike kakovosti življenja.	86 žensk z rakom dojk	Stopnja izobrazbe in stopnja raka dojk sta pomembna dejavnika za stopnjo ZP preživelih z rakom dojk. Starost, indeks telesne mase in ZP so napovedovalci kakovosti življenja, povezane s telesnim zdravjem. Medicinske sestre morajo razumeti pomen ZP, kar je ključni dejavnik za izboljšanje kakovosti življenja za ženske, ki so prebolele rak dojk.

Legenda: ZP – zdravstvena pismenost

DISKUSIJA

S pregledom literature smo ugotovili, da je bilo največ člankov objavljenih v Iranu (4) in ZDA (2), eden v Savdski Arabiji, Gani, Norveški in Tajvanu. Raziskovali smo povezavo ZP s kakovostjo življenja žensk z rakom dojk po končanem zdravljenju. Ugotovili smo, da višja stopnja ZP izboljšuje razumevanje bolezni, sprejemanje odločitev in samooskrbo, kar vodi v boljšo kakovost življenja žensk z rakom dojk.

Almoajel et al. (2022) izpostavljajo pomen e-ZP pri ozaveščanju žensk, pri čemer mlajše in bolj izobražene kažejo višjo stopnjo e-ZP. Haghighi et al. (2015) in Rakhshkhorshid et al. (2018) potrjujejo povezavo med stopnjo izobrazbe in stopnjo ZP, nižja izobrazba je povezana s slabšimi zdravstvenimi izidi. Sedeghian et al. (2023) in Vandraas et al. (2022) ugotavljajo, da so mlajše in bolj izobražene ženske bolje informirane o bolezni, kar izboljšuje njihovo obvladovanje bolezni. Ta spoznanja imajo lahko pomembno vlogo pri oblikovanju programov zdravstvene vzgoje in intervencij za izboljšanje ZP ter posledično kakovosti življenja žensk z rakom dojk.

Ahmadzadeh et al. (2021) in Wei et al. (2021) poudarjajo pomembnost ZP pri samooskrbi in kakovosti življenja. Kanu et al. (2021) navajajo, da je višja aktivacija žensk povezana z izboljšano kakovostjo življenja in z boljšimi zdravstvenimi izidi. Kugbey et al. (2019) ugotavljajo, da večji dostop do informacij o zdravju izboljšuje zdravstvene izide, kot sta zmanjšana depresija in anksioznost, kar vodi v izboljšano kakovost življenja. McDowell et al. (2020) in Wei et al. (2021) potrjujejo pomen koordinirane samooskrbe ter povezavo med stopnjo ZP in kakovostjo življenja. Na podlagi ugotovitev avtorjev bi se morale medicinske sestre na onkoloških oddelkih osredotočiti na ugotavljanje in zviševanje ravni ZP, saj je ta zelo povezana s kakovostjo življenja žensk z rakom dojk.

Številni avtorji (Almoajel et al., 2022; Haghighi et al., 2015; Sedeghian et al., 2023) o stopnji ZP pri ženskah z rakom dojk uporabljajo različne lestvice, kar otežuje primerjavo rezultatov različnih raziskav. V nekaterih raziskavah so uporabili Likertovo lestvico (Haghighi et al., 2015; Sedeghian et al., 2023; Ahmadzadeh et al., 2021; Kanu et al., 2021; Kugbey et al., 2019; McDowell et al., 2020; Wei et al., 2021), v nekaterih pa so stopnjo ZP ocenili s pomočjo kognitivnih sposobnosti in razumevanju zdravstvenih informacij vključenih v raziskavo (Almoajel et al., 2022; Rakhshkhorshid et al., 2018; Vandraas et al., 2022).

Za boljšo primerljivost različnih raziskav bi bilo smiselno poenotiti lestvice npr. z uporabo standardiziranih vprašalnikov, ki bi omogočili natančnejše in enotno merjenje stopnje ZP pri različnih populacijah.

Pri interpretaciji rezultatov obstajajo omejitve, kot so morebitna spominska pristranskost zaradi samoporočanja udeleženk raziskav ter pomanjkanja podatkov o kulturnih, verskih in socialnih dejavnikih, ki lahko vplivajo na rezultate analize vključenih raziskav.

Ugotavljamo, da je zelo pomembno nadaljnje raziskovanje za boljše razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na ZP in kakovost življenja žensk z rakom dojk ter na osnovi rezultatov raziskav oblikovati učinkovite intervencije za izboljšanje izidov zdravljenja žensk z rakom dojk. Raziskave bi se lahko osredotočile na razvoj digitalnih orodij, prilagojenih njihovim potrebam, kar bi prispevalo k ozaveščenosti, boljšemu razumevanju bolezni in samooskrbi. Prav tako bi lahko raziskave preučile celostni pristop k obravnavi, ki vključuje interdisciplinarno sodelovanje med zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci.

ZAKLJUČEK

Rak dojk predstavlja enega največjih zdravstvenih izzivov današnjega časa, saj prizadene številne ženske po svetu. Gre za najpogostejšo obliko raka pri ženskah, pri čemer se število novih primerov vsako leto povečuje. Zato je ključno izboljšati razumevanje bolezni, njenih vzrokov in zagotoviti učinkovito zdravljenje. Pri tem ima pomembno vlogo stopnja ZP. Ženske z visoko stopnjo ZP bolje razumejo svoje zdravstveno stanje, aktivno sodelujejo v procesu zdravljenja in sprejemajo informirane odločitve.

Rezultati raziskav kažejo, da imajo mlajše in bolj izobražene ženske višjo stopnjo ZP, kar poudarja pomen zdravstvene vzgoje in ozaveščanja. Starejše ženske in tiste z nižjo izobrazbo imajo nižjo stopnjo ZP, kar lahko vpliva na njihovo sposobnost obvladovanja bolezni. Nadalje višja stopnja ZP prispeva k boljši kakovosti življenja žensk z rakom dojke po zdravljenju, saj povečuje samooskrbo in višjo stopnjo zaupanja vase, kar je ključno za njihovo dobro počutje in zdravstvene izide.

Za boljše razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na ZP, je potrebno nadaljnje raziskovanje tega področja, hkrati pa je ključno, da zdravstveni delavci, zlasti medicinske sestre, z izvajanjem različnih intervencij zdravstvene vzgoje vplivajo na dvig ZP pismenosti žensk z rakom dojke.

LITERATURA

- Ahmadzadeh, I., Abdekhoda, M., Bejani, M. (2021). Improving self-care management in patients with breast cancer through health literacy promotion. *Ethiopian Journal of Health Science*, 31(1), 85–90.
<https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.10>
- Almoajel, A., Alshamrani, S., Alyabsi M. (2022). The relationship between e-health literacy and breast cancer literacy among Saudi women. *Frontiers in Public Health*, 10(841102), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.841102>
- Cleveland Clinic. (2022). *Breast Cancer*. Retrieved October 15, 2023 from <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/3986-breast-cancer>
- Eastman, P. (2019). The link between health literacy & cancer communication. *Oncology Times*, 41(1), 5–6.
<https://doi.org/10.1097/O1.COT.0000580012.29312.15>
- Haghighi, ST., Lamyian, M., Granpaye, L. (2015). Assessment of the level of health literacy among fertile Iranian women with breast cancer. *Electronic Physician*, 7(6), 1359–1364.
<https://doi.org/10.14661/1359>
- Kanu, C., Brown, CM., Rascati, K., Wilfong, L. (2021). Are health literacy and patient activation related to health outcomes in breast cancer patients? *Health Literacy Research and Practice*, 5(3), 171–178.
<https://doi.org/10.3928/24748307-20210524-02>
- Košir, U. (2022). Večanje zdravstvene pismenosti s spodbujanjem psihološke vzdržljivosti in skupnega spremljanja izidov zdravljenja. *Zdravstvena pismenost: pomen pri zgodnjem odkrivanju in preventivi raka* (pp. 52–57).
https://www.protiraku.si/Portals/0/Publikacije/Zbornik%20Reja%202022_www.pdf
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., Asante KO. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling* 102,1357–1363.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.014>
- McDowell, BD., Klemp, J., Blaes, A., Chrischilles, EA. (2020). The association between cancer care coordination and quality of life is stronger for breast cancer patients with lower health literacy: a greater plains collaborative study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 887–895.
<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04894-y>
- NHS – National Health Service (2019). *Breast cancer in women*. Retrieved October 16, 2023 from <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer/>
- Rakhshkhorshid, M., Navaee, M., Nouri, N., Safarzai, F. (2018). The association of health literacy with breast cancer knowledge, perception and screening behavior. *European Journal of Breast Health*, 14, 144–147.
<https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3757>
- Sadeghian, R., Hamedani, MA., Salehipour, S., Babamohamadi, H. (2023). The health literacy level and its related factors in Iranian women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Frontiers in Public Health*, 11(1150148), 1–7.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1150148>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, RL., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249.

<https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Tao, Z., Shi, A., Lu, C., Song, T., Zhang, Z., Zhao J. (2015). Breast cancer: epidemiology and etiology. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 72(2), 333–338.

<https://doi.org/10.1007/s12013-014-0459-6>

Vandraas, KF., Reinertsen, KV., Kiserud, CE., Bohn, SK., Lie, HC. (2022). Health literacy among long-term survivors of breast cancer; exploring associated factors in a nationwide sample. *Supportive Care in Cancer*, 30, 7587–7596.

<https://doi.org/10.1007/s00520-022-07183-3>

Wei, C. W., Wu, ML., Tung, HH. (2021). Relationships between health literacy and quality of life among survivors with breast cancer. *International Journal of Nursing Practice*, 27(2), 1–9.

<https://doi.org/10.1111/ijn.12922>

World Health Organization. (2021). *Breast cancer*. Retrieved October 14, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Zendejdel, M., Niakan, B., Keshtkar, A., Rafiei, E., Salamat, F. (2018). Subtypes of benign breast disease as a risk factor for breast cancer: A systematic review and metaanalysis protocol. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 43(1), 1–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29398746/>

DIMENZIJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE OTROK IN MLADOSTNIKOV S POSEBNIMI POTREBAMI

Quality dimensions of health care of children and adolescents with disabilities

IZVLEČEK

Uvod: Velik del populacije otrok in mladostnikov ima neko vrsto oviranosti oziroma posebne potrebe, ki vpliva na različne vidike njihovega življenja. Na pacienta osredinjen pristop in upoštevanje individualnih potreb sta nujno potrebna dejavnika kakovostne obravnave otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami. **Metode:** Izveden je bil pregled literature. Iskanje literature je potekalo v bazah podatkov CINAHL, SpringerLink, ScienceDirect, PubMed in Scopus ter v znanstveni literaturi, ki jo indeksirata Narodna in univerzitetna knjižnica v Ljubljani ter knjižnica Fakultete za organizacijske študije v Novem mestu. Časovni okvir iskanja so bile objave v obdobju med leti 2014 in 2024. **Rezultati:** Zadovoljstvo s kakovostjo zdravstvene obravnave otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami se kaže v zadovoljstvu otrok, mladostnikov in njihovih staršev z dejavniki, ki se jih ne da ovrednotiti s številkami: komunikacija, organiziranost, kontinuiteta obravnave, osredinjenost na pacienta, dostopnost storitev, prilagodljivost osebja, kakovost znanja in sposobnosti zaposlenih. **Diskusija in zaključek:** Učinkovita komunikacija, sodelovanje in individualizirana, na pacienta osredinjena zdravstvena obravnava so pomemben dejavnik zadovoljstva s kakovostjo zdravstvene obravnave otroka oziroma mladostnika s posebnimi potrebami in njegovih staršev. Poleg medicinskih dejavnikov so nemedicinski dejavniki zdravstvene oskrbe postali pomembna dimenzija zadovoljstva s kakovostjo zdravstvene oskrbe.

Ključne besede: oviranost, pacient, zdravstvena storitev, zadovoljstvo

ABSTRACT

Introduction: A large proportion of children and adolescents has some kind of disability that affects different aspects of their life. A patient-centred approach and consideration of individual needs are indispensable factors for quality care of children and adolescents with disabilities.

Methods: A literature review was made. The literature search was conducted in the CINAHL, SpringerLink, ScienceDirect, PubMed and Scopus databases, as well as in the scientific literature indexed by the National and University Library of Ljubljana and the library of the Faculty of Organisational Studies in Novo mesto. The time frame of the search were publications between 2014 and 2024.

Results: Satisfaction with the quality of healthcare for children and adolescents with disabilities is reflected in the satisfaction of children, adolescents and their parents with factors that cannot be quantified: communication, organisation, continuity of care, patient-centredness, accessibility of services, flexibility of staff, and the quality of staff knowledge and skills. **Discussion and conclusion:** Effective communication, collaboration and individualised, patient-centred care are important factors in the satisfaction with the quality of healthcare of a child or adolescent with disability and their parents. In addition to medical factors, non-medical factors of health care have become an important dimension of satisfaction with the quality of health care.

Key words: disability, patient, healthcare service, satisfaction

UVOD

Podatki Svetovne zdravstvene organizacije za leto 2021 kažejo, da se 16 % svetovne populacije (1,3 milijarde ljudi) sooča z oviranostjo ali posebno potrebo (World Health Organization, 2022). Zdravstvene težave, ki so vzrok razvojnih nepravilnosti, je leta 2019 imelo pribl. 317 milijonov otrok in mladostnikov (World Health Organization & UNICEF, 2023), za Slovenijo pa je na voljo podatek, da je bilo v začetku leta 2018 v Sloveniji do 19. let starosti 403.734 otrok, od tega 10–15 % otrok z dejavniki tveganja v razvoju (7 % novorojenčkov predstavljajo nedonošenčki, otroci z obporodnimi zapleti, okužbami, otroci s prenizko težo za gestacijsko starost idr.) in jih je treba spremljati. V poznejšem obdobju ima 2–3 % otrok ugotovljeno lažjo, zmerno, hujšo ali hudo motnjo v duševnem razvoju, 2–4 otroci/1000 otrok imajo cerebralno paralizo, 10 otrok/1000 otrok je avtistov, med 100–200 otroci pa ima eden epilepsijo. Pomemben delež so še otroci z okvaro sluha in motnjo vida, otroci s prirojenimi okvarami gibalnega aparata, z razvojno motnjo koordinacije (fine in grobe motorike) ter z motnjo v govornem razvoju (Vlada Republike Slovenije, 2015 cited in Murgel, 2019).

Leta 2006 je bila sprejeta the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (United Nations, 2006). Slovenski prevod konvencije je Konvencija o pravicah invalidov, po mnenju Zavirškove (2018a) pa je prevod neustrezen, saj je »disability« pravilno prevedeno kot »ovira, motnja«; »invalidus« (latinsko) pa pomeni odvisnost, slabotnost (Zaviršek, 2014). V slovenski zakonodaji in tudi v javnih prostorih (npr. v zdravstvenih ustanovah) se še vedno uporablja izraz »invalid«, ki nakazuje, da te osebe veljajo za nemočne, šibke, krhke, nesposobne opravljati svoje delo (Gosenca, Lipovec Čebren, & Zaviršek, 2016). Rutar (2018) navaja, da imajo egalitarne simbolizacije življenja oseb s posebnimi potrebami za cilj splošno dobro za vse ljudi. V Sloveniji je področje pravic oseb s posebnimi potrebami opredeljeno v več dokumentih, med drugim v Ustavi Republike Slovenije (1991), Zakonu o pacientovih pravicah (2008), Kodeksu etike v zdravstveni negi Slovenije (Halbwachs, Eder, Klemenc, & Velepčič,

2024) ter Konvenciji o pravicah invalidov (2008). Na področju obravnave otrok in mladostnikov Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011) v 2. členu opredeljuje, kdo sodi v to skupino do dopolnjenega 26. leta starosti in sicer so to otroci z motnjami v duševnem razvoju, slepi in slabovidni otroci oz. otroci z okvaro vidne funkcije, gluhi in naglušni otroci, otroci z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirani otroci, otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja, dolgotrajno bolni otroci, otroci z avtističnimi motnjami ter otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ki potrebujejo prilagojeno izvajanje programov vzgoje in izobraževanja z dodatno strokovno pomočjo ali prilagojene programe vzgoje in izobraževanja oziroma posebne programe vzgoje in izobraževanja.

Ko govorimo o dimenzijah kakovosti zdravstvene obravnave otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami (OMPP) ter njihovih staršev, moramo omeniti 6 dimenzij zdravstvene obravnave (Institute of Medicine, 2001): varnost, učinkovitost, osredotočenost na pacienta, pravočasnost, uspešnost ter enakost. Te dimenzije pomagajo zagotoviti, da se zdravstvene storitve zagotavljajo na način, ki pacientom prinaša največje koristi, hkrati pa zmanjšuje tveganja in neučinkovitost.

Zdravstveni delavci morajo upoštevati kulturne in družbene dejavnike, delovati v skladu s potrebami posameznika (Jelenc, Keršič Svetel, & Lipovec Čebtron, 2016) ter sprejemati razlike (Rutar, 2018). Zato smo želeli s pomočjo pregleda literature ugotoviti, kateri ključni dejavniki pripomorejo k zadovoljstvu OMPP ter njihovih staršev v zdravstveni obravnavi.

Namen in raziskovalno vprašanje

Namen pregleda literature je analizirati in sintetizirati ugotovitve različnih avtorjev o razsežnosti zadovoljstva s kakovostjo zdravstvene obravnave. Cilj pregleda literature in poseben podarek bo namenjen prepoznavanju ključnih dejavnikov, ki vplivajo na stopnjo zadovoljstva otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami (OMPP) ter njihovih staršev.

Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

- Kateri so pozitivni dejavniki zadovoljstva OMPP in njihovih staršev s kakovostjo zdravstvene obravnave?
- Kateri so negativni dejavniki zadovoljstva OMPP in njihovih staršev s kakovostjo zdravstvene obravnave?

METODE

Izveden je bil pregled literature. Iskanje literature je potekalo v bazah podatkov CINAHL, SpringerLink, ScienceDirect, ProQuest, PubMed in Scopus ter v znanstveni literaturi, ki jo indeksirata Narodna in univerzitetna knjižnica v Ljubljani ter knjižnica Fakultete za organizacijske študije v Novem mestu.

Vključitveni kriteriji so bili:

- recenzirani izvirni in pregledni znanstveni članki;
- članki z odprtim dostopom;
- članki v slovenskem, srbohrvaškem, španskem ali angleškem jeziku;
- tematska ustreznost (OMPP, oviranost, posebne potrebe, starost do 26 let);
- starost literature do 10 let.

Izključitveni kriteriji so bili:

- tematsko neustrezni članki;
- članki, pri katerih je bil dostopen le izvleček;
- članki v jeziku, ki ni bil slovenski, srbohrvaški, angleški ali španski;
- starost literature več kot 10 let.

Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede: **oviranost, otroci, mladostniki, zdravstvena obravnava, kakovost, zadovoljstvo** in v angleškem jeziku *disability, children, adolescents, healthcare, quality, satisfaction*

REZULTATI

Z iskanjem po bazah podatkov smo identificirali 106 člankov. Ob upoštevanju kriterijev je v končno analizo tako vključenih 54 člankov.

O pozitivnih dejavnikih, ki vplivajo na stopnjo zadovoljstva OMPP in njihovih staršev s kakovostjo zdravstvene obravnave, govori 26 člankov.

Ustrezna komunikacija in interakcija med družinskimi člani in zdravstvenimi delavci sta ključni za zadovoljstvo s kakovostjo obravnave, kar je še zlasti pomembno, ko gre za obravnavo otrok. Pomembni sta odnosna (poslušanje, empatija, spoštovanje) in sodelovalna interakcija (izmenjava, načrtovanje, reševanje problemov) (McAnuff, Boyes, & Kolehmainen, 2015). Brannon Ray, Lark, & Kindratt (2022), McGill & Rea (2015) ter McPherson et al. (2018) prav tako poudarjajo pomen ustrezne komunikacije med vsemi udeleženci v procesu zdravstvene obravnave. Thunberg, Johnson, Bornman, Öhlén, & Nilsson (2022) predlagajo uporabo univerzalno oblikovane komunikacije, vključno z vizualnimi pripomočki in lahko berljivimi besedili, kot pomoč pri komunikaciji, osredinjeno na pacienta. O'Connor, Brenner, & Coyne (2019) poudarjajo pomen na pacienta osredinjene oskrbe, kjer je komunikacija bistveni sestavni del, ter navajajo, da ima takšna komunikacija koristi za otroka, družino, zdravstvene delavce in organizacijo. Za OMPP je pomemben individualiziran načrt zdravstvene obravnave (Birkett, Liddle, Jones, & Paulson, 2022; Bock et al., 2022; Liddle & Sonnentag, 2020), zlasti ob prehodu v odraslo dobo (Mirzaian, Deavenport-Saman, Hudson, & Betz, 2024) in v primerih socialne izolacije (Taylor, Kong, Foster, Badawi, & Novak, 2022) ter pri specifičnih temah, kot je spolna vzgoja mladostnikov s posebnimi potrebami (Top, 2022). Ključno je sodelovanje med zdravstvenimi delavci in med njimi ter družinami OMPP (Arcuri et al., 2015; Woodman, Simon, Hauari, & Gilbert, 2020), vključevanje strokovnjakov z različnih področij pa vpliva na uspešnost zdravljenja (Morris, Muskat, & Greenblatt, 2018). Vključenost staršev v obravnavo in možnost neomejenih obiskov pri otroku povečujeta zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo (Jannes et al., 2020; Shafer et al., 2018) in zmanjšujeta zaskrbljenost staršev.

Ustrezno znanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev (Moonen, Festen, Bakker-vanGijsel, & Vervoort-Schel, 2022; Ong et al., 2020), uporaba mobilnih aplikacij za opolnomočenje OMPP (McPherson, Oake, & Stinson, 2020) ter telemedicine za zmanjšanje neenakosti v zdravju in povečanje dostopnosti zdravstvene obravnave (Sukhov, Asante, & Ilizarov, 2020) so pomembni dejavniki. Interdisciplinarni pristopi pri obravnavi OMPP s kronično bolečino (Johnson et al., 2022) in uvedba koordinatorja primera v pediatrični onkološki oskrbi (Martins, Aldiss, Taylor, & Gibson, 2022) izboljšujejo rezultate za celotno družino, saj zdravstvena obravnava poteka brez težav, kontinuirano in koordinirano. Spremljanje zadovoljstva uporabnikov z

različnimi orodji (ankete, fokusne skupine) daje povratne informacije o uspešnosti zdravstvene obravnave (Bayat et al., 2022; Kruszecka-Krówka et al., 2019; Mayland et al., 2022).

O negativnih dejavnikih, ki vplivajo na stopnjo zadovoljstva OMPP in njihovih staršev s kakovostjo zdravstvene obravnave, govori 28 člankov.

Različni avtorji obravnavajo problem pomanjkanja specifičnega znanja za delo z OMPP (Hart, Van Deusen, & Gonzaga, 2017; Khanlou et al., 2022; Lung et al., 2021; Ong et al., 2017; Picton-Howell, 2023; Soltau, Biedermann, Hennicke, & Fydrich, 2015; Wandresen, Sgarbi, Tomiura, de Oliveira, & Nisihara, 2023). Prehod iz mladostništva v odraslost prinaša številne težave zaradi pomanjkljive komunikacije med izvajalci, pomanjkanja znanja in podpore, ki jo mladostniki in njihovi starši potrebujejo, ter pomanjkanja kontinuitete zdravstvene oskrbe (Culnane et al., 2020; Gauthier-Boudreault, Couture, & Gallagher, 2018; Heron et al., 2019; MacNeill, Ducet, & Luke, 2022; Malapela, Thupayagale-Tshweneagae, & Ibitoye, 2020; Shanahan, Ollis, Balla, Pate, & Lang, 2020). Slaba diagnoza in neizpolnjene zdravstvene potrebe mladostnikov z motnjo avtističnega spektra in/ali duševno motnjo pogosto vodijo v uporabo storitev nujne pomoči, kar povečuje stroške zdravstvene obravnave (Hand, Boan, Bradley, Charles, & Arnstein Carpenter, 2019). Mol, Argent, Paed, & Morrow (2018) navajajo, da zdravstveni delavci pomanjkljivo komunicirajo s starši OMPP in jim nudijo premalo podpore. Kruszecka-Krówka et al. (2021) ugotavljajo, da je potrebno optimizirati zdravstveno nego, zlasti na področju vključevanja staršev. Načrt za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege na pediatričnih oddelkih se mora osredotočiti zlasti na paciente v zgodnjem otroštvu in njihove starše, ki so najbolj kritični pri ocenjevanju zadovoljstva. Avtorji navajajo tudi zapozneli dostop do storitev duševnega zdravja otrok in mladostnikov (Semovski, King, & Stewart, 2022), slabšo kakovost obravnave pri otrocih in mladostnikih z in brez avtističnih motenj (Menezes, Robinson, Harkins, Sadikova, & Mazurek, 2021) ter z motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo (Park, Jang, Lee, Kim, & Park, 2020). Številni OMPP ne morejo sodelovati pri zdravljenju in so zato izpostavljeni tveganjem (Eichinger et al., 2022). Ti mladostniki niso deležni ustrezne zdravstvene vzgoje (Fergus, Zambeli-Ljepović, Hampson, Copp, & Nagata, 2022), zlasti na področju spolne vzgoje (Engelen, Knoll, Rabsztyan, Maas-van Schaaijk, & van Gaal, 2019). Zdravstveni delavci se prav tako ne znajo prilagajati zahtevnim razmeram (Muskat et al., 2015). Avtorji tudi poročajo, da zdravstvene ustanove ne spremljajo zadovoljstva staršev s standardiziranimi vprašalniki (Chua & Cyna, 2020; Srivastava et al., 2021); v primerih spremljanja pa je bilo ugotovljeno, da na zadovoljstvo staršev vplivajo daljše hospitalizacije in poslabšanje otrokovega zdravja, spol staršev, prebivališče staršev ter bivanje staršev v bolnišnici (Alle, Akenaw, Seid, & Bayable, 2022; Nguyen, Nguyen, Phan, van Eeuwijk, & Fink, 2020). OMPP in njihove družine se v kompleksnem zdravstvenem sistemu soočajo s številnimi izzivi, ki bi jih lahko reševali z usklajenim sodelovanjem multidisciplinarnega tima (Siuba, Patel, Guilonard, & Pratt, 2020).

DISKUSIJA

V odgovoru na prvo raziskovalno vprašanje o tem, kateri so pozitivni dejavniki zadovoljstva OMPP oziroma njihovih staršev s kakovostjo zdravstvene obravnave, lahko po pregledu literature navedemo komunikacijo in sodelovanje med sodelujočimi v procesu obravnave (zdravstveni delavci, OMPP, starši in drugi družinski člani), aktivnosti za zmanjšanje stresa (zmanjšanje zaskrbljenosti staršev ob hospitalizaciji otroka, pozitivne okoliščine in skrb ob koncu življenja otroka, neomejevanje obiskov pri otroku ...), znanje in veščine zdravstvenih delavcev (stalno usposabljanje in strokovno izpopolnjevanje zdravstvenih delavcev, zaposlovanje zdravstvenih delavcev, specializiranih za delo z OMPP), uporabo sodobne tehnologije (uporaba

mobilnih aplikacij, uporaba telemedicine, ...), merjenje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev, pristope k zdravstveni oskrbi (uvedba interdisciplinarnega pristopa, vključevanje otrok in mladostnikov v odločanje o lastni bolezni, uvedba koordinatorja primera, zadovoljstvo staršev z zdravstveno oskrbo v smislu dostopnosti, trajanja zdravljenja, ...) in na pacienta osredinjeno zdravstveno oskrbo (individualni pristop, uporaba individualnih načrtov zdravstvene nege in oskrbe, uporaba univerzalno oblikovane komunikacije, ki po potrebi vključuje tudi slikovne pripomočke in lahko berljiva besedila, ...).

V odgovoru na drugo raziskovalno vprašanje o tem, kateri so negativni dejavniki zadovoljstva OMPP ter njihovih staršev s kakovostjo zdravstvene obravnave, lahko po pregledu literature prištevamo pomanjkljivosti v zdravstvenem procesu (dolgotrajna hospitalizacija in poslabšanje zdravstvenega stanja otroka ali mladostnika, ...), pomanjkanje komunikacije in sodelovanja med zdravstvenimi delavci ter starši (neustrezna komunikacija, pomanjkanje podpore zdravstvenih delavcev, nedoslednost pri prehodu iz mladostništva v odraslost in slaba komunikacija med različnimi strokovnjaki in ustanovami, slabo sodelovanje med zdravstvenimi delavci in starši, ...), pomanjkanje osredinjenosti na pacienta (nedotakljivost nekaterih tem (npr. spolnosti) - pomanjkanje zdravstvene vzgoje, neprilagodljivost zdravstvenega osebja glede na razmere, ...), neustrezna kakovost zdravstvenih storitev (neizpolnjene zdravstvene potrebe, slabša kakovost obravnave, nedostopnost oziroma zapozneta dostopnost storitev, tveganja v povezavi z zdravstveno obravnavo, ...), pomanjkanje specializiranega znanja zdravstvenih delavcev za delo z OMPP, ...) ter nespremljanje zadovoljstva uporabnikov.

Ugotovitve različnih avtorjev torej poudarjajo pomen učinkovite komunikacije, sodelovanja in individualizirane obravnave pri izboljšanju kakovosti zdravstvene obravnave OMPP. Vse bolj pomembni namreč postajajo dejavniki, ki se jih ne da številčno ovrednotiti (kontinuiteta procesa zdravstvene obravnave, komunikacija, organiziranost, osredinjenost na pacienta, dostopnost storitev, prilagodljivost zdravstvenega osebja, kakovost znanja, sposobnosti zaposlenih ipd), saj so, kot ugotavljajo v svoji raziskavi tudi Upadhyai, Jain, Roy, & Pant (2019) medicinski in nemedicinski vidiki zdravstvene oskrbe postali pomembna dimenzija zadovoljstva s kakovostjo zdravstvene oskrbe.

Zadovoljstvo OMPP ter njihovih staršev s kakovostjo zdravstvene obravnave je zelo pomembno tako za OMPP kot tudi za njegovo družino ter za zdravstvene delavce, ki sodelujejo v procesu obravnave.

ZAKLJUČEK

Članek prispeva k razumevanju pomena spremljanja zadovoljstva OMPP, ki so uporabniki zdravstvenih storitev, in njihovih staršev. Rezultati pregleda literature prikazujejo pozitivne in negativne dejavnike na zadovoljstvo OMPP, pa tudi na njihove starše in zdravstvene delavce, ki sodelujejo v procesu zdravstvene obravnave. Prikazani negativni dejavniki so tisti, ki zdravstvenim delavcem dajejo idejo za razmislek, kako naprej, da bi izboljšali kakovost dela. Ugotovitve so lahko v pomoč vodstvu zdravstvenih ustanov pri iskanju rešitev za izboljšanje zadovoljstva OMPP in njihovih staršev z zdravstveno obravnavo.

Postopen pristop k reševanju zdravstvenih težav otrok in mladostnikov, zlasti OMPP, je ključen cilj sodobnega zdravstvenega managementa. Zadovoljstvo z obravnavo je odvisno od pričakovanj in zaznavanja obravnave. Spremljanje zadovoljstva OMPP in njihovih staršev je pomembno za izboljšanje kakovosti obravnave. Naš pregled literature daje podlago za nadaljnje raziskave v zdravstvenih ustanovah.

LITERATURA

- Alle, Y. F., Akenaw, B., Seid, S., & Bayable, D. S. (2022). Parental satisfaction and its associated factors towards neonatal intensive care unit service: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 22, 1266, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08645-4>
- Arcuri, G. G., McMullan, A. E., Murray, A. E., Silver, L. K., Bergthorson, M., Dahan-Oliel, N. & Coutinho, F. (2015). Perceptions of family-centred services in a paediatric rehabilitation programme: Strengths and complexities from multiple stakeholders. *Child: Care, Health and Development*, 42(2), 195-202. <https://doi.org/10.1111/cch.12308>
- Bayat, A., Abdollahi, F. Z., Saki, N., Khiavi, F. F., Mohammadian, S., Moosapour, B. M., & Hoseiabadi, R. (2022). Parent's Satisfaction of Universal Newborn Hearing Screening Program in Iran. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 74(1), 517-522. <https://doi.org/10.1007/s12070-020-02355-1>
- Birkett, K., Liddle, M., Jones, E. & Paulson, A. (2022). Matching Level of Clinical Support to Patient Risk When Caring for Children With Behavioral Challenges. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 60(1), 32-40. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-60.1.32>
- Bock, B., Guentsch, A., Heinrich-Weltzien, R., Filz, C., Rudovsky, M., & Schüler, I., M. (2022). Effect of individualized oral healthcare training provided to 6–16-year-old psychiatric in-Patients—Randomized controlled study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15615. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315615>
- Brannon, G. E., Ray, M.R., Lark, P., & Kindratt, T. B. (2021). Influence of Pediatric Patients' Developmental or Chronic Health Condition Status as a Predictor of Parents' Perceptions of Patient and Family-Centered Care. *Health Communication*, 37(7), 880-888. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1875559>
- Chua, G. C. C. & Cyna, A. M. (2021). Satisfaction measures in pediatric anesthesia and perioperative care. *Paediatric Anaesthesia*, 31(7), 746-754. <https://doi.org/10.1111/pan.14197>
- Culnane, E., Loftus, H., Efron, D., Williams, K., Di Iorio, N., Shepherd, R., Marraffa, L., Antolovich, G., & Prakash, C. (2021). Development of the Fearless, Tearless Transition model of care for adolescents with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder with mental health comorbidities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 63(5), 560-565. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14766>
- Eichinger, M., Görig, T., Georg, S., Hoffmann, D., Sonntag, D., Philippi, H., König, J., Urschitz, M. S., & De Bock, F. (2022). Evaluation of a complex intervention to strengthen participation-centred care for children with special healthcare needs: Protocol of the stepped wedge cluster randomised PART-CHILD trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16865. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416865>
- Engelen, M. M., Knoll, J. L., Rabsztyń, P. R. I., Maas-van Schaaijk, N. M., & van Gaal, B. G. I. (2020). Sexual Health Communication Between Healthcare Professionals and Adolescents with Chronic Conditions in Western Countries: An Integrative Review. *Sexuality & Disability*, 38(2), 191-216. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09597-0>
- Fergus, K. B., Zambeli-Ljepović, A., Hampson, L. A., Copp, H. L., & Nagata, J. M. (2022). Healthcare utilization in young adults with childhood physical disabilities: a nationally representative prospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 22 (505), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03563-0>
- Gauthier-Boudreault, C., Couture, M., & Gallagher, F. (2018). How to facilitate transition to adulthood? Innovative solutions from parents of young adults with profound intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, S2 (3), 215-223.
- Gosenca, K., Lipovec Čebren, U. & Zaviršek, D. (2016). Telo. In U. Lipovec Čebren (Ed.), *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (pp. 51-80). Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Halbwachs, H. K., Eder, J., Klemenc, D., & Velepčič, M. (2024). Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2024/05/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-2024.pdf>
- Hand, B. N., Boan, A. D., Bradley, C. C., Charles, J. M., & Carpenter, L. A. (2019). Emergency department utilization and monetary charges in adolescents with autism spectrum disorder, intellectual disability, and a population comparison group. *Autism Research*, 12, 1129-1138. <https://doi.org/10.1002/aur.2124>
- Hart, L. C., Deusen, R. V. & Gonzaga, A. M. (2017). Pediatric residents' attitudes and practice patterns regarding transition to adult-oriented care. *Journal of Community Healthcare*, 10(2), 149-155. <https://doi.org/10.1080/17538068.2017.1313479>
- Heron, L. M., Agarwal, R., Greenup, J., Maddux, M., Attong, N., & Burke, S. L. (2020). Disparities in healthcare transition support received by adolescents with special healthcare needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(2), 180-192.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm. A new Health System for the 21st Century*. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press.
- Jannes, C., Miedaner, F., Langhammer, K., Enke, C., Göpel, W., Kribs, A., Nitzsche, A., Riedel, R., Woopen, C., Kuntz, L. & Roth, B. (2020). Increased parental satisfaction by unrestricted visiting hours and developmentally supportive care in NICUs - results of a German multicenter study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(11), 1874-1880. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1532499>
- Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, U. (2016). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In U. Lipovec Čebren (Ed.), *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (pp. 11-28). Nacionalni inštitut za javno zdravje.

- Johnson, K. L., Wilkins, S. N., Brown, E. C. B., Tham, S. W., Walco, G. A., Feldman, K. W., Wiester, R., Qu, P., & Campbell, K. A. (2022). The overlap of medical child abuse and central sensitization in adolescents: An exploratory qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105788. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105788>
- Khanlou, N., Khan, A., Kurtz Landy, C., Srivastava, R., McMillan, S., VanDeVelde-Coke, S., & Vazquez, L. M. (2023). Nursing care for persons with developmental disabilities: Review of literature on barriers and facilitators faced by nurses to provide care. *Nursing Open*, 10, 404-423. <https://doi.org/org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1002/nop2.1338>
- Kruszecka-Krówka, A., Cepuch, G., Gniadek, A., Smoleń, E., Piskorz-Ogórek, K., & Micek, A. (2021). Selected predictors of parental satisfaction with child nursing care in paediatric wards in Poland—Cross-sectional study. *PLoS ONE*, 16(11), e0260504. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260504>
- Liddle, M. & Sonnentag, T. L. (2021). Effectiveness of Adaptive Care Plans for Children with Developmental Disabilities During Outpatient Clinic Appointments. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 51(9), 3028-3038. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04764-1>
- Lung, S. L. M., Wincentak, J., Gan, C., Kingsnorth, S., Provdienza, C., & McPherson, A. C. (2021). Are healthcare providers and young people talking about sexuality? A scoping review to characterize conversations and identify barriers. *Child: Care, Health & Development*, 47(6), 744-757. <https://doi.org/10.1111/cch.12892>
- MacNeill, L., Doucet, S., & Luke, A. (2022). Caregiver experiences with transitions from pediatric to adult healthcare for children with complex care needs. *Child Care, Health and Development*, 48(5), 800-808. <https://doi.org/10.1111/cch.12989>
- Malapela, G. R., Thupayagale-Tshweneagae, G., & Ibitoye, O. F. (2020). Nurses' perceived role in healthcare transition of adolescents with intellectual disabilities. *African Journal of Disability*, 9(0), a674. <https://doi.org/10.4102/ajod.v9i0.674>
- Martins, A., Aldiss, S., Taylor, R. M., & Gibson, F. (2022). Care coordination, consistency and continuity: the case of the key worker role in children's cancer care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), 2092958. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2092958>
- Mayland, C. R., Sunderland, K. A., Cooper, M., Taylor, P., Powell, P. A., Zeigler, L., Cox, V., Gilman, C., Turner, N., Flemming, K., & Fraser, L. K. (2022). Measuring quality of dying, death and end-of-life care for children and young people: A scoping review of available tools. *Palliative Medicine*, 36(8), 1186-1206. <https://doi.org/10.1177/02692163221105599>
- McAnuff, J., Boyes, C., & Kolehmainen, N. (2015). Family-clinician interactions in children's health services: a secondary analysis of occupational therapists' practice descriptions. *Health Expectations*, 18(6), 2236-2251. <https://doi.org/10.1111/hex.12194>
- McGill, K. & Rea, K. (2015). New Jersey's Historical Development of a Statewide Children's System of Care, Including the Lessons Learned From Embedding CANS Tools: Developments, Innovations, and Data Analysis. *SAGE Open*, 5(3), 1-11. <https://doi.org/10.1177/2158244015602806>
- McPherson, A. C., Knibbe, T. J., Oake, M., Swift, J. A., Browne, N., Ball, G. D. C., & Hamilton, J. (2018). »Fat is really a four-letter word«: Exploring weight-related communication best practices in children with and without disabilities and their caregivers. *Child: Care, Health and Development*, 44(4), 636-643. <https://doi.org/10.1111/cch.12575>
- McPherson, A. C., Oake, M., & Stinson, J. (2020). »Don't sweat it buddy, it's OK«: an exploration of the needs of adolescents with disabilities when designing a mobile application for weight management and healthy lifestyles. *Disability and Rehabilitation*, 42(11), 1569-1577. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1530804>
- Menezes, M., Robinson, M. F., Harkins, C., Sadikova, E., & Mazurek, M. O. (2021). Unmet healthcare needs and health-care quality in youth with autism spectrum disorder with and without intellectual disability. *Autism*, 25(8), 2199-2208. <https://doi.org/10.1177/13623613211014721>
- Mirzaian, C. B., Deavenport-Saman, A., Hudson, S., & Betz, C. L. (2024). Health care transition recommendations for young people with intellectual and developmental disabilities and co-occurring mental health conditions: Stakeholder survey findings. *Health Care Transit*, 2, 100075. <https://doi.org/10.1016/j.hctj.2024.100075>
- Mol, C., Argent, A. C. & Morrow, B. M. (2018). Parental satisfaction with the quality of care in a South African paediatric intensive care unit. *Southern African Journal of Critical Care*, 34(2), 50-57. <https://doi.org/10.7196/sajcc.201.v34i2.366>
- Moonen, X., Festen, D., Bakker-van Gijsel, E., & Vervoort-Schel, J. (2022). A dutch perspective on two health related issues regarding children and adolescents with intellectual disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11698. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811698>
- Morris, R., Muskat, B., & Greenblatt, A. (2018). Working with children with autism and their families: pediatric hospital social worker perceptions of family needs and the role of social work. *Social Work in Healthcare*, 57(7), 483-501. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1461730>
- Murgel, J. (2019). Zgodnja obravnava otrok s posebnimi potrebami v Sloveniji. Premik od zdravstvenega modela k socialnemu? *Socialno delo*, 58(1), 57-70. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-SQNB3VP?&language=eng>
- Muskat, B., Burnham, R. P., Nicholas, D. B., Roberts, W., Stoddart, K. P., & Zwaigenbaum, L. (2015). Autism comes to the hospital: The experiences of patients with autism spectrum disorder, their parents and health-care providers at two Canadian paediatric hospitals. *Autism*, 19(4), 482-490. <https://doi.org/10.1177/1362361314531341>
- Nguyen, A. T. B., Nguyen, N. T. K., Phan, P. H., van Eeuwijk, P., & Fink, G. (2020). Parental satisfaction with quality of neonatal care in different level hospitals: evidence from Vietnam. *BMC Health Services Research*, 20, 238, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5070-5>

- O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 3353–3367. <https://doi.org/org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1111/jocn.14913>
- Ong, N., McCleod, E., Fairbairn, N., Tomsic, G., Lord, B., Nicholls, L. E., & Eapen, V. (2017). Attitudes of healthcare staff in the treatment of children and adolescents with intellectual disability: A brief report. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 42(3), 295–300. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1236368>
- Park, S. J., Jang, H., Lee, Y., Kim, C. E., & Park, S. (2020). Health Behaviors, Physical Health, and Healthcare Utilization in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(7), 1011–1019.
- Picton-Howell, Z. (2023). The human rights of children with disabilities: How can medical professionals better fulfil rather than breach them? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(11), 1429–1435. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15585>
- Rutar, D. (2018). Nova psihologija kulture hendikepa in drugo. In D. Rutar (Ed.), *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami* (pp. 23–26). Cirius.
- Semovski, V., King, C. B., & Stewart, S. L. (2022). Mental Health Service Urgency in Children's Mental Health: Factors Impacting the Need for Expedited Services. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(4), 765–775. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01161-2>
- Shafer, J. S., Jenkins, B. N., Fortier, M. A., Stevenson, R. S., Hikita, N., Zuk, J., Gold, J. I., Golianu, B., Kaplan, S. H., Mayes, L., & Kain, Z. N. (2018). Parental satisfaction of child's perioperative care. *Paediatric Anaesthesia*, 28(11), 955–962. <https://doi.org/10.1111/pan.13496>
- Shanahan, P., Ollis, L., Balla, K., Patel, R., & Long, K. (2021). Experiences of transition from children's to adult's health-care services for young people with a neurodevelopmental condition. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1429–1438. <https://doi.org/10.1111/hsc.13198>
- Siuba, M., Patel, D. R., Guilonard, K., & Pratt, H. D. (2020). Behavioral aspects of chronic illness. *Journal of Alternative Medicine Research*, 12(3), 195–199. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(03\)00072-5](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(03)00072-5)
- Soltau, B., Biedermann, J., Hennicke, K., & Fydrich, T. (2015). Mental health needs and availability of mental healthcare for children and adolescents with intellectual disability in Berlin. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(11), 983–994. <https://doi.org/10.1111/jir.12185>
- Srivastava, R., Taneja, S., Midha, T., Kumar Rao, Y., Bansal, A., & Goyal, P. (2021). Is parental satisfaction important in a public hospital NICU. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 8(7), 1251–1255. <https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20212480>
- Sukhov, R., Asante, A., & Ilizarov, G. (2020). Telemedicine for pediatric physiatry: How social distancing can bring physicians and families closer together. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 13(3), 329–338. <https://doi.org/10.3233/PRM-200747>
- Taylor, C., Kong, A. C., Foster, J., Badawi, N., & Novak, I. (2022). Caregivers' Feeding Experiences and Support of Their Child with Cerebral Palsy. *Journal of Child and Family Studies*, 31(3), 819–830. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02123-x>
- Thunberg, G., Johnson, E., Bornman, J., Öhlén, J., & Nilsson, S. (2022). Being heard – Supporting person-centred communication in paediatric care using augmentative and alternative communication as universal design: A position paper. *Nursing Inquiry*, 29(2), 1–14. <https://doi.org/10.1111/nin.12426>
- Top, F.Ü. (2022). Determination of sexual developmental characteristics of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 26(3), 672–686. <https://doi.org/10.1177/17446295211016180>
- United Nations. (2006). United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Pridobljeno na <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Upadhyai, R., Jain, A. K., Roy, H., & Pant, V. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement. *Journal of Health Management*, 21(1), 102–127. doi: 10.1177/0972063418822583
- Ustava Republike Slovenije (URS). (1991). Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=USTA1>
- Wandresen, G., Sgarbi, F., Tomiura, de Oliveira, L. N. P., & Nisihara, R. (2023). Concerns Regarding Gynecological Aspects of Brazilian Girls and Women With Down Syndrome: A Cross-Sectional Study of Caregivers' Opinions. *The Annals of Family Medicine*, 21(4) 322–326. <https://doi.org/10.1370/afm.2993>
- Woodman, J., Simon, A., Hauari, H., & Gilbert, R. (2020). A scoping review of 'think-family' approaches in healthcare settings. *Journal of Public Health*, 42(1), 21–37. <https://doi.org/org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1093/pubmed/fdy210>
- World Health Organization & UNICEF (2023). Global report on children with developmental disabilities. From the margins to the mainstream. Pridobljeno na <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080539>
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). (2008). Uradni list RS št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
- Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (MKPI). Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 37/08. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5314>
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1). (2011). Uradni list RS, št. 58/11, 40/12 – ZUJF, 90/12, 41/17 – ZOPOPP in 200/20 – ZOOMTVI. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5896>
- Zaviršek, D. (2014). Time for recognition: people with disabilities today. *Socialno delo*, 53(3), 123–132. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-PMZ1W0QP>

Berdajs Nina, dipl. m. s.

Medvešek Lea, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok
nina.berdajs@kclj.si

MENTORIRANJE V INTENZIVNI TERAPIJI 3 Z VIDIKA MENTORIRANCA

Mentoring in intensive care 3 from the perspective of the mentee

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

494

IZVLEČEK

Uvod: Na Oddelku za intenzivno terapijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana se letno usposobi 20-30 medicinskih sester za delo z življenjsko ogroženimi pacienti. Cilj izvedene raziskave je bil ugotoviti, katere osebnostne lastnosti novozaposleni pričakujejo, da bodo izražene pri njihovih mentorjih, kakšna so bila njihova pričakovanja do mentorjev, kaj jih je pri njih motilo ter ali menijo, da bi morala ustanova organizirati dodatna usposabljanja za mentorje. **Metode:** Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna metodologija s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga izvedli med novozaposlenimi na oddelku intenzivne terapije. Povezava do vprašalnika je bila anketirancem posredovana preko elektronske pošte. K sodelovanju so bili povabljeni novozaposleni z manj kot dvema leti delovne dobe. Vprašalnik je ustrezno izpolnilo 30 novozaposlenih. Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu z anketnim vprašalnikom ter deskriptivni metodi. **Rezultati:** Vsi udeleženci raziskave so bili zadovoljni s svojim mentorjem, kljub temu pa sta dva razmišljala o menjavi mentorja. Polovica novozaposlenih meni, da bi bilo koristno organizirati dodatna usposabljanja za mentorje. Dve tretjini jih meni, da bi bilo potrebno v proces uvajanja vpeljati končno ocenjevanje oziroma povratne ocene tako s strani mentorja kot novozaposlenega. **Diskusija:** Na podlagi ugotovitev menimo, da je mentoriranje ključnega pomena za nove zaposlene, vendar obstajajo določene pomanjkljivosti, ki bi jih bilo treba izpostaviti v prihodnje. **Zaključek:** Ugotovili smo, da uvajanje na delo novozaposlenega z začetkom pod mentorstvom deluje pomirjujoče in zmanjša strah. S tem smo dokazali, da ga ni smiselno opustiti, vendar le še izpopolniti.

Ključne besede: zdravstvena nega, medicinska sestra, novozaposleni, uvajanje, podporno delovno okolje

1 5 . K O N G R E S

ABSTRACT

Annually, 20-30 nurses are trained to work with life-threatening patients at the Intensive Care Unit of the University Hospital Ljubljana. With the survey questionnaire, which we carried out among the mentees in intensive therapy, we wanted to find out which qualities new employees expect to be expressed in their mentors, what their expectations were of mentors, what bothered them about them, and whether they think that the institution had to organize additional training for mentors. **Methods:** A qualitative research methodology was used. The link to the standardized questionnaire was sent to the respondents at their work e-mail address. New employees with less than two years of experience were invited to participate. Thirty mentees duly filled out the questionnaire. The questionnaire included closed-ended, open-ended, combined questions and questions with a measurement scale. **Results:** All mentees were satisfied with their mentor, but two were considering changing mentors. Half of the mentees believe that it would be useful to organize additional training for mentors. Two-thirds of them believe that it would be necessary to introduce final evaluation or feedback evaluations by both the mentor and the mentee into the induction process. **Discussion:** Based on the findings, we believe that mentoring is crucial for new hires, but there are certain shortcomings that should be pointed out to new hires. **Conclusion:** We have found that introducing a new employee to work by starting under mentoring has a calming effect, reduces fear. With this, we proved that it does not make sense to abandon it, but only to improve it.

Key words: nursing, nurse, new employees, induction, supportive work environment

UVOD

Oddelek za intenzivno terapijo predstavlja delovišče, kjer je za kakovostno in strokovno delo potrebna visoka raven znanja medicine ter zdravstvene nege, stalno izobraževanje in dopolnjevanje znanja zaposlenih z novostmi oziroma ponavljanjem že obstoječega. Oddelek intenzivne terapije omogoča pacientom, ki so življenjsko ogroženi, vso potrebno terapevtsko pomoč za obnovev ali nadomestitev motenih ali izpadlih funkcij vitalnih organov. Pomembno je poudariti, da je oddelek intenzivne terapije specializirana organizacijska enota z določenimi značilnostmi, ki vključujejo strokovnost, oskrbo, prostor, tehnologijo, opremo, organizacijo dela, administracijo in izobraževanje. Zaradi specifičnosti dela je tu zaposlenih veliko različnih profilov zdravstvenih delavcev in sodelavcev, vsi z namenom v dobrobit pacienta. To so zdravniki specialisti in specializanti, diplomirane medicinske sestre, respiratorni in lokomotorni fizioterapevti, farmacevti, higieničarji itd. Delo na tem oddelku zahteva visoko stopnjo strokovnosti ter izkušenosti.

Ker je delo zelo dinamično, adrenalinsko in drugačno kot na drugih področjih zdravstva, je zelo zanimivo za mlade medicinske sestre. Za večino novozaposlenih, ki prihajajo na oddelek intenzivne terapije je to tudi prva redna zaposlitev, prvi stik z delom na tako zahtevnem oddelku ter z zahtevnimi in življenjsko ogrožajočimi pacienti. Tako je lahko ta stik zelo stresen, novozaposleni pa so prestrašeni ter zgubljeni v poplavi vseh informacij in dražljajev. Ravno zaradi tega je skrbno načrtovano usposabljanje, ki se izvaja ob začetku zaposlitve vsakega posameznika ključno. Intenzivna terapija je oddelek, na katerem sodeluje več strokovnjakov; timsko delo je v vsakodnevni praksi bistvenega pomena. Raznolikost spretnosti, izkušenj in znanja tima za intenzivno terapijo zahteva sodelovanje pri zagotavljanju oskrbe, raziskavah in strokovnem razvoju. Mentorski programi na oddelku intenzivne terapije so bolj namenjeni zdravnikom in manj medicinskim sestram (De Rosa et al., 2023).

Mentoriranje naj bi bilo staro ravno toliko, kot človeštvo. Že Socrates je dejal, da je znanje največja vrednota, ki jo lahko posreduje človek in da mora biti deljeno za dobro okolja. Čeprav začetkom mentorstva lahko sledimo vse do kamene dobe, se njegovo bistvo do danes ni spremenilo (Bjelan, 2010). Z raziskavami so ugotovili, da je v Evropi ter ZDA mentorstvo v zdravstvu prisotno ter zelo dobro sprejeto (Angel, et al., 2020).

Podajanje znanja na mlajše sodelavce opredeljuje tudi Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024) v svojem Načelu IX. Ta opredeljuje, da morajo medicinske sestre ceniti sveže teoretično znanje ter predloge vseh, tudi mlajših sodelavcev ter v spoštljivem dialogu iščejo najboljše poti profesionalnega delovanja, pri opravljanju pedagoškega dela v kliničnem okolju pa zagotavljajo, da je praktično delo ob pacientu strokovno, varno in etično. Tudi če niso v formalni vlogi mentorja, posebno skrb in pozornost namenjajo študentom in dijakom zdravstvenih in drugih šol ter pripravnikom, z njimi delijo svoje znanje in profesionalne izkušnje, jih spodbujajo, so jim pomemben vzgled na njihovi prihodnji profesionalni poti ter z njimi vzpostavljajo strpen strokovni dialog.

Uvajanje za delo z življenjsko ogroženimi pacienti na oddelku intenzivne terapije traja 6 mesecev. Tu se uvajajo po programu, ki jim zagotavlja osnovna znanja za varno in kakovostno delo. Proces je zahteven in obremenjujoč, zlasti, ker je pogosto povezan s težavami zaradi pomanjkanja kadra. Leta 2009 so v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana oblikovali enoletni program »Uvajanje v delo« za diplomirane medicinske sestre, ki so končale šolanje po evropskih normativih (Škerjanec Hodak & Repe, 2014). Prva polovica programa se izvaja na matičnem oddelku novozaposlenega, druga polovica pa na oddelkih intenzivne terapije. Novozaposleni večine oddelkov Kirurške klinike opravijo izobraževanje in usposabljanje na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, na oddelku intenzivne terapije. Cilj programa je medicinske sestre seznaniti z intervencijami v intenzivni terapiji, jih strokovno usposobiti za delo z življenjsko ogroženim pacientom ter jih naučiti ukrepanja ob zapletih.

Program usposabljanja se začne z 10-dnevnim uvodnim seminarjem. Predstavljene so vsebine, ki se nanašajo na organizacijo Kliničnega oddelka za anestezijo in intenzivno terapijo, higienski režim, sprejem pacienta, monitoring, ocenjevanje respiratorne, kardiovaskularne in nevrološke funkcije, mehansko predihavanje, hemodinamski nadzor, varno delo s sediranimi pacienti, transport življenjsko ogroženega pacienta, rokovanje z nadzorno-merilno opremo in proces zdravstvene nege na oddelku intenzivne terapije. Novozaposleni seminar zaključijo s pisnim preverjanjem znanja ter nadaljujejo z delom ob pacientu, ki ga vodi mentor. Drugo tromesečje se, po uspešno opravljenem preverjanju znanja in veščin, začne s samostojnim delom ob pacientu. Novozaposlenemu je zagotovljen posredni nadzor izkušene medicinske sestre. Novozaposleni napiše poročilo in usposabljanje po šestih mesecih zaključi s preverjanjem znanja in veščin na matični kliniki oz. kliničnem oddelku (Škerjanec Hodak & Repe, 2014).

Usmerjeno vodenje in nadzor v praktičnem usposabljanju že dolgo tvorita ključni del izobraževalnega procesa in poklicnega razvoja medicinskih sester. To je proces, ki omogoča prenos potrebnih znanj, spretnosti in izkušenj za uspešno izvajanje delovnih nalog, ki zahtevajo vodenje, usmerjanje in demonstriranje. Namen je poudariti pomen vzgoje za poklic in pridobivanja poklicnih spretnosti, saj cilje usposabljanja v zdravstveni negi lahko opredelimo kot oblikovanje osebnosti, spremembo vedenja z razvijanjem poklicnih veščin ter strokovno usposobljenost. Omenjeni cilji so na področju zdravstvene nege zapisani v opredelitvi del in nalog zdravstvenega tehnika in medicinske sestre (Kermavnar & Govekar-Okoliš, 2016). Mentorstvo je

tudi ena od inovativnih kratkoročnih rešitev, ki so jih uvedli v številnih zdravstvenih ustanovah za reševanje izzivov, povezanih s človeškimi viri (De Rosa et al., (2023).

Mentoriranje je kompleksen proces, ki ga mora izvajati usposobljena medicinska sestra s pedagoškimi znanji, znanji o medosebnih odnosih in znanji drugih strok. Predstavlja ogrodje, v katerega dodajamo in s katerim vrednotimo nova znanja. Mentor naj bi bil oseba, ki mentoriranja spodbuja, vodi, usmerja ter motivira. Pomembne so tudi kompetence in osebne lastnosti, ki naj bi bile strokovnost, razumevanje, potrpežljivost, spoštljivost, zanesljivost, biti vedno na voljo ter dober vodja. Ravno za to, mentor ne more biti tudi ravno vsak, ki obvlada svoje delo, brez zgoraj naštetih veščin (Babuder, 2016).

Mentorstvo je prepogosto nevidno, zato bi morali vodje institucij ali posameznih oddelkov priznati pomembno vlogo mentorjev. Navsezadnje so mentorji tisti, ki novozaposlene navedejo na klinično okolje in v njih prepoznajo kompetentne in produktivne strokovnjake. Večina medicinske sestre, ki so že opravljale delo mentorja spoznajo, da je to intuitivno in instektivno delo (Babuder, 2016).

V kliničnem okolju se novozaposleni od mentorjev učijo, kako izvajati intervencije zdravstvene nege, opazovanjem in ocenjevanjem potreb pacientov, uporabo diagnostičnih meril zahtevnosti zdravstvene nege ter uporabo terapevtske komunikacije in medosebnih veščin (Čuk, 2014 cited in Babuder, 2016).

RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Namen raziskave je bil preučiti mentoriranje v intenzivni terapiji 3 z vidika novozaposlenega. Cilj raziskave je bil ugotoviti, katere lastnosti novozaposleni pričakujejo, da bodo izražene pri njihovih mentorjih, kakšna so bila njihova pričakovanja do mentorjev, kaj jih je pri njih motilo ter ali menijo, da bi morala ustanova organizirati dodatno usposabljanje za mentorje.

Opis merskega instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Anketni vprašalnik vsebuje 16 vprašanj. Od tega 6 vprašanj odprtega tipa in 10 vprašanj zaprtega tipa. Prvi sklop, ki vsebuje 2 vprašanja se nanaša na socio-demografska vprašanja, drugi sklop s skupaj 14 vprašanji pa se nanaša na odgovore na naše zastavljene cilje. Ta se nanašajo na vsebino mentoriranja na oddelku intenzivne terapije z vidika novozaposlenega.

Opis vzorca

Vzorec je namenski in je vključeval novozaposlene medicinske sestre na oddelku intenzivne terapije, ki imajo manj kot dve leti delovne dobe. Anketiranje je vključevalo 30 oseb, z manj kot dvema leti delovne dobe na oddelku intenzivne terapije. K anketiranju so anketiranci pristopili prostovoljno na podlagi predhodno poslanega vabila preko službene elektronske pošte, do katere imajo dostop vodje zdravstvene nege oddelkov intenzivne terapije. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost in spoštovanje etičnih načel, ki veljajo v raziskovanju.

Opis poteka raziskave

Raziskava je potekala marca 2024. Podatke, pridobljene z anketo, smo analizirali, uredili grafe ter jih interpretirali. Ugotovitve so prikazane, analizirane in ovrednotene v razpravi in zaključku.

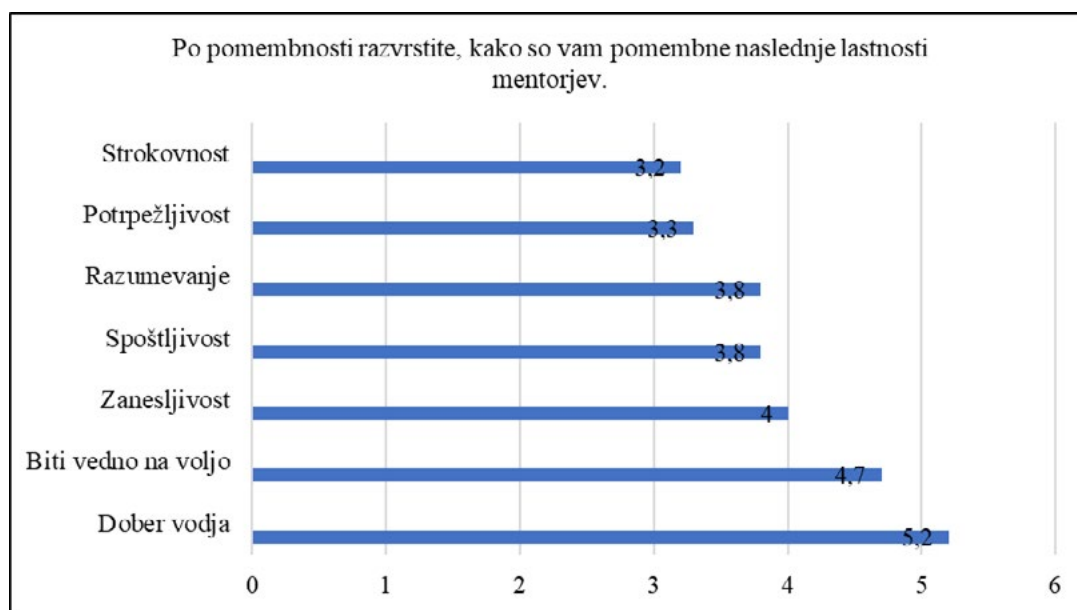
Obdelava podatkov

Uporabljen je bil kvalitativen raziskovalen pristop. Primarni podatki za analizo so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom.

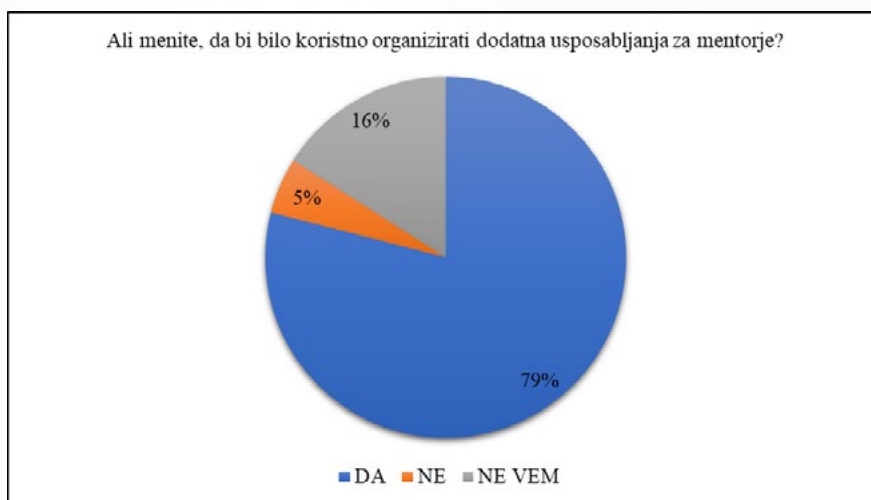
REZULTATI



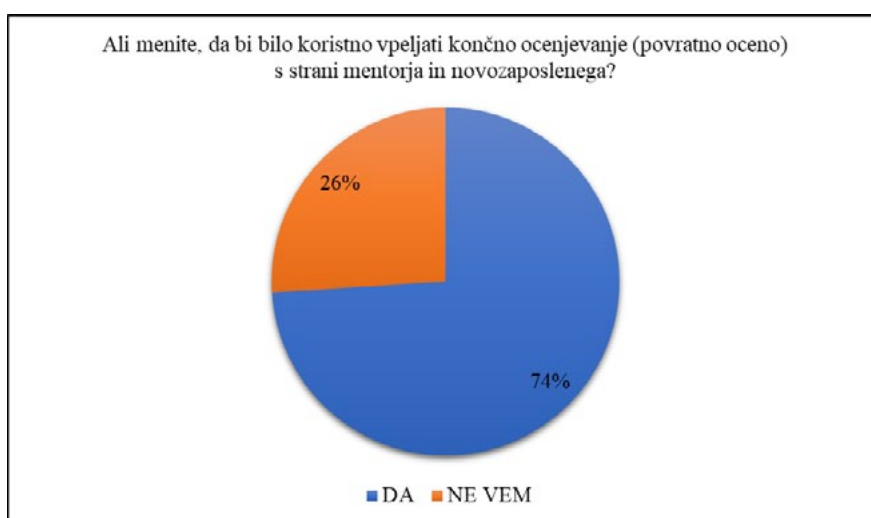
Slika 1: Menjava mentorja



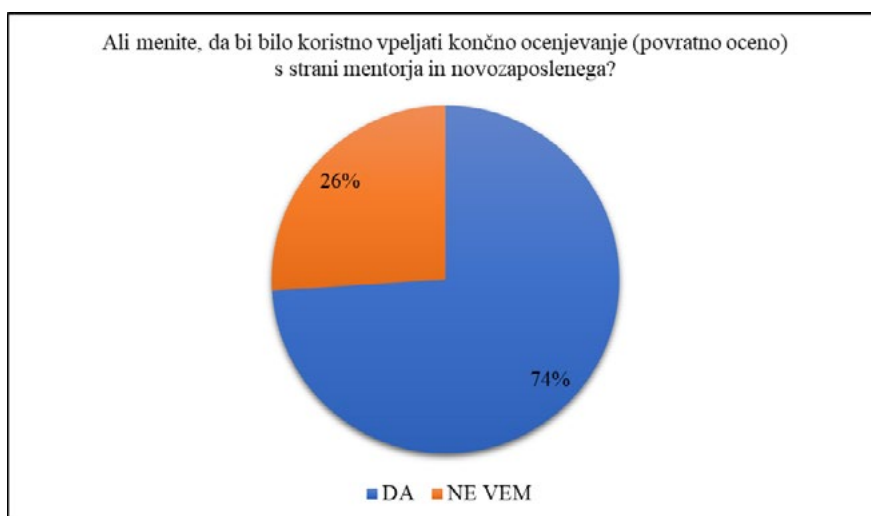
Slika 2: Lastnosti mentorjev po pomembnosti



Slika 3: Usposabljanje za mentorje



Slika 4: Končno ocenjevanje s strani mentorja in novozaposlenega



Slika 5: Mnenje o mentoriranju

RAZPRAVA

Ugotovili smo, da je uvajanje na novo delovno mesto precej lažje in manj stresno, če se novozaposlenemu omogoči uvajanje v delo. Ti so pripravljeni na sprejemanje novega znanja in dograjevanje že obstoječega, pri čemer pa ima mentor pomembno vlogo. Tudi novozaposleni imajo od svojih mentorjev določena pričakovanja in želje, kakšen naj bi le-ta bil. V veliki večini si vsi novozaposleni od svojih mentorjev želijo lastnosti, kot so potrpežljivost, natančnost, iskrenost, zanesljivost, dostopnost, spoštovanje, prijaznost, ustrezna komunikacija pri predajanju svojega znanja ter strokovnost. Kot najpomembnejša je bila izpostavljena lastnost dobre vodje, nato pa je sledilo to, da je mentor vedno na voljo. Pričakovanja novozaposlenih v času mentoriranja so bila priprava na samostojno delo skozi skupno delo in vodenje ter nadzor nad delom s strani mentorja. Navajali so, da pričakujejo, da so varno vpeljeni v proces dela, da mentor predaja svoje znanje, razumevanje, potrpežljivost, strokovnost, zavzetost, strpnost, spoštovanje ter prijazen odnos. (Viglianti et al., 2022).

V večini so bili anketiranci zadovoljni s svojim mentorjem, le dvema novozaposlenima njun mentor ni ustrezal, pri čemer sta bila razlog nekompatibilnost med mentorjem ter novozaposlenim ter odsotnost mentorja, s čimer je prišlo do večkratne zamenjave mentorja, odgovornih za nadzor novozaposlenega. Med predlogi za izboljšanje mentoriranja je bilo tudi kar nekajkrat omenjeno izobraževanje mentorjev, kjer bi se ti lahko naučili pravih pristopov ter osnov komuniciranja kot „učitelj“. Anketiranci si želijo tudi daljše obdobje mentoriranja, saj menijo, da trije meseci niso dovolj, da se kot novozaposleni naučiš vseh specifik, ki jih kasneje od tebe, kot samostojne medicinske sestre, pričakujejo.

Anketirani v večini menijo, da bi se za izboljšanje zgoraj naštetih pomanjkljivosti lahko vpeljalo končno ocenjevanje, tako s strani mentorja, kot novozaposlenega. S tem bi lahko ugotavljali, kje so vrzeli oz. prostor za izboljšanje, ter tudi ugotovili kje in kdaj pride do slabega odnosa med posameznikoma. O pozitivnih vidikih ocenjevanja pišejo tudi De Rosa et al., (2023). V literaturi navajajo, da mora mentor delovati kot spodbujevalec, vodnik, pomočnik in nadzornik, tako da zagotavlja konstruktivno kritiko in povratne informacije. Z mentorjem naj bi se ob začetku določilo cilje, naloge in merila uspeha. Vodstvo, mentor ter novozaposleni naj bi se občasno sestali in pregledali napredek in doseganje ciljev, da se zagotovijo povratne informacije in spodbude o dosežkih. Omejitev raziskave je omejeno število anketirancev ter nepopolno reševanje ankete. Omejitev je tudi pristranskost namenskega vzorca, saj so bili anketiranci izbrani namensko. To lahko vpliva na možnost sploševanja rezultatov.

ZAKLJUČEK

Uvajanje na delo novozaposlenega z začetkom pod mentorstvom je zelo dobro sprejeto, delo se tako opravlja lažje ter manj stresno. Glede na rezultate bi bilo potrebno vpeljati končno ocenjevanje oziroma povratno oceno s strani mentorja in novozaposlenega. Tako bi lahko izboljšali oz. dopolnili program usposabljanja in se približali željam ter potrebam, tako novozaposlenih, mentorjev, kot celotnemu kadru, kajti navsezadnje je novozaposleni bodoči sodelavec ter kolega celotnemu timu.

LITERATURA

- Angel, M. O., Colombo Bonadio, R., Harada, G., Waisberg, F., Enrico, D., Arrieta, O., Corrales, L., Martin, C., Werutsky, G., Barrios, C., Ricaurte, L., Cardona, A. F., & Latin American Consortium for Lung Cancer Investigation (CLICaP) and Latin American Oncology Group (LACOG). (2020). Mentoring as an opportunity to improve research and cancer care in Latin America (AAZPIRE project). *ESMO open*, 5(6), 1–6. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000988>
- Babuder, D. (2016). Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), 327–335. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.95>
- Bjelan, N. (2010). *Mentorstvo v zdravstveni negi* [diplomska naloga, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede]. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=15154&lang=slv>.
- Čuk, V. (2014). *Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi* [doktorska naloga, Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta]. Repozitorij Univerze na Primorskem. <https://repozitorij.upr.si/IzpisGradiva.php?id=5721>
- De Rosa, S., Battaglini, D., Bennett, V., Rodriguez-Ruiz, E., Sabri Zaher, A. M., Galarza, L. & Schaller, S. J. (2023). Key steps and suggestions for a promising approach to a critical care mentoring program. *J Anesth Analg Crit Care*, 3(30), 209–219. <https://doi.org/10.1186/s44158-023-00116-4>
- Kermavnar, N. & Govekar-Okoliš, M. (2016). Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), 23–37. <https://doi.org/10.4312/as.22.2.23-37>
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Škerjanec Hodak, A. & Repe, I. (2018). Izobraževanje novozaposlenih na oddelku intenzivne terapije. *Acta Anaesthesiologica Emonica*, 1(1). 104–106.
- Viglianti, E. M., Admon, A. J., Carlton, E. F., Denstaedt, S. J., Valley, T. S., Costa, D. K., Cooke, C. R., Dickson, R., Iwashyna, T. J., & Prescott, H. C. (2022). Development and Retention of Early-Career Clinician-Scientists through a Novel Peer Mentorship Program: Multidisciplinary Intensive Care Research Workgroup. *ATS scholar*, 3(4), 588–597. <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2022-0039IN>

KROVNI SISTEMATIČNI PREGLED UČINKOVITOSTI PODPORNIH INTERVENCIJ NA IZID DOJENJA PO CARSKEM REZU

Scoping umbrella review of effectiveness of supportive interventions on breastfeeding outcome after cesarean section

IZVLEČEK

Uvod: Dojenje je neločljivo povezano z materinstvom in sega onkraj prehranske faze. Namen te sistematične analize je ugotoviti povezavo med podpornimi intervencijami začetkom dojenja v poporodnem obdobju. **Metode:** Izveden je bil krovni pregled objavljenih znanstvenih člankov, ki poročajo o dojenju po carskem rezu v različnih državah. Iskanje je bilo izvedeno z uporabo podatkovnih baz PubMed ter ScienceDirect, analizirano pa je bilo s tematsko analizo kvalitativnih raziskovalnih ugotovitev. Uporabljena je bila kombinacija ključnih besed: porod, podpora, dojenje, adaptacija in znanje. **Rezultati:** Opisane so bile različne podporne intervencije. Stik koža-na-kožo je bil na splošno bolj sprejemljiva v opazovani populaciji. Identificirali smo 20130 študij, ki so obravnavale status dojenja po carskem rezu. Skupno smo izključili 162 študij, pregledali vsebino 52 študij in vključili pa 10 študij. **Diskusija in zaključek:** Identificirali smo ključne verzeli, ki bi morale nasloviti potrebo po nadaljnji podpori zdravstvenega odločanja pri spodbujanju dojenja.

Ključne besede: porod, podpora, dojenje, adaptacija, znanje

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is an element linked to the role of motherhood, extending beyond the nutritional stage. The aim of this systematic review was to determine the association

between supporting interventions and start of early breastfeeding into the postpartum period.

Methods: We conducted an umbrella review of published scientific articles reporting on breastfeeding after caesarean delivery across different countries. A search was conducted using databases PubMed and ScienceDirect, analyzed by thematic analysis of qualitative research findings. Combination of keywords were used: delivery, support, breastfeeding, adaptation, knowledge. **Results:** Different supportive interventions were described. Skin-to-skin contact was generally more acceptable. We identified 20130 articles that addressed status of breastfeeding after caesarean section. The number of excluded studies is 162, we reviewed the content of 52 studies and included 10 studies. **Discussion and conclusion:** We also identified key research gaps that should address support of further public health decision-making in breastfeeding promotion.

Key words: delivery, support, breastfeeding, adaptation, knowledge

UVOD

Dojenje je pojav, ki je povezan z vlogo materinstva in sega onkraj prehranske faze. Šele nedavno so se strokovnjaki začeli ukvarjati s podporo dojenju po carskem rezu (CR) tudi vidik in sposobnost matere (Ahmadi, et al., 2015; Hobbs et al., 2016; Chang et al., 2020). Na dojenje negativno vplivajo posegi povezani s porodom ali neustreznim načinom lajšanja bolečine po CR (Gomez et al., 2021; Gianni et al., 2020; Piro et al., 2020; Froh et al., 2021). Številni dejavniki lahko vplivajo na izkušnje z dojenjem žensk po carskem rezu, vključno z materinimi fizičnimi in čustvenimi odzivi ter zdravjem in vedenjem novorojenčka (Piro et al., 2020). Literatura navaja, da se težave z dojenjem po CR v primerjavi z vaginalnim porodom povezuje s številnimi razlogi (Chang et al., 2020; Piro et al., 2020; Ugurlu & Yavan, 2016; Chen et al., 2018), med drugim tudi kirurške anestezije (Vamour et al., 2019).

Cilj krovnega sistematičnega pregleda je bil pregled študij, ki so ugotavljale razmerje med vzpostavljanjem dojenja po CR in intervencijami, za vzpostavitev dojenja. Namen krovnega pregleda je ugotoviti povezavo med dojenjem in podpornimi intervencijami po CR. Obravnavani sta bili raziskovalni vprašanji: Kdaj nastopi prvi poskus dojenja po CR?; Kakšen je vpliv podpornih intervencij »*in situ*« na spodbujanje dojenja v zgodnjem poporodnem obdobju?

METODE

Izvedli smo krovni pregled literature z oceno kakovosti učinkov podpornih intervencij po CR.

Metode pregleda

Kriteriji za vključitev so bili: sistematični pregledi literature, pacientke po CR, dostopni članki, objavljeni od leta 2012 v angleškem in slovenskem jeziku. Sistematični pregledi so bili ocenjeni glede ustreznosti vključitve v pregled na podlagi določenih smernic (Streubert & Carpenter, 2011). Uporabljena so bile kombinacije ključnih besed ter logičnih operatorjev („*caesarean section*“ OR „*caesarean delivery*“) AND („*breastfeeding attempt*“ OR „*docking for breastfeeding*“) AND („*simulation*“ OR „*learning*“). Glavno iskanje literature je bilo izvedeno januarja in februarja 2023 z uporabo sistema Pubmed in ScienceDirect. Vključene so bile publikacije, ki vsebujejo podatke o poskusih dojenja po CR. Uporabljene metode v tej raziskavi sledijo smernicam PRISMA (Moher et al., 2015).

Rezultati pregleda

Iskanje literature je podalo 20130 študij. Pregled literature je bil narejen na podlagi desetih študij. Identificirane publikacije smo razvrstili v 2 kategoriji, glede na poročano vsebino posamezne študije; prva je bila dojenje po CR, druga pa podpora za učinkovito vzpostavitev dojenja z podpornimi intervencijami. Tabela 2 prikazuje značilnosti posamezne študije.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Tipologija vključenih virov je bila določena z pregledom hierarhije dokazov v znanstvenih raziskavah (Polit & Beck, 2018). Zato je bila zanesljivost pregledanih študij določena na podlagi kritične presoje z uporabo modela *F-E-A-T* (F – osredotočen; E – obsežen; A – uporabljen; T – transparenten), kjer smo kritično ocenili sistematične preglede (Patel et al., 2022). V zadnji fazi sta bili določeni dve kategoriji, njune kode in stopnja pomembnosti (Tabela 1).

Tabela 1: Stopnja dokazov vključenih študij

Avtor, leto, država	(F-E-A-T) model	Kategorija
Beake et al., 2017, VB	$(3 / 4) = B$	I
Chang et al., 2022, VB	$(2 / 4) = C$	II
Chipojola et al., 2020, Tajvan	$(4 / 4) = A$	I+ II
Chowdhury et al., 2015, Indija	$(4 / 4) = A$	I
Karimi et al., 2020, Iran	$(4 / 4) = A$	I
Kim et al., 2018, Južna Koreja	$(4 / 4) = A$	II
Primo et al., 2016, Brazilija	$(3 / 4) = B$	I+II
Prior et al., 2012, Grčija	$(2 / 4) = C$	I
Sinha et al., 2015, Indija	$(4 / 4) = A$	I
Wong et al., 2021, Kitajska	$(3 / 4) = B$	II

Legenda: A – visoko, B – zmerno, C – nizko, VB – Velika Britanija

REZULTATI

Končni pregled literature (Slika 1) je vseboval deset študij, ki je opredelilo ukrepe za dojenje in podpirne intervencije za spodbujanje dojenja. Tabela 3 prikazuje značilnosti posamezne študije. Slika 2 predstavlja diagram sistematiziranja dveh kategorij. Glavne ugotovitve so bile razdeljene v 2 tematski kategoriji:

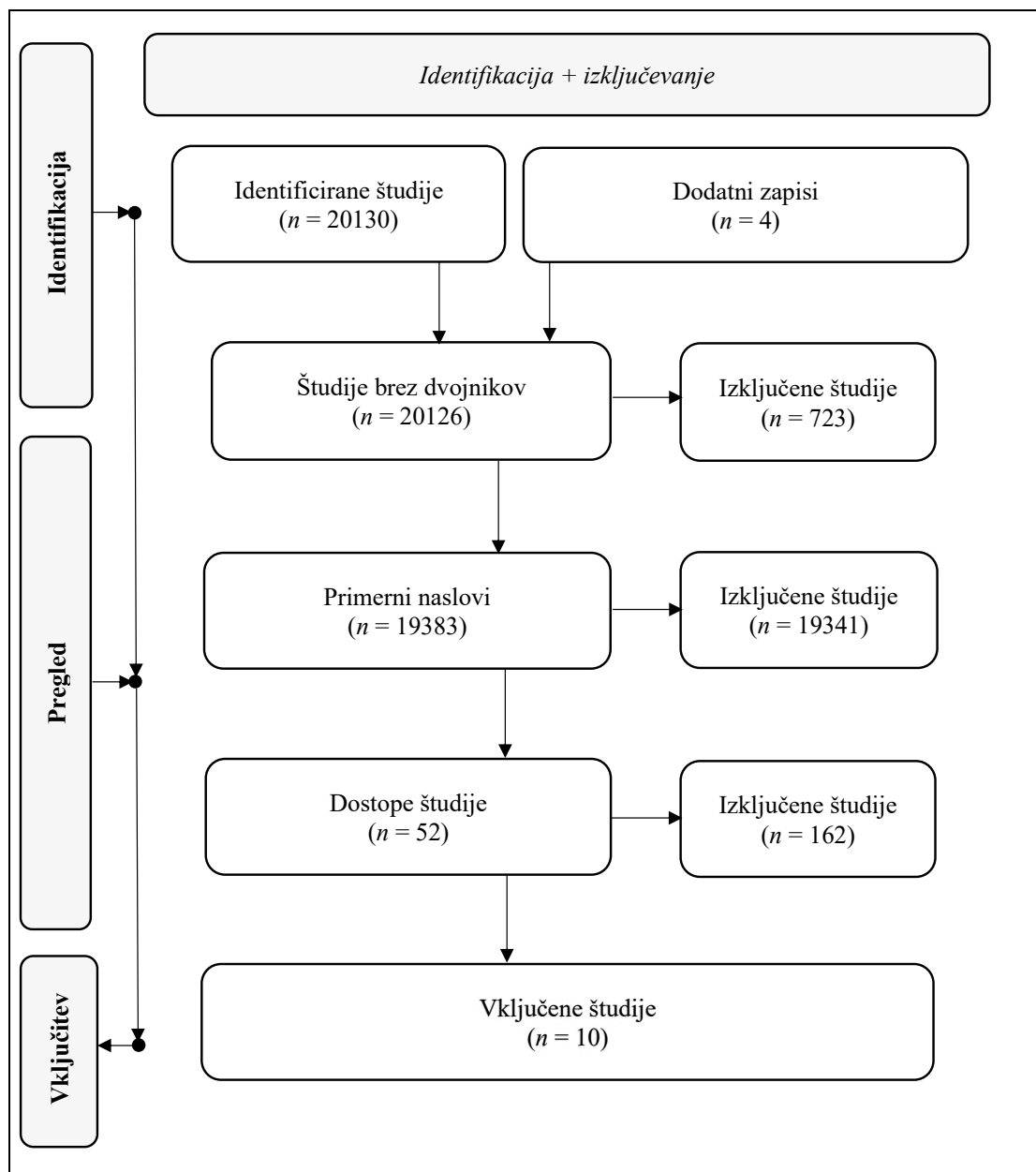
K- I: Poskus dojenja po carskem rezu

Raziskave so bile metodološko heterogene, posamezne študije so bile metodološko slabe, večina jih je imela majhno velikost vzorca (Beiranvand et al., 2014). Stopnja izključnega dojenja se je povečala na $> 20\%$. Koristi stika koža na kožo so bile ocenjene na namenskem vzorcu 40 pacientk, ki so že imele CR in so bile zaprosene, da primerjajo svojo prejšnjo izkušnjo poroda (Primo et al., 2014).

K- II: Doseganje učinkovitega dojenja po carskem rezu

Skupni rezultati so pokazali, da ima izobraževalna intervencija (tudi stika koža- koža) pozitiven vpliv na samozavest pri dojenju v obdobju po CR. Med vključenimi študijami je bila zaznana večja heterogenost ($p < 0,001$). Na splošno so izobraževalne in podpirne intervencije imele

pomembne pozitiven učinek na stopnjo izključnega dojenja < 2 meseca (prvorodke) in delnega dojenja v obdobju > 6 mesecev (Wong et al., 2021). Največji vpliv na dojenje po CR imajo večkomponentne intervencije in praktične vsebine (Chowdhury et al., 2015).



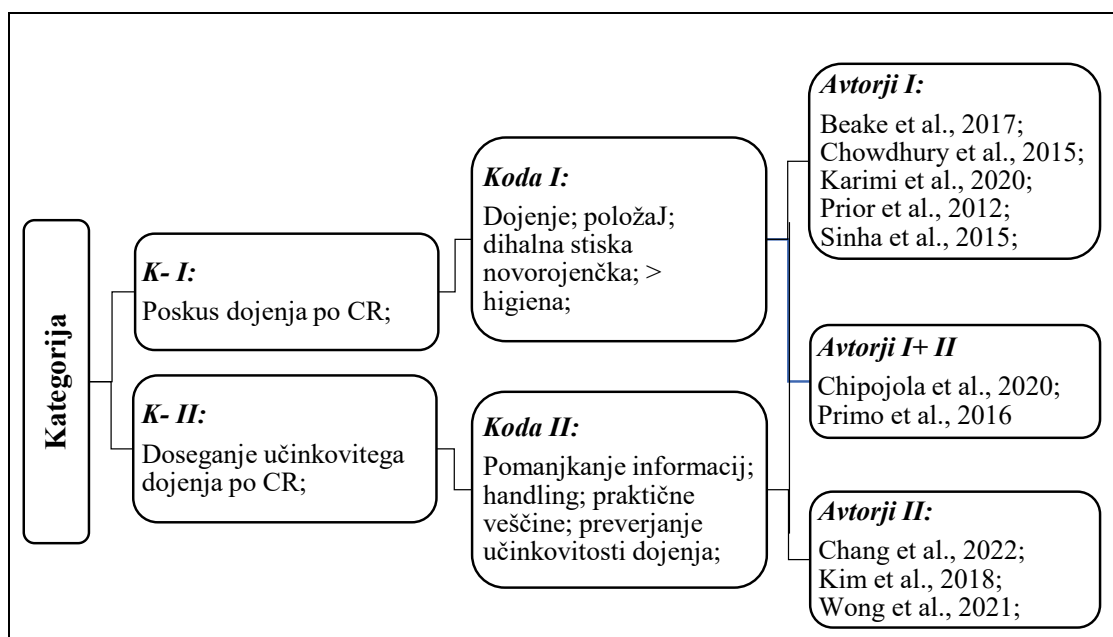
Slika 1: Diagram (PRISMA) pregleda literature (lastni vir).

Tabela 2: Pregled vključenih študij

Avtor, leto, država	Raziskovalna ureditev	Raziskovalni cilj	Statistična analiza	Ključne ugotovitve
Beake et al., 2017, VB	SPL; 7 študij	Dojenje po CR;	Povečanje stopnje izključnega dojenja med 10 – 20%;	Spodbujanje stika koža-kožo; sproščen pristop k dojenju; asistenca.
Chang et al., 2022, VB	SPL; 23 študij	Podporne intervencije pri dojenju po CR;	Pacientke, ki so bile deležne strokovne podpore, so dojile > 4 mesece;	Zagotavljanju individualne obravnave + dostopnosti; < socialne izolacije; > zaupanja.
Chipojola et al., 2020, Tajvan	SPL; 24 študij	Osnovane izobraževalne intervencije o dojenju;	Vpliv intervencij na učinkovitost dojenja (95% IZ [0,34; 0,92]); izključno dojenje (95% IZ [1,24; 3,89]) in 3- 6 mesecev	Izobraževalni programi + podporne intervencije; klinična okolja, z integriranjem > 6 mesecev po porodu.
Chowdhury et al., 2015, Indija	SPL; 163 študij	Ocenjevanje učinkovitosti dojenja po CR	Dojenje je povezano (RO = 0,78; 95% IZ [0,74; 0,82]) z incidenco Ca dojke;	Začetek dojenja, protokol trajanja + podporni posegi; izid in trajanje dojenja.
Karimi et al., 2020, Iran	SPL; 8 študij	Koža-na-kožo in dojenje po CR;	(RO = 2,19; 95% IZ [1,66; 2,89]), učinki stika koža-koža razlike ($p < 0,001$);	Stik koža-koža je bolj vplival na izključno dojenje; dojenje v prvih fazah.
Kim et al., 2018, Južna Koreja	SPL; 27 študij	Podporne intervencije pri dojenju po CR;	Analiza intervencij (RO = 3,56; 95% IZ [1,74; 7,26]) in dojenja (RO = 3,32; 95% IZ [1,83; 6,03]) je povečal delež izključno dojenje < 6 mesecev;	Vključitev intervencij za spodbujanje dojenja v kliničnih okoljih.
Primo et al., 2016, Brazilija	SPL; 30 študij	Vzpostavljanje dojenja;	73,8% se jih je odločilo za dojenje zaradi koristi za zdravje novorojenčka po vaginalnem porodu; 42% večja verjetnost za dojenje po carskem rezu;	Sodelovanje v podpornih skupinah; začetek in ohranjanje dojenja + spodbujanje sodelovanja.
Prior et al., 2012, Grčija	SPL; 48 študij	Povezava med vrsto poroda in izidom dojenja;	Delež izključnega dojenja je po CR nižji kot po vaginalnem porodu (RO = 0,81; 95% IZ [0,67; 0,98]; $p = 0,03$;	Obstaja povezava med vzpostavljanjem dojenja po vaginalnem porodu in po CR (elektivnim in urgentnim).

Avtor, leto, država	Raziskovalna ureditev	Raziskovalni cilj	Statistična analiza	Ključne ugotovitve
Sinha et al., 2015, Indija	SPL z meta-analizo; 195 študij	Spodbujanje dojenja po CR;	Delež izključnega dojenja se je povečal za 44% (RO = 0,78; 95% IZ: [1,38; 1,51]) kot učinek intervencij zdravstvene in babiške nege;	Svetovanje zdravstvenega osebja v kliničnih okoljih; začetek dojenja v prvi uri po porodu (> 25% izključno dojenje).
Wong et al., 2021, Kitajska	SPL; 13 študij	Izobraževalni pristopi + podporne intervencije;	Skoraj 60% je dojilo izključno zaradi koristi za novorojenčka	Večkomponentne (> 3) intervencije + dojenje.

Legenda: IZ – interval zaupanja; RO – razmerje obetov, *p* – statistična značilnost, MD – povprečje, VB – Velika Britanija, SPL – sistematični pregled literature.



Slika 2: Sistematiziranje kategorij (lastni vir)

DISKUSIJA

Zamude pri začetku dojenja, ki spremljajo CR, napovedujejo skrajšano trajanje dojenja (Kling et al., 2016). V razvitih regijah bi bil porast stopenj dojenja morda manj izrazit zaradi enostavne dostopnosti mlečne formule in drugih ovir za dojenje in zamaknejo začetek laktacije (Chang et al., 2020; Chipojela et al., 2020; Gianni et al., 2020). Psihofizična in čustvena podpora ženskam pri dojenju po CR je bila po raziskavi Gomeza et al. (2021) prepoznana kot bistvena za omogočanje uspešnega začetka dojenja. Pomembno je omeniti, da je ta raziskava pokazala, da so ženske katerih dojenčki so bili sprejeti v neonatalno intenzivno enoto, potrebovale več psihološke podpore (Dalili et al., 2020; Karimi et al., 2020). Pri večrodkah so bile pomembne bolnišnične prakse spodbujanje dojenja (Hobbs et al., 2016; Cohen et al., 2018). Rezultati tega pregleda kažejo, da ima stik kože na kožo statistično pomembnejše učinke na izključno dojenje kot običajna oskrba (Beake et al., 2017). Stik kože na kožo med materjo in novorojenčkom je ena najučinkovitejših metod za spodbujanje dojenja (Dalili et al., 2020). Kljub prednostnim raziskavam imajo rezultati določene omejitve (metodološko raznoliko skupino študij in visoka heterogenost; kakovost dokazov nizka).

ZAKLJUČEK

Svetovanje s strani zdravstvenega osebja ter podpora bolnišnic, prijaznih do dojenčkov, sta dve ključni intervenciji za spodbujanje optimalnih praks dojenja. Izobraževanje o dojenju velja za pomemben dejavnik pri izboljšanju samozavedi mater pri dojenju. Priporoča se, da intervencije potekajo v antenatalnem (predporodnem) in postnatalnem (poporodnem) obdobju s podporo zdravstvenih strokovnjakov.

LITERATURA

- Ahmadi, M., Moosavi, S., Moosavi, M., & Ghasemi, Y. (2015). Cessation of exclusive breastfeeding in caesarean section mothers: need more attention. *American Journal of Medicine and Medical Science*, 5(2), 82–86. <http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20150502.04.html>
- Beake, S., Bick, D., Narracott, C., & Chang, Y. S. (2017). Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), 1–13. <https://doi.org/10.1111/mcn.12390>
- Beiranvand, S., Valizadeh, F., Hosseiniabadi, R., & Pournia, Y. (2014). The effects of skin-to-skin contact on temperature and breastfeeding successfulness in full-term newborns after caesarean delivery. *International Journal of Pediatrics*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/846486>
- Chang, Y. S., Artazoz Galaria, A., Davie, P., Beake, S., & Bick, D. (2020). Breastfeeding experiences and support for women who are overweight or obese: a mixed-methods systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 16(1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/mcn.12865>
- Chang, Y., Beake, S., Kam, J., Yuet-Wan Lok, K., & Bick D. (2022). Views and experiences of women, peer supporters and healthcare professionals on breastfeeding peer support: a systematic review of qualitative studies. *Midwifery*, 108, 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103299>
- Chen, C., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., He, Q., Zeng, G., & et al. (2018). Influences of caesarean delivery on breastfeeding practices and duration: a prospective cohort study. *Journal of Human Lactation*, 34(3), 526–534. <https://doi.org/10.1177/0890334417741434>
- Chipojela, R., Chiu, H., Huda, M., Lin, Y., Kuo, S. (2020). Effectiveness of theory-based educational interventions on breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103675>
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., & et al. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 96–113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Cohen, S., Alexander, D., Krebs, N., Young, B., Cabana, M., Erdmann, P., & et al. (2018). Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 203(1), 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>

- Dalili, H., Shariat, M., Nayeri, F., Emami, Z., Sahebi, R., & Sahebi, L. (2020). Duration of breastfeeding and maternal-related factors in Iran, systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 54(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.011>
- Froh, E., Lee, R., & Spatz, D. (2021). The critical window of opportunity: lactation initiation following caesarean birth. *Breastfeeding Medicine*, 16(3), 258–263. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0155>
- Gomez, L., Verd, S., de la Banda, G., Cardo, E., Server, M., Filgueira, A., & et al. (2021). Perinatal psychological interventions to promote breastfeeding: a narrative review. *International Breastfeeding Journal*, 16, 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00348-y>
- Gianni, M. L., Lanzani, M., Consales, A., Bestetti, G., Colombo, L., Bettinelli, M. E., & et al. (2020). Exploring the emotional breastfeeding experience of first-time mothers: implications for health support. *Frontiers in Pediatrics*, 7(8), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00199>
- Hobbs, A., Mannion, A., McDonald, S., Brockway, M., & Tough, S. (2016). The impact of cesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Karimi, F. Z., Heidarian Miri, H., Khadivzadeh, T., Maleki-Saghooni, N. (2020). The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 21(1), 46–56. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>
- Kim, S., Park, S., Ih, J., Kim, J., & Ahn, S. (2018). Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 94–105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004>
- Mary, J. F., Sindhuri, R., Kumaran, A. A., & Dongre, A. (2021). Early initiation of breastfeeding and factors associated with its delay among mothers at discharge from a single hospital. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 65(4), 201–208. <https://doi.org/10.3345/cep.2021.00129>
- Moher, D., Shamsser, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., & et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Patel, J. J., Hill, A., Lee, Z., Heyland, D., & Stoppe, C. (2022). Critical appraisal of a systematic review: a concise review. *Critical Care Medicine*, 50(9), 1371–1379. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000005602>
- Piro Sabri, S., & Ahmed, H. (2020). Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2701-0>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Primo, C., Nunes, B., Almeida Lima, E., Marabotti Costa Leite, F., Barros de Pontes, M., & Brandao, M. (2016). Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 34(1), 198–210. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a22>
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Phillips, L., Modi, N., & Hyde, M. (2012). Breastfeeding after caesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113–1135. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254>
- Sinha, B., Chowdhury, R., Sankar, M., Martinez, J., Taneja, S., Mazumder, S., & et al. (2015). Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 114–134. <https://doi.org/10.1111/apa.13127>
- Streubert H, Carpenter, D. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2011.
- Ugurlu, M., & Yavan, T. (2016). The effectiveness of breastfeeding education: an integrative review. *Journal of Behavioral Health*, 5(4), 182–191. <http://doi.org/10.5455/jbh.20160224063449>
- Vamour, C., De Jonckheere, J., Mestdagh, B., Storme, L., Richart, P., Garabedian, C., & et al. (2019). Impact of skin-to-skin contact on maternal comfort in patients with elective caesarean section: a pilot study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(8), 663–668. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.07.011>
- Wen, J., Yu, G., Kong, Y., Wei, H., Zhao, S., & Liu, F. (2021). Effects of a theory of planned behaviour-based intervention on breastfeeding behaviors after caesarean section: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(2), 152–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.03.012>
- Wong, M. S., Mou, H., & Chien, W. T. (2021). Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 24–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103874>

Maja Fajfar, mag.zdr. nege¹

Marko Fajfar, dipl.zn²

Univerzitetni klinični center Maribor

Klinika za pediatrijo

maja.fajfar@ukc-mb.si

ANGAŽIRANOST IN ZADOVOLJSTVO IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE JE KLJUČNEGA POMENA ZA KAKOVOSTNO IN VARNO ZDRAVSTVENO NEGO

Engagement and satisfaction of health and midwifery providers is key to quality and safe health care

IZVLEČEK

Izvajalci zdravstvene in babiške nege (v nadaljevanju IZBN) so osrednjega pomena za zdravstveno oskrbo na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Težave pri ohranjanju zadostnega števila usposobljenih in motiviranih IZBN je problem, ki ogroža kakovost izvajanja zdravstvene oskrbe. V vse bolj konkurenčnem in zahtevnem zdravstvenem okolju, za katerega so značilne vse večje delovne zahteve in omejeni viri, je zagotavljanje delovnega okolja, ki ustvarja pozitiven odnos do dela, ključnega pomena, saj lahko pri IZBN pogosto povzroči stres in izgorelost. Pristopi in tehnike samooskrbe IZBN za krepitev psihičnega in fizičnega zdravja so se izkazali za učinkovite pri zmanjševanju stresa in izgorelosti, povečanju zadovoljstva pri delu, angažiranosti za delo in verjetnosti, da le-ti ostanejo v svojem poklicu. Zavzeti zdravstveni delavci

zagotavljajo visokokakovostno, stroškovno učinkovito in varno zdravstveno oskrbo. V prispevku bodo predstavljeni ključni dejavniki v delovnem okolju, ki vplivajo na zavzetost IZBN ter proaktivno delovanje za izboljšanje njihovega zadovoljstva na delovnem mestu.

Ključne besede: zavzetost, zdravstvena oskrba, zadovoljstvo, izgorelost

ABSTRACT

Healthcare professionals are central to health care at all levels. The difficulty of maintaining a sufficient number of trained and motivated healthcare professionals is a problem that threatens the quality of health care delivery. In an increasingly, competitive and demanding healthcare environment, characterized by increasing work demands and limited resources, providing a work environment, that fosters positive work attitudes is crucial and healthcare professionals can often lead to stress and burnout. Their self-care approaches and techniques to enhance mental and physical health have been shown to be effective in reducing stress and burnout, increasing job satisfaction, job engagement, and the likelihood of them remaining in their profession. Engaged health workers provide high-quality, cost-effective and safe health care. This paper will present key factors in the work environment that influence healthcare professionals engagement and proactive action to improve their job satisfaction.

Key words: commitment, health care, satisfaction, burnout

UVOD

Zavzetost in zadovoljstvo zaposlenih pri delu, kakovost oskrbe in namera za odhod so ključni kazalniki uspešnosti zdravstvene organizacije (Wei et al., 2022). Zadostna in stabilna delovna sila je ključnega pomena za ohranjanje visokih standardov kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva in ima ključno vlogo pri zmanjševanju finančnih stroškov in zaposlovanju novega osebja. Zato je preučevanje dejavnikov in namer fluktuacije ter izvajanje ukrepov za izboljšanje delovnih pogojev IZBN pomemben korak pri ohranjanju trajnosti zdravstvenega okolja (Xu et al., 2024). V trenutnem delovnem okolju, za katerega so značilne hitro razvijajoče se poklicne zahteve in nenehno spreminjajoča se organizacijska dinamika, se je delovna zavzetost izkazala kot temeljni steber za zdravje organizacije in dobro počutje posameznika. To še posebej velja za IZBN, ki imajo ključno vlogo pri skrbi za prebivalstvo (Moreno-Martínez & Sánchez-Martínez, 2024). Zadovoljstvo pri delu, angažiranost in predanost so pomembni dejavniki za dobro počutje IZBN in ohranitev delovnega mesta. Nagrajevanje, organizacijska in regulativna podpora ter poklicne lastnosti so pomembni predpogoji za angažiranost medicinskih sester (Shdaifat et al., 2023).

ANGAŽIRANOST IZBN

Delovna angažiranost velja za konstrukt, sestavljen iz moči, predanosti in zavzetosti. Predanost se nanaša na vključenost in občutek pomembnosti, ki ju zaposleni pripisujejo svojemu delu. V tem smislu je zadovoljstvo pri delu ključni dejavnik, ki lahko poveča ali zmanjša delovno angažiranost. IZBN, ki uživajo v pozitivnem delovnem okolju, ponavadi kažejo višjo stopnjo angažiranosti. Na ta način bi lahko zadovoljstvo pri delu delovalo kot blažilnik pred negativnimi učinki preobremenjenosti z delom, zaposlene pa bi tudi zaščitilo pred čustveno izčrpanostjo (Moreno-Martínez & Sánchez-Martínez, 2024). V okviru zdravstvene nege, socialne podpore in dela velja zavzetost za najpomembnejši napovednik zadovoljstva pri delu (Orgambidez-Ramos &

Borrego – Ales, 2017). Zavzeti zaposleni so vključeni, predani in sočutni do svojega dela ter verjamejo, da je njihov trud dragocen in lahko vpliva na uspešnost delovne organizacije. Ti zaposleni običajno povezujejo svoje dobro počutje, vrednost in koristi z uspehi organizacije. Visoka stopnja zavzetosti zaposlenih je za delovne organizacije ugodna in zaželena, saj prinaša konstruktivne in pozitivne učinke. Ločimo tri dimenzije zavzetosti: vitalnost, predanost in vpetost. Vitalnost se nanaša na visoko raven energije, vzdržljivosti in mentalne odpornosti pri delu. Predanost se izraža kot močna povezanost in identifikacija z delom – predani zaposleni svoje delo dojemajo kot smiselno in so pogosto čustveno navezani nanj, kar se odraža v njihovem navdušenju, ponosu in občutku, da je njihov prispevek pomemben in cenjen. Vpetost pa se kaže kot popolna osredotočenost in vključenost v delovne naloge, pri kateri so zaposleni včasih tako globoko zatopljeni v delo, da izgubijo občutek za čas in so tako osredotočeni, da jih drugi težko zmotijo (HR Institute Slovenija, 2025). Zato je prednostna naloga delovne organizacije negovanje in spodbujanje visoke angažiranosti zaposlenih (Wei et al., 2023). Pomembno je, da zdravstvene organizacije dajo prednost tem dejavnikom ter tako ustvarijo spodbudno in izpolnjujoče vzdušje za IZBN in na koncu izboljšajo rezultate oskrbe bolnikov (Shdaifat et al., 2023). Razumevanje povezave med delovno zavzetostjo, delovno preobremenjenostjo, delovnim zadovoljstvom in čustveno izčrpanostjo lahko pomaga pri razvoju strategij za izboljšanje pogojev dela (Moreno-Martínez & Sánchez-Martínez, 2024).

DEJAVNIKI, KI LAHKO VPLIVAJO NA POMANJKANJE DELOVNE ZAVZETOSTI MED IZBN

Zdravstveni delavci se lahko srečujejo z številnimi poklicnimi izzivi, ki lahko delujejo kot stresorji in se lahko kažejo v psihološki stiski, kot sta izgorelost in sekundarni travmatični stres (Okon, et al., 2024). Na delovno angažiranost IZBN pogosto vpliva preobremenjenost, visoke delovne zahteve, dolgi delovni čas in stalni pritiski, ki lahko sprožijo negativne duševne in fizične zdravstvene težave (Moreno-Martínez & Sánchez-Martínez, 2024). Xu, et al., 2024 so ugotovili, da so bili starost, delovna doba, poklicni nazivi, upravni položaji in pogostost nočnih izmen pomembno povezani z potrebo IZBN po zamenjavi delovnega mesta in so povezani z intrinzičnimi in ekstrinzičnimi dejavniki. IZBN z intrinzičnimi značilnostmi, kot so npr. mlajši, samski zaposleni, ki imajo pogodbo o zaposlitvi za določen čas pogosteje kažejo namero o zamenjavi službe. Ekstrinzični dejavniki pa vključujejo nizki dohodek, medosebne konflikte s sodelavci, omejene možnosti za poklicni razvoj, delo v avtoritarnem slogu vodenja ter visoko delovno intenzivnost. Rezultati raziskave avtorjev Moreno-Martínez & Sánchez-Martínez (2024) kažejo na več dejavnikov, ki jih je nujno potrebno obravnavati. Izboljšati bi bilo treba organizacijske prakse za vzpodbujanje večje predanosti in zadovoljstva pri delu ter za zmanjšanje delovne preobremenjenosti in čustvene izčrpanosti pri zaposlenih, zato je potrebno razmisliti o izvajanju ukrepov, ki bi uravnotežili delovne obremenitve. To lahko vključuje ureditev neplačanih nadur in vzpodbujanje stabilnejših urnikov dela ter vzpodbujanje delovnega okolja, ki bi povečalo zadovoljstvo pri delu. Te strategije ne bi le izboljšale dobrega počutja IZBN, ampak bi lahko posredno pomenile tudi boljšo oskrbo pacientov (Moreno-Martínez & Sánchez-Martínez, 2024). Zaradi sistema dosmrtnega imenovanja za strokovne nazive nam primanjkuje stalnih mehanizmov vzpodbud in odgovornosti, kar lahko privede do zmanjšanja delovne angažiranosti delavcev po dosegu najvišjih nazivov. Raziskave kažejo, da nekateri IZBN občutijo manjši pritisk za napredovanje, kar poslabšuje njihovo samozadovoljstvo, zmanjšuje pobudo delovno angažiranost (Wei, et al., 2023). Poleg tega se tisti, ki si ne morejo zagotoviti napredovanja zaradi dejavnikov, kot so izobrazba ali pomanjkanje vodilnih položajev, pogosto soočajo s

stagnacijo v karieri in bolj verjetno bodo razmišljali o tem, da bodo službo pustili. Ta pojav ovira osebnostno rast in proaktivnost IZBN ter ne zagotavlja ustreznega usklajevanja z delovnimi obveznostmi in nazivnimi položaji (Xu, et al., 2024). Nižje plačani IZBN so lahko še posebej ranljivi, zato ugotovitve poudarjajo potrebo po spremembah na sistemski ravni za izboljšanje njihovega delovnega okolja in mehanizme podpore zlasti tiste, ki se soočajo z visokimi delovnimi zahtevami in nizko avtonomijo na delovnem mestu (Okon, et al., 2024).

MERJENJE ZAVZETOSTI ZAPOSLENIH

Organizacija Gallup, verjetno najbolj prepoznavno ime, povezano z zavzetostjo zaposlenih, definira zavzete zaposlene kot ljudi, ki delajo z strastjo in se čutijo zelo navezani na svoje delo. Za merjenje zavzetosti zaposlenih se uporablja vprašalnik 12 indikatorjev zavzetosti po Gallupu. Smiselno ga je izmeriti takrat, ko se delovna organizacija sooča z različnimi izzivi, kot so na primer visok absentizem, visoka fluktuacija in nizka pripadnost zaposlenih. Prav tako je priporočljivo, da se zavzetost zaposlenih meri na redni ravni, na primer enkrat letno, da se lahko že sproti spremlja zavzetost zaposlenih in hitreje ugotovi razloge za morebitne padce ravni zavzetosti (Dukič, 2023). Postavke na vprašalniku so razdeljene na štiri sklope in temeljijo na hierarhiji potreb, ki si sledijo po vrsti (slika 1): osnovne potrebe, motivacija, potreba pripadnosti in potreba po rasti. Da se lahko zadovoljijo potrebe na višjih stopnjah, se morajo najprej uresničiti potrebe na nižjih stopnjah (Gallup, 2022).

Seštevek vseh 12 postavk nam pove zavzetost posameznega zaposlenega, ki jo lahko primerjamo z ostalimi in izračunamo povprečno zavzetost v delovni organizaciji. Uporabna informacija o zavzetosti zaposlenih je tudi ta, koliko zaposlenih v organizaciji je aktivno zavzetih, pasivno zavzetih ter koliko jih je nezavzetih (Dukič, 2023). Aktivno zavzetih zaposlenih si želimo čim več, saj uživajo v svojem delu, so inovativni, proaktivni, vključeni v delo in čutijo globoko povezanost z organizacijo. Za pasivno zavzete zaposlene je značilno, da na svojem delovnem mestu opravijo tisto, kar se od njih zahteva in nič več ali manj ter tako delovni organizaciji ne prinesejo nobene dodane vrednosti. Nezavzetih zaposlenih pa si želimo čim manj, saj aktivno škodujejo delovni organizaciji z izražanjem negativnih čustev in nezadovoljstva, ki ga širijo tudi na druge ter tako zavirajo proces delovanja delovne organizacije (Gallup, 2022).



Slika 1: Hierarhija potreb zaposlenih

Gallup, G.H. (2025, January, 18). *Human needs and satisfactions: a global survey*. <https://www.gallup.com/corporate/212381/who-we-are.aspx>

DISKUSIJA

Zaposleni igrajo ključno vlogo v organizaciji, saj predstavljajo enega izmed najpomembnejših virov, so nosilci znanja, izkušenj in veščin znotraj organizacije ter igrajo pomembno vlogo pri doseganju njenih ciljev (Janič, 2023). Svetovna zdravstvena organizacija napoveduje svetovni primanjkljaj IZBN predvsem v državah z nizkimi in srednjimi dohodki do leta 2030, zato je vse večja pozornost usmerjena v preučevanje povečane fluktuacije kadrov v zdravstvenih ustanovah, kar je pomemben korak pri ohranjanju trajnosti zdravstvenega okolja (Xu, idr., 2023). Seveda se na tej točki velikokrat pojavi vprašanje, kakšne naj bi bile lastnosti zavzetega zaposlenega oziroma kakšen je njegov doprinos za organizacijo. Lahko ga opredelimo kot osebo, ki je globoko čustveno in intelektualno vpletena v svoje delo ter izkazuje visoko raven motivacije in predanosti svojim nalogam ter matični organizaciji. To vodi k povečani produktivnosti, saj zaposleni za doseganje svojih delovnih ciljev vložijo v svoje delo več truda. Poleg tega pa zavzeti zaposleni pogosto iščejo načine za izboljšanje svojega dela, kar prispeva k nenehnemu dvigovanju kakovosti in učinkovitosti ter k pozitivni organizacijski kulturi (Janič, 2023). Raziskovalci organizacijskega vedenja so preučevali razmerja med zadovoljstvom pri delu, predanostjo in angažiranostjo ter ugotovili, da je zelo kompleksno in večplastno in da pomembno vpliva na uspešnost delovne organizacije (Shdayfat idr, 2023). Danes vedno več delovnih organizacij stremi k višji motivaciji svojih zaposlenih, kajti s tem lahko posledično tudi organizacija sama dosega zastavljene cilje oz. jih tudi preseže (Janič, 2023). Raziskave Shdayfat idr. (2023) kažejo pozitivno povezavo med angažiranostjo, zadovoljstvom, predanostjo in uspešnostjo IZBN, kar nakazuje, da tisti, ki so zadovoljni s svojim delom, izkazujejo večjo lojalnost svojemu delovnemu mestu (Shdayfat idr, 2023). Xu idr. (2023) poudarjajo povezavo med upravnimi položaji in namero menjave službe ter odkrivajo, da višji administrativni položaji vodijo v večjo organizacijsko zavezanost, višji dohodek in s tem nižjo namero po fluktuaciji (Xu, idr, 2023). Nenehen poklicni razvoj, kot je pridobivanje in ohranjanje znanja, je ključni dejavnik, povezan z zadovoljstvom IZBN pri delu za ohranitev kakovosti oskrbe in vzpodbujanje njihove produktivnosti (Wei, idr., 2023). Delovne organizacije uporabljajo različne pristope in orodja za merjenje in ocenjevanje individualne delovne uspešnosti, vključno s sistemi ocenjevanja uspešnosti, povratno informacijo nadrejenih, samoocenjevanjem, kvantitativnimi kazalniki in drugimi metodami, kar je ključnega pomena za ohranjanje ciljev in konkurenčnosti delovne organizacije (Janič, 2023).

ZAKLJUČEK

Učinkovitost in angažiranost IZBN sta spremenljivki, ki se med seboj tesno povezujeta. Pomembno je, da zdravstvene organizacije dajo prednost izboljšanjem teh dejavnikov in tako ustvarijo vzpodbudno in izpolnjujoče delovno okolje za IZBN ter nenazadnje tudi izboljšajo rezultate oskrbe pacientov. Zelo pomembno je preučevanje teh spremenljivk in mehanizmov, ki omogočajo njihovo razumevanje in s tem prispevajo k odličnosti zdravstvene oskrbe pacientov.

LITERATURA

- Dukič, Š. (2013). 12 indikatorjev zavzetosti po Gallup-u. [seminarska naloga, Univerza v Ljubljani]
- Gallup, G. H. (2025, January, 18). Who are we. <https://www.gallup.com/corporate/212381/who-we-are.aspx>
- Gallup, G.H. (2025, January, 18). Human needs and satisfactions: a global survey. <https://www.gallup.com/corporate/212381/who-we-are.aspx>
- HR Institute Slovenija (2025, February, 13). Zavzetost zaposlenih ima močan vpliv na produktivnost v podjetju. <https://www.hrinstitute.si>

Janič, Z. (2023). Vpliv zavzetosti zaposlenih na individualno delovno uspešnost v organizaciji X. [diplomska naloga, Univerza v Mariboru]

Moreno-Martínez, M. & Sánchez-Martínez, I. (2025). The associated factors of work engagement, work overload, work satisfaction, and emotional exhaustion and their effect on healthcare workers: a cross-sectional study. *Healthcare*, 13(2), 162.

Okon, S. A., Khan, T. N., Duffy, N. J., Roan, C. C. & Hoopsick, R. A. (2024). Effects of compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress on current drug use among healthcare workers: differences by occupational level. *Addictive Behaviors Reports*, 21, 100584.

Orgambidez-Ramos, A. & Borrego-Alés, Y. (2025, February, 13). Enfermería global social support and engagement as antecedents of job satisfaction in nursing staff. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.260771>.

Shdaifat, E., Shudayfat, T., Shdayfat N. & Alshowkan, A. (2023). Understanding the mediating effects of commitment and performance on the relationship between job satisfaction and engagement among nurses. *The Open Nursing Journal*, 17, 231005.

Wei, H., Horsley, L., Cao Y., Haddad, L. M., Hall, K. C., Robinson, R., Powers, M. & D. G. Anderson (2023). The associations among nurse work engagement, job satisfaction, quality of care, and intent to leave: a national survey in the United States. *International Journal of Nursing Sciences*, 10, 476-484.

Xu, K., Lei, L., Guo, Z., Liu, X., Shi, Y., Han, G., Lin, K., Cai, W., Lu, C., Li, X., Li, Y. & Peng, K. (2024). Turnover intention among healthcare workers in Shenzhen, China: the mediating effect of job satisfaction and work engagement. *BMC Health Services Research*, 24, 1413.

Jožica Brenčič¹
mag. Matejka Pintar Babič²
Ivanka Limonšek¹
Žiga Rosenstein²
Katja Vrankar²
Rok Usenik⁴

¹ZUDV Dornava

²Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

³KOPA Golnik

⁴CUDV Draga

matejka.pintar@psih-klinika.si

jozica.brencic@zavod-dornava.si

PRILOŽNOSTI IN IZZIVI MEDSEKTORSKEGA SODELOVANJA PRI OBRAVNAVI MLADOSTNIKOV S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Opportunities and challenges for intersectoral cooperation in the treatment of adolescents with mental health problems

IZVLEČEK

Duševno zdravje mladostnikov je predpogoj za dobro duševno zdravje v odrasli dobi. Po podatkih Nacionalnega instituta za javno zdravje za Slovenijo, se kar polovica duševnih motenj začne pred 14 letom starosti, zato je dostopnost in kakovost obravnave mladostnikov izrednega pomena. V prispevku je opisano obstoječe stanje obravnave mladostnikov z (naj)težjimi duševnimi motnjami, ki zaradi bolezni ne morejo funkcionirati v domačem okolju. V skladu z

39. členom Zakona o duševnem zdravju, so le-ti obravnavani na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice. Prioriteta na varovani enoti je zagotavljanje varnosti s specifičnimi intervencijami, prilagojenim okoljem in vzpostavljenim terapevtskim odnosom, s čimer zagotavljamo ustrezno strokovno podporo v najtežjih okoliščinah. V kolikor se mladostnik po zaključenem zdravljenju zaradi narave svoje bolezni ne more vrniti v domače okolje, se na podlagi odločbe Zavoda za šolstvo ali po sklepu sodišča ureja namestitve v Center za usposabljanje, delo in varstvo, kjer je vzpostavljena specializirana enota za otroke in mladostnike z motnjami v duševnem razvoju in pridruženimi čustveno vedenjskimi težavami. Njihovo vedenje je lahko destruktivno in nevarno za njih same ali okolico, kar onemogoča bivanje v običajnih skupinah. Ključno vlogo pri obravnavi ima multidisciplinarni tim, ki zagotavlja celostno in posamezniku prilagojeno obravnavo. Premestitev in namestitve mladostnika od vseh deležnikov, ki so vključeni v obravnavo zahteva mnogo aktivnosti in posebno skrb za najranljivejšo populacijo. Cilj prispevka je predstavitev obstoječega stanja, izzivov ter priložnosti za izboljšave na področju medsektorskega sodelovanja.

Ključne besede: mladostnik, motnja v duševnem razvoju, duševna motnja, medpoklicno sodelovanje

ABSTRACT

Adolescent mental health is a prerequisite for good mental health in adulthood. According to the NIJH, as many as half of mental disorders start before the age of 14, so access to and quality of treatment for adolescents is of paramount importance. This paper describes the current state of care for adolescents with the (most) severe mental disorders who are unable to function in their home environment due to their illness. According to Article 39 of the Mental Health Act, they are treated in a ward under special supervision of a psychiatric hospital. The priority in the secure unit is the therapeutic relationship, the provision of safety through specific interventions and an adapted environment, thus ensuring adequate professional support in the most difficult circumstances. If, due to the nature of the illness, the adolescent is unable to return to his/her home environment after treatment, a placement is arranged at the Training, Work and Care Centre, where a specialised unit for children and adolescents with intellectual disabilities and associated emotional-behavioural problems has been established, on the basis of a decision by the Education Service or by a court order. Their behaviour can be destructive and dangerous to themselves or others, making it impossible to live in normal groups. The multidisciplinary team plays a key role in the treatment in the specialised unit, providing holistic and individualised treatment. The relocation and placement of the adolescent requires many activities from all stakeholders involved in the treatment and special care for the most vulnerable population. The aim of this paper is to present the current situation, challenges and opportunities for improvement in the field of intersectoral cooperation.

Keywords: adolescent, intellectual disability, mental disorder, interprofessional cooperation

UVOD

Duševne motnje v obdobju mladostništva vključujejo poleg težav v duševnem zdravju tudi značilnosti razvojnega obdobja. Oblikujejo jih dejavniki, ki usmerjajo odraščanje, njihov potek in izid pa sta odvisna tako od nevrofizioloških dejavnikov kot od psiholoških in socialnih vplivov, ki uravnavajo razvoj in življenje vsakega mladostnika drugače (Tomori, 2013a, p. 299).

O tem, kako mladostnik izpolnjuje naloge, ki jih prinaša razvojno obdobje in kako se znajde v različnih preizkušnjah vsakodnevnega življenja, pomembno odločajo tako njegove intelektualne sposobnosti kot tudi njegove osebnostne lastnosti. Za vsako starostno obdobje je značilna določena raven sposobnosti in z njimi zmožnost razumevanja, socialnih spretnosti in čustvene zrelosti (Tomori, 2013, p. 290). Ena glavnih nalog mladostništva je oblikovanje lastne identitete, pri čemer imajo pomembno vlogo vsakodnevni dogodki, osebne zgodbe, notranje spremembe, odnosi z družino in prijatelji (Branje et al., 2021). Ugotavlja se, da vzgoja vpliva na razvoj posameznikove samopodobe, kjer imajo poleg staršev/skrbnikov vpliv okolica, vrstniki, izobraževalne ustanove in mediji (Gregorin, 2016). Družina ima ključno vlogo pri razvoju mladostnikovih čustvenih in vedenjskih vzorcev. Kakovost odnosov je pri tem pomembnejša od same strukture družine, saj lahko konfliktni odnosi, čustvena hladnost, pomanjkanje vzgojnih smernic ter prisotnost nasilja, zanemarjanja ali zlorab pomembno vplivajo na duševno zdravje. Pri delu z mladostniki z motnjo v duševnem razvoju je potrebno upoštevati tako družinske kot vrstniške vplive ter razvijati strategije za spodbujanje pozitivne samopodobe in socialne vključenosti. Ugotovljena je bila povezava med nižjo samopodobo in povečano stopnjo anksioznosti, pri čemer mladostniki z večjim občutkom lastne vrednosti kažejo manj tesnobe vedenja (Dolar Borštnar, 2015). Razvoj identitete vpliva na posameznikovo sposobnost prilagajanja in dobro počutje, pri čemer dolgotrajna negotovost lahko vodi v občutke obupa in manj učinkovite načine soočanja s težavami (Branje et al., 2021).

Mladostniki z motnjami v duševnem razvoju in pridruženimi čustveno vedenjskimi težavami so zaradi nezmožnosti funkcioniranja v domačem okolju, obveznem šolanju in v širši socialni vključenosti sprva obravnavani na enoti pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice in dalje v centrih za usposabljanje, delo in varstvo. Z namenom informiranja širše strokovne javnosti želimo predstaviti priložnosti in izzive sodelovanja različnih institucij pri obravnavi mladostnikov, ki potrebujejo strokovno pomoč.

OBRAVNAVA MLADOSTNIKA S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Zaradi težav v duševnem zdravju mladostnika, starši/skrbniki najprej poiščejo pomoč na primarni zdravstveni ravni (pediater) ali v nujnih primerih v službi nujne medicinske pomoči. V primeru potrebe po nadaljnji diagnostiki sledi napotitev v specialistično ambulanto ali bolnišnično obravnavo (Jeriček Klanšček, 2018).

Enota za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo

V kolikor duševna motnja vpliva na presojo realnosti in sposobnost obvladovanja ravnanja ter povzroča resno ogrožanje življenja, zdravja ali premoženja (sebi ali drugim), je mladostnik, v skladu z 39. členom Zakona o duševnem zdravju, obravnavan na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice. Enota je namenjena izvajanju intenzivne diagnostike in zdravljenju nujnih psihiatričnih stanj. Gre za edino tovrstno enoto za otroke in mladostnike v Sloveniji.

Prioriteta na varovani enoti je vzpostavitev terapevtskega odnosa in zagotavljanje varnosti s specifičnimi intervencijami in prilagojenim okoljem, s čimer zagotavljamo mladostnikom ustrezno strokovno podporo v najtežjih okoliščinah. Ugotovljeno je bilo, da je terapevtski odnos zaposlenih z mladostnikom najmočnejši napovedni dejavnik dobrih rezultatov zdravljenja (Hartley et al., 2022) saj le-ta mladostniku omogoča izraziti stisko na varen način.

Z mladostnikom vzpostavimo spoštljiv in empatičen odnos upoštevajoč njegov osebni prostor in ne zahtevamo sodelovanja, temveč ponudimo izbiro, ki je vir za krepitev občutka nadzora.

Spodbujamo ga, da izrazi svoje misli z besedami, hkrati pohvalimo trud in sposobnost samokontrole. Ponovimo, kar smo se uspeli dogovoriti in ne obljublamo, česar ne moremo izpolniti (Richmond et al., 2012). Poleg terapevtske komunikacije se na oddelku izvaja zdravstvena vzgoja, deeskalacijske tehnike, motivacijske tehnike, igranje družabnih iger, idr., katerih osnovno vodilo je zagotavljanje varnosti in prepoznavanje dejavnikov tveganj, ki bi lahko le to ogrozila. Varnost zagotavljamo z neposredno fizično varnostjo in s procesi, ki se osredotočajo na dejavnike tveganja in kakovostno obravnavo (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015). Ob tem uporabljamo ocenjevalne lestvice za ugotavljanje napovednih dejavnikov tveganega vedenja, ki se izražajo s samopoškodovanim vedenjem oz. avtoagresijo ali heteroagresijo (Dinamično vrednotenje situacijske agresije-Dynamic Assessment of Situational Aggression, Youth Version, DASA-YU, Dinamično vrednotenje situacijske agresije - Dynamic Assessment of Situational Aggression, Inpatient Version, DASA-IV), s čimer usmerjamo zaposlene k preventivnim intervencijam (d'Ettorre & Pellicani, 2017; Nordstrom et al., 2012). Sodelovanje staršev/skrbnikov je izrednega pomena, saj so le ti neprecenljiv vir informacij in pomemben člen pri oblikovanju načrta zdravljenja.

Kadar se po zaključenem zdravljenju mladostnik ne more vrniti v domače okolje, se mu z ustrežno odločbo uredi namestitev v Center za usposabljanje, delo in varstvo.

Namestitev v specializirano enoto za otroke in mladostnike z motnjo v duševnem razvoju ter vedenjskimi in čustvenimi težavami v centru za usposabljanje, delo in varstvo

Specializirana enota obravnava otroke in mladostnike do 26. leta starosti z diagnosticirano zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ter izrazitimi vedenjskimi in čustvenimi težavami, pogosto tudi pridruženimi psihiatričnimi motnjami.

V Sloveniji to področje ureja Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1), ki določa pravice in postopke za usmerjanje v ustrezne programe vzgoje in izobraževanja (Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami [ZUOPP-1], 2011). V program se sprejmejo na podlagi sklepa sodišča, ki izreče namestitev v socialno - varstveni zavod za obdobje najdlje do enega leta. Sprejem se opravi po izčrpanju možnosti zdravljenja in, ko bi izven institucionalna oblika namestitve predstavljala preveliko tveganje. Ob sprejemu je priloženo izvedensko mnenje ter zdravstvena dokumentacija. Vsi otroci in mladostniki so vključeni v posebni program vzgoje in izobraževanja s strani Zavoda za šolstvo (Zavod RS za šolstvo, 2015).

V CUDV je obravnava otrok in mladostnikov prilagojena individualnim potrebam, pri čemer ima ključno vlogo multidisciplinarni tim, ki zagotavlja celostno individualno podporo. Izrednega pomena je sodelovanje s starši, skrbniki in širšo socialno mrežo. V procesu dela se uporabljajo znanstveno utemeljene in sodobne metode za preprečevanje in obvladovanje kriznih situacij (ZUDV Dornava & CUDV Draga, 2024). Obravnava je usmerjena v stabilizacijo duševnega zdravja in vedenja, krepitev socialnih in komunikacijskih veščin ter spodbujanje samostojnosti pri vsakodnevnih aktivnostih. Pomemben vidik je tudi preprečevanje eskalacije kriznih situacij ter aktivno vključevanje uporabnikov v širše socialno okolje, kar prispeva k izboljšanju njihovega funkcioniranja in kakovosti življenja (Limonšek & Popović, 2024).

Izvaja se tudi program »Pozitivna vedenjska podpora«, ki temelji na vedenjskem načrtu in oceni tveganja. Pomembno je razvijanje pozitivnega odnosa zaposlenega do uporabnika, modeliranje primerne vedenja, učenje prepoznavanja in izražanja čustev na sprejemljiv način, vključevanje posameznika v aktivnosti, ki mu prinašajo zadovoljstvo, sprostitve in krepijo

samozavest (Usenik et al., 2024). Hkrati zaposleni za analizo, evalvacijo in oceno svojega dela in odnosa do uporabnika uporabljajo Low Arousal pristop. Le ta omogoča sprotno prilagajanje intervencij, komunikacijo in ustrezne metode dela. Pristop opolnomoči zaposlene, da pri sebi identificirajo stresne faktorje. Gre za holistični pristop v skrbi za občutljive in ranljive posameznike (McDonnell, 2024).

PREDNOSTI IN IZZIVI MEDSEKTORSKEGA SODELOVANJA MED EIOAP IN CUDV

Sodelovanje med EIOAP in CUDV je ključnega pomena za celostno podporo mladim in omogoča boljšo usklajenost zdravstvene in socialno-pedagoške obravnave, kar pripomore k bolj učinkovitemu zdravljenju, terapevtski obravnavi in dolgoročnemu vključevanju mladostnikov v družbo. V bolnišnici se izvede medicinska diagnostika, zdravljenje in psihoterapevtska podpora, CUDV pa omogoča nadaljnjo rehabilitacijo, izobraževanje ter razvoj socialnih in poklicnih veščin. Skupaj zagotavljamo celostno obravnavo, ki ni omejena zgolj na akutno fazo bolezni, ampak vključuje dolgoročno podporo in postopno reintegracijo. S kontinuiranim spremljanjem in podporo lahko mladostniki razvijejo strategije za obvladovanje stresa in socialnih izzivov, kar zmanjšuje tveganje za poslabšanje duševnega zdravja in ponovno hospitalizacijo. Sodelovanje omogoča pomoč staršem pri razumevanju in obravnavi težav njihovega otroka. Še vedno se tako posamezniki, njihove družine in tudi zaposleni soočajo s stigmatizacijo duševnih težav, kar lahko vpliva na občutek lastne vrednosti. Za uspešno sodelovanje je potrebna dobra koordinacija med institucijami, zagotovitev podpore zaposlenim in premagovanje stigme.

ZAKLJUČEK

Vedenjske težave pri mladostnikih s težavami na področju duševnega zdravja predstavljajo pomemben izziv tako za zdravstvene kot tudi socialnovarstvene institucije. Naša skupna prizadevanja za izboljšanje kakovosti življenja mladostnikov ter njihovih družin so ključnega pomena. Pomembno je sodelovanje s starši, pri čemer je potrebno upoštevati širšo družinsko dinamiko in mladostnikovo socialno mrežo. Iskanje virov pomoči, zaupanja in vzpostavljanja vezi med nami, mladostnikom in starši je dolgoročno. Nujno je povezovanje različnih resorjev, ki omogočajo varno okolje tako za mladostnike kot zaposlene. Želimo si učinkovitih strategij za obravnavo najbolj ranljivih skupin in verjamemo, da lahko skupaj ustvarimo varno in podporno okolje, ki bo mladostnikom z najtežjimi duševnimi motnjami zaradi katerih ne morejo bivati v domačem okolju omogočilo, da ob podpori živijo zadovoljno življenje.

LITERATURA

- Branje, S., de Moor, E. L., Spitzer, J., & Becht, A. I. (2021). Dynamics of identity development in adolescence: A decade in review. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 992–1012. <https://doi.org/10.1111/jora.12678>
- Dolar Borštnar, M. (2015). Samopodoba mladostnikov z lažjo motnjo v duševnem razvoju v povezavi s socialnimi dejavniki [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta]. PEFprints. <http://pefprints.pef.uni-lj.si/3286/>
- d'Ettorre, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), 337–342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- Gregorin, T. (2016). Povezanost vzgojnih stilov staršev z razvojem samopodobe pri mladostnikih: Diplomsko naloga visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje [Diplomsko delo, Univerza v Novi Gorici]. Odprti repozitorij Slovenije. <https://revis.openscience.si/lzpisGradiva.php?lang=slv&id=7988>
- Hartley, S., Redmond, T., & Berry, K. (2022). Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff. *PLOS ONE*, 17(1), e0262070. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262070>

- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager Kocjan, G., Hafner, A., Medved, T., Bračič, M. F., & Poldrugovac, M. (2018). Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji (H. Jeriček Klanšček, S. Roškar, M. Vinko, & A. Hočevar Grom, ur.). Nacionalni inštitut za javno zdravje. <http://www.nijz.si>
- Limonšek, I., & Brenčič, J. (2023). Vzpostavljeni pristopi dela pri uporabnikih z motnjami vedenja. ZUDV Dornava. (Interno gradivo).
- Limonšek, I., & Popović, T. (Eds.). (2024). Specializirana enota za otroke in mladostnike z vedenjskimi in čustvenimi motnjami. ZUDV Dornava & CUDV Draga. Lastno gradivo.
- McDonnell, A. (2024). The reflective journey: A practitioner's guide to the Low Arousal approach. Low Arousal. <https://www.lowarousal.com>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>
- Nordstrom, K., Zun, L. S., Wilson, M. P., Md, V. S., Ng, A. T., Bregman, B., et al. (2012). Medical evaluation and triage of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Medical Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 3–10. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6863>
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., et al. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25.
- Tomori, M. (2013). Duševna manjrazvitost. In P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar, & S. Ziherl (Eds.), *Psihiatrija* (1. izd., str. 290–298). Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Tomori, M. (2013a). Duševne motnje v razvojnem obdobju. In P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar, & S. Ziherl (Eds.), *Psihiatrija* (1. izd., str. 299–320). Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Usenik, R., Byrne, Š., Pelicon, M., Ostrež, A., Hegeduš, B., & Popović, T. (2024). Pozitivna vedenjska podpora v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Draga. V A. Ljubič (Ur.), *Zbornik predavanj: Sodelovanje pri obravnavi zahtevnih stanj otrok in mladostnikov na vseh nivojih zdravstvenega varstva* (elektronska izdaja). Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 77/08. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2008-01-3351/zakon-o-duševnem-zdravju-zdzdr>
- Zavod RS za šolstvo. (2015). Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. Pridobljeno 12. februarja 2025 s https://www.zrss.si/digitalnknjiznica/kriteriji_puopp-2015/files/assets/basic-html/index.html#1
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1). (2011). Uradni list Republike Slovenije, št. 58/2011. Retrieved from <https://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5896>
- ZUDV Dornava, & CUDV Draga. (2024). *Specializirana enota za otroke in mladostnike z vedenjskimi in čustvenimi motnjami*. Lastno gradivo.

Špela Skubic, mag. zdr. nege

Jana Klavs, viš. med. ses., edukatorica

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo,

diabetes in presnovne bolezni

spela.skubic@kclj.si

TABLETKA – INOVACIJA NA PODROČJU EDUKACIJE OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO

TABLETKA – Innovation in the field of education of people with diabetes

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

522

IZVLEČEK

Življenje s sladkorno boleznijo je kot življenje brez dopusta. Od kronične bolezni se ne da odpotiti, z njo živiš od postavitve diagnoze do smrti. Uravnotežena prehrana, načrtovano gibanje, redno jemanje zdravil, merjenje glukoze v krvi ali medceličnini, opravljanje rednih preventivnih pregledov oči, nog in ledvic so za vsako osebo s sladkorno boleznijo veliko breme. Stalna skrb za zdrav življenjski slog zahteva opolnomočenost osebe s sladkorno boleznijo. V Sloveniji je več kot 200.000 oseb s sladkorno boleznijo, množičnost bolezni je povezana z mnogimi komercialnimi interesi, pogosto gre za zavajanje potrošnika. Pridobivanje pravih informacij, veščin in moči za spreminjanje življenjskega sloga je pogoj za opolnomočenost osebe s sladkorno boleznijo. Prave informacije glede sladkorne bolezni ponujajo strukturirani edukacijski programi, ki so v Sloveniji še vedno novost, na primarnem zdravstvenem varstvu od leta 2018, na sekundarnem od leta 2022. Vsako leto okoli dve tretjini novoodkritih oseb s sladkorno boleznijo ne prejme primerne edukacije, zato brodiijo med informacijami iz medijev in peščico strokovnih informacij, ki ne zadoščajo za kakovosten način življenja.

Ključne besede: sladkorna bolezen, strukturiran edukacijski program, edukacija

1 5 . K O N G R E S

ABSTRACT

Living with diabetes is like living without a vacation. You can't take a break from a chronic disease, you live with it from the time of diagnosis until death. A balanced diet, planned exercise, regular medication, measuring blood glucose or interstitial fluid, and regular preventive eye, foot, and kidney examinations are a big burden for every person with diabetes. Constant care for a healthy lifestyle requires the empowerment of a person with diabetes. There are over 200,000 people with diabetes in Slovenia, and the prevalence of the disease is associated with many commercial interests, often misleading consumers. Obtaining the right information, skills, and strength to change your lifestyle is a prerequisite for the empowerment of a person with diabetes. Proper information about diabetes is offered by structured educational programs, which are still new in Slovenia, in primary healthcare since 2018, and in secondary healthcare since 2022. Every year, around two-thirds of newly diagnosed people with diabetes do not receive appropriate education, so they wade through information from the media and a handful of professional information, which is insufficient for a quality lifestyle.

Key words: diabetes, structured educational program, education

UVOD

Prevalenca sladkorne bolezni v Sloveniji (Eržen et al., 2024) in v svetu vztrajno narašča (American Diabetes Association, 2024; Magliano et al., 2024). Edukacija oseb s sladkorno boleznijo, poleg različnih oblik zdravljenja, predstavlja pomemben delež pri uspešnem vodenju sladkorne bolezni (Chrvala et al., 2016). Z edukacijo lahko pomembno pripomoremo pri opolnomočenju oseb s sladkorno boleznijo, koristi je deležen tako posameznik kot tudi družba (Hermanns et al., 2020). Opolnomočenje oseb s sladkorno boleznijo pomembno pripomore k dobri urejenosti sladkorne bolezni, kar pomeni manj zapletov in s tem večjo kakovost življenja, zmanjšajo pa se tudi neposredni in posredni stroški zdravljenja (ElSayed et al., 2023). V preteklosti je že več raziskav v svetu je potrdilo, da kratke edukacije ne prinašajo dovolj dobrih učinkov, v primerjavi z daljšimi edukacijskimi programi (Lewton & Rankin, 2010; Hermanns et al., 2020; Pot et al., 2020). Za učinkovite so se izkazale edukacije v obliki daljših verificiranih strukturiranih programov (Pot et al., 2020). Pomembno je, da so osebe s sladkorno boleznijo vključene v strukturirano edukacijo ob odkritju bolezni, prav tako ob spremembi terapije, ob poslabšanju bolezni in ob morebitni spremembi življenjskega sloga, v edukacijo so lahko vključeni tudi njihovi svojci (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2021; Klavs, 2022). Temu sledijo tudi Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 (2022), na podlagi katerih so se snovalci odločili, da razvijejo in uvedejo prvi strukturiran program edukacije, za osebe s sladkorno boleznijo tip 2 v Sloveniji, ki je voden na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva.

RAZVOJ PROGRAMA TABLETKA

V zadnjih slovenskih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 (2022), je edukacija ponovno dobila pomembno mesto. Navedeno je, naj bodo edukacije v obliki strukturiranih programov omogočene osebam s sladkorno boleznijo. Programi naj bodo verificirani in dostopni vsem osebam s sladkorno boleznijo (na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva). Tem priporočilom in že znanim objavljenim strokovnim člankom so sledili snovalci programa na Kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni v

Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (v nadaljevanju UKC Ljubljana). Razvoj programa Tabletk je potekal med leti 2021 do 2022, sprva v UKC Ljubljana. Ker so se snovalci zavedali, da mora biti program dostopen, hkrati pa tudi izvedljiv v celotni Sloveniji, so v razvojno skupino programa povabili še druga pilotna področja za testiranje programa. Poleg UKC Ljubljana so v razvoju in testiranju sodelovali še Zdravstveni dom Ljubljana - enota Šentvid, Zdravstveni dom Sežana in Splošna bolnišnica Trbovlje. Pilotno testiranje programa se je začelo 11. 11. 2022, izvajalo pa se je v vseh pilotnih enotah. Edukatorice, ki so pričele z izvajanjem strukturiranega programa, so hkrati tudi sodelovale pri posredovanju in zbiranju anonimnih vprašalnikov, katerih rezultati so bili prvič prikazali v oktobru 2023, na Jesenski endokrinološki sekciji, strokovnem srečanju slovenskih edukatorjev na področju diabetologije. Po pilotni izvedbi je bil program Tabletk konec septembra 2024, skozi strokovno izpopolnjevanje za celotne time s področja diabetologije, implementiran v vse slovenske regije. Tako se lahko od tega dne dalje, oseba s sladkorno boleznijo, ne glede na področje bivanja v Sloveniji, vključi v strukturiran program edukacije. Z implementacijo so dosegli snovalci dostopnost in enakost za vse slovenske osebe s sladkorno boleznijo tip 2, ki so obravnavani na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

NAMEN PROGRAMA TABLETKA

Ključni namen strukturiranega programa Tabletk je od snovanja dalje bil, da oseba s sladkorno boleznijo pridobi prave, strokovno preverjene informacije o sladkorni bolezni. Pogosto namreč osebe s sladkorno boleznijo iščejo informacije na nepravem mestu, le te so lahko zavajajoče v poplavi tržno naravnanih ponudb. Vizija snovalcev je bila ponuditi program edukacije, katerega bodo ljudje z veseljem obiskovali in z njega odhajali s koristnimi znanji, večjo željo in motivacijo po učinkovitih spremembah življenjskih navad v povezavi s sladkorno boleznijo in zdravjem nasploh. Poimenovanje prvega strukturiranega programa z imenom Tabletk ni naključje. Vanj naj bi bile vključene osebe s sladkorno boleznijo tip 2, ki so na primarnem zdravstvenem nivoju izčrpale možnosti zdravljenja in edukacije, se pa še vedno zdravijo s peroralnimi antihiperglikemiki. V program se lahko poleg oseb s sladkorno boleznijo vključijo tudi svojci, vsebine so tudi zanje koristne in dobrodošle. Osebe s sladkorno boleznijo tip 2, ki se zdravijo z inzulinsko terapijo, v program Tabletk ne morejo vstopiti, lahko pa so vključene v njim namenjeno edukacijo.

Oblikovan je bil program, ki lahko človeka vsaj delno osvobodi bremena bolezni, mu omogoči svobodno izbiro pri odločitvah, ga opogumi za spremembe, spodi k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje, hkrati pa pozitivno vpliva na samopodobo ter omogoča izboljšanje kakovosti posameznikovega življenja. Govorimo o opolnomočenju oseb s sladkorno boleznijo.

STRUKTURA IN IZVEDBA PROGRAMA TABLETKA

Edukacija v programu Tabletk je zasnovana kot aktivna delavnica, ki poteka v manjših skupinah (do 6 udeležencev). Program se izvede v obsegu desetih ur in je porazdeljen na štiri obiske. Prvi srečanja si zaporedoma sledita v dveh dneh (obseg posameznega obiska je 3 ure), tretje srečanje se izvede 14 dni po prvem (2 uri), četrto srečanje se izvede čez mesec dni (2 uri).

Vsako srečanje vključuje aktivno delo v skupini z uporabo didaktičnih pripomočkov, vsebuje aktivne odmore (»Gibalko«), s katerim se spodbujajo udeležence h gibanju.

Snovalci programa se zavedajo, da vsi diabetološki timi po Sloveniji nimajo enakih pogojev za izvedbo programa, zato so možne tudi določene individualne prilagoditve, v smislu števila

udeležencev glede na velikost prostora in terminsko razporeditev glede na možnosti izvedbe. Pomembno za snovalce, izvajalce in udeležence programa je, da program lahko izpeljejo v celotnem obsegu z obravnavo vseh sedmih krovnih tem.

Izvajalci programa, naj za udeležence predstavljajo strokovno, modro in za ohranjanje zdravja gorečo osebo. Edukatorji izvajalci naj osebi s sladkorno boleznijo v programu nudijo vse najboljše, ga učijo, motivirajo in spodbujajo k aktivni vlogi pri zdravljenju sladkorne bolezni. Hkrati je nujno, da znajo prisluhniti posamezniku, ga znajo razumeti v njegovih zmožnostih. Odnos v programu temelji na zaupanju in sprejemanju, brez obsojanja in moraliziranja.

DIDAKTIČNI PRIPOMOČKI ZA IZVEDBO PROGRAMA TABLETKA

Snovalci programa Tabletko so premišljeno pristopili tudi k izdelavi lastnih didaktičnih pripomočkov, za izvedbo programa. S pomočjo izvirnih didaktičnih pripomočkov so želeli doseči, da program postane za udeleženca in udeležene zanimiv in zabaven. Vloga vsakega udeleženca v programu mora biti čim bolj aktivna, to velja tudi za svoje. Dinamika skupinske edukacije najpogosteje tudi iz bolj pasivnih udeležencev izvabi vsaj nekaj aktivnosti in tu so didaktični pripomočki v veliko pomoč.

Strukturiran program edukacije brez didaktičnih pripomočkov praktično ni izvedljiv. Za izvedbo programa Tabletko so bili razviti in se uporabljajo naslednji didaktični pripomočki: ilustrirana podloga (»Izlet po sladkorni dolini«) na temo Triglavskih sedmerih jezer s pogovornimi karticami 'drži – ne drži'. Na podlogi je zajetih sedem krovnih tem s področja sladkorne bolezni. Kartice 'drži – ne drži' so namenjene učenju skozi zabaven in učljiv pogovor o trditvah, ki krožijo med ljudmi in pogosto ne držijo. Udeležence najpogosteje najbolj zanima prehrana. Edukatorji in zdravstveni delavci pogosto slišijo vprašanje: »Kaj lahko jem in kaj ne?«. Na ta vprašanja lahko odgovorijo aktivno s pomočjo Zofkine košare, Florjanovega krožnika, Zofkinih tabel in podlog Modrosti iz Zofkine košare ter Modrosti iz Zofkinih tabel. Zelo nazoren in učljiv je Florjanov krožnik modernih in tradicionalnih živil, saj nazorno pokaže razliko po zaužitju doma pripravljenega obroka (npr. zelje z matevžem, ričet ali obaro z žganci) ali kakšno od modernih »street food« jedi (npr. burek, burger ali pica).

Med didaktičnimi pripomočki so snovalci razvili tudi posebne pisne izročke (o programu Tabletko, Inventura, Kje je veliko ogljikovih hidratov, Nakupovanje, Cilji zdravljenja, Zdravila, Moj dan - obzorje, Moj dan – sprememba, Novoletna jelka želja), ki jih udeleženci dobijo kot učni pripomoček in za izvedbo domačih nalog. Domača naloga je bila premišljeno umeščena med posameznimi srečanji, saj s tem lahko dosežemo individualnost in osebno angažiranost, kljub skupinski izvedbi. Posamezni udeleženec programa lahko tako sam osmisli svoje navade, cilje, želje in potrebe. Od tu dalje tudi motivacijo za uvedbo lastnih sprememb.

UČINKI STRUKTURIRANEGA EDUKACIJSKEGA PROGRAMA TABLETKA

Na podlagi pregledane literature in priporočil v Slovenskih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 (2022) snovalci edukacijskega programa o učinkovitosti niso dvomili. Vendar so se kljub temu hoteli prepričati o pozitivnih učinkih lastnega programa. V okviru Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji (Klavs, Skubic, Semolič Valič, Peternelj & Kuharič, 2023) so v ta namen opravili analizo pilotnega programa Tabletko v vseh pilotnih enotah. Evalvacija programa Tabletko je potekala s pomočjo anonimnega strukturiranega vprašalnika na priložnostnem vzorcu udeležencev programa, ki so sodelovali prostovoljno.

Povzetek rezultatov analize

Vprašalnik je izpolnilo 51 oseb, oba spola sta bila praktično enakovredno zastopana ($\bar{Z}$ = 52%, M = 48%). Starostna struktura: 2,1% od 40 do 49 let; 27,1% od 50 do 59 let; 29,2% od 60 do 69 let; 31,3% od 70 do 79 let in 10,4% starih nad 80 let.

Vprašanja in odgovore so razdelili v tri sklope pri vstopnem vprašalniku, izstopnemu so dodali dodatni sklop vprašanj, ki je obravnaval zadovoljstvo z udeležbo v programu. Prvi sklop se je nanašal na *Znanje in pripravljenost za vpeljevanje sprememb*, sledil je sklop *Prehrana in gibanje*, zadnji sklop se je zajemal *Zdravljenje*. V okviru analize so ugotavljali znanje, moč in voljo za vpeljevanje pozitivnih življenjskih sprememb udeležencev.

Prvo vprašanje za udeležence programa se je glasilo: »Menite, da potrebujete več znanj in informacij o sladkorni bolezni ter načinih njenega zdravljenja, da bi bila vaša bolezen (še) bolj urejena?«. Rezultati so jasno pokazali, da si osebe s sladkorno boleznijo, v večini (86,3% - »strinjam se«, 13,7% - »delno se strinjam«) želijo pridobiti ustrezne informacije in znanja. Ostali rezultati analize so predstavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Analiza pilotnega programa *Tabletka*

	Pred vstopom v program TABLETKA			Po opravljenem programu TABLETKA		
	se strinjam (%)	delno se strinjam (%)	ne strinjam se (%)	se strinjam (%)	delno se strinjam (%)	ne strinjam se (%)
Znanje in informiranost						
V svoj življenjski slog si želim vpeljati nove navade, za boljšo urejenost moje SB	86,3	13,7	0	90,0	10,0	0
Mislite, da imate dovolj volje za boljšo urejenost vaše SB	68,6	31,4	0	90,0	10,0	0
Prehrana in gibanje						
Menite, da je za dobro urejenost SB potrebno zaužiti 5 obrokov hrane na dan.*	72,6	17,6	9,8	33,3	27,1	39,6
Menite, da ogljikovi hidrati bolj vplivajo na raven krvnega sladkorja kot beljakovine in maščobe.	78,4	/	21,6	100	/	0
Menite, da bi z redno telesno aktivnostjo lahko pripomogli k boljši urejenosti vaše SB.	84,3	15,7	0	100	0	0
Menite, da imate dovolj volje za uvedbo redne telesne aktivnosti v svoj vsakdan.	52,9	43,1	4	62,8	37,2	0

Zdravljenje						
Menite, da je meritev krvnega sladkorja na tešče zadostna za oceno urejenosti SB**.	29,4	43,1	27,5	13,9	30,0	56,1
Vem, kdaj je sladkorna bolezen dobro zdravljena.	41,2	45,1	13,7	62,8	31,4	5,8
Menite, da je priporočena vrednost HbA1c za večino oseb s SB pod 7%	66,7	/	/	94,1	/	/
Menite, da lahko SB pozdravimo?	37,3	21,6	41,2	10,0	7,7	82,3

Legenda: SB – sladkorna bolezen

* nacionalna priporočila o prehrani in telesni dejavnosti večini oseb s sladkorno boleznijo priporočajo do tri obroke dnevno

** *samokontrola krvnega sladkorja je temelj zdravljenja sladkorne bolezni, ena meritev na dan pogosto ne zadošča za doseganje ciljev zdravljenja*

Udeležence so snovalci programa ob zaključku prosili, naj ocenijo zadovoljstvo s programom. Iz analize vprašalnikov so izvedeli, da so po opravljenem programu pridobili več znanja in veščin, za lažje življenje s sladkorno boleznijo, dosegli so zavidljive odstotke strinjanja (95 - 100% udeležencev se je strinjalo, ostali so se delno strinjali). Vse to so potrdili dodatno še v odprtem vprašanju, kjer so lahko izrazili svoja mnenja, ideje za spremembe, izboljšave, kritike in pohvale. Med vsemi odgovori niso našli kritike ali pritožbe, večina je pohvalila program in izvedbo programa s strani izvajalk programa.

RAZPRAVA

Do nedavnega so v Sloveniji obravnave oseb s sladkorno boleznijo potekale nestrukturirano in na hitro, čeprav se strokovnjaki enotno strinjajo, da hitra edukacija nima večjih učinkov na vodenje sladkorne bolezni. V državah, ki veljajo za razvite, prednjačijo Združeno kraljestvo, Kanada, Združene države Amerike in Avstralija, že desetletja izvajajo daljše strukturirane programe edukacije za osebe s sladkorno boleznijo, ki prinašajo boljše uspehe. Dokazali so namreč, da edukacijski programi prinašajo ugoden učinek na glikirani hemoglobin, krvni parameter, ki govori o urejenosti sladkorne bolezni za daljše časovno obdobje (Hildebrand et al., 2020). Urejena sladkorna bolezen pomeni manj zapletov, s čimer dosežemo večjo kakovost življenja, kar prinaša tudi manj neposrednih in posrednih stroškov za zdravljenje (EISayed et al., 2023). Temu so na podlagi veljavnih slovenskih smernic za obravnavo oseb s sladkorno boleznijo (2022) sledili tudi snovalci programa Tabletk v UKC Ljubljana. Analiza rezultatov pilotnega programa Tabletk je jasno pokazala, da je večina vključenih želela pridobiti več informacij in znanj o sladkorni bolezni. Pomemben pozitiven pokazatelj za vpeljevanje programa je bil nedvomno tudi podatek, da je velika večina udeležencev ob koncu programa, bila pripravljena vpeljati pozitivne življenjske navade. Po opravljenem programu Tabletk so udeleženci s pridobljenimi informacijami in znanji lažje zaživeli s sladkorno boleznijo tipa 2. Raziskovanje učinka edukacijskega programa Tabletk na vrednost glikiranega hemoglobina, je dodatna priložnost za bodoče raziskave na področju edukacije v zdravstveni negi.

ZAKLJUČEK

Strukturirani edukacijski programi, ki jih izvajajo ustrezno izobraženi strokovnjaki, nedvomno predstavljajo pomemben doprinos k opolnomočenju oseb s sladkorno boleznijo tip 2. Slediti potrebam obolelih s kroničnimi boleznimi, med katerimi prednjači tudi sladkorna bolezen, in jim omogočiti ustrezno edukacijo, mora biti vodilo strokovnjakom, ki kreirajo edukacijske programe. Po uspešnem zagonu prvega strukturiranega programa na področju edukacije oseb s sladkorno boleznijo tip 2, snovalci programa že pripravljajo nove programe, namenjene osebam, ki jih program Tabletki ni zajel. Vsekakor pa se bodo za izboljšanje svojega dela še dodatno posvetili raziskovanju in analiziranju svojih področij dela, saj bodo le tako dosegali najboljše rezultate pri delu. Kratka analiza programa je pokazala, da je učinek strukturiranih edukacijskih programov zelo dober, zato bi bilo smiselno, da se vpelje tudi na druga področja edukacije v diabetologiji in v zdravstveni negi nasploh.

LITERATURA

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2021). 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(1), 60–82. <https://doi.org/10.2337/dc22-S005>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. (2024) Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 47(1), 77–110. <https://doi.org/10.2337/dc24-S005>
- Chrvala, C. A., Sherr D. & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control, *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–943. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003>
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., ... on behalf of the American Diabetes Association. (2022). 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes —2023. *Diabetes Care*, 46(1), 68–96. <https://doi.org/10.2337/dc23-S005>
- Eržen, I., Zelete, J. & Nadrag, P. (2024). Obvladovanje sladkorne bolezni. Ključni podatki za leto 2023. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/publikacije/obvladovanje-sladkorne-bolezni-kljucni-podatki-za-leto-2023/>
- Hermanns, N., Ehrmann, D., Finke-Groene, K. & Kulzer, B. (2020). Trends in diabetes self-management education: where are we coming from and where are we going? A narrative review. *Diabet Med*. 2020 Mar;37(3), 436–447. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32017188/>
- Hildebrand, J. A., Billimek, J., Lee, J.-A., Sorkin, D. H., Olshansky, E. F., Clancy, S. L. in Evangelista, L. S. (2020). Effect of diabetes self-management education on glycemic control in Latino adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 103(2), 266–275. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.009>
- Klavs, J. (2022). Edukacija. V Smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2. 2022, 33–34. Ministrstvo za zdravje. <https://endodiab.si/priporocila/diabetologija/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/>
- Lewton, J. & Rankin, D. (2010). How do structured education programmes work? A qualitative investigation of the Dose Adjustment for Normal Eating (DAFNE) programme in the UK. *Social Science & Medicine* 71(3), 486–93. https://www.researchgate.net/publication/45150796_How_do_structured_education_programmes_work_A_qualitative_investigation_of_the_Dose_Adjustment_for_Normal_Eating_DAFNE_programme_in_the_UK
- Magliano, D. J., Chen, L., Morton, J. L., Salim, A., Carstensen, B., Gregg, E. W., et al. (2024). Trends in the incidence of young-adult-onset diabetes by diabetes type: a multi-national population-based study from an international diabetes consortium. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 12(12), 915 – 923. [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(24\)00243-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(24)00243-2/abstract)
- Pot, G. K., Battjes-Fries, M. C., Patijn, O. N., van der Zijl, N., Pijl, H., Voshol, P. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now). *BMJ Nutr Prev Health*. 2020 Aug 18;3(2), 188–195. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33521528/>
- Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 / [urednica Draženka Pongrac Barlovič]. - Ljubljana : Diabetološko združenje Slovenije. (2022). <https://endodiab.si/2022/10/24/slovenske-smernice-za-klinicno-obravnavo-sladkorne-bolezni-tipa-2/>
- He, X., Li, J., Wang, B. et al. Diabetes self-management education reduces risk of all-cause mortality in type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine* 55, 712–731 (2017). <https://doi.org/10.1007/s12020-016-1168-2>

mag. Natalija Klun
Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah
natalija.klun@zd-smarje.si

USTREZNO INFORMIRANJE IZBOLJŠA KOMUNIKACIJO IN ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH

Adequate information improves communication and employee satisfaction

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

529

IZVLEČEK

Uvod: Dobro počutje na delovnem mestu je odvisno od številnih dejavnikov. Ključna dejavnika za ustvarjanje prijetnega delovnega okolja sta zadovoljstvu zaposlenih in ustrezne informacije, ki vplivajo na medosebno sodelovanje. Cilj raziskave je bil ugotoviti učinkovitost različnih načinov komuniciranja, ki jih uporabljajo zaposleni v določeni organizaciji, ter oceniti stopnjo informiranosti in zadovoljstva na delovnem mestu. **Metode:** Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. V raziskavi je sodelovalo 148 od 180 povabljenih zaposlenih. **Rezultati:** Rezultati raziskave kažejo, da je pravočasno in zadostno opremljanje zaposlenih z vsemi potrebnimi informacijami ključnega pomena za učinkovito delo. **Diskusija:** Največje zadovoljstvo so izrazili glede komuniciranja preko elektronske pošte, pogovorov iz oči v oči in telefonskih pogovorov. Sestanki in kolegiji so bili ocenjeni nekoliko slabše. Mlajši in starejši zaposleni so zadovoljni s kakovostjo informiranja, srednja starostna skupina pa je manj zadovoljna. Anketiranci zagotavljajo, da so možnosti za strokovno izobraževanje zadostne, kar prispeva k večjemu zadovoljstvu in manjšemu stresu na delovnem mestu. **Zaključek:** Učinkovita komunikacija, pravočasno in zadostno informiranje zaposlenih pomagata izboljšati kakovost dela in povečati zadovoljstvo na delovnem mestu.

Ključne besede: informacije, medosebna komunikacija, zadovoljni zdravstveni delavci

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

ABSTRACT

Introduction: Well-being in the workplace depends on many factors. The key factors for creating a pleasant working environment are employee satisfaction and adequate information that affects interpersonal cooperation. The goal of the research was to determine the effectiveness of various communication methods used by employees in a certain organization, and to assess the level of information and satisfaction at the workplace. **Methods:** The research is based on a quantitative research approach. 148 out of 180 invited employees participated in the survey. **Results:** The results of the research show that timely and sufficient equipping employees with all the necessary information is crucial for effective work. **Discussion:** They expressed the greatest satisfaction with communication via e-mail, face-to-face conversations and telephone conversations. Meetings and colleges were rated slightly worse. Younger and older employees are satisfied with the quality of information, while the middle age group is less satisfied. Respondents ensure that the opportunities for professional education are sufficient, which contributes to greater satisfaction and less stress in the workplace. **Conclusion:** Effective communication, timely and sufficient information of employees help to improve the quality of work and increase satisfaction in the workplace.

Key words: information, interpersonal communication, satisfied healthcare workers

UVOD

Ljudje smo bitja, ki brez komunikacije ne moremo delovati. V zdravstvu se zavedamo, da ustrezna komunikacija pomaga pri reševanju mnogih težav. Zdolškova (2024) poudarja, da je sodobna računalniška tehnologija postala del vsakdanjika v zdravstvu in ponuja nove možnosti na področju komuniciranja. Kljub vsemu pa sodobna tehnologija ne more nadomestiti osebnega stika.

V zdravstvu izvedene številne raziskave v Sloveniji (Lorber, 2010; Klun, 2010; Lorber & Skela Savič, 2012; Mrak & Medvešek, 2016; Mikolič, 2017; Lambergar, 2020; Dolinar, 2022) na tematiko informiranja, komuniciranja, zadovoljstva pri delu ter povezovanja različnih poklicnih skupin. Pri komuniciranju je pomembno, da uporabljamo komuniciranje navzdol in obratno (Mumel, 2012; Pavec, 2015). Avtorji, kot so Vermeir et al. (2018), Pongton & Suntrayuth (2019) poudarjajo, da ima zadovoljstvo s komunikacijo pozitiven učinek na zadovoljstvo zaposlenih in zavzetost zaposlenih za opravljanje dela. Sibiya (2018) pravi, da se medicinske sestre nenehno izboljšujejo v komunikacijskih veščinah, saj je slaba komunikacija nevarna in neučinkovita.

Informiranje in komuniciranje z zaposlenimi, ki bodo deležni sprememb pri vsakodnevnem delu in funkcioniranju v organizaciji, mora biti integrirano v procese uvajanja sprememb in strategijo, ki jo organizacija udejanja ob uvajanju sprememb (Ozimek, 2016). Pomembno je, da znamo sprejeti pozitivno ali negativno kritiko. Dobljeni rezultati raziskave lahko vodstvu pomagajo pri ukrepih za izboljšanje stanja na področju informiranja in komunikacije zaposlenih.

Z raziskavo smo želeli odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je učinkovitost trenutnih načinov komuniciranja?
- Kako zaposleni ocenjujejo informiranosti?
- Kako zaposleni ocenjujejo zadovoljstvo na delovnem mestu?

METODE

Uporabili smo opisno ne eksperimentalno kvantitativno metodo dela - anketiranje s pomočjo vprašalnika, sestavljenega iz več vsebinskih sklopov, povzetem po Pavec (2015).

Opis merskega instrumenta

Kot merski instrument smo uporabili metodo anketiranja in vprašalnik priredili za anketiranje v zdravstvu. Razdeljen je bil na štiri sklope in zajemal 14 vprašanj zaprtega tipa, oblikovanih v obliki 54 trditev in 2 vprašanji odprtega tipa, kjer so anketiranci podajali svoje predloge in pripombe.

Opis vzorca

Vključili smo vseh 180 zaposlenih iz vseh lokacij zdravstvenega doma, razen 18 zaposlenih, ki so bili na daljši bolniški ali porodniški odsotnosti, sodelovalo je 148 anketirancev (82 %).

Pri demografskih podatkih smo upoštevali spol, starost, izobrazbo, zaposlitev za določen ali nedoločen čas, ter zaposlitveni status. Po spolu izstopajo ženske, saj jih je zaposlenih 2/3. Sodelovalo 46 moških (31,1 %), in 102 ženske (68,9 %). Glede na starost, je bilo največ starih med 31 in 40 let ($n=45$, oziroma 30,4 %), sledijo stari med 18 in 30 let ($n=36$, oziroma 24,3 %), nato stari med 41 in 50 let ($n=35$, oziroma 23,6 %), sledijo starejših od 50 let. ($n=30$, oziroma 20,3 %). Po izobrazbeni strukturi je sodelovalo največ anketirancev s srednjo izobrazbo ($n=53$, oziroma 35,8 %), sledijo z univerzitetno in več ($n=46$, oziroma 31,1 %), nato z visoko strokovno ($n=37$, kar predstavlja 25 %) in najmanj s poklicno izobrazbo ($n=11$, oziroma 7,4 %). Največ anketirancev je zaposlenih do 5 let ($n=71$, oziroma 48 %), sledijo zaposleni 6 do 20 let ($n=51$, oziroma 34,5 %). Najmanj anketirancev je zaposlenih več kot 20 let (4, oziroma 16,2 %). Za nedoločen čas je zaposlenih 113 anketirancev (76,4 %), za določen čas ali po pogodbi pa 32, (21,6 %).

Opis poteka raziskave

Za izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje vodstva, vodje smo pred pričetkom raziskave informirali z namenom, cilji in potekom. Namen raziskave je bil pridobiti podatke o tem, kako informacije zaposleni sprejemajo, jih uporabljajo v praksi, ali so z informacijami zadovoljni, ter kako informiranje vpliva na zadovoljstvo. Zanimali so nas načini komuniciranja za informiranje v proučevani organizaciji, s čim so zaposleni zadovoljni in primerjave o tem med starostnimi skupinami. Vprašalnike smo razdelili z navodili za anonimno izpolnjevanje na sestanku, ostale pa je razdelila kurirka po zdravstvenih postajah. Izpolnjene vprašalnike so oddajali v vseh lokacijah zdravstvenega doma. Čas izpolnjevanja je bil od 10. do 24. aprila 2024.

Obdelava podatkov

Podatke smo vnesli v Excelovo tabelo, ki je predpriprava za obdelavo podatkov v SPSS programu, verzije 22. Za demografske podatke smo uporabili opisno statistiko. Najprej smo preverili statistično značilnost Levinovega F preizkusa, ki preverja enakost varianc med skupinami. Če ni bil statistično značilen ($p>0,05$), kar pomeni, da smo potrdili enakost varianc, smo za preverjanje razlik v povprečnih vrednostih uporabili F preizkus. Če je bil test statistično značilen ($p\leq 0,05$), smo uporabili Welchov test. V primerih, ko sta bila F preizkus oziroma Welchov test statistično značilna, smo potrdili razlike v povprečnih vrednostih glede na starostne skupine. Pearsonov koeficient korelacije smo uporabili za ugotavljanje povezanosti med proučevanimi spremenljivkami.

REZULTATI

Pri pregledu rezultatov smo pridobili povprečne vrednosti trenutnih načinov internega komuniciranja, glede na starost, kar je razvidno iz tabele 1. Ugotovili smo, da najstarejši in najmlajši zaposleni za komuniciranje uporabljajo elektronsko pošto ($\bar{x} = 4,3$), sledijo osebna srečanja iz oči v oči s ($\bar{x} = 4,2$), nato in telefonske pogovore ($\bar{x} = 4,1$), kjer izstopajo najmlajši zaposleni. Ti rezultati so bili najvišje ocenjeni pri vseh starostnih skupinah zaposlenih. Ugotovili smo, da imajo najnižje povprečne rezultate zaposleni, ki so v starostni skupini 41 do 50 let, sledijo pa jim stari od 31 do 40 let. Anketiranci si želijo več kratkih in učinkovitih sestankov in obhodov direktorja, predvsem srednja generacija (41 do 50 let) ($\bar{x} = 2,8$). Kakovost internega komuniciranja so najboljše ocenili najstarejši in najmlajši zaposleni, ki so podali enako povprečno vrednost ($\bar{x} = 4,0$), kar pomeni, da so z interno komunikacijo zadovoljni, malo slabše pa so jo ocenili zaposleni v starosti 41-50 let ($\bar{x} = 3,5$). Na splošno pa so najvišje ocene podali nad 50. let in najmlajši, stari med 18 in 30 let.

Tabela 1: Rezultati povprečnih vrednosti trenutnih načinov komunikacije pri internega komuniciranju glede na starostne razlike

	Obhodi direktorja med zaposlenimi	Strokovni svet/ Poslovni kolegij	Video konference, sestanki	Družabna (neformalna) srečanja	Sestanki delovnih skupin, timov	Pisna navodila za delo	Telefonski pogovori	Osebna srečanja iz oči v oči	Elektronska pošta (maili)
Starost	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
Nad 50	3,5	3,6	3,6	3,7	4,1	4,2	4,2	4,3	4,4
41 – 50	2,8	3,2	3,2	3,5	3,7	3,6	3,9	4,0	4,3
31 – 40	3,1	3,4	3,4	3,9	3,8	3,8	3,9	4,3	4,2
18 - 30	3,5	3,8	4,0	4,2	4,1	4,1	4,3	4,3	4,3
Total	3,2	3,5	3,5	3,8	3,9	3,9	4,1	4,2	4,3

Legenda: $\bar{x}$ – povprečna vrednost

Tabela 2 prikazuje, da se anketiranci zelo strinjajo z možnostjo strokovnega izobraževanja ($\bar{x} = 4,4$, $s = 0,76$), manj se strinjajo, da interna komunikacija povečuje zadovoljstvo pri delu ($\bar{x} = 4,2$, $s = 0,83$) in s trditvijo, da so za delo na svojem delovnem mestu motivirani ($\bar{x} = 4,2$, $s = 0,87$). Visoki oceni ($\bar{x} = 4,2$) imata trditvi Moj vodja si prizadeva za uspešno komunikacijo s podrejenimi in Moj vodja si prizadeva s pisno in ustno komunikacijo povečati zadovoljstvo pri delu in odpraviti nesporazume. Slabše je ocenjena trditev Zadovoljen/a sem z delom, ki ga opravljam in zato ne doživljam stresa ($\bar{x} = 4,0$, $s = 0,93$).

Tabela 2 : Ocena vidikov splošnega zadovoljstva na delovnem mestu glede na starost – analiza variance

Spremenljivke/ variable	$\bar{x}$	s	F/Welch	p
Imam možnost strokovnega izobraževanja.	4,4	0,76	1,31	0,274
Interna komunikacija povečuje zadovoljstvo pri delu	4,3	0,83	2,62	0,054
Za delo na svojem delovnem mestu sem motiviran/a.	4,2	0,87	5,74	0,001
Moj vodja si prizadeva za uspešno komunikacijo s podrejenimi.	4,2	0,83	1,78	0,154
Moj vodja si prizadeva s pisno in ustno komunikacijo povečati zadovoljstvo pri delu in odpraviti nesporazume .	4,2	0,95	1,10	0,350
Zadovoljen/a sem z delom, ki ga opravljam in zato ne doživljam stresa.	4,0	0,93	2,81	0,045
Redko prihaja do konfliktov med zaposlenimi	3,8	0,96	6,18	0,001

Legenda: $\bar{x}$ – povprečna vrednost, s – standardni odklon, F Welch, p – statistična značilnost

Iz tabele 2 je razvidno, da se razlike v ocenah zadovoljstva z delom glede na starostne skupine pojavljajo pri treh trditvah.

Statistično pomembne razlike glede na starostne skupine smo ugotovili v motiviranosti za delo ($p = 0,001$); najbolj motivirani so starejši od 50 let ($\bar{x} = 4,60$, $s = 0,77$), sledijo stari od 18 do 30 let ($\bar{x} = 4,47$, $s = 0,60$), stari od 41 do 50 let ($\bar{x} = 4,0$, $s = 1,07$) ter nato stari od 31 do 40 let ($\bar{x} = 3,93$, $s = 0,81$).

Do statistično pomembnih razlik ($p = 0,045$) je prišlo tudi v ocenah zadovoljstva z delom, ki ga opravljajo, in zato ne doživljajo stresa, kjer so dosegli najvišjo oceno starejši od 50 let ($\bar{x} = 4,36$, $s = 0,80$), sledijo stari od 18 do 30 let ($\bar{x} = 4,19$, $s = 0,66$), manj pa so zadovoljni anketiranci stari 41 do 50 let ($\bar{x} = 3,85$, $s = 0,97$) in stari med 31 in 40 let ($\bar{x} = 3,84$, $s = 1,09$).

Statistično značilne razlike se pojavijo v stopnji strinjanja pogostosti pojavljanja konfliktov med zaposlenimi ($p = 0,001$); po mnenju starejših od 50 let ($\bar{x} = 4,23$, $s = 0,81$) in starih med 18 in 30 let ($\bar{x} = 4,02$, $s = 0,73$) zelo redko prihaja do konfliktov, medtem ko se anketiranci stari med 31 in 40 let ($\bar{x} = 3,62$, $s = 0,97$) ter stari med 41 in 50 let ($\bar{x} = 3,29$, $s = 1,14$) s trditvijo manj strinjajo.

DISKUSIJA

Rezultati raziskave potrjujejo, da so zaposleni z načini komuniciranja zadovoljni. Komunikacija, informiranje in zadovoljstvo se pozitivno povezujejo. Tudi Vermeir et al., 2018 v svoji raziskavi pokaže, da je zadovoljstvo pri delu povezano s komunikacijo.

Na zastavljena raziskovalna vprašanja, lahko odgovorimo, da so v najbolj učinkoviti načini komuniciranja elektronska pošta, osebna srečanja iz oči v oči in telefonski pogovori. Najmlajši in najstarejši anketiranci so kot najbolj učinkovita ocenili pisna navodila za delo, mlajši pa bolje ocenjujejo video konference, kar je glede na čas v katerem živimo pričakovati.

Zanardi et al. (2020) so ugotovili, da ima delovno okolje pozitiven in pomemben učinek na zadovoljstvo pri delu.

Glede informiranosti so povprečne ocene med anketiranci med 3,47 in 3,90. Pri starostnih skupinah, kjer se povprečna ocena statistično značilno razlikuje ($p = 0,001$), se nanaša na ne zadrževanje potrebnih informacij, s katero se najbolj strinjajo najmlajši ($\bar{x} = 4,05$), najmanj pa stari med 41 in 50 let ($\bar{x} = 3,17$).

Pri rezultatih zadovoljstva z delom so razlike v ocenah glede na starostne skupine pojavljajo pri motiviranosti za delo ($p = 0,001$), najbolj motivirani so starejši od 50 let ($\bar{x} = 4,60$), najmanj pa stari od 31 do 40 let ($\bar{x} = 3,93$), pri zadovoljstvu z delom, ki ga opravljajo, in zato ne doživljajo stresa, so dosegli najvišjo oceno starejši od 50 let ($\bar{x} = 4,36$), najnižjo pa stari med 31 in 40 let ($\bar{x} = 3,84$).

ZAKLJUČEK

Čeprav je bila raziskava narejena na majhnem vzorcu, je potrdila povezanost komunikacije in informiranosti. Če uspemo to doseči, dosežemo tudi pogoje za večje zadovoljstvo zaposlenih. Dobro moramo poznati zaposlene, da se jim lahko približamo in pomagamo dosegati čim boljše rezultate pri delu. Vodstvo in vsi zaposleni si moramo kljub pozitivnim rezultatom nenehno prizadevati podajati točne, zanesljive in zadostne informacije, čim hitreje natančno informirati vse zaposlene, na klice čimprej odgovarjati, spoštljivo in ustrezno komunicirati med seboj ter večkrat, pohvaliti sodelavce.

Povzamemo lahko, da ustrezna komunikacija, dobri medosebni odnosi, ustrezne informacije in zadovoljstvo pri delu vodijo h kakovostnemu opravljanju dela, kar je najbolj pomembno za vse zaposlene v vseh organizacijah. Zaposleni, ki svoje delo opravljajo z veseljem, so bolj uspešni in dosegajo boljše rezultate, so bolj samostojni pri delu, motivirani in v manjši meri doživljajo stres.

V bodoče bi lahko raziskati še, kaj zaposlene motivira za delo, da bi bili še bolj uspešni (sprejemati želje, pobude in predloge). Z dosego takšnih ciljev si morajo želeli in k temu prispevati vsi zaposleni v vsaki organizaciji.

LITERATURA

- Dolinar, T. (2022). *Pomen komunikacije za zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi – pregled literature* [diplomska naloga, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice].
- Klun, N. (2010). *Vpliv komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih v Zdravstvenem domu Smarje pri Jelšah : študija primera* [magistrska naloga, Univerza na Primorskem].
- Lambergar, S. (2020). *Komunikacija in delovna zavzetost zaposlenih v zdravstvenem okolju izbrane ustanove* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].
- Lorber, M. (2010). *Vodenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi* [magistrska naloga, Univerza na Primorskem].
- Lorber, M. & Skela Savič, B. (2011). Komuniciranje – reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), 247-252.
- Lorber, M., & Skela Savic, B. (2012). Job Satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in slovenian hospitals. *Croatian Medical Journal*, 53, 263-270. <https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.263>
- Mikolič, S. (2017). *Pomen komunikacije za zadovoljstvo bolnikov* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru].
- Mrak, Z., Medvešček Smrekar, M. (2016). *Zadovoljstvo medicinskih sester z delom in odnosi na kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].
- Mumel, D. (2012). *Komuniciranje v poslovnem okolju*, Maribor: De Vesta.
- Ozimek, B. (2016). *Informiranje zaposlenih z digitalnimi orodji internega komuniciranja* [diplomska naloga, Univerza v Ljubljani].
- Pavec, T. (2015). *Informiranje zaposlenih v Biotehniškem centru Naklo* [diplomska naloga, Univerza v Mariboru].

Pongton, P. & Suntrayuth, S. (2019). Communication satisfaction, employee engagement, job satisfaction, and job performance in higher education institutions. *ABAC Journal*, 39(3), 90-110. <http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/abacjournal/article/view/4204>

Sibiya, M.N. (2018). Effective communication in nursing. in: nursing, ed. Nilgun Ulutasdemir. [online] Available at: <https://www.intechopen.com/chapters/59779>

Vermeir, P., Blot, S., Degroote, S., Vandijck, D., Mariman, A., Vanacker, T., Peleman, R., Verhaeghe, R. & Vogelaers, D. (2018). Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study. *Intensive & critical care nursing*, 48, 21-27. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.001>

Zanardi, M., & Zhau, W. (2020). The effect of work environment on employee job satisfaction with work communication as intervening variables (case study on civil servants in Australian medical and health department). *Medalion journal: Medical research, nursing, health and midwife participation*, 1 (4), 121-126. <https://doi.org/10.59733/medalion.v1i4.56>

Zdolšek, S. (2006). Elektronsko podprto komuniciranje v zdravstvu: priložnost ali dodatna obremenitev *Obzornik Zdravstvene Nege*, 40(2), 93-98. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2583>

Majda Oštir, mag.zdr.neg., viš.pred.¹

doc.dr. Uroš Krivec, dr.med^{1,2}

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni

²Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

majda.ostir@kclj.si

POVEZAVA MERITEV IN OPAZOVANJ MEDICINSKE SESTRE Z KAZALCI POSLABŠANJA RESPIRATORNEGA STANJA PRI DOJENČKU IN MALČKU Z RESPIRATORNIM OBOLENJEM

Correlation between nurse measurements and observations with respiratory disease indicators in infants and toddlers with respiratory illness

IZVLEČEK

Uvod: Uspešna ocena respiratornega stanja pri dojenčkih in malčkih temelji na oceni različnih meril in vzpostavitvi povezav med njimi. Ocenjuje se dihalni napor, učinkovitost dihanja in učinek dihanja na druge organske sisteme. Zavedati se je potrebno kazalcev, ki lahko vplivajo na izmerjene meritve in oceno, hkrati pa jih prepoznati kot kazalce, ki lahko nakazujejo poslabšanje stanja oziroma dihalno stisko. **Metode:** Raziskava je temeljila na historični metodi dela z analizo dokumentov za obdobje od januarja 2017 do junija 2019. Podatki so bili zbrani z retrospektivnim pregledom pacientove dokumentacije. Analize smo opravili na podlagi

opazovanj in meritev pri pacientih v roku 48 ur. Ob meritvah vitalnih funkcij so bili opazovani kazalci prisotnost ali odsotnost nemira, utrujenosti, zaspanosti, joka in stokanja. **Rezultati:** Naključno smo izbrali 102 pacienta, kar predstavlja 11,7 % celotnega vzorca v izbranem obdobju. V povprečju se je na enega pacienta v 48 urah opravilo 29,8 meritev. Prisotnost stokanja je vplivalo na višjo vrednost meritev pri lestvici ocene dihalnega dela (ODO) ($p=0,000$), srčnega utripa ($p<0,01$), hitrosti dihanja ($p=0,025$), ter telesno temperaturo ($p=0,037$). Pri primerjavi parametrov glede na utrujenost, je bila prisotna statistično značilna razlika pri lestvici ODO ($p<0,01$), hitrosti dihanja ($p=0,001$), srčnem utripu ($p=0,001$) in telesni temperaturi ($p=0,007$). **Diskusija in zaključek:** Vsi opazovani kazalci so vplivali na višjo izmerjeno vrednost lestvice ODO. Utrujenost, nemir in stokanje so vplivali na vse opazovane meritve in sicer so bile izmerjene višje. Utrujenost je kazalec splošnega stanja. Dojenčki se pri dihanju hitreje utrujajo. Stokanje je znak poglobljajoče se dihalne stiske pri dojenčkih. Utrujenost, nemir in stokanje so pomembni kazalci opazovanja dihalne stiske dojenčka in malčka.

Ključne besede: dihalna stiska, pediatrija, medicinska sestra, meritve, ocena stanja

ABSTRACT

Introduction: Successful assessment of respiratory status in infants and toddlers is based on assessing various criteria and establishing connections between them. Respiratory effort, respiratory efficiency and the effect of breathing on other organ systems are evaluated. It is necessary to be aware of indicators that may affect the measured measurements and assessment, and at the same time recognize them as indicators that may indicate a deterioration in the condition or respiratory distress. **Methods:** The study was based on the historical method of work with document analysis for period from January 2017 to June 2019. Data were collected by retrospective review of patient documentation. Analyses were performed based on observations and measurements in patients within 48 hours. The indicators of presence or absence of restlessness, fatigue, drowsiness, crying and moaning were observed during measurements of vital functions. **Results:** We randomly selected 102 patients, which represents 11.7% of the total sample in the selected period. On average, 29.8 measurements were performed per patient within 48 hours. The presence of moaning influenced the higher value of measurements on the work of breathing scale (ODO) ($p=0.000$), heart rate ($p<0.01$), respiratory rate ($p=0.025$), and body temperature ($p=0.037$). When comparing parameters concerning fatigue, there was a statistically significant difference in the ODO scale ($p<0.01$), respiratory rate ($p=0.001$), heart rate ($p=0.001$), and body temperature ($p=0.007$). **Discussion and conclusion:** All observed indicators influenced the higher measured value of the WOS scale. Fatigue, restlessness, and moaning influenced all observed measurements, namely, they were measured higher. Fatigue is an indicator of general condition. Babies tire more quickly when breathing. Moaning is a sign of worsening respiratory distress in babies. Fatigue, restlessness, and moaning are important indicators of respiratory distress in infants and toddlers.

Key words: respiratory distress, pediatrics, nurse, measurements, assessment

UVOD

Najpogostejši vzroki za akutno dihalno stisko pri otrocih so bolezni zgornjih in spodnjih dihalnih poti, ki jih povzroči ali spremlja okužba. Ostala stanja redkeje povzročajo dihalno stisko,

a vendar jih moramo poznati in nanje pomisliti, ker so možen vzrok otrokovih težav z dihanjem. To so bolezni v okolici pljuč, srčno-žilna obolenja, nevrolška obolenja, metaboli in endokrinološki vzroki, hematološka obolenja in bolezni gastrointestinalnega trakta (Furman in Grošelj Grenc, 2016). Večina bolezni dihalnih poti je blago potekajočih, pri nekaterih otrocih vodijo v življenje ogrožajočo dihalno stisko, ki jo je treba pravočasno prepoznati in ustrezno ukrepati (Furman in Grošelj Grenc, 2016). Merila za ocenjevanje razširjenega respiratornega stanja vključujejo: dihanje, oksigenacijo, krvni obtok, bolečino in splošno stanje otroka (Wilson in Rodgers, 2019, Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia, 2018,). Dihalno stisko prepoznamo tako, da ocenjujemo dihalni napor, učinkovitost dihanja in učinek dihanja na druge organske sisteme, kar se kaže kot sprememba hitrosti srčnega utripa, sprememba barve kože in motnjah zavesti (Furman in Grošelj Grenc, 2016). Kadar ocenjujemo dihalno delo dojenčka in malčka, običajne lestvice, kjer pacient oceni stopnjo oteženosti dihanja, niso primerne, saj ne more zavestno sodelovati. Razvitih je kar nekaj točkovnih lestvic, kot je modificirano M-WCAS, ki je vključevala meritve nasičenosti krvi s kisikom (SpO_2), oceno inspiratornih dihalnih zvokov, oceno piskanja pri izdihu, uporabo pomožnih dihalnih mišic in nevrolško oceno v točkah ter Tal. et al lestvica, ki je vključevala oceno hitrosti dihanja, oceno piskanja, cianoze ter uporabo pomožnih dihalnih mišic, v točkah (Duarte-Dorado, Madero-Orostegui, Rodriguez-Martinez in Nino, 2013). Za otroke je bil razvit prvotni koncept sistema pediatričnega zgodnjega opozarjanja PEWS (Pediatric early warning score), ki zagotavlja ponovljivo oceno statusa pediatričnega pacienta na podlagi fizioloških parametrov. Hitro se izvede, ni starostno specifičen in ima pet področij: obnašanje, kardiovaskularni status, dihalni status, aplikacija inhalacij in trdovratno pooperacijsko bruhanje. PEWS ne bo identificiral vseh otrok, ki jim grozi poslabšanje, bodisi zaradi hitrosti ali zaradi mehanizma poslabšanja. Zato je nujno, da je zdravstveno osebje usposobljeno za prepoznavanje splošnih vzorcev poslabšanja s PEWS ali brez tega in stanja pacienta ne ocenjujejo samo po dobljenih rezultatih z orodjem PEWS (Royal college of Nursing, 2017). V netočkovnih lestvicah otroci z respiratornem obolenjem, kategorizirani v skupine blago, zmerno ali hudo stanje. Najpogostejše so povezane z ocenjevanjem resnosti kliničnega stanja pri otrocih z bronhiolitisom, s poslabšanjem astme in pljučnico. V eni od avstralskih smernic na področju ocenjevanja in obravnave otrok z bronhiolitisom opozarja, da nobena lestvica ne zajame vseh možnih kliničnih stanj, zato naj bo opazovanje individualno. Lestvice ne zamenjujejo potrebe po individualnih kliničnih odločitvah pri posameznem pacientu, zato naj zdravstveni delavci opazovanje opravijo s pomočjo anamneze in fizičnega pregleda (Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia, 2018).

V Službi za pljučne bolezni, UKCL, Pediatrična klinika smo razvili svojo lestvico za oceno dihalnega dela, ki smo jo poimenovali Ocena dihalnega dela pri otroku – ODO, temelji pa na prepoznavi različnih stopenj uporabe pomožnih dihalnih mišic v povezavi s spremembami v hitrosti dihanja in srčnega utripa ter prisotnosti utrujenosti, apnej ter nerednega dihanja. Lestvica ODO je 7-stopenjska in vključuje oceno oteženega dihanja, hitrost dihanja in srčnega utripa ter uporabo pomožnih dihalnih mišic. Glavne stopnje so 3, medtem, ko so pomožne stopnje 4 in ocenjujejo stanje glede na predhodno oceno, in sicer 1-2, 2-1, 1-3 in 3-2 (Oštir, 2020). To omogoča zdravstvenim delavcem natančno in stalno spremljanje dihalnega dela pri otroku, še posebej dojenčku in malčku, kjer je zaradi razvojnih značilnosti dihal zmanjšana učinkovitost dihalnih gibov (Krivec, 2014). Lestvica ODO naj bi zaradi vmesnih stopenj ocene dihalnega dela pri otroku omogočala hitro prepoznavo poslabšanja stanja na področju dihalnega sistema ter spremembo ocene resnosti kliničnega stanja otroka (Oštir, 2020).

Medicinska sestra pomočjo opazovanja in meritev pri otroku prepozna zgodnje znake za poslabšanje bolezni. Intenzivira opazovanje in meritve, ki jih sproti in natančno beleži. Pravilno in pravočasno ukrepa, glede na spremenjeno zdravstveno stanje pri otroku (Oštir, 2015). Ob tem je potrebno upoštevati dejavnike, ki lahko vplivajo na meritve, vendar so istočasno lahko tudi znak poslabšanja dihalne stiske. Za otroke v dihalni stiski je pomembno, da jih ob izvajanju aktivnosti zdravstvene nege, kamor sodi tudi opazovanje, minimalno vznemirjamo, saj lahko zaradi dodatnega stresnega odziva otroka pride do izčrpanosti, kar precej poslabša klinično stanje otroka (The Hospital for Sick Children, 2019).

METODE DELA

Raziskava je temeljila na historični metodi dela z analizo dokumentov. Podatki so bili zbrani z retrospektivnim pregledom pacientove dokumentacije. Podatke o spremljanju pacientov smo vnašali v program Microsoft Office Excel 365 ter jih nato statistično obdelali s programom IBM SPSS Statistics 21. Opisne spremenljivke so predstavljene s frekvencami in deleži, številske spremenljivke pa z ustreznimi merami srednjih vrednosti in razpršenosti, to je s povprečno oceno in standardnim odklonom. Opravili smo testiranje normalnosti porazdelitev številskih spremenljivk in pri bivariatni analizi uporabili samo neparametrične teste (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Spearmanov koeficient korelacije rangov, hi-kvadrat test). Določene parametre, ki smo jih skozi raziskavo spremljali, smo prikazali na podlagi enot – pacientov ($n=102$), analize pa smo opravili na podlagi opazovanj – meritev pri teh pacientih. Enega pacienta se je spremljalo v roku 48 ur od sprejema, pri izračunih so se upoštevali vsi vnosi meritev v obdobju teh 48 ur. Raziskavo smo izvajali v prostorih UKCL, Pediatrična klinika, Službe za pljučne bolezni. Za dokumentacijo pacientov smo zaprosili pisno, ter s svojim podpisom jamčili za varnost med obdelavo podatkov. Po pregledu podatkov smo dokumentacijo vrnili v arhiv klinike. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje odgovorne osebe ustanove.

VZOREC

V raziskavo so bili vključeni podatki o dojenčkih in malčkih (od 28. dne po rojstvu, do dopolnjenega 3. leta starosti), ki so bili sprejeti v UKCL, v Pediatrično kliniko, Službo za pljučne bolezni v obdobju od 1. januarja 2017 do 30. 6. 2019 zaradi dihalne stiske, šifre diagnoz MKB J200-J209 ter J22.0 do J22.9 in so bili od sprejema neprekinjeno hospitalizirani v izbrani bolnišnici vsaj 48 ur. Izločeni so bili primeri, kjer je pacient sprejet zaradi diagnostične obravnave motenj spanja v dihanju ter primeri, kjer je prišlo bodisi do premestitve na oddelek intenzivne terapije zaradi poslabšanja stanja, ali pa do odpusta pred iztekom 48 ur. Število vseh pacientov, ki so ustrezali zgoraj navedenim kriterijem je bilo 870. Naključno smo izbrali 102 pacienta, kar predstavlja 11,7 % celotnega vzorca, od tega je bilo 58 (56,9 %) dečkov in 44 (43,1 %) deklic. Med opazovanimi pacienti jih je bilo največ v starosti med 2 in 12 mesecev (45 oz. 44,1 %), sledijo stari med 13 in 24 mesecev (29 oz. 28,4 %). Povprečna starost pacientov (SD) ob sprejemu je bila 14,34 (10,25) mesecev.

REZULTATI

Ob meritvah nasičenosti krvi s kisikom, hitrosti dihanja in srčnega utripa ter telesne temperature, so bili opazovani parametri prisotnost ali odsotnost nemira, utrujenosti, zaspanosti, joka in stokanja. Pri opazovanju prisotne utrujenosti smo izmerili statistično značilno razliko pri vrednosti lestvice ODO, hitrosti dihanja, srčnem utripu in telesni temperaturi. Povprečna vrednost lestvice ODO med pacienti, ki niso bili utrujeni, v času meritve znaša 2,49, v primeru opažanja, da je pacient utrujen, pa je bližje oceni 3 in znaša 2,85 ($p<0,01$). Povprečna hitrost dihanja pri

pacientih, ki niso bili utrujeni v času meritve znaša 38,71, v primeru, da je bilo zabeleženo, da so utrujeni, pa je pomembno višja in znaša 51,10 ($p=0,001$). Povprečna vrednost srčnega utripa je prav tako višja pri enotah, kjer je bila ob meritvi zabeleženo, da so utrujeni ($p<0,01$). Tudi v telesni temperaturi smo zaznali statistično značilno razliko, in sicer je ta nekoliko višja pri enotah, kjer je bila ob meritvi zabeležena utrujenost ($p=0,007$).

Merjene parametre smo prav tako primerjali glede na opažanje, ali je bil pacient ob meritvi nemiren ali ne. Nemirni pacienti ob meritvah imajo vse opazovane parametre v povprečju višje. Primerjava parametrov glede na prisotnost/odsotnost opažanja ob meritvi – pacient nemiren, pokaže, da povprečna vrednost lestvice ODO med pacienti, ki niso bili nemirni v času meritve višja ($p=0,004$), prav tako je bila višja meritev frekvence dihanja ($p=0,003$) in srčnega utripa ($p<0,01$). Tudi v telesni temperaturi smo zaznali statistično značilno razliko, in sicer je ta pomembno višja pri enotah, kjer je bil ob meritvi zabeležen nemir ($p=0,001$).

Pri stokanju se je pokazalo, da so statistično značilne razlike prisotne pri vrednosti lestvice ODO, pri hitrosti dihanja, srčnem utripu in telesni temperaturi. Primerjava parametrov glede na prisotnost/odsotnost opažanja ob meritvi – pacient ob meritvi stoka, razberemo, da je povprečna vrednost lestvice ODO med pacienti, ki pri meritvi niso stokali 2,49, v primeru stokanja pa je ocena ODO nekaj čez oceno 3 in znaša 3,25 ($p=0,000$). Povprečna hitrost dihanja pri pacientih, ki niso stokali v času meritve, znaša 38,77, v primeru da je bilo stokanje zabeleženo, pa je pomembno višja in znaša 51,00 ($p=0,025$). Poleg tega je povprečna vrednost srčnega utripa pomembno višja pri enotah, kjer je bilo ob meritvi zabeleženo stokanje ($p<0,01$). Tudi pri telesni temperaturi ugotavljamo podobno, in sicer je pomembno višja pri enotah, kjer je bilo ob meritvi zabeleženo stokanje ($p=0,037$).

Glede joka smo ugotovili, da so statistično značilne razlike prisotne pri vrednosti lestvice ODO, pri srčnem utripu in pri telesni temperaturi. Primerjava parametrov glede na prisotnost/odsotnost opažanja ob meritvi – pacient ob meritvi joka, razberemo, da je povprečna vrednost lestvice ODO med pacienti, ki pri meritvi niso jokali 2,49, v primeru joka pa je vrednost ODO bližje oceni 3 in znaša 2,73 ($p=0,002$). Poleg tega je povprečna vrednost srčnega utripa pomembno višja pri enotah, kjer je bil ob meritvi zabeležen jok ($p<0,01$). Tudi pri telesni temperaturi ugotavljamo podobno, in sicer je pomembno višja pri enotah, kjer je bil ob meritvi zabeležen jok ($p=0,011$).

DISKUSIJA

Medicinska sestra mora glede na osnovno stanje prilagoditi svoje opazovanje. Če otrok kaže življenjsko ogrožajoče stanje, se priporoča hitra in temeljita ocena, ki naj ob tem že vključuje nujne intervencije. Predvsem pri mlajših otrocih je prisoten strah (Pavčnik in Bernik, 2016). Le-ta otežuje realno prepoznavo stanja, saj sta hitrost dihanja in srčni utrip pogosto povečana zaradi strahu. Splošni videz otroka ob prvem stiku lahko pove več kot subtilne spremembe v statusu posameznega organskega sistema, zato je na začetku zelo pomembno opazovanje otroka. Pozorni moramo biti na to, ali je videti bolan ali se počuti dobro, ima bolečine, je zaspan, so prisotni znaki kakršnega koli telesnega ali duševnega napora, so vidne večje telesne anomalije, kakšno je stanje prehranjenosti, se otrok zanima za okolico, na kakšen način joka, je razdražljiv ali nemiren (Avčin in Kržišnik, 2014). Jok je znak, ki ga lahko zaznamo že z vstopom v sobo. Močan in glasen jok je lahko na nek način dober znak, nasprotno pa šibek, komaj slišen jok lahko nakazuje, da je otrok resno bolan. Cvileč, visoko frekventen jok lahko nakazuje povišan intrakranialni tlak, reakcijo na hudo bolečino, toksično reakcijo, vkleščeno kilo ali druga resna stanja (Drutz, 2020). V raziskavi smo dokazali, da jok vpliva na meritve in sicer so bile višje meritve srčnega utripa, hitrosti dihanja in telesne temperature ter ocena dihalnega dela.

Nemir in pretirana zaspanost sta simptoma, ki ju vključuje netočkovna lestvica za oceno dihalne stiske, tj. Znaki in simptomi dihalne stiske po organskih sistemih in stopnja dihalne stiske (Grosek, 2014) in sicer pri oceni dihalne stiske na področju ocenjevanja osrednjega živčevja. Prav tako je nemir oziroma povečana razdražljivost del opazovanja obnašanja v lestvici Ocena resnosti bronhiolitisa (Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia, 2018). Pri obeh lestvicah se stopnja ocene slabša z stopnjevanjem stanja omenjenega področja, kar smo dokazali tudi v naši raziskavi. Nemirni pacienti so imeli ob meritvah vse opazovane parametre vitalnih funkcij in dihalnega dela v povprečju višje. V nobeni od naštetih lestvic niso opazovali stokanja, kot dodatnega parametra, ki kaže na hudo dihalno stisko. Kot navaja Vidmar (2014), je stokanje poskus, da pacient sam vzdržuje pozitiven tlak ob koncu izdiha (auto PEP) in tako prepreči dinamično zaporo malih dihalnih poti ob koncu izdiha. Stokanje je znak hude dihalne stiske in je značilno za dojenčke. To so pokazali tudi rezultati naše raziskave, saj so bile vrednosti vrednosti lestvice ODO, meritev hitrosti dihanja, srčnega utripa in telesne temperature, višje ob zaznavanju stokanja.

ZAKLJUČEK

Meritve in zbrani podatki, ki jih pridobimo s pomočjo opazovanja in ocenjevanja, so natančni le, kadar upoštevamo vse dejavnike, ki vplivajo na kakovost merjenja in opazovanja. V nasprotnem primeru so podatki neuporabni in celo zavajajoči. Eden od takih dejavnikov je jok, ki vpliva na višje izmerjene meritve, vendar moramo ob tem oceniti za kakšen jok gre ter oceniti splošno stanje. Obenem pa mora medicinska sestra ob zaznavanju prisotnosti nemira, utrujenosti, zaspanosti in stokanja pri dojenčku in malčku kritično razmisliti in oceniti ali gre za vpliv naštetih dejavnikov na pravilnost meritve, ali pa gre za dejansko poslabšanje stopnje dihalne stiske ter e pravilno odločiti o stopnji in pogostnosti nadaljnega opazovanja ter ukrepanja.

LITERATURA

- Avčin, T. & Kržišnik, C. (2014). Anamneza in klinični status otroka in mladostnika. V C. Kržišnik (ur.), *Pediatrija* (str. 44–52). Ljubljana: DZS.
- Duarte-Dorado, D. M., Madero-Orostegui, D. S., Rodriguez-Martinez, C. E. & Nino, G. (2013). Validation of a scale to assess the severity of bronchiolitis in a population of hospitalized infants. *Journal of asthma*, 50(10), 1056–1061.
- Drutz, J. E. (2020). The pediatric physical examination: general principles and standard measurements. Pridobljeno 10.01.2025 <https://doctorabad.com/uptodate/d/topic.htm?path=the-pediatric-physical-examination-general-principles-and-standard-measurements>
- Fisher, K. (2019). The high risk newborn and family. V M. J. Hockenberry, D. Wilson in C. Rodgers (ur.), *Wongs nursing care of infants and children* (str. 273–274). London: Elsevier.
- Furman, B. & Grošelj Grenc, M. (2016). Pristop k otroku v dihalni stiski. V G. Prosen (ur.), *Zbornik prispevkov: 4. šola urgence*, Bled, 14. –16. april 2016 (str. 147–151). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Grosek, Š. (2014). Akutna dihalna stiska in dihalna odpoved. V C. Kržišnik (ur.), *Pediatrija* (str. 131–1361). Ljubljana: DZS.
- Krivec, U. (2014). Bolezni dihal. V C. Kržišnik (ur.), *Pediatrija* (str. 345–372). Ljubljana: DZS.
- Oštir, M. (2015). Opazovanje in meritve pri otroku z respiratornim obolenjem. V M. Oštir (ur.), *Astma pri otroku - za medicinske sestre* (str. 82–93). Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni.
- Oštir, M. (2020). Povezava lestvice ODO za oceno dihalnega dela z vitalnimi znaki pri otroku z respiratornimi obolenjem do 3. leta starosti: magistrska naloga. [M. Oštir]. <https://repozitorij.upr.si/lzpisGradiva.php?id=17969>
- Royal college of Nursing. (2017). Standards for assessing, measuring and monitoring vital signs in infants, children and young people. Pridobljeno 12. 10. 2024 s <https://www.rcn.org.uk/Log-In?returnUrl=https%3a%2f%2fwww.rcn.org.uk%2fclinical-topics%2fChildren-and-young-people%2fVital-signs>
- The Hospital for Sick Children. (2019). Management of bronchiolitis in infants. hospital-wide patient care, clinical practice guideline. Pridobljeno 24. 7. 2020 s <http://www.sickkids.ca/clinical-practice-guidelines/clinical-practiceguidelines/export/CLINH18/Main%20Document.pdf>
- Vidmar, I. (2014). Razpoznavna kritično ogroženega otroka in oživljanje. V C. Kržišnik (ur.), *Pediatrija* (str. 123–129). Ljubljana: DZS

Jelena Dudine

Sandra Martinuč

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

VLOGA JOGE IN SPROSTITVENIH TEHNIK PRI SPODBUJANJU BOLJŠEGA POČUTJA NA DELOVNEM MESTU

The role of yoga and relaxation techniques in promoting well-being in the workplace

IZVLEČEK

Uvod: Joga je priznana kot učinkovita metoda za obvladovanje stresa, ki vpliva na psihofizično počutje posameznikov v stresnih poklicnih okoljih. Namen raziskave je bil proučiti vpliv joge in dihalnih tehnik na obvladovanje stresa in izboljšanje počutja zaposlenih v zahtevnih delovnih okoljih. **Metode:** Raziskava temelji na sistematičnem pregledu strokovne in znanstvene literature, objavljene med letoma 2014 in 2024. Literaturo smo iskali v bazah PubMed, Medline, ScienceDirect in COBISS.SI s ključnimi besedami v slovenščini in angleščini, kot so joga, stres, meditacija, delovno mesto in zdravstveni delavci. Pregled je vključeval prosto dostopne članke, ki proučujejo vpliv joge in meditacije na stres in počutje. **Rezultati:** Sistematični pregled literature potrjuje, da redna vadba joge in dihalnih tehnik pozitivno vpliva na zmanjšanje stresa in povečanje psihofizičnega ravnovesja. Praksa joge na delovnem mestu zmanjšuje občutek preobremenjenosti, izboljšuje koncentracijo in omogoča boljše spopadanje z zahtevnimi položaji. Dihalne tehnike so prepoznane kot enostavna in učinkovita metoda za obvladovanje trenutnega stresa, saj jih lahko posameznik izvaja kjerkoli in kadarkoli, brez posebnih pripomočkov. **Diskusija in zaključek:** Vključevanje joge in meditacije, kot del strategij za izvedbo promocije zdravja na delovnih mestih pomembno prispeva k izboljšanju počutja zaposlenih.

Priporočilo je, da organizacije spodbujajo prakso sprostitvenih tehnik z oblikovanjem dostopnih programov za izvajanje le teh v delovnem času. Pozitivni vpliv sprostitvenih tehnik vpliva na zmanjšanje stresa in izboljšanje delovne produktivnosti.

Ključne besede: zdravje, produktivnost, stres

ABSTRACT

Introduction: Yoga is recognised as an effective method for stress management, affecting the psychophysical well-being of individuals in stressful occupational environments. This study aimed to investigate the impact of yoga and breathing techniques on stress management and well-being of employees in challenging work environments. **Methods:** The study was based on a systematic review of peer-reviewed and scientific literature published between 2014 and 2024. PubMed, Medline, ScienceDirect, and COBISS.SI databases were searched for literature with keywords in English and Slovenian, such as yoga, stress, meditation, workplace, and healthcare workers. The review included freely available articles examining the impact of yoga and meditation on stress and well-being. **Results:** The systematic literature review confirms that regular practice of yoga and breathing techniques has a positive effect on reducing stress and increasing psychophysical balance. Practicing yoga in the workplace reduces feelings of overwhelm, improves concentration, and enables better coping with challenging situations. Breathing techniques are recognised as a simple and effective method to manage current stress, as they can be practised anywhere and at any time, without special equipment. **Discussion and conclusion:** The integration of yoga and meditation as part of strategies to implement health promotion in the workplace contributes significantly to improving the well-being of employees. It is recommended that organisations encourage the practice of relaxation techniques by creating accessible programmes to practice them during working hours. The positive impact of relaxation techniques has an impact on reducing stress and improving work productivity.

Key words: health, productivity, stress

UVOD

V vsakodnevnem tempu sodobnega življenja se pogosto soočamo s stresom, zahtevnimi delovnimi pogoji in pritiski tako na delovnem mestu kot v zasebnem okolju. Pomemben vpliv na delovnem mestu ima dobro počutje, saj pomembno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih. Zaposleni imajo večjo motivacijo, voljo, produktivnost, kar vpliva tudi na premagovanje stresnih situacij. Ena izmed učinkovitih metod za zmanjševanje in preprečevanje stresa je joga, ki prispeva k izboljšanju psihičnega in fizičnega zdravja ter pomaga ohranjati ravnovesje tudi v delovnem okolju (Leskovic in Rodica, 2020). Ustvarjanje zdravega delovnega okolja je ključni vidik promocije zdravja na delovnem mestu, ki zaposlenim omogoča, da prevzamejo nadzor nad svojim zdravjem, jih spodbujajo, da delajo po svojih najboljših močeh, ter pripomorejo k večji produktivnosti. Glavne sestavine za zdravo delovno okolje so zdrav način življenja in osebne zdravstvene veščine (DwicaHYaningtyas, Riris in Soedarwanto, 2021). Ljudje pogosto presegamo meje svojih telesnih in psihičnih zmožnosti, ne da bi se zavedali posledic. Ne poslušamo signalov, ki nam jih pošilja telo, ne znamo se pravočasno ustaviti ali si vzeti trenutek za počitek. Hiter življenjski tempo nas sili v opravljanje več nalog hkrati, primerjanje z drugimi in nenehno lovljenje dosežkov, zaradi česar si pogosto ne vzamemo časa zase. Dolgotrajna

izpostavljenost stresnim situacijam lahko resno ogrozi naše zdravje, zato je ključno, da se naučimo prisluhniti svojemu telesu. Pri tem nam lahko pomagajo različne tehnike kot so joga, dihalne vaje in meditacija, ki prispevajo k boljšemu fizičnemu in psihičnemu počutju (Leskovic in Rodica, 2020).

Beseda stres prihaja iz angleškega jezika »distress«, kar pomeni stisko, zaskrbljenost, izčrpanost in obup (Meddleton, 2014). Stres je nekaj čustvenega, nekaj, kar se dogaja v človeških mislih oz. označuje čustveni odziv. Poznamo različne vrste stresa kot so naravni, pozitivni ali negativni stres. Viri stresa prihajajo iz zunanjega in notranjega okolja, ki pa so najbolj pogosto na delovnem mestu, ki jih je Bončina (2019) razdelila na stres kot posledico: narave dela, vloge odgovornosti, odnos na delovnem mestu, kariernega razvoja, organizacijske strukture, vzdrževanje ravnotežja med delom in družino. V izogib, da bi doživeli šok, odpor in izčrpanost, ki so faze prilagoditvenega sindroma stresa je pomembno prepoznati njegove simptome, kateri so naslednji: telesni, ko človek občuti pospešeno bitje srca, glavobol, prebavne motnje, motnje spanja, nepravilno dihanje; vedenjski, ko pride do pomanjkanja volje, neorganiziranosti, nestrpnosti, hiperaktivnosti, povečanja uživanja kofeina, alkohola in drugih substanc; čustveni, ki se kažejo v spremembi razpoloženja; na področju mišljenja se znaki kažejo v brezupu, izgubi upanja, občutki krivde in nemoči (Jeriček Klanšček in Bajt, 2015).

Za boljše počutje moramo poznati mehanizme za obvladovanje stresa, ki so pomembni pri soočanju z njim (Sipos idr., 2023). Obstajajo različne strategije in s tem izboljšanje kakovosti življenja. Za izboljšanje počutja, je pomembno, da vsak poskrbi zase in sicer s tem, da si zastavi prioriteto nalog, postavi realno dosegljive cilje, sproti rešuje težave, predvsem pa poskrbeti za zdrav način življenja (Bajt et al., 2015). Dejavniki, ki tvorijo zdrav način življenja, so ne kajenje, ne uživanje alkohola in prepovedanih substanc, počitek, telesne dejavnosti, zdravo prehranjevanje in življenje s čim manj škodljivim stresom (Ornish & Ornish, 2020). Počitek in spanje sta ena izmed glavnih dejavnikov, ki pripomorejo k boljšemu počutju. Pri spanju se čutila izklopijo, mišice sprostijo, v času spanja pa se porabi tudi manj energije kot v budnosti in tako se telo hitreje regenerira (Bončina, 2019).

Joga je skupek telesnih in mentalnih praks, ki človeku pomaga umiriti misli, ga uči vztrajnosti, ohranjanja pozornosti in izboljšuje telesno gibljivost. Iyenger (2018) je zapisal »Joga je zlati ključ, ki odklepa vrata miru, spokojnosti in radosti«. Med meditacijo, ko sedimo z zaprtimi očmi, se zdi da ne počnemo prav veliko. V resnici se v nas odvija globok proces – umirjamo um, osredotočamo dih in negujemo notranjo prisotnost (Ornish & Orish, 2020). Sedenje pri miru in v tišini je eden najtežjih izzivov, s katerim se ukvarjamo pri meditaciji. Obstaja več različnih jog, ki so se skozi preteklost izoblikovale v svetu. Vadba joge povzroča aktivacijo alfa, beta in teta valov ter s tem pozitivno vpliva na zaznavanje, spomin in razpoloženje (Torgutalp, 2018). Proti stresu pomagajo jogine asane, ki uplivajo na sipatični živčni sistem in s tem tudi na preprečevanje stresa, anksioznosti, depresije in izgorelosti (van der Riet et al., 2018; Kavurnaci et al., 2022). Joga je še bolj učinkovita, če se uporablja na podlagi čuječnosti (Pascoe et al, 2017). To je posebna vadba, ki vpliva na notranjo stabilnost posameznika saj mu omogoča razumeti sebe in svoje reakcije na zunanje dražljaje. Joga je koristna za posameznika in posledično tudi za organizacijo v kateri je zaposlen. Z redno vadbo joge, dihalnih vaj in meditacije lahko zmanjšamo ali odpravimo neželene učinke stresa, ki negativno vplivajo na kakovost življenja posameznika. Različne tehnike sproščanja, vadba joge, meditacija in dihalne vaje so učinkovita strategija za promocijo zdravja zlasti med poklici, kjer so zaposleni izpostavljeni stresnim situacijam (Dolan et al., 2015; Mudallal et al., 2017; de Paiva et al., 2017; Hetter et al., 2021).

METODE DELA

Izvedli smo sistematični pregled domače in tuje strokovne literature. Zbiranje in iskanje virov je potekalo v obdobju od septembra do novembra 2024, pri čemer smo v analizo vključili članke, ki obravnavajo jogo in dihanje. Pri izboru literature smo upoštevali kriterije, kot so prosta dostopnost člankov, vsebinska povezanost z izbrano temo ter obdobje objave med letoma 2014 in 2024. Literaturo smo pridobili iz podatkovnih baz PubMed, Medline, ScienceDirect in COBISS.SI. Iskanje je potekalo s ključnimi besedami v slovenščini, med katerimi so bile stres, joga meditacija, simptomi, intervencija in dobro počutje ter v angleščini: stress, yoga, meditation, symptoms, intervention and well-being.

REZULTATI

Uporabljene in analizirane članke v prispevku smo razvrstili glede na raziskovalna vprašanja. Uredili smo jih po abecednem vrstnem redu. Pri tem smo upoštevali različne raziskovalne metode, kar je prikazano v Tabeli 1. V analizo smo vključili članke, objavljene med letoma 2014 in 2024, kar potrjuje, da je obravnavana tematika v zadnjih letih aktualna.

Največ raziskav je vključevalo randomizirane raziskave (7), med katerimi so največji vzorec (80) zajeli Dönmez idr. (2023), najmanjši pa Alexander idr., (2015), in sicer 20 oseb. Najobsežnejši sistematični pregled literature so izvedli Pascoe, et al. (2017), ki so analizirali 42 člankov, medtem ko so Crow et al, (2015) v svoj pregled vključili šest člankov. Med kvantitativnimi raziskavami izstopa študija Dolan et al. (2015), kjer so s spletnim anketiranjem zajeli 5.404 oseb, najmanjši vzorec (38 oseb) pa so preučili Riley et al, (2017). V kategorijo »ostalo« smo vključili različne raziskovalne pristope, med njimi eksperimentalne (Axén & Follin, 2017; Kavurmaci et al., 2022; van der Put & Ellwardt, 2022), prospektivno intervencijsko študijo (Thalanjeri et al., 2022) in presečni raziskavi (Mudallal et al., 2017; De Oliveira et al., 2018).

Tabela 1: Pregled člankov po uporabljenih metodah

Raziskovalna vprašanja	Število raziskav skupaj	Sistematični pregledi	Randomizirana kontrolna raziskava	Kvantitativna raziskava	Ostalo
Kakšni so blagodejni učinki joge na telo in počutje?	6	Pascoe, Thompson in Ski, 2017; van der Riet, Levett-Jones in Aquino-Russell, 2018; Wang in Szabo, 2020.	Rostami in Ghodsbin, 2019; Dönmez, Alici, Kapucu in Elçin, 2023.	/	Kavurmaci, Tan, Bahcecioglu Tura, 2022.
Na kakšen način bi s pomočjo joge lahko vplivali na zmanjšanje ali odpravo neželenih učinkov stresa?	9	Crow, Jeannot in Trehwela, 2015; Cocchiara, Peruzzo, Mannocci, Ottolenghi, Villari, Polimeni, Guerrain La Torre, 2019.	Streeter idr., 2017.	Fang in Li, 2015, Baugh, 2021; Kukihara, Ando in Yamawaki, 2021.	Mudallal, Othman, Al Hassan, 2017; Thalanjeri idr., 2022; De Oliveira, Silva, Galvão in Lopes, 2018.
Kako lahko vključitev joge v zdrav življenjski slog pomaga pri preprečevanju škodljivih učinkov stresa?	5	Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold in Riva, 2018.	Hilcove, Marceau, Brewer in Jones, 2020.	Riley idr., 2017.	Axén in Follin, 2017; van der Put in Ellwardt, 2022.
Kako lahko z uporabo joge vplivamo na zmanjšanje stresa?	5	/	Alexander, Rollins, Walker, Wong, Pennings, 2015; Heeter idr., 2021; Hilcove idr., 2021.	Dolan idr., 2015; de Paiva, Canário, de Paiva China in Gonçalves, 2017.	/
Skupaj	25	6	7	6	6

Prvo raziskovalno vprašanje se je osredotočalo na učinke joge na telo. Ugotovili smo, da obstajajo različne vrste joge, ki so se skozi zgodovino razvijale po svetu, vendar na tem področju še vedno primanjkuje kliničnih raziskav. Posledično mehanizmi delovanja joge niso povsem jasno pojasnjeni (Pascoe et al., 2017). Kljub temu raziskave potrjujejo, da vadba joge spodbuja

aktivacijo alfa, beta in teta možganskih valov, kar pozitivno vpliva na zaznavanje, spomin in razpoloženje (Torgutalp, 2018). Poleg tega jogijske asane vplivajo na simpatični živčni sistem in s tem prispevajo k zmanjšanju stresa, anksioznosti, depresije in izgorelost (van der Riet, 2018; Kavurnaci et al, 2022). Pascoe et al. (2017) in van der Riet (2018) poudarjajo, da je joga še učinkovitejša, kadar se izvaja v povezavi s čuječnostjo. Čuječnost predstavlja posebno obliko vadbe, ki pomembno prispeva k notranji stabilnosti posameznika, saj mu omogoča boljše razumevanje samega sebe ter ga motivira pri prepoznavanju in odpravljanju dejavnikov stresa (Križaj, 2019). Vadba joge vključuje nadzorovanje dihanja, zavedanje sebe in meditativne tehnike, kar dodatno prispeva k obvladovanju stresa (Pascoe et al, 2017). Podobne ugotovitve navajata tudi Rostami & Ghodsbin (2019). Joga ni koristna le za posameznika, temveč lahko njeni pozitivni učinki vplivajo tudi na delovno okolje, saj posamezniki prenesejo njene koristi v organizacijo.

V okviru drugega raziskovalnega vprašanja smo preučili, kako bi lahko s pomočjo joge zmanjšali ali odpravili negativne učinke stresa. Poleg zmanjševanja stresa je joga učinkovita tudi pri lajšanju bolečin, predvsem tistih v vratu, ki so posledica mišične napetosti (Crow et al., 2015). Avtorji navajajo, da prilagojen sklop jogijskih položajev zmanjšuje bolečine ter izboljšuje funkcionalnost, zlasti sposobnost hoje in gibanja. Med različnimi vrstami joge izpostavljajo lyengar jogo, ki spada pod Hatha jogo. lyengar joga se osredotoča na podrobnosti, natančnosti in poravnano pri izvajanju asane (drže) in nadzora dihanja (pranajame). Redna vadba prispeva k večji moči, vzdržljivosti, gibljivosti in stabilnosti. Zaradi svojih terapevtskih učinkov se uporablja pri zdravljenju različnih zdravstvenih stanj, vključno s srčno-žilnimi boleznimi, pljučnimi težavami, ginekološkimi obolenji in artritisom (lyengar, 2018). Crow et al. (2015) so v okviru sistematičnega pregleda literature ugotovili, da jogijski položaji sproščajo napete mišične skupine in zmanjšujejo bolečine. Raztezanje, ki je sestavni del joge, se izkazuje kot učinkovit način za obvladovanje stresa, kadar je ta povezan z mišično napetostjo.

Tretje raziskovalno vprašanje je preučevalo, kako lahko posamezniki vključijo jogo v svoj življenjski slog, da bi preprečili škodljive učinke stresa. Kot navajajo Riley et al. (2017), joga predstavlja proces osebnega razvoja, zato bi jo posamezniki lahko uporabljali kot del zdravega načina življenja. Van der Put in Ellwardt (2022) poudarjata, da gibanje in zdrava prehrana nista le individualna izbira, temveč vplivata tudi na širše socialno okolje, vključno z družinskimi člani, prijatelji in sodelavci. Velik del dneva se preživi v delovnem okolju, kjer so obkroženi sodelavci, kar lahko vpliva na njihove prehranske navade in telesno dejavnost. Raziskava omenjenih avtorjev je pokazala, da je zdravo prehranjevalno vedenje zaposlenih pozitivno povezano z večjim uživanjem sadja in zelenjave pri njihovih sodelavcih. Po drugi strani so ugotovili negativne učinke pri telesni dejavnosti, kar nakazuje, da se telesna aktivnost sodelavcev med seboj ni spodbujala v neki meri kot prehranske navade. Ugotovitve prikazujejo, da lahko joga, kot oblika telesne in mentalne vadbe, pomembno prispeva in vpliva na dobro počutje, socialno in delovno okolje posameznika.

Četrto raziskovalno vprašanje se je osredotočalo, kako lahko uporaba joge vpliva na zmanjšanje stresa. Alexander et al. (2015) poudarjajo pomen spodbujanja samooskrbe pri izvajanju joge kot ključnega dejavnika pri preprečevanju stresa na delovnem mestu. Raziskave prikazujejo, da je v svetu vedno več posvečena pozornost preučevanju stresa na delovnem mestu. Van Bogaert, Dilles, Wouters in Rompaey (2014) navajajo, da je za razumevanje stresa potrebno upoštevati delovno okolje in značilnosti dela, ki ga posameznik opravlja. Za zmanjšanje stresa je nujno potrebno izboljšanje delovnih pogojev, na katere lahko vplivamo z redno vadbo joge in s tem pripomoremo k dobremu počutju (Alexander et al., 2015). Vadba joge je učinkovita strategija za promocijo zdravja na delovnem mestu, kar vodi v zmanjšanje stresa, ki je razširjena med zaposlenimi v delovnih okoljih (Dolan et al, 2015; Mudallal et al, 2017; de Paiva et al., 2017; Hetter et al., 2021).

ZAKLJUČEK

Uporaba joge in meditacija kot del zdravega življenjskega sloga predstavlja pomembno pomoč pri doseganju stabilnega psihofizičnega počutja ter s tem vpliva na zmanjšanje stresa. Prednost meditacije in dihalne tehnike je, da za to posameznik ne potrebuje posebnega okolja, uporablja se kot samopomoč, izvaja se lahko kjer koli, tudi v delovnem okolju. Ko se oseba znajde v stresni situaciji lahko v trenutku s pravilnim dihanjem in umiritvijo uma posameznik hitro zmanjša intenzivnost stresa in ohrani notranjo ravnotežje, kar prepreči, da bi trenutna situacija povzročila stisko posamezniku.

LITERATURA

- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. in Pennings, J. (2015). Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace health & safety*, 63(10), 462-470.
- Axén, I. in Follin, G. (2017). Medical yoga in the workplace setting-perceived stress and work ability-a feasibility study. *Complementary therapies in medicine*, 30, 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.12.001>
- Bajt, M., Jeriček Klanšček, H. in Britovšek, K. (2015). *Duševno zdravje na delovnem mestu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Bončina, T. (2019). *Izgorelost. Si upate živeti drugače*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Crow, E. M., Jeannot, E. in Trehwela, A. (2015). Effectiveness of Iyengar yoga in treating spinal (back and neck) pain: A systematic review. *International journal of yoga*, 8(1), 3-14. doi: 10.4103/0973-6131.146046.
- De Paiva, L. C., Canário, A. C. G., de Paiva China, E. L. C. in Gonçalves, A. K. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)*, 72(5), 305-309. doi: 10.6061/clinics/2017(05)08.
- Dolan, E. D., Mohr, D., Lempa, M., Joos, S., Fihn, S. D., Nelson, K. M., ... Helfrich, C. D. (2014). Using a single item to measure burnout in primary care staff: a psychometric evaluation. *Journal of general internal medicine*, 30(5), 582-587. doi: 10.1007/s11606-014-3112-6.
- Dwicahyaningtyas, R., Riris, D. R. in Soedarwanto (2021). Healthy workplace through increasing healthy lifestyle and personal health skills in sidoarjo, east java, Indonesia *Indonesian journal of occupational safety and health*. 10(2), 188-198.
- Iyengar, B. K. S. (2018). *Joga: pot do holističnega zdravja*. Radovljica: Didakta.
- Kavurmaci, M., Tan, M. in Bahcecioglu Turan, G. (2022). Determining the effect of yoga on job satisfaction and burnout of nurse academicians. *Perspectives in psychiatric care*, 58(1), 404-410. doi: 10.1111/ppc.12806..
- Leskovic, L. in Rodica B. (2019). Psihosomatski simptomi poklicne izgorelosti pri izvajalcih zdravstvene nege v nujni pomoči. *Revija za zdravstvene vede*, 7(2), 69-84.
- Meddleton, K. (2014). *Stres: kako se ga znebimo*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Ornish, D. in Ornish, A. (2020). *Življenjski slog, ki razveljavi bolezni*. Ljubljana: ARA.
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R. in Ski, C. F. (2017). Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 86, 152-168. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.08.008>
- Ramacharaka, Y. (2017). *Hatha joga: jogijska modrost dobrega fizičnega počutja*. Mengeš: Bird Publisher.
- Riley, K. E., Park, C. L., Wilson, A., Sabo, A., Antoni, M. H., Braun, T. D., ... Cope, S. (2017). Improving physical and mental health in frontline mental health care providers: Yoga-based stress management versus cognitive behavioral stress management. *Journal of workplace behavioral health*, 32(1), 26-48. doi: 10.1080/15555240.2016.1261254.
- Rostami, K. in Ghodsbini, F. (2019) Effect of Yoga on the quality of life of nurses working in intensive care units. randomized controlled clinical trial. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(3), e06. doi: 10.17533/udea.iee.v37n3e06.
- Sipos, D., Kunstár, O., Kovács, A. in Petőné Csima, M. (2023). Burnout among oncologists, nurses, and radiographers working in oncology patient care during the COVID-19 pandemic. *Radiography*, 29(3), 503-508.
- Torgutalp ŞŞ (2018). Effects of yoga principles (asana, pranayama and meditation) on brain waves. *Turkish journal of sports medicine*, 53(2), 89-93.
- Van Bogaert, P., Dilles, T., Wouters, K. in Van Rompaey, B. (2014). Practice environment, work characteristics and levels of burnout as predictors of nurse reported job outcomes, quality of care and patient adverse events: A study across residential aged care services. *Open journal of nursing*, 4, 343-355. doi: 10.4236/ojn.2014.45040.
- Van der Put, A. in Ellwardt, L. (2022). Employees' healthy eating and physical activity: the role of colleague encouragement and behaviour. *BMC Public Health* 22, 2004. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14394-0>
- Van der Riet P, Levett-Jones T, Aquino-Russell C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today* 65, 201-211. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.018>

dr. Bernarda Hostnik, mag. zdr. nege
Natalija Nataša Plečnik, dipl. m. s., mag. vzg. in men. v zdr.

bernarda.hostnik@serafin.si

JAZ IN MOJE DELOVNO OKOLJE: RAZISKAVA NA PRIMARNEM, SEKUNDARNEM IN TERCIARNEM NIVOJU ZDRAVSTVA

Me and my working environment: Research at the primary, secondary and tertiary levels of healthcare

549

IZVLEČEK

Uvod: Medicinske sestre se v svojem delovnem okolju vsakodnevno srečujejo z različnimi izzivi. Glede na kadrovske podhranjenosti, so zaposleni v zdravstvu pogosto preobremenjeni, izčrpani in utrujeni, kar lahko vodi v psihične motnje kot so izgorelost, depresija, in anksioznost. Vse to vodi v vse slabšo komunikacijo na delovnem mestu in pogosto so ob tem pogosti konflikti med zaposlenimi. Namen raziskave je ugotoviti, kako se zaposleni v zdravstvu počutijo pri vsakodnevni izzivih pri svojem delu tako na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva in kako doživljajo in ocenjujejo svoje duševno zdravje. **Metode:** V raziskavi je sodelovalo 270 anketirancev, ki so zaposleni na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva. Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop, ter deskriptivna metoda dela. Podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja po sistemu snežne kepe. **Rezultati:** Rezultati kažejo, da so najbolj pod stresom zdravstveni delavci na primarnem nivoju zdravstva (37,4 %) jih je pod stresom, ampak tega ne moremo posploševati, saj je bila večina anketirancev prav iz primarnega nivoja zdravstva. Občutek, da nekako ne zmorejo opraviti vseh nalog pri svojem delu (povprečni rang 149,79) so se opredelili na terciarnem nivoju zdravstva.

Glede same duševne obremenjenosti pri delu pa statistično ne izstopa nobena skupina nivoja v zdravstvu. **Diskusija in zaključek:** Zdravstveni delavci kljub težkim pogojem dela, kjer se vsakodnevno srečujejo s pomanjkanjem kadra, svoje naloge še vedno opravljajo dobro. Da je prisoten vsakodnevni stres na delovnem mestu posameznika ni potrebno posebej izpostavljati. Zdravstveni delavci še vedno delujejo na etičen pogon za dobrobit pacienta, čeprav pogosto pozabijo na svoje lastno zdravje.

Ključne besede: preobremenjenost, medicinske sestre, izgorelost

ABSTRACT

Introduction: Nurses face various challenges in their work environment every day. Given the shortage of staff, healthcare workers are often overworked, exhausted and tired, which can lead to psychological disorders such as burnout, depression and anxiety. All this leads to increasingly poor communication in the workplace and often conflicts between employees. The purpose of the research is to determine how healthcare workers feel about the daily challenges in their work at the primary, secondary and tertiary levels of healthcare and how they experience and assess their mental health. **Methods:** The research involved 270 respondents who are employed at the primary, secondary and tertiary levels of healthcare. A quantitative research approach and a descriptive work method were used. Data for analysis were obtained using the snowball sampling technique. **Results:** The results show that healthcare workers at the primary healthcare level (37,4 %) are the most stressed, but this cannot be generalized, since most of the respondents were from the primary healthcare level. The feeling that they are somehow unable to perform all the tasks in their work was identified (average rank 149,79) at the tertiary healthcare level. Regarding the mental strain at work itself, no group of healthcare levels stands out statistically. **Discussion and conclusion:** Healthcare workers, despite the difficult working conditions, where they encounter a shortage of staff on a daily basis, still perform their tasks well. It is not necessary to specifically highlight the fact that there is daily stress at the workplace. Healthcare workers still act on an ethical drive for the well-being of the patient, although they often forget about their own health.

Key words: overload, nurses, burnout

UVOD

Zaposleni v zdravstvu so izpostavljeni sindromu izgorelosti, ki se pojavi, kadar gre za visoko stopnjo čustvene izčrpanosti in depersonalizacije, skupaj z nizkimi dosežki pri delu. Raziskave, ki so jih izvedli, kažejo, da več kot 50 % zaposlenih v zdravstvu doživlja sindrom izgorelosti ali pa poročajo o suboptimalnem fizičnem in psihičnem zdravju (Melnik, et al., 2022). Sama izgorelost se nanaša na kronične in medosebne stresorje, ki jih povzroča delo. Le ta se kaže kot depersonalizacija, zmanjšanje osebnega zadovoljstva z delom in kot čustvena izčrpanost. Zaposleni v zdravstvu imajo najvišjo stopnjo izgorelosti med 66,5 % do 87,8 %, čeprav tudi ostali sodelavci v zdravstvu kažejo visoko stopnjo izgorelosti, kar se je v zadnjih letih močno povečalo. Vse pogostejše se kažejo zlorabe različnih substanc, slabi medsebojni odnosi in samomorilne ideje (Zhang et al., 2020). Sama izgorelost zaposlenih v zdravstvu se lahko kaže s fizikalnimi motnjami posameznika, kot so dihalna, srčna in črevesna patologija, glavobol, diabetes tipa 2, hiperholesterolemija, dolgotrajna utrujenost in bolečnine v mišicah. Izgorelost

negativno vpliva na duševno zdravje, kar lahko vodi v depresijo in anksioznost, uživanje alkohola in nespečnost. Zdravstvena nega pacienta predstavlja tveganje, saj so zdravstveni delavci vsakodnevno izpostavljeni težkim situacijam, kot so, kritično zdravstveno stanje pacienta, smrt pacienta in etične dileme (Ramírez-Elvira et al., 2021). Zato je nujno potrebno zgodnje odkrivanje, obvladovanje in zdravljenje tesnobe, depresije, posttravmatskega stresnega sindroma in drugih duševnih motenj. Motnje v duševnem zdravju zaposlenih v zdravstvu povzročajo disfunkcijo, notranje trpljenje, ki v skrajnih situacijah lahko vodijo v smrt. Zato je pomembno zgodnje prepoznavanje in zdravljenje. Zdravstvene veščine in terapevtski posegi lahko pripomorejo k preprečevanju negativnih vplivov in vključevanje medicinskih sester nazaj k svojim vlogam, kot sta skrb in zaupanje za zdravstveno oskrbo pacientov (Riedel et al., 2021).

Namen prispevka je ugotoviti, kako se zaposleni v zdravstvu počutijo pri vsakodnevnih izzivih pri svojem delu tako na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva in kako doživljajo in ocenjujejo svoje duševno zdravje.

METODE

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop, ter deskriptivna metoda dela. Podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja po sistemu snežne kepe.

Opis merskega instrumenta

Vprašalnik je bil oblikovan po pregledu literature (Zhang et al., 2020; Riedel et al., 2021; Melnyk et al., 2022). V začetku se anketa nanaša na demografske podatke anketirancev, v nadaljevanju pa smo uporabili 5-stopenjsko Likertovo lestvico strinjanja z zastavljenimi trditvami in anketiranci so izrazili stopnjo strinjanja: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam.

Opis vzorca

Vzorec je bil namenski, saj so v raziskavi sodelovali zaposleni v zdravstvu na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. K raziskavi je pristopilo 562 anketirancev, v končno analizo je bilo vključenih 270 anketirancev, ki so v celoti izpolnili anketo. V anketi je sodelovalo 270 anketirancev od tega 29 moških in 241 žensk. Največ odgovorov smo pridobili v starostnem obdobju od 31-40 let. Stopnja izobrazbe je bila visoka/strokovna pri 158 (59 %), megisterij/doktorat je imelo 39 (14 %) anketiranih, srednjo stopnjo izobrazbe 38 (14 %), univerzitetno izobrazbo 29 (11 %) in višjo izobrazbo 5 (2 %) anketiranih. Pri 101 anketirancu je bila delovna doba med 11-20 let in največ je bilo odgovorov v primarnem nivoju zdravstva, kar 179 anketirancev.

Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Anketiranje je potekalo od 03. 02. 2025 do 11. 02. 2025 s pomočjo spletnega anketiranja www.1ka.si. Povezavo do anketnega vprašalnika smo poslali prijateljem, ki so zaposlenim v zdravstveni negi in jih prosili, da anketo posredujejo naprej (sistem snežne kepe) zaposlenim v zdravstvu. Anketiranje je bilo prostovoljno in anonimno. Pridobljene podatke smo računalniško obdelali s programom SPSS. Upoštevana so bila tudi etična načela raziskovanja.

REZULTATI

V tabeli 1 so prikazani odgovori, ki se nanašajo na občutke zaposlenih v zdravstvu.

Tabela 1: *Odgovori zaposlenih v zdravstvu, ki so vezani na njihov občutek*

			Imate občutek, da ste:					Skupaj
			utrujeni	izčrpani	pod stresom	izgoreli	nič od tega	
Nivo zaposlitve	Primarni nivo zdravstva	F	38	22	67	14	38	179
		% f	21,2%	12,3%	37,4%	7,8%	21,2%	100,0%
	Sekundarni nivo zdravstva	F	13	8	11	1	18	51
		% f	25,5%	15,7%	21,6%	2,0%	35,3%	100,0%
	Terciarni nivo zdravstva	F	9	6	8	7	10	40
		% f	22,5%	15,0%	20,0%	17,5%	25,0%	100,0%
Skupaj % f		F	60	36	86	22	66	270
		% f	22,2%	13,3%	31,9%	8,1%	24,4%	100,0%
Hi-kvadrat test		$\chi^2=15,904$; df=8; p=0,044						

Večina medicinskih sester, ki so zaposlene na primarnem nivoju zdravstva (37,4 %) je pod stresom, večina zaposlenih v zdravstvu, ki so zaposleni na sekundarnem nivoju zdravstva (35,3 %) in terciarnem nivoju zdravstva (25,0 %) se ni opredelilo, da so pod stresom. Vendar odgovorov anketirancev ne moremo posploševati, saj jih je večina, ki je izpolnila anketo, zaposlenih prav na primarnem nivoju.

Anketirance smo spraševali po stopnji strinjanja glede počutja pri vsakodnevni izzivih na delovnem mestu tako na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva. Rezultati so prikazani v tabeli 1.

Tabela 2: *Stopnja strinjanja pri vsakodnevni izzivih na delovnem mestu*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistika	df	p	Statistika	df	P
Zjutraj težko vstanem za na delo.	0,181	270	0,000	0,913	270	0,000
Nimam posebne volje za delo.	0,249	270	0,000	0,880	270	0,000
Opažam, da sem pri delu raztresen/a.	0,235	270	0,000	0,891	270	0,000
Vse pogosteje mi ostaja nedokončano delo.	0,245	270	0,000	0,885	270	0,000
Občutek imam, da nekako ne zmorem opraviti vseh nalog pri delu.	0,261	270	0,000	0,880	270	0,000
Postajam nestrpen/a pri delu s pacienti.	0,262	270	0,000	0,850	270	0,000
Včasih sem nehote aroganten/a do pacientov.	0,247	270	0,000	0,796	270	0,000
Moja toleranca do pacientov je vse nižja.	0,245	270	0,000	0,866	270	0,000

Legenda: *df* – stopnje prostosti; *p* – statistična pomembnost

Testa normalne porazdelitve – Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk sta statistično pomembna ($p < 0,05$), kar pomeni, da se indikatorji pri vsakodnevni izzivih na delovnem mestu ne porazdeljujejo normalno, zato bomo uporabili neparametrični test: Kruskal-Wallisov test (tabela 2).

Tabela 3: Kruskal-Wallisov test za indikatorje vsakodnevnih izzivih na delovnem mestu glede na nivo zaposlitve

	Nivo zaposlitve	N	Povprečni rangi	Kruskal-Wallisov test	P
Zjutraj težko vstanem za na delo.	Primarni nivo zdravstva	179	129,81	3,239	0,198
	Sekundarni nivo zdravstva	51	150,20		
	Terciarni nivo zdravstva	40	142,24		
	Skupaj	270			
Nimam posebne volje za delo.	Primarni nivo zdravstva	179	136,73	1,028	0,598
	Sekundarni nivo zdravstva	51	126,52		
	Terciarni nivo zdravstva	40	141,44		
	Skupaj	270			
Opažam, da sem pri delu raztresen/a.	Primarni nivo zdravstva	179	134,18	2,643	0,267
	Sekundarni nivo zdravstva	51	127,09		
	Terciarni nivo zdravstva	40	152,11		
	Skupaj	270			
Vse pogosteje mi ostaja nedokončano delo.	Primarni nivo zdravstva	179	140,09	3,942	0,139
	Sekundarni nivo zdravstva	51	116,67		
	Terciarni nivo zdravstva	40	138,98		
	Skupaj	270			
Občutek imam, da nekako ne zmorem opraviti vseh nalog pri delu.	Primarni nivo zdravstva	179	138,87	6,659	0,036
	Sekundarni nivo zdravstva	51	112,48		
	Terciarni nivo zdravstva	40	149,79		
	Skupaj	270			
Postajam nestrpen/a pri delu s pacienti.	Primarni nivo zdravstva	179	131,39	3,377	0,185
	Sekundarni nivo zdravstva	51	134,40		
	Terciarni nivo zdravstva	40	155,29		
	Skupaj	270			
Včasih sem nehoti aroganten/a do pacientov.	Primarni nivo zdravstva	179	129,29	5,865	0,053
	Sekundarni nivo zdravstva	51	138,06		
	Terciarni nivo zdravstva	40	160,04		
	Skupaj	270			
Moja toleranca do pacientov je vse nižja.	Primarni nivo zdravstva	179	137,47	3,339	0,188
	Sekundarni nivo zdravstva	51	119,63		
	Terciarni nivo zdravstva	40	146,93		
	Skupaj	270			

Legenda: N – število anketirancev; p – statistična pomembnost

Kruskal-Wallisov test je statistično pomemben ($p < 0,05$) pri trditvi: "Občutek imam, da nekako ne zmorem opraviti vseh nalog pri delu.", kar pomeni, da obstajajo statistično pomembne razlike glede na nivo zaposlitve. Najbolj se s trditvijo strinjajo zaposleni na terciarnem nivoju zdravstva, najmanj pa tisti na sekundarnem nivoju zdravstva. Ostali indikatorji vsakodnevnih izzivih na delovnem mestu se statistično pomembno ne razlikujejo ($p > 0,05$) glede na nivo zaposlitve.

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako doživljajo in ocenjujejo svoje duševno zdravje zaposleni v zdravstveni negi (tabela 3).

Tabela 4: Test normalne porazdelitve za indikatorje duševne obremenitve

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistika	df	p	Statistika	df	p
Zvečer težko zaspim.	0,235	270	0,000	0,872	270	0,000
Ponoči se zbujam.	0,202	270	0,000	0,892	270	0,000
Če se zbudim ponoči, težko ponovno zaspim.	0,195	270	0,000	0,890	270	0,000
Občutek imam, da sem izgorel/a.	0,211	270	0,000	0,905	270	0,000
Občutek imam, da sem čustveno izčrpan/a.	0,178	270	0,000	0,909	270	0,000
Občutek imam, da sem občasno pod stresom.	0,310	270	0,000	0,839	270	0,000
Občutek imam, da sem občasno depresiven/a.	0,226	270	0,000	0,882	270	0,000
Opažam, da sem anksiozen/a.	0,231	270	0,000	0,875	270	0,000
Opažam, da nisem asertiven/a.	0,212	270	0,000	0,876	270	0,000

Testa normalne porazdelitve – Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk sta statistično pomembna ($p < 0,05$), kar pomeni, da se indikatorji duševne obremenitve ne porazdeljujejo normalno, zato bomo uporabili neparametrični test: Kruskal-Wallisov test (tabela 4).

Tabela 5: *Kruskal-Wallisov test za indikatorje duševne obremenitve glede na nivo zaposlitve*

	Nivo zaposlitve	N	Povprečni rangi	Kruskal-Wallisov test	P
Zvečer težko zaspim.	Primarni nivo zdravstva	179	130,06	2,792	0,248
	Sekundarni nivo zdravstva	51	147,75		
	Terciarni nivo zdravstva	40	144,20		
	Skupaj	270			
Ponoči se zbujam.	Primarni nivo zdravstva	179	128,73	4,264	0,119
	Sekundarni nivo zdravstva	51	150,54		
	Terciarni nivo zdravstva	40	146,64		
	Skupaj	270			
Če se zbudim ponoči, težko ponovno zaspim.	Primarni nivo zdravstva	179	130,84	1,993	0,369
	Sekundarni nivo zdravstva	51	144,76		
	Terciarni nivo zdravstva	40	144,56		
	Skupaj	270			
Občutek imam, da sem izgorel/a.	Primarni nivo zdravstva	179	136,70	1,739	0,419
	Sekundarni nivo zdravstva	51	124,23		
	Terciarni nivo zdravstva	40	144,50		
	Skupaj	270			
Občutek imam, da sem čustveno izčrpan/a.	Primarni nivo zdravstva	179	135,32	1,263	0,532
	Sekundarni nivo zdravstva	51	127,93		
	Terciarni nivo zdravstva	40	145,95		
	Skupaj	270			
Občutek imam, da sem občasno pod stresom.	Primarni nivo zdravstva	179	137,41	1,112	0,573
	Sekundarni nivo zdravstva	51	125,90		
	Terciarni nivo zdravstva	40	139,18		
	Skupaj	270			
Občutek imam, da sem občasno depresiven/a.	Primarni nivo zdravstva	179	132,42	1,173	0,556
	Sekundarni nivo zdravstva	51	137,80		
	Terciarni nivo zdravstva	40	146,36		
	Skupaj	270			
Opažam, da sem anksiozen/a.	Primarni nivo zdravstva	179	134,76	0,062	0,969
	Sekundarni nivo zdravstva	51	137,69		
	Terciarni nivo zdravstva	40	136,04		
	Skupaj	270			
Opažam, da nisem asertiven/a.	Primarni nivo zdravstva	179	130,94	2,486	0,289
	Sekundarni nivo zdravstva	51	139,39		
	Terciarni nivo zdravstva	40	150,93		
	Skupaj	270			

Legenda: N – število anketirancev; p – statistična pomembnost

Kruskal-Wallisovi testi niso statistično pomembni ($p > 0,05$), kar pomeni, da se indikatorji duševne obremenitve statistično pomembno ne razlikujejo glede na nivo zaposlitve.

RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako se zaposleni v zdravstvu počutijo pri vsakodnevnih izzivih pri svojem delu tako na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva in kako doživljajo in ocenjujejo svoje duševno zdravje. Ni nas presenetil odgovor zaposleni v zdravstvu, ki so pri odgovoru "Občutek imam, da nekako ne zmorem opraviti vseh nalog pri delu.", kar izstopa pri terciarnem nivoju zdravstva. Buchan, Catton & Shaffer (2022) navajajo, da je v številnih državah zaznati primanjkljaj zdravstvenih delavcev, razpoložljivi zaposleni v zdravstveni negi pa kažejo znake stresa in izgorelosti. Vse pogosteje se navaja, da bodo potrebe po zaposlenih v zdravstvu vse večje, saj se prebivalstvo stara, številni zaposleni v zdravstvu pa bodo izpolnili tudi pogoje za starostno upokožitev.

Kronično pomanjkanje zaposlenih v zdravstvu se kaže na vseh nivojih zdravstva. Zaposleni v zdravstvu z dragocenim znanjem odhajajo ali pa razmišljajo o odhodu iz zdravstvene nege. Najpogosteje je za odhod opredeljeno nezadovoljstvo s plačnim sistemom, težke delovne obremenitve in pomanjkanje priložnosti za poklicni razvoj (Tower et al., 2024).

Vzroki, da medicinske sestre zapuščajo delovno okolje v zdravstveni negi so pogosto psihično in fizično zdravje. Psihične in fizične obremenitve vodijo v izčrpanost medicinskih sester, pri tem pa je stres največji dejavnik izgorelosti. Raziskava, ki je potekala v slovenskih bolnišnicah je pokazala, da je stres prisoten pri 56,5 % medicinskih sestrarh. Zapuščanje zdravstvenih organizacij ima tako velik vpliv na obstoječ kader v zdravstveni negi, ima vpliv na zdravstveno organizacijo in na paciente. Sam kadrovski primanjkljaj vodi v večje obremenitve zaposlenih, slabše delovne pogoje, kar predstavlja večjo možnost napak in neizvedene posege (Prelec & Skela-Savič, 2023).

Pomembno je zavedanje, da pomanjkanje medicinskih sester vpliva na kakovost in varnost pacienta, na njegovo zadovoljstvo, ker pacient nima zadovoljene njegove osnovne oskrbe in potrebe po zdravstveni negi in tako pada zaupanje v celoten zdravstveni sistem (Filej, et al., 2023).

Med zdravstvenimi delavci, zdravstvena nega predstavlja največji kontingent delovne sile, ki so pogosto izpostavljeni številnim stresorjem. Bolnišnično okolje in delovni pogoji, preobremenjenost, negotovi delovni pogoji, stiska s časom in pomanjkanje timskega sodelovanja vodijo v boleznijo in duševno stisko posameznikov. Posledice stresa in preobremenjenosti se kažejo kot demotivacija, slabo razpoloženje, bolečine v mišicah in skeletne bolečine, razdražljivost, nespečnost, pomanjkanje koncentracije, težave z želodcem in utrujenost (Pereira, Eberhardt & de Carvalho, 2024).

Kako doživljajo in ocenjujejo svoje duševno zdravje zaposleni v zdravstveni negi, so na primarnem nivoju zdravstva ocenili, da so pod stresom (37,4 %). Večina, ki je zaposlena na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva ni izrazila, da bi bili pod stresom. Vendar pri tem vzorca ne moremo posploševati, saj je večina anketirancev prav iz primarnega zdravstvenega nivoja.

Definicija stresa je, da je le ta fiziološki odziv telesa na zunanje dejavnike, ki ni občasen pojav, ampak zaposlene v zdravstvu spremlja vsakodnevno in je trajno dogajanje. Posledice stresa pa vplivajo na posameznikovo dobro počutje, na učinkovitost in kakovost izvajanja dela na vseh nivojih zdravstva (Janka & Duschek, 2018).

Pomemben dejavnik delovne uspešnosti je, da zaposleni v zdravstvu niso pod kroničnim stresom. Vsakodnevni izzivi in hkrati še čustveni izzivi posameznika lahko privedejo do nezadovoljstva pri samem delu in frustracij. Ob velikem stresu posameznika lahko le to privede do kognitivnega upada in vse to lahko ogrozi kakovost oskrbe pacienta (Donnelly et al., 2020).

ZAKLJUČEK

Glede na stanje v zdravstvu, bi bilo ključnega pomena, da se pridobi in zaposli čim večje število zdravstvenih delavcev. S tem bi se razbremenilo medicinske sestre, imele bi več časa za počitek in izvajanje preventivnih ukrepov za preprečevanje stresa in izgorelosti. Ob tem ne smemo pozabiti, da večje število medicinskih sester odhaja v zaslužen pokoj, saj so izpolnile pogoje za upokojitve. Ker ni kadra, bodo očitno svoje dragoceno znanje ohranile le zase in ga ne bodo prenesle na podmladek. Večizmensko delo in delo ob vikendih in praznikih ni privlačno za mlade zdravstvene delavce. Velike delovne obremenitve, odgovornost in želja, da bi bilo vse opravljeno kot je potrebno, saj je skrb za pacienta pri zdravstvenih delavcih še vedno na prvem mestu, pa zdravstvene delavce spravlja v stisko in posledično v stres. Vse pogosteje se govori tudi o izgorelosti zdravstvenih delavcev. Zato je potrebno dati velik pomen preprečevanju stresa in vseh drugih duševnih motenj, ki so lahko posledica preobremenjenosti zdravstvenih delavcev.

LITERATURA

- Buchan, J., Catton, H. & Shaffer, F. (2022). Razlike med potrebami in razpoložljivimi kadri v zdravstveni negi se povečujejo. V *Kako ohraniti in zadržati medicinske sestre v 2022 in naprej* (str. 25-26). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Donnelly, E. A., Bradford, P., Davis, M., Hedges, C., Socha, D., Morassutti, P. & Pichika, S. C. (2020). What influences safety in paramedicine? Understanding the impact of stress and fatigue on safety outcomes. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 1(4), 460–473.
- Filej, B., Poredoš, M., Štemberger Kolnik, T., Ljubič, A. & Kaučič, B. M. (2023). Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih: presečna raziskava. *Revija Za Zdravstvene Vede*, 10(1), 36–55. <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.143>
- Janka, A. & Duschek, S. (2018). Self-reported stress and psychophysiological reactivity in paramedics. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(4), 402–417.
- Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., Hoying, J., McRae, K., Ault, S., Spurlock, E. & Bird, S. B. (2020). Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *American journal of health promotion: AJHP*, 34(8), 929–941. <https://doi.org/10.1177/0890117120920451>
- Pereira, M. C., Eberhardt, L. D. & de Carvalho, M. (2024). Working conditions and mental illness among nursing workers. *Rev Bras Med Trab*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2022-980>
- Prelec, A. & Skela Savič, B. (2023). Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 117–129.
- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A. & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11432. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>
- Riedel, B., Horen, S.R., Reynolds, A. & Hamidian Jahromi, A. (2021). Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. *Front Public Health*, 26(9), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.707358>
- Tower, M., Muir, R., Zimmerman, P. A., Carter, A. G., Maude, R., Holloway, K., Geia, L., Massey, D. & Elder, E. (2024). Should I stay or should I go? Nursing and midwifery academics intention to stay in or leave academia: A scoping review. *Nurse Educ Today*, 142. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106352>
- Zhang, X. J., Song, Y., Jiang, T., Ding, N. & Shi, T. Y. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(26), e20152. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020992>

Saša Matko, dipl. bab.

Andreja Blažej-Stare, dipl. bab.

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Center za bolezni dojk
andreja.blazej-stare@bgp-kranj.si

VLOGA DIPLOMIRANE BABICE V CENTRU ZA BOLEZNI DOJK V BOLNIŠNICI ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ

The role of a midwife at the Breast disease center at the Hospital for gynecology and obstetrics Kranj

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

558

1 5 . K O N G R E S

IZVLEČEK

Rak dojke je v razvitem svetu pri ženskah najpogostejši rak in eden pomembnejših vzrokov prezgodnje umrljivosti. Vlogo pri zgodnjem odkrivanju in zdravljenju imajo Centri za bolezni dojk in presejalni program Dora. Diplomirane babice igrajo ključno vlogo v procesu zdravljenja pacientov z boleznimi dojk. Njihova sposobnost, da nudijo celostno oskrbo je ključna za uspeh zdravljenja, saj s svojimi znanji in izkušnjami pomagajo pacientom razumeti njihovo stanje, kar prispeva k boljšemu obvladovanju bolezni in večjemu zadovoljstvu pacientov. V prispevku je predstavljena vloga diplomirane babice pri obravnavi pacienta, komunikacija, sodelovanje s celotnim timom pri diagnosticiranju in zdravljenju, evidentiranje in dokumentiranje ter pomembnem izvajanju preventivne zdravstvene vzgoje. Že v času študija se izobražujemo na področju ginekologije in porodništva, kar nas ozavešča in krepi razumevanje ženskega telesa.

Ključne besede: rak dojke, preventivna zdravstvena vzgoja, dipl.babica

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer in women in the developed world and one of the most important causes of premature mortality. The role in early detection and treatment is played by the Centers for Breast Diseases and the Dora screening program. Midwives play a key role in the process of treating patients with breast diseases. Their ability to provide holistic care is key to the success of treatment, as they use their knowledge and experience to help patients understand their condition, contributing to better disease management and greater patient satisfaction. The paper presents the role of the midwife in the treatment of the patient, communication, cooperation with the entire team in diagnosis and treatment, recording and documentation, and the important implementation of preventive health education.

Key words: breast cancer, preventive health education, midwifery

UVOD

Rak dojke je najpogostejši v večini držav in prizadene 2,3 milijona žensk, vsako leto po ocenah pa umre 666 103 ljudi. Breme bolezni naj bi se do leta 2040 povečalo na 3,19 milijona primerov z večjim relativnim vplivom na države s šibkimi zdravstvenimi sistemi, ki se pogosto spopadajo z dvojnimi ali trojnimi bremenimi boleznimi. Od enega milijona otrok, ki so leta 2020 po materini strani postali sirote zaradi raka, jih je bila četrtina (250 000) posledica raka dojke (WHO, 2024).

V Sloveniji je za rakom dojk v letu 2021 zbolelo 1.494 bolnic, pri čemer približno 1 % raka dojk predstavljajo moški bolniki. Pojavnost v zadnjih desetletjih narašča. Nevarnostni dejavniki za pojav raka dojke so: demografski dejavniki, med katere spadajo starost, spol in zemljepisna lega; dejavniki materinstva, kamor spadajo zgodnja menarha, pozna menopavza, starost več kot 30 let ob prvem porodu, nerodnost, nizko število otrok ter opustitev dojenja; hormoni, kamor spadata oralna kontracepcija in hormonsko nadomestno zdravljenje; alkohol, debelost, ionizirajoče sevanje, mamografska nepreglednost dojk ter dednost. Dedne oblike raka dojk so najpogostejše posledica mutacij v genih BRCA1 ali BRCA2. Možnost za ozdravitev je velika, če je rak dojk odkrit pravočasno, ko je še v zgodnji fazi razvoja (Onkološki inštitut Ljubljana, 2025). Na ozaveščanje in s tem pravočasno odkrivanje sprememb na dojkah nas opozarja tudi Svetovna zdravstvena organizacija, ki poudarja pomen izobraževanja o javnem zdravju, da bi izboljšali ozaveščenost žensk o znakih in simptomih raka dojke ter skupaj z njihovimi družinami razumeli pomen zgodnjega odkrivanja in zdravljenja. Tako bi se več žensk ob prvem sumu na raka dojke posvetovalo z zdravstvenim strokovnjakom še preden katerikoli prisotni rak napreduje. To je mogoče tudi brez mamografskega presejanja, saj v mnogih državah to ni izvedljivo (WHO, 2025).

Preventivni in kurativni pregledi dojk se izvajajo v Centrih za bolezni dojk. Pri ženskah med 20. in 50. letom izvaja ginekolog na primarni ravni klinični pregled dojk enkrat na tri leta, po 50. letu starosti pa se ti pregledi skupaj z mamografijami izvajajo vsaki dve leti v centrih za dojke na primarni ravni, skladno s priporočili v Strokovnih smernicah za preventivne preglede dojk v Sloveniji. V kolikor ženska sodi v ogroženo skupino (ženska, ki ima mamo, sestro ali hčer zdravljeno zaradi raka dojk, ženska, ki je prvič rodila po tridesetem letu starosti, ženske z benignimi spremembami v dojki, ki večajo nevarnost raka dojk, ženske, ki so že bile zdravljene zaradi raka na eni dojki), po 40. letu starosti nadaljuje s pregledi v centrih za dojke vsakih 12-24 mesecev. Ženske, pri katerih je večja možnost, da so nosilke dedno spremenjenega gena, ki jim večja nevarnost raka dojk in/ali jajčnikov, se z napotnico napoti v ambulantno za genetsko svetovanje, kjer se na osnovi posebnega vprašalnika oziroma ankete izračuna tveganje za prisotnost mutiranega gena BRCA 1, 2 in glede na to priporoča oziroma odsvetuje genetsko testiranje. (Zadnik & Primic Žakelj, 2015).

OSNOVNE ZNAČILNOSTI IN VRSTE RAKA DOJKE

Rak dojke je bolezen, pri kateri nenormalne celice dojke nekontrolirano rastejo in tvorijo tumorje. Če se tumorji ne nadzorujejo, se lahko razširijo po telesu in postanejo smrtonosni (WHO, 2024).

Rakave celice, ki nastanejo zaradi napake v genetskem materialu, se ne obnašajo kot zdrave celice. Te nenormalne celice ne le preživijo, ampak se tudi delijo in množijo – kljub dejstvu, da jih telo ne potrebuje. To ustvarja vse več nenormalnih celic, podobnih njim, ki nato tvorijo tumor. Tumor je lahko nekancerogeni (benigni) ali rakavi (maligni). Nerakasti tumorji so sestavljeni iz celic, ki so zelo podobne normalnim celicam, rastejo počasi in ne vdrejo v bližnja tkiva ali se razširijo na druge dele telesa. Rakasti tumorji, če jih ne nadzorujemo, se lahko sčasoma razširijo izven prvotnega tumorja na druge dele telesa (Weiss, Fox, Sheng & Wojciechowski, 2025).

Simptomi ali znaki v dojki, na katere je treba biti pozoren:

- tipna zatrdlina v dojki,
- izcedek iz dojke,
- ugreznjena bradavica,
- rdečina,
- bolečina,
- povečane bezgavke v pazduhi.
- (Zadnik, Primc Žakelj, 2015)

Dejavniki tveganja za nastanek raka:

1. zgodnja menstruacija (zaradi zgodnje izpostavljenosti delovanja hormonov),
2. nerojevanje ali starost nad 30 ob prvem porodu (kasnejši porod pomeni večje tveganje),
3. zgodnja menopavza (zaradi večje izpostavljenosti estrogenu),
4. leta (incidenca s starostjo narašča),
5. gostota dojke (4-6x večje tveganje),
6. zdrav življenjski slog (kajenje, debelost- povišanje estrogena, velikokrat tudi estradiola in insulina vpliva na rast nekaterih vrst rakov, prekomerno pitje alkohola),
7. hormonska kontracepcija,
8. benigna bolezen dojk (večje tveganje za raka dojk),
9. osebna anamneza raka dojke,
10. družinska anamneza raka dojke (dednost), (Rajaneesh, 2021).

Več kot tretjina vseh dejavnikov je povezana z vedenjskimi in okoljskimi dejavniki tveganja.

KLJUČNE NALOGE DIPLOMIRANE BABICE V CENTRU ZA BOLEZNI DOJK (V NADALJEVANJU CBD) BOLNIŠNICE ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ (V NADALJEVANJU BGP KRANJ):

1. Sprejem pacientov

Diplomirana babica (v nadaljevanju dipl. bab.) je pogosto prvi stik pacientov s sistemom zdravstvene oskrbe. Njena naloga je, da pacienta sprejme, ga pomiri in pridobi osnovne informacije o njegovem zdravstvenem stanju.

- Ko pacient pride na pregled, se z zdravstveno izkaznico registrira na vrstomatu ob vходу bolnišnice. V tem primeru je pacientova obravnava že aktivirana v informacijskem sistemu Birpis in ga zaznamo v delovni listi. Pri tem pa se vzpostavi tudi vrstni red pacientov glede na predhodno vnešeno napotitev, ki se izvede ob vpisu naročanja na pregled. Naročanje lahko poteka preko elektronske pošte CBD, e-naročanja, kontaktne telefonske številke za naročanje, ki je dostopna na spletni strani bolnišnice ali osebno.
- Pacientom, ki prihajajo na pregled prvič pripravimo karton, ga opremimo z nalepko, ki vsebuje številko kartona, osebne podatke kot so ime, priimek, datum rojstva, naslov, zzzs številka, katere tudi preverimo. Le-to je izrednega pomena, saj le tako ne pride do napak pri pošiljanju izvida ali kontaktiranju pacienta v primeru nadaljevanja diagnostike.
- Za paciente, ki so na pregledu že bili, si kartone pripravimo dan prej.
- Karton opremimo s spremnimi listi: anamneza, mamografija in zaključek, ki jih izpolnjuje zdravnik, poleg vnosa končnega izvida v računalnik.
- Pregled pacientu razložimo, damo navodila za pripravo in ga povabimo v kabino.

2. Izvajanje diagnostičnih postopkov

Dipl. bab. sodelujejo pri izvajanju diagnostičnih postopkov, kot so mamografije, ultrazvok in biopsije. Pomagajo pri pripravi pacientov na te postopke in zagotavljajo, da so vsi potrebni materiali in oprema pripravljeni. Vsakodnevno pred začetkom ambulantne le-to pripravimo. Glede na to, da se v isti ambulanti opravljajo tako pregledi dojk kot ultrazvoki dojk, je temu primerna tudi postavitve aparatov in materiala. Skrbimo za čistočo prostora, preskrbo s potrebnim materialom (sterilnim, nesterilnim), čiščenje in razkuževanje delovnih površin.

Diagnostični postopki, pri katerih sodeluje dipl. bab.:

1. Mamografija ali rentgensko slikanje

Je zlati standard za preseganje raka dojke in je zelo pomembna pri prizadevanjih za zgodnje odkrivanje (Shegokar, Pathak, 2025)

V primeru mamografije, pacienta napotimo v kabino za slikanje, dodamo napotitev v informacijski sistem in damo navodila za pripravo (sleči je potrebno zgornji del telesa, obrisati dojke in pazduhe z vlažilnimi robčki, speti lase v kolikor so predolgi in odstraniti verižice ter viseče uhane) ter razložimo postopek.

2. Tomosinteza ali 3D mamografija

Je preiskava, ki dodatno poveča stopnjo odkrivanja z zagotavljanjem slik visoke ločljivosti skozi več rezin dojke pod različnimi koti, kar je posebej uporabno pri prepoznavanju nepravilnosti v gostem tkivu dojke (Shegokar, Pathak, 2025)

3. Ultrazvok dojk

Ultrazvočno slikanje je neinvaziven medicinski test, ki zdravnikom pomaga pri diagnosticiranju in zdravljenju zdravstvenih stanj. Je varen in neboleč. Z uporabo zvočnih valov ustvari slike notranjosti telesa (Radiologyinfo.org, 2024)

4. Odvzem vzorca za citopatološko preiskavo

- Prostoročna punkcija, slikovno vodena punkcija (punkcija opravljena pod nadzorom ultrazvoka za slabo tipne ali netipne tumorje).
- Seznanimo se z zdravnikovimi navodili in namenom preiskave, seznanimo se z bolnikovim stanjem (prisotnost strahu, bolečine, je tesnoba, zmožnost sodelovanja-dementni pacient, pacient na invalidskem vozičku, pacient s posebnimi potrebami), z ustrezno komunikacijo in poizvedovanjem ugotovimo kaj o posegu že ve (razložimo poseg, trajanje, položaj med posegom) in ali s posegom soglašajo.

- Po punkciji dipl. bab. napolni epruvete s punkcijsko vsebino ali naredi razmaz na stekelcu. Pravilno označi vzorce: ime, priimek, datum rojstva, mesto odvzema. Opremi izpolnjene napotnice za citopatološko preiskavo z nalepkami in še enkrat preveri skladnost spremnih dokumentov in punkcijskega materiala.
- Uredi dokumentacijo za pošiljanje materiala v citopatološki laboratorij.

3. Dokumentiranje in pravilna pisna in ustna predaja zaključka pregleda

Po zaključenem pregledu pacientu damo navodila glede nadaljnje diagnostike, če je potrebna (napotitev na Onkološki inštitut Ljubljana, genetsko testiranje, morebitnih dodatnih preiskav kot sta tomosinteza in ultrazvok), pregledamo izpis izvida in ustreznost ostale dokumentacije. Navodila pacientu morajo biti natančna, razumljiva in prikazana na njemu razumljiv način.

4. Izobraževanje pacientov

Ključna naloga dipl. bab. je izobraževanje pacientov o njihovem stanju, zdravljenju in postopkih in preventivi. Na veliko rizičnih dejavnikov lahko vpliva pacient sam, zato je ozaveščanje celotne družbe izredno pomembno. Dipl. bab. pacientu razloži, kaj lahko pričakujejo med zdravljenjem, ga pouči o samopregledovanju dojk, pomenu rednih pregledov in vplivu na rizične faktorje.

Pomembni so trije vidiki in sicer:

1. Samopregledovanje dojk

Pri samopregledovanju dojk se odkrivajo različni vzorci in metode. Večina metod predlaga, da ženske stojijo pred ogledalom s trupom izpostavljenim pogledu. V ogledalu pogleda vidne znake, vdolbine, rdečino, izcedek, ugreznjenost bradavice. Ogledu sledi palpacija dojke, bradavice in pazduhe s konicami prstov. Samopregledovanje se običajno opravlja nekje med 7. in 10. dan od začetka menstruacije. S pravilnim tipanje in opazovanjem dojke že od mladih let bomo dobili občutek za »normalno« dojk in bomo hitreje opazile tipne in vidne spremembe (Združenje Europa Donna Slovenija, 2021).

2. Vpliv na nezdrav življenjski slog

Pacientu razložimo pomen uživanja zdrave uravnotežene prehrane z vadbo, ki pomaga ohranjati zdravo telesno težo in izboljša telesno počutje (Leonel, 2024).

Pacientu razložimo, da faktor kajenja in prekomernega pitja alkohola pomembno vpliva tudi na nastanek nekaterih vrst rakov. Uravnotežena prehrana ima pomembno vlogo tudi pri odvisnosti od tobaka (Leonel, 2024).

3. Dedni faktor

Potrebno je redno pregledovanje dojk in kontrolni pregled na 12 mesecev.

5. Podpora in svetovanje

Rak dojke pri ženski ne povzroči samo zunanje spremembe videza zaradi odstranjene dojke, temveč povzroči veliko psihičnih težav, ki vplivajo na kakovost življenja. Pacientka lahko postane nesamozavestna, zaskrbljena, depresivna, njena samopodoba ji ni več všeč. Medicinska sestra lahko s komunikacijo, podporo pacientki in njeni družini veliko pripomore k boljši kakovosti življenja pacientke (Čas, 2017). Dipl. bab. nudijo tudi čustveno podporo. Zavedajo se, da je diagnoza bolezni dojk lahko zelo stresna, zato nudijo prostor za izražanje strahov in skrbi ter nudijo informacije o podpornih skupinah (npr. program ROZA Europa Donna, individualna pomoč v Društvu onkoloških bolnikov).

6. Sodelovanje z multidisciplinarnim timom

Dipl. bab. tesno sodeluje z ostalimi člani tima kot so medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, diplomirani radiološki inženirji, ginekologi, onkologi in radiologi. Njihova naloga je, da zagotavljajo, da so vsi obveščeni o stanju pacientov in da se zdravljenje izvaja usklajeno.

ODGOVORNOSTI DIPLOMIRANE BABICE

Zagotavljanje kakovostne oskrbe

Dipl. bab. morajo zagotoviti, da so vsi postopki in zdravljenja izvedeni v skladu z najvišjimi standardi kakovosti. To vključuje natančno dokumentiranje vseh postopkov in spremljanje pacientovega napredka.

Izpolnjevanje administrativnih nalog

Poleg kliničnih nalog mora dipl. bab. tudi upravljati z dokumentacijo, vključno z vnosom podatkov v IS in v zdravstveni karton.

IZZIVI, S KATERIMI SE SREČUJEJO DIPLOMIRANA BABICE

Čustveni stres

Dipl. bab. se pogosto srečujejo s pacienti, ki se soočajo z resnimi diagnozami. To lahko vodi do čustvenega stresa in izgorelosti, zato je pomembno, da razvijejo strategije za obvladovanje stresa, imajo na voljo različne možnosti psihološke podpore znotraj multidisciplinarnega tima kot tudi zunaj njega.

Upravljanje časa

Zaradi velikega števila pacientov in različnih nalog, ki jih morajo opraviti, se dipl. bab. pogosto sooča z izzivom upravljanja svojega časa in prioritet, ki so vezane na pacienta. Velikokrat časovni okvir ni zaveznik pacienta.

Komunikacija

Za pacienta sta najbolj pomembna pogovor in čas, ki mu ga zdravstveno osebje nameni. Pri tem spoznamo, da je vloga zdravstvenega osebja in kvalitetna komunikacija pri posameznikovem soočanju s kroničnim obolenjem izjemnega pomena. S tem se zmanjšuje občutek čustvenega stresa, izboljšuje pa se občutek kakovosti življenja pacientov (Kocjančič, 2017). Zdravstveno osebje mora medsebojno sodelovati, da so informacije o pacientih jasno prenesene in razumljene med različnimi člani zdravstvenega tima, da se lahko zagotovita dosledna in usklajena oskrba. Za učinkovito timsko delo je kvalitetna in jasna komunikacija ključnega pomena. Najboljša oblika komunikacije je ustna, saj takrat vidimo tudi gibe telesa, kljub temu pa pisna komunikacija ostaja najbolj razširjena oblika komunikacije med specializiranim in primarnim zdravstvenim varstvom (Vermeir et al., 2015).

Nenehno izobraževanje

Zdravstvena oskrba se nenehno razvija, zato je izjemno pomembno, da dipl. bab. skrbijo za nenehno strokovno izpopolnjevanje, morajo biti ves čas v koraku s časom z novimi raziskavami, metodami zdravljenja in praksami. Le na tak način lahko zagotavljajo kakovostno oskrbo pacienta, saj ta močno vpliva na njegovo nadaljnje življenje.

STATISTIKA PREGLEDOV, PREISKAV IN UGOTOVLJENIH SPREMEMB V CENTRU ZA BOLEZNI DOJK KRAJN V LETU 2024

V naši ambulantni smo opravili 2084 prvih pregledov in 1652 ponovnih pregledov. Opravili 2534 mamografij, 1701 ultrazvokov dojk, 261 tomosintez in 129 punkcij.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Delovanje CBD je ključnega pomena pri preventivnih in kurativnih pregledih dojk ter zgodnjem odkrivanju in zdravljenju raka dojk. Preventivni ukrepi so ključnega pomena za ohranjanje zdravega dojka. S kombinacijo rednega pregledovanja, zdravih življenjskih navad in izogibanja dejavnikom tveganja lahko vsaka ženska aktivno prispeva k svojemu zdravju. Za ženske so dojke organ, ki predstavljajo identiteto ženske, ki lahko v času obolenja ali celo izgube organa močno vplivajo na njeno življenje v okolici in njeni družini. V CBD so na voljo strokovnjaki, ki lahko svetujejo in pomagajo pri preventivnih ukrepih ter zgodnjem odkrivanju morebitnih sprememb. Ključno vlogo pri tem ima dipl. bab., saj s svojim znanjem, spretnostjo, natančnostjo, empatijo, komunikacijsko spretnostjo, vzdržljivostjo in multidisciplinarnim sodelovanjem z ostalimi člani tima kot so medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, diplomirani radiološki inženirji, ginekologi in onkologi pomaga ženski razumeti naravo bolezni ali izvajati zdravstveno-vzgojno delo. Statistika je pokazala, da le z zgodnjim odkrivanjem in zdravljenjem bolezni lahko hitreje odkrijemo bolezen in zmanjšamo umrljivost.

LITERATURA

- Čas Blanka: Kakovost življenja ženske po odstranitvi dojke: diplomsko delo, Univerza v Mariboru, 2017
- Kocjančič Nina.: Pomen kakovostnih informacij za zdravstveno obravnavo pacienta s kronično boleznijo: diplomsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017
- Leonel Adriano: Danes opustite kajenje. Odvisnost od cigaret vas je že uničila., 2024
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni
Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18, 57/18, 57/21, 162/21, 39/23, 93/23, 125/23, 18/24 in 53/24-12.3.1998
- Radiologyinfo.org, 2024
- Rajaneesh Nanda: Risk factors in breast cancer, 2021
- Shegokar Ranjita , Pathak Yashwant : Diagnostic Landscape in Cancer Research, 2025
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W. & Vogelaers, D.: Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations, 2015
- Weiss Marisa C., Fox Kevin, Sheng Jenni, Wojciechowski Brian) Breastcancer.org, 2025
- World Health Organization, 2024
- Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana, 2015
- Združenje Europa Donna Slovenija: Samopregledovanje. 2021

pred. mag. Brigita Putar, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Bolnišnica Topolšica, Center za kakovost in varnost

brigita.putar@boltop.si

ERGONOMSKA TVEGANJA NA DELOVNEM MESTU MEDICINSKE SESTRE

Ergonomic risks in the nurse's workplace

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

565

IZVLEČEK

V Bolnišnici Topolšica (BT) veliko pozornost posvečamo varnosti in zdravju pri delu. Zavedamo se, da je varnost in zdravje zaposlenih dobrina, ki jo moramo varovati. Ta dobrina ne nastane kar tako, ampak se je zanje potrebno potruditi in vsak posameznik mora k temu vložiti svoj prispevek. Le zdrav delavec, ki dela v varnem delovnem okolju je lahko pri svojem delu uspešen in kreativen.

V tem prispevku so predstavljena ergonomska tveganja, ki so prisotna na področju zdravstvene nege in sicer pri delu medicinske sestre v bolnišnici.

V uvodu je predstavljena ergonomija v zdravstveni negi. Predstavljene so tudi bistvene zahteve Pravilnika o ocenjevanju ergonomskih tveganj, ki je stopil v veljavo v letu 2024.

V prispevku so predstavljena ergonomska tveganja, ki so bila prepoznana pri opravih/posopkih/posegih medicinske sestre na oddelku. Tveganja so opisana in opredeljena po pravilniku o ocenjevanju ergonomskih tveganj.

Bolniki z omejeno gibljivostjo se sami težko premikajo, zato jih negovalno osebje premika in obrača večkrat v enem dnevu. Pri postopku premikanja lege je takšen bolnik pasiven in pri tem ne more sodelovati. Bolnik ima običajno še previsoko telesno maso. Pri zdravstveni negi običajno sodelujeta dva zdravstvena delavca.

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

Na podlagi prepoznanih ergonomskih tveganj in ocene ergonomskih tveganj smo v Bolnišnici Topolšica v sodelovanju s službo varnosti in zdravja pri delu pripravili ukrepe za odstranitev oziroma zmanjšanje tveganj.

Ključne besede: ergonomija, ergonomska tveganja, zdravstvena nega.

ABSTRACT

At Hospital Topolšica, we are building occupational health and safety culture, recognising that the health and safety of our employees is an asset that must be protected. This asset does not just happen, it takes effort, and every individual must contribute. Only a healthy worker, who works in a safe working environment, can be successful and creative in his or her work.

This paper presents ergonomic risks in the field of nursing, namely in the work of nurses in a hospital. Introduction presents the management of ergonomics in nursing, followed by an explanation of essential requirements of the Ergonomic Risk Assessment Regulations, which came into force in 2024.

Article presents ergonomic risks that have been identified in the tasks/procedures of ward nurse. The risks are described and defined according to ergonomic risk regulations.

Patients with limited mobility find it difficult to move on their own and are moved and turned by nursing staff several times per day. In the process of repositioning, patient is passive and cannot participate. Usually the patient is also overweight, that is why nursing care often involves two health workers.

Based on identified ergonomic risks and the ergonomic risk assessment, the Hospital Topolšica, in cooperation with the Occupational Health and Safety Department, has developed measures to eliminate or reduce the risks.

Key words: ergonomics, ergonomic risks, health care.

UVOD

Ergonomija je znanstvena disciplina, ki preučuje interakcijo med človekom in njegovim delovnim okoljem. Ergonomija je interdisciplinarno proučevanje delovnih obremenitev, ter iskanje razbremenitev, ko obremenitev povzroča neudobje ali celo prekoračuje tolerančno mejo (Balantič, 2000). Ergonomijo definiramo kot povezavo udobja, ugodja, zdravja in produktivnosti, kar pomeni, da prepleta medicinsko, biološko in inženirsko znanost. Izraz ergonomija izhaja iz grškega jezika, kjer »ergon« pomeni delo, »nomos« pa pomeni naravni zakon. Različne znanstvene discipline, kot so medicina, biomehanika, antropologija, kineziologija, fiziologija, psihologija, sociologija, ekologija, ekonomija, organizacija dela, teorija sistemov, mehanski in industrijski inženiring in industrijsko oblikovanje skupaj obravnavajo fiziološke in kognitivne lastnosti človeka in njegovega delovnega okolja (Balantič et al., 2016). Zastavljen cilj ergonomije je izboljšati delovne pogoje in zmanjšati tveganja za zdravje delavcev.

Ergonomija v zdravstveni negi združuje sistem metod in tehnik pravilnega in za hrbtenico varnega dvigovanja ter premikanja bolnikov. Tveganja, povezana z načinom dela - ergonomska tveganja, je od avgusta 2024 na podlagi pravilnika o zagotavljanju varnosti in zdravja delavcev pri ročnem premeščanju bremen, potrebno prepoznati in oceniti. Ergonomska tveganja ocenjujejo oziroma pri izdelavi ocene tveganja za nastanek kostno-mišičnih obolenj sodelujejo

različni strokovnjaki, vključno s strokovnimi sodelavci za varnost in zdravje pri delu ter izvajalci medicine dela, z vodji zdravstvene nege in drugimi sodelavci, glede na morebitne dodatne zahteve. Na podlagi ocene tveganj, se predlaga ukrepe, največkrat gre za uporabo ergonomsko-tehničnih pripomočkov pri delu z bolniki, kar predstavlja preventivni način za ohranjanja zdravja zaposlenih v zdravstveni negi ter za same bolnike.

ERGONOMIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Pomoč bolniku je vsakodnevno opravilo zdravstvenega tehnika, diplomirane medicinske sestre, skratka izvajalcev zdravstvene nege. Pri svojem delu se izvajalci zdravstvene nege srečujejo z naslednjimi posebnostmi:

- uporaba različnih tehnik dvigovanja in premikanja bolnikov,
- delo v fizikalno in klimatsko neprimernih delovnih pogojih,
- intuitivna izvedba zaščite pred ekstremnimi delovnimi obremenitvami. (Putar, 2009)

Stričević et al. (2018) navajajo, da so zaposleni v zdravstveni negi pri svojem delu s pacienti izpostavljeni številnim nevarnim obremenitvam za svoje zdravje. Največje tveganje predstavljajo biomehanske obremenitve, kakor tudi psihološke in ekološke. Veliko število opravil, ki jih zaposleni v zdravstveni negi izvajajo med svojim delom, zahtevajo kar nekaj fizične moči in pogosto potekajo v obremenjujočih položajih za telo. Posledice teh obremenitev so okvare gibal, najpogostejše hrbtenice. Pojavijo se kronične težave, ki zmanjšajo kakovost življenja in možnost za opravljanje dela v prihodnje.

Osnovno problematiko na poti do reševanja težav lahko zarišemo v dve smeri:

- bolnik in negovalno osebje se največkrat poškodujejo zaradi preobremenitev pri prenašanju in dvigovanju,
- bolnik doživlja dodatno nenamensko bolečino zaradi nepravilnega pristopa negovalnega osebja.

Problematika je dokazana pred leti na vzorcu bolnikov in negovalnega osebja v Bolnišnici Topolšica (Putar, 2003).

ERGONOMSKA TVEGANJA NA DELOVNEM MESTU MEDICINSKE SESTRE V BOLNIŠNICI

Medicinske sestre, ki delujejo v bolnišnicah, so izpostavljene številnim ergonomskim tveganjem zaradi narave svojega dela. Najpogostejša ergonomska tveganja, s katerimi se srečujejo medicinske sestre so naslednja:

a) Tveganja zaradi dvigovanja in premikanja bolnikov

Dvigovanje in premikanje bolnikov je eden izmed najpogostejših fizičnih izzivov, s katerimi se medicinske sestre srečujejo na delovnem mestu. Premikanje težjih bolnikov brez ustrezne podpore ali pomoči lahko povzroči poškodbe hrbtenice, sklepov in mišic. Pogostost in težavnost teh nalog povečujeta tveganje za nastanek akutnih in kroničnih težav s hrbtenico.

b) Tveganja zaradi ponavljajočih se gibov

Pri opravljanju delovnih opravil, kot so vstavljanje katetrov, aplikacija terapije, merjenje vitalnih funkcij, priprava zdravil, so medicinske sestre pogosto izpostavljene ponavljajočim se gibom

rok in zapestij. Takšni gibi lahko vodijo do mišičnih obremenitev, kar lahko povzroči poškodbe kit in sklepov.

c) Tveganja zaradi slabih delovnih postavitev in neergonomskih pripomočkov

Delovni prostor v bolnišnicah ni vedno prilagojen potrebam zaposlenih. Slabo zasnovana postavitev postelj, nepravilna višina miz in neergonomski pripomočki za izvajanje delovnih opravil lahko povzročijo nepravilno držo in dodatno obremenijo mišično-skeletni sistem.

OCENJEVANJE ERGONOMSKIH TVEGANJ

Avgusta 2023 je bil objavljen Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja delavcev pri ročnem premeščanju bremen (Ur. l. RS št. 84/2023). Pravilnik določa delodajalcem prehodno obdobje za izdelavo ocen tveganja in sicer do 1. avgusta 2024. Ročno premeščanje bremen v skladu s tem pravilnikom pomeni vsako opravilo, ki vključuje dvigovanje, prenašanje, spuščanje, potiskanje, vlečenje ali premikanje bremena s človeško silo in druga podobna dela (npr. podpiranje, držanje, ponavljajoči gibi), ki zaradi svojih značilnosti ali zaradi neugodnih ergonomskih pogojev pomenijo nevarnost za razvoj kostno-mišičnih obolenj, povezanih z delom. Pravilnik prinaša določene omejitve oziroma določa, da mora delodajalec oceniti tveganje za nastanek kostno-mišičnih obolenj, na podlagi tako imenovanih presejalnih testov. Ključna novost, ki jo pravilnik prinaša, je nova metoda ključnih kazalnikov (MKK) za ocenjevanje tveganj za nastanek kostno-mišičnih obolenj pri ročnem prenašanju bremen, na podlagi katerih mora delodajalec sprejeti in izvesti določene ukrepe za preprečevanje navedenih obolenj.

Namen pravilnika je učinkovito preprečevanje kostno-mišičnih obolenj zaradi preobremenitev delavcev pri ročnem premeščanju bremen, kar je najpogostejši razlog ne le za bolniške odsotnosti z dela ampak tudi delovne invalidnosti in s tem nastanek nepotrebnih stroškov. Kostno-mišična obolenja v skladu s tem pravilnikom so bolezni ali poškodbe mišic, sklepov, kit, ki nastanejo v povezavi z ročnim premeščanjem bremen. Pravilnik v 4. členu navaja obveznosti delodajalca, da mora delovna mesta prilagajati in ročno premeščanje bremen nadomeščati z delovno opremo, pripomočki in mehanskimi pomagali (dvižna oprema). Dvižna oprema se uporabi vedno, kadar je stopnja obremenitve visoka. Stopnja obremenitve se izračuna na podlagi metode, ki je v pravilniku opisana. Delodajalec zagotavlja varnost in skladnost dvižne opreme v skladu s predpisi, ki urejajo varnost in zdravje pri delu.

Ocena tveganja za nastanek kostno-mišičnih obolenj pri ročnem premeščanju bremen mora vsebovati zapis o:

- imenu in ključnih kazalnikih izbrane metode za ocenjevanje tveganja,
- ugotovljenih dejavnih tveganja,
- rezultatih meritev merljivih dejavnikov tveganja (na primer: čas, masa, frekvenca, sile),
- ocenjeni stopnji tveganja in ukrepih za odpravo oziroma zmanjšanje prisotnih tveganj.

Delodajalec mora delavce seznanjati s tveganji, ki bi jim utegnili biti izpostavljeni, ter jih teoretično in praktično usposobiti za varno in zdravo delo pri ročnem premeščanju bremen, da se odpravi oziroma zmanjša tveganje za nastanek kostno-mišičnih obolenj ob upoštevanju ocene tveganja za varnost in zdravje pri ročnem premeščanju bremen.

OCENJEVANJE TVEGANJ PRI FIZIČNIH OBREMENTVAH Z METODAMI KLJUČNIH KAZALNIKOV(MKK)

Z metodami ocenjevanja tveganj za posamezna opravila na delovnem mestu se identificira dejavnike tveganja in ugotavlja fizične obremenitve, ter glede na stopnjo tveganja opredeli preventivne ukrepe. Obstaja več vrst fizičnih obremenitev in sicer:

- ročno premeščanje bremen, zlasti pri upogibanju in rotaciji hrbtenice;
- ročno vlečenje in potiskanje bremen;
- ročni delovni procesi (ponavljajoče se ali siloviti gibi);
- uporaba celotne telesne moči;
- premikanje (gibanje) telesa;
- prisilna drža telesa ali drža z omejenim obsegom gibanja. (Zbornica VZD,2024)

Za preprečevanje kostno-mišičnih obolenj pri prenašanju bremen in drugih fizičnih obremenitvah pri delu morajo delodajalci tako kot za vse druge nevarnosti in tveganja, skladno s 17. členom Zakona varnosti in zdravju pri delu (Ur. list RS št. 43/11) in Pravilnikom o zagotavljanju varnosti in zdravja delavcev pri ročnem premeščanju bremen (Ur. list RS št. 84/2023) urediti naslednje:

- izdelati oceno tveganja z uporabo celostnega pristopa, ocenjevanjem in obravnavanjem vseh dejavnikov tveganja fizičnih obremenitev za nastanek in razvoj kostno-mišičnih obolenj, ki so jim ali bi jim lahko bili izpostavljeni delavci na delovnih mestih,
- v sklopu delovnega mesta izvesti oceno tveganja fizičnih delovnih obremenitev za posamezno opravilo,
- vključiti delavce oziroma njihove predstavnike v postopek ocenjevanja tveganja in pripravo ukrepov za odpravo oziroma zmanjšanje tveganja,
- izdelati preventivni akcijski načrt za zmanjšanje tveganja za nastanek in razvoj kostno-mišičnih obolenj.(Fabijan, 2024)

Praktično ocenjevanje ergonomskih tveganj v Bolnišnici Topolšica po modelu MKK je bolnišnica opravila v sodelovanju z Zbornico varnosti in zdravja pri delu (Zbornica VZD) in s podjetjem Provarnost d.o.o.- pooblaščenno podjetje za področje varnosti in zdravja pri delu v bolnišnici. V Bolnišnici Topolšica je ocenjevanje ergonomskih tveganj potekalo v oktobru in novembru 2024, na internem oddelku in sicer na delovnem mestu - medicinska sestra v negovalni enoti.

Delovna opravila (postopki/posegi/intervencije) v zdravstveni negi, pri katerih se je ocenjevalo tveganje:

- jutranje umivanje bolnika- higienska ureditev bolnika ,
- skrb za prehrano in ustrezno hidracijo ,
- razdeljevanje zdravil,
- merjenje vitalnih funkcij (krvni tlak, telesna temperatura, frekvenca dihanja, nasičenost krvi s kisikom),
- merjenje stopnje bolečine po VAS,
- izpolnjevanje negovalne dokumentacije,
- ločevanje odpadkov,
- postiljanje postelje,
- prevoz pacientov z bolniško posteljo,
- posedanje pacienta z bolniške postelje na invalidski voziček.

Ocenjevanje je potekalo v dopoldanski delovni izmeni pri zgoraj navedenih aktivnostih. Ocenjevanje tveganj je potekalo na podlagi opisa delovnega mesta - medicinska sestra v negovalni enoti. Pri delovnem opravilu – jutranje umivanje - higienski ureditvi bolnika, medicinska sestra opravlja še dodatna opravila, in sicer; transport vozička za zdravstveno nego, umivanje in preoblačenje bolnika, postiljaje postelje.

Varnostni inženir je pri ocenjevanju tveganj najprej opravil osnovno preverjanje po metodi za prepoznavanje telesnih obremenitev na delovnem mestu, in sicer je opazoval delo dveh izvajalcev zdravstvene nege, ki sta izvajala zdravstveno nego bolnika (bolnik je dal pisno soglasje-strinjanje, da je varnostni inženir prisoten)- slika 1.

Osnovno preverjanje BAuA za prepoznavanje telesnih obremenitev na delovnem mestu

Naziv delovnega mesta: **Medicinska sestra**

Običajna opravila na delovnem mestu, ki se upoštevajo (tudi na različnih krajih): **Higienska ureditev pacienta**

Delovni čas na dan (v urah) **8**

Opazujte telesne obremenitve. Ali se izvajajo opravila (delovne naloge), pri katerih so prisotne ena ali več vrst spodaj navedenih obremenitev?

Vrsta telesne obremenitve	Opis	Primeri	Ali so prisotna opravila, ki vključujejo te vrste telesnih obremenitev?
Ročno dviganje, držanje in prenašanje bremen	Ročno dviganje, držanje in nošnja bremen, mase 3 kg ali več. Breme lahko predmeti, osebe ali živali. Vključuje sorodne oblike dviganja, kot sta spuščanje in (pretežno vodoravno) premeščanje.	Natovarjanje in raztovarjanje vreč, razvrščanje paketov, posluževanje strojev brez dviznih pripomočkov, pretovarjanje paletiranega blaga, komisioniranje,...	 ☐ Ne ☒ Da
Ročni delovni procesi	Enakomerni ponavljajoči se gibi in uporaba sile zgornjih okončin, večinoma v mirovanju med sedenjem ali stoje. Delovno opravilo je obdelava delovnega predmeta ali premikanje manjših orodij oziroma predmetov (ravnanje z njimi).	Montažna dela, spajkanje, šivanje, razvrščanje, izrezovanje, ročno upravljanje, blagajniško poslovanje, ročno pregledovanje, pipetiranje, rezanje, potiskanje, udarjanje ali trkanje z rokami, igranje glasbil,	 ☐ Ne ☒ Da
Ročna vleka in potiskanje bremen	Ročno premikanje oz. transportiranje bremen s talnimi transportnimi vozili (npr. z enokolesnimi ali enosnimi vozički, prtljažnimi vozički ali vagoni) ali visečimi transporterji/žičnicami, izključno z uporabo mišične sile.	Dostava paketov z vozičkom, komisioniranje z vozilom, premikanje zabojev na kolesih pri trgovanju, odstranjevanje odpadkov	 ☐ Ne ☒ Da
Uporaba celotne telesne moči	Uporaba celotne telesne moči, pretežno stacionarno. Uporaba sile pretežno z rokami, možen prenos sile preko ramen, hrbta nog in stopal. Potrebne sile so tolikšne, da aktivnosti običajno ni mogoče izvajati v sedečem položaju.	Delo z viti /škripci, ročicami, lomilkami ali dviznimi drogov, dviznimi vzvodi, pnevmatskimi kladivi ali verižnimi žagami, vgradnja oken, delo z lopato, montažna dela, premeščanje/namščanje pacientov (negovalne dejavnosti),...	 ☐ Ne ☒ Da
Premikanje (gibanje) telesa	Premikanje telesa do mesta opravila ali delovnega območja, ne glede na uporabljeno večjo silo. Upoštevajo se daljše poti in posebne oblike hoje (vzpenjanje po lestvi ali stopnicah) ter plazenje. V to vrsto obremenitev se uvršča tudi vožnja na mišični pogon (npr. s kolesom).	Hoja in vzpenjanje po stopnicah (npr. dostava paketov, selitveni servis), vstopanje na stolpni vrtijvi žerjav, oddajniki, premikanje po kanalih, vožnja s kolesom (npr. kurirji na kolesu).	 ☐ Ne ☒ Da
Prisilna drža telesa	Naporna drža telesa, ki jo terja delovno opravilo in v kateri je treba vztrajati dlje časa, npr. klečanje, delo v predklonu, dela nad višino ramen, dolgotrajno stoječe delo in prisilno sedenje.	Polaganje ploščic, železokrivska dela, ročno varjenje, dela za tekočim trakom, montaža stropa, suha gradnja, dela v ležečem položaju (npr. obiranje kumaric), delo z mikroskopom, mikrokirurgija.	 ☐ Ne ☒ Da
Kako naprej?	Če opravila na delovnem mestu ne zahtevajo nobene od teh vrst obremenitev, je ocena zaključena. Če opravila zahtevajo eno ali več teh telesnih obremenitev, pogledajte uvodni pregled BAuA in preverite merila (glejte naslednje strani).		

Datum _____ Podpis _____

Zaključek ocene
Nadaljujte z Uvodnim pregledom BAuA! →

Slika:1: Izpolnjen obrazec - Osnovno preverjanje (Zbornica VZD, 2024)

Ker so bile prisotne obremenitve je varnostni inženir prešel na uvodni pregled za informativno oceno ergonomskih tveganj- slika 2.

Uvodni pregled BAuA za informativno oceno tveganj ob prisotnosti telesne obremenitve

2.2.1. Vrsta obremenitve »ročno dviganje, držanje in prenašanje bremen« (DDP)

1. korak: Uvodno vprašanje

Ali opravlja delovnega dne kakorkoli zahtevajo **ročno dviganje, držanje in prenašanje bremen, mase 3 kg ali več?**

Zadevne aktivnosti:

Higienska ureditev bolnika - premeščanje bolnika

Odgovor

☐ Ne

(0 točk)

☒ Da

Preverite 2. korak.

2. korak: Preverite merila

Ali so pri teh opravilih, ki vključujejo ročno **dviganje, premikanje, držanje ali prenašanje bremen ≥ 3 kg**, dosežene ali presežene naslednje kombinacije mase bremena in pogostosti giba⁵?

V kateri kategoriji se bremena premikajo? Ali **pogostost opravi v delovnem dnevu** presega navedeno število ponovitev? Vedno obkrožite!

Odgovor

☐ Ne

Nobeno merilo ni izpolnjeno.

(1 točka)

Masa bremena	Izberite kategorijo bremena!			Izberite kategorijo bremena!					Odgovor
	Ženske 3–5 kg	>5–10 kg	>10–15 kg	Moški 3–5 kg	>5–10 kg	>10–15 kg	>15–20 kg	>20–25 kg	
Dviganje/premikanje									
Je prisotno? ⁵	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☒ Da
Pogostost ⁶ ≥ ...	☐ 150x	☐ 100x	☐ 50x	☐ 200x	☐ 150x	☐ 100x	☐ 50x	☐ 10x	Izpolnjeno je eno ali več meril.
Držanje(>5 s)/prenašanje (>2 m)⁷									
Je prisotno? ⁵	☐ Da	☐ Da	☒ Da	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☐ Da	☒ Da	(2 točki)
Pogostost ⁶ ≥ ...	☐ 70x	☐ 60x	☐ 30x	☐ 100x	☐ 80x	☐ 60x	☐ 30x	☐ 10x	

Ali je pri ravnanju z bremenimi **ne glede na pogostost opravi** zaznati naslednje:

☒ Ali se ravna (manipulira) **z bremenimi z večjo maso** kot navedeno v preglednici (ženske >15 kg, moški >25 kg)?

☒ Ali pri dviganju, držanju in prenašanju pride do **neugodne telesne drže** in **telesnih premikov**, npr. predklonov, rotacija trupa, bočni nagib trupa oz. dviganje rok nad ramena, čepenja, klečanja ali skrajnih položajev rok?

☐ Ali se bremena pretežno premikajo **samo enoročno**?

☐ Ali so **pogoji izvajanja opravi neugodni**: slabši prostorski pogoji (npr. ozek prostor, naklon tal), vpliv okolja (vročina, mraz, vlaga), slab oprijem (npr. ostri robovi, spolzkost), vpliv delovnih oblačil, osebne varovalne opreme?

Slika 2: Uvodni pregled (Zbornica VZD, 2024)

Povzetek rezultatov uvodnega pregleda BAuA

V to preglednico prenesite ocene za posamezne vrste obremenitev (križec za posamezno vrsto obremenitve)!										
1. korak – Ali je obremenitev potrebna?	2. korak – Ali so izpolnjena merila?	Rezultati uvodnega pregleda glede na vrste obremenitev (točke)						Rezultat glede na vrsto obremenitve v povezavi z ...		
		DDP	RD	VP	CTM	PT	PDT	Ocena	Ukrepi	Nadaljnji koraki
Ne	Ne (0 točk)							• Ni obremenitve	Nadaljnji ukrepi niso potrebni.	Nadaljnje ocenjevanje ni potrebno.
Da	Ne (1 točka)							• Vsaj rahla obremenitev	Potrebni so strukturni ali preventivni ukrepi ²⁸ za ranljive skupine delavcev.	Poglobljena ocena ²⁷ po potrebi (npr. ko je potrebno ukrepanje ¹)
								• Mogoča zmerno povečana obremenitev		
	• Znatno povečana ali velika obremenitev malo verjetni									
	• Verjetna zmerno povečana obremenitev									
	Da (2 točki)	2	2	2	2		2	• Mogoča znatno povečana obremenitev	Potrebni so strukturni ali preventivni ukrepi	Opraviiti poglobljeno oceno ²⁷
								• Mogoča velika obremenitev (zlasti če je izpolnjenih več meril)		

Potreba po ukrepanju ²⁸	Odgovor (če je »da«, se opravi poglobljena ocena)
Ali je opaziti znake čezmernega telesnega napora (npr. veliko delovnih nezgod ali bolniških odsotnosti, veliko nihanje števila zaposlenih, težave zaposlenih npr. z lokomotornim sistemom)?	☒ Ne ☐ Da, opaženi so naslednji znaki:
Ali so prizadete posebno ranljive skupine zaposlenih (npr. mladi, starejši, delavci z zdravstvenimi omejitvami, nosečnice, ...)?	☐ Ne ☐ Da, prizadete so naslednje skupine zaposlenih:

Skupna ocena	
Ali sta bili pri kateri od vrst obremenitev doseženi 2 točki?	☐ Ne Ocena je zaključena. Nadaljnji ukrepi se uvedejo samo po potrebi. ²⁸
	☒ Da Preglejte preproste ukrepe za omejitev obremenitve in jih uvedite! Cilj je, da za posamezno vrsto obremenitve niso presežena merila (največ 1 točka) oziroma da se obremenitev prepreči (0 točk).

Slika 3: Rezultati uvodnega pregleda (Zbornica VZD, 2024)

Na podlagi ocenjevanja obremenitev izvajalcev zdravstvene nege pri različnih delovnih opravilih je varnostni inženir podal končne ocene- rezultate (slika 3) in predlagane ukrepe (slika 4).

Zap. št.	vrsta	Delovno opravilo	končna ocena		predlagani ukrepi	odgovoren za ukrep	rok za izvedbo	Predvidena ocena po ukrepu	
			moški	ženske				moški	ženske
1	VP	Transport vozička za nego	24,0	31,2	1. Voziček nima ročajev za oprijem	1. Pri nabavi novih vozičkov upoštevati ergonomska načela	Ob nabavi novih vozičkov	20,0	26,0
2	RD	Higienska ureditev pacientov	17,0	22,1				17,0	22,1
3	VP	Prevoz bolnika z bolniško posteljo	41,0	37,3				41,0	37,3
4	VP	Razdeljevanje hrane - potiskanje in vleka vozičkov	23,5	30,6	1. Voziček nima ročajev za oprijem	Delodajalec		19,3	25,1
5	DDP	Razdeljevanje hrane - priprava	129,6	135,9	1. Urediti mesto za odlaganje oz. pripravo boksov oz. porcij (miza za odlaganje)	Delodajalec		96,6	98,1
6	PT	Razdeljevanje hrane - raznos hrane po sobah	37,9	49,2	1. Proučiti možnost uporabe servirnega vozička	Delodajalec			
7	CTM	Posedanje bolnika iz postelje na invalidski voziček	106,0	148,0	1. Nabava opreme - pripomočkov za dviganje bolnikov 2. Opravilo naj se opravlja v paru - moški 3. Dopolnitev navodil za varno delo Teoretično in praktično usposabljanje delavcev 4. Opravilo naj opravljajo moški	1. Nabava opreme - pripomočkov za dviganje bolnikov 2. Dopolnitev navodil za varno delo 3. Teoretično in praktično usposabljanje delavcev 4. Opravilo naj opravljajo moški		76,0	111,0

Slika 4: Delovna opravila z ukrepi (Zbornica VZD, 2024)

Ukrepe je potrebno razvrstiti po njihovi pomembnosti, ter določiti roke izvedbe ukrepov in odgovorne osebe za izvedbo ukrepov. Tako z oceno tveganja kot tudi s predvidenimi ukrepi za odpravo ali zmanjšanje tveganja za mišično-kostna obolenja morajo biti seznanjeni predstavniki delavcev, kot tudi delavci na delovnih mestih, kjer se je izvajalo ocenjevanje tveganja. Ukrepi morajo biti v prvi vrsti namenjeni preventivi, pomembno pa je tudi, da čim bolj zmanjšajo tveganje za resne poškodbe oziroma zdravstvene okvare. Nujno je, da vsi delavci prejmejo ustrezne informacije o tveganjih za nastanek in razvoj kostno-mišičnih obolenj pri posameznih opravilih in da se izvede izobraževanje ter usposabljanje (praktično in teoretično) o zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu pri premeščanju bremen in drugih fizičnih obremenitvah pri delu. Usposabljanje delavcev se izvede po programu usposabljanja, ki temelji na oceni tveganja za posamezno opravilo na delovnih mestih. Po usposabljanju je potrebno opraviti preverjanje usposobljenosti delavcev za varno in zdravo delo pri premeščanju bremen in drugih fizičnih obremenitvah.

DISKUSIJA

Delovna mesta v zdravstveni negi spadajo v izpostavljena in dovzetna delovna mesta za razvoj mišično-skeletnih obolenj. Na tako visoko stopnjo ogroženosti vpliva vrsta dejavnikov tveganj, kot so ročno dvigovanje in premeščanje bremen, kadrovska podhranjenost, nepoznavanje ergonomskih načel in posledično nepravilna izvedba tehnik premeščanja in dvigovanja bremen/bolnikov.

Vzročne povezave mišično-skeletnih obolenj je sicer težko določiti, vendar so dokazali, da imajo poleg osebnostnih in psihosocialnih vzrokov pomembno vlogo pri njihovem nastanku tudi telesne obremenitve na delovnem mestu. Ponavljajoči gibi, prisilna drža, rokovanje s težjimi bolniki so dejavniki, ki dokazano na primeru ocenjevanja ergonomskih tveganj v Bolnišnici Topolšica vplivajo na razvoj bolečine v hrbtenici.

Stremeti je potrebno k ozaveščanju zaposlenih glede minimalizacije ročnega premeščanja in dvigovanja bolnikov, ter hkrati spodbujati k uporabi pripomočkov in dvižne opreme.

V Bolnišnici Topolšica je potrebno uvesti ukrepe glede zmanjšanja ergonomskih tveganj za zaposlene.

Prvi in najprimernejši ukrep je nabava dvižnih postelj. Bolnišnica ima dvižne postelje, vendar ne na področju celotne bolnišnice oziroma na vseh oddelkih.

Drugi najpomembnejši ukrep, ki je potreben realizacije je, da se zaposlene v zdravstveni negi usposobi za delo z manj rotacijami. Namreč pri ocenjevanju ergonomskih tveganj se je rotacija telesa zaposlenih pokazala za eno izmed najpogostejših. Zaposleni bi se pri določenih opravilih lahko premaknili za korak ali dva, namesto da so rotirali telo. Podobno se je dogajalo z rokami, ker niso imeli pripomočkov, razkužila na dosegu rok.

Tretji pomemben ukrep je nabava ergonomsko-tehničnih pripomočkov za lažje dvigovanje bolnikov- dvigalo za bolnike.

Za ukrep dva in tri je nujno usposabljanje zaposlenih, za pravilen - ergonomski način dela. Za izvedbo usposabljanja je zadolžena vodja fizioterapije v bolnišnici, ki bo s svojimi sodelavkami pripravila delavnice za izvajalce zdravstvene nege in sicer na temo ergonomski načini dela z upoštevanjem ergonomskih načel. Vsebina delavnic bo naslednja;

Ergonomska načela:

- ohranjanje telesa zaposlenega v nevtralni drži, predvsem ramena, zapestje in hrbtenico;
- zmanjšanje uporabe mišične sile - z ustreznimi pripomočki;
- prilagajanje delovne površine tako, da je položaj zgornjih okončin sproščen;
- menjava položajev telesa, tako da se zmanjša statično mišično delo;
- zagotavljanje zadostnega manevrskega prostora za delovna opravila.

Uporaba ergonomske-tehničnih pripomočkov:

- Drseča podloga, ki je v pomoč pri premeščanju bolnika na drugo posteljo, pri obračanju na bok in premikanju po postelji navzgor.
- Drseča deska, ki je v pomoč pri presedanju bolnika na stol ali invalidski voziček.
- Vrteča blazina, ki je v pomoč pri posedanju bolnika čez rob postelje.
- Pas z ročaji, omogoča lažje premikanje bolnika na invalidski voziček.
- Rolo deska, za premeščanje s postelje na posteljo ali na transportni voziček.
- Dvigalo za bolnike, ki je v pomoč pri težjih in nepomičnih bolnikih.

ZAKLJUČEK

Ergonomska tveganja na delovnem mestu medicinskih sester so resna, vendar se jih lahko učinkovito zmanjšuje z ustrezno usposobljenostjo zaposlenih, prilagoditvijo delovnega okolja in upoštevanjem ergonomske načela. Medicinske sestre so ključne za delovanje bolnišnic, zato je njihovo zdravje izredno pomembno. Uvedba izboljšav na področju ergonomije ne le da povečuje udobje in zdravje zaposlenih, temveč tudi izboljšuje kakovost oskrbe bolnikov.

Že v šolskem in študijskem obdobju je potrebno izvajati izobraževanja o ergonomiji, pravilnem premeščanju in dvigovanju bremen, ter poudarjati pomen ohranjanja in krepitev telesne aktivnosti.

V okviru ohranjanja licence izvajalca zdravstvene nege bi bilo potrebno uvesti modul- Delavnica s področja ergonomije dela (ergonomske prilagajanje delovnega mesta, pravilno premeščanje in dvigovanje bolnikov, uporaba pripomočkov) - za vse izvajalce zdravstvene nege.

LITERATURA

- Balantič, Z., 2000. Človek – Delo – Učinek. [CD- ROM]. Kranj: Založba Moderna organizacija.
- Balantič, Z. ed., 2016. Ergonomija in teorija v praksi. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Fabijan J., 2024. Praktične smernice za ocenjevanje tveganj telesnih obremenitev po MKK. Ljubljana: Zbornica varnosti in zdravja pri delu.
- Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja delavcev pri ročnem premeščanju bremen, 2023. Uradni list Republike Slovenije št. 84.
- Putar, B., 2009. Analiza vpliva človeških dejavnikov in postavitev ergonomske standardov pri zdravstveni negi bolnikov: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Stričević, J. ed., 2018. Funkcionalna ergonomija in razbremenitev zdravstvenih delavcev: skripta. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD), 2011.; Uradni list Republike Slovenije št. 43.
- Zbornica varnosti in zdravja pri delu, 2024. Ocenjevanje tveganj pri fizičnih obremenitvah z Metodami ključnih kazalnikov (BAuA), MODUL2, J.Fabjan: Ljubljana.

STIČIŠČA DELA FIZIOTERAPIJE IN ZDRAVSTVENE NEGE PRI TIMSKEM DELU V REHABILITACIJI

Intersection of physiotherapy and nursing in teamwork in rehabilitation

IZVLEČEK

Zaradi naraščajočega trenda kroničnih nenalezljivih bolezni in staranja prebivalstva morajo zdravstveni delavci zagotavljati celovitejše, celostne in izboljšane zdravstvene storitve, kar lahko dosežejo samo s timskim delom, s čimer dolgoročno prihranijo zdravstvene stroške. Stičišča dela fizioterapevtov in izvajalcev zdravstvene nege so del medpoklicnega sodelovanja in odigrajo pri tem ključno vlogo.

Ključne besede: sodelovanje, fizioterapevtska obravnava

ABSTRACT

With the rising trend of chronic non-communicable diseases and an ageing population, health professionals need to provide more comprehensive, integrated and improved health services, which can only be achieved through teamwork, thus saving health costs in the long term. Interfaces between physiotherapists and nurses are part of interprofessional collaboration and play a key role in this.

Keywords: collaboration, physiotherapy treatment, health education, counselling

UVOD

Fizioterapevti so zdravstveni delavci, ki se ukvarjajo z opredeljevanjem in izboljševanjem kakovosti posameznikovega življenja in njegove zmožnosti za gibanje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja, rehabilitacije in rehabilitacije. Fizioterapevti so usposobljeni in strokovno odgovorni za izvajanje celostne ocene pacienta, vrednotenje ugotovitev ocenjevanja z namenom klinične presoje o pacientu, postavitve fizioterapevtske diagnoze,

prognoze in načrta fizioterapevtske obravnave, svetovanje s strokovnega področja in (so)odločanje o tem, kdaj je treba pacienta napotiti k drugemu zdravstvenemu strokovnjaku, izvajanje programov fizioterapevtskih postopkov, ugotavljanje izidov fizioterapevtske obravnave posameznika in pripravo priporočil za domačo uporabo. Fizioterapevtski postopki se lahko razvrstijo v temeljne postopke oziroma metode fizioterapije: ocenjevanje in vrednotenje stanja pacienta, svetovanje in zdravstvena vzgoja, kinezioterapija, nevrofizioterapija, manualna terapija, termoterapija, mehanoterapija, fototerapija, hidroterapija, elektroterapija, magnetoterapija in kardiorespiratorna terapija (Razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo, 2013). Stičišča dela fizioterapevtov z drugimi zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci na primarni ravni zdravstvene dejavnosti najdemo predvsem v svetovanju in zdravstveni vzgoji. V bolnišničnih okoljih so stičišča dela fizioterapevtov z izvajalci zdravstvene nege praviloma najpogostejše v pravilnem nameščanju, premeščanju in obračanju pacienta, pri čemer je vztrajno sodelovanje ključno za vzdrževanje ali izboljšanje obsegov gibljivosti sklepov, obvladovanje bolečine, preventivo in zdravljenje poškodb zaradi pritiska in ostalih poškodb kožnega pokrova, ter obravnavo povišanega mišičnega tonusa pri nevroloških pacientih. Poleg tega timsko delo v bolnišnicah pozitivno vpliva na prepričanja, občutke in učinkovitost fizioterapevtov (Noorizadeh Dehkordi et al., 2014). V terciarni zdravstveni dejavnosti je poleg sodelovanja pri vsakdanjem kliničnem delu in na rednih timskih sestankih sodelovanje nepogrešljivo tudi na področju izobraževalnega, strokovno-organizacijskega in znanstvenoraziskovalnega dela. Za pripravo študentov na prakso sodelovanja v timih in timskem delu je najpomembnejše vključevanje znanja in izkušenj zdravstvenih delavcev za informiranje o zdravstvenih odločitvah in sposobnost učinkovitega delovanja v skupinah in v različnih vlogah v raznih okoljih (Brack & Shields, 2019). Pri svojem delu so fizioterapevti zavezani etičnemu kodeksu (Združenje fizioterapevtov Slovenije, 2017), standardom kakovosti (Starc et al., 2023) in glede na zmožnosti k upoštevanju priporočil za fizioterapevtsko obravnavo (Puh, 2014). V skladu z veljavnimi Standardi kakovosti za fizioterapevtsko prakso so fizioterapevti zavezani sporočanju ustreznih informacij drugim strokovnjakom, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta, in prispevanju k medpoklicnemu učenju v timih zdravstvenih delavcev. Prav tako je sodelovanje nepogrešljivo pri razvoju zdravstvenih politik in sprejemanju odločitev na lokalni in nacionalni ravni (Starc et al., 2023), pri čemer je sodelovanje s stanovskimi reprezentativnimi organizacijami drugih zdravstvenih strok pogosto ključno pri doseganju zastavljenih ciljev organizacije.

Vse večja pojavnost kroničnih nenalezljivih bolezni in staranje prebivalstva terjata celostno zdravstveno oskrbo, ki jo lahko zdravstveni delavci in sodelavci, poleg prizadevanj posameznih avtonomnih strok, zagotavljajo samo z medpoklicnim sodelovanjem. Brez timskega dela v sodobnih zdravstvenih sistemih ni več mogoče zagotavljati kakovostnega in varnega zdravstvenega varstva.

LITERATURA

- Brack, P., & Shields, N. (2019). Short duration clinically-based interprofessional shadowing and patient review activities may have a role in preparing health professional students to practice collaboratively: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 446–55.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1543256>. Epub 2018 Nov 5.
- Noorizadeh Dehkordi, S., Dadashzadeh, L., Dadgoo, M., Shafaroodi, N., & Kamali, M. (2014). Experience of physiotherapists of teamwork results: A qualitative study. *Physical Treatments Journal*, 4(3), 161–8.
<https://ptj.uswr.ac.ir/article-1-180-en.pdf>
- Puh, U. (2014). Pomen kliničnih smernic v fizioterapiji. *Rehabilitacija*, 13(Supl 1), 25–30.
<http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-NYU1OVTH>
- Razširjen strokovni kolegij za fizioterapijo. (2013). Opis poklica fizioterapevt. *Fizioterapija*, 21(1), 64–71.
<https://physio.si/wp-content/uploads/2021/05/Opis-poklica-fizioterapevt.pdf>
- Starc, G., Zupančič, J., Zadnikar, M., Kacin, A., & Špoljar, J. (Eds.). (2023). Standardi kakovosti za fizioterapevtsko prakso. Združenje fizioterapevtov Slovenije.
- Združenje fizioterapevtov Slovenije. (2017). Kodeks etike fizioterapevtov. *Fizioterapija*, 25(1), 75–8.
<https://physio.si/wp-content/uploads/2021/05/Kodeks-etike-fizioterapevtov.pdf>

Andraž Šubic, dipl. zn.
Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Kirurška klinika, Centralni operacijski blok
andraz.subic@kclj.si

VLOGA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI TRANSPLANTACIJI SRCA

The role of the operating nurse in heart transplantation

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

577

IZVLEČEK

Operacijske medicinske sestre delujejo na področju perioperativne zdravstvene nege pri presaditvi srca. Presaditev srca zahteva sodelovanje multidisciplinarnega tima. Osrednja vloga operacijskih medicinskih sester pri presaditvi srca je skrb za varnost pacienta ter za tekoč in nemoten proces presaditve srca.

Ključne besede: presaditev srca, operacijska medicinska sestra, perioperativna zdravstvena nega, varnost

ABSTRACT

Surgical nurses work in the field of perioperative nursing in heart transplantation. Heart transplantation requires the cooperation of a multidisciplinary team. The central role of surgical nurses in heart transplantation is to ensure patient safety and a smooth and uninterrupted heart transplantation process.

Key words: heart transplantation, surgical nurse, perioperative nursing, safety

UVOD

Operacijske medicinske sestre (OPMS) so specialisti perioperativne zdravstvene nege (ZN) (AORN, 2014). Perioperativna ZN pacienta zajema zdravstveno oskrbo pred, med in po presaditvi srca, izvajajo jo operacijske medicinske sestre (OPMS) (Steelman, 2015). OPMS, ki sodelujejo pri operativnih posegih na področju kardiovaskularne kirurgije, v katero sodi tudi presaditev srca, morajo imeti visoko raven strokovnega znanja, izkušenj ter se stalno strokovno izpopolnjevati in izobraževati.

Cilj prispevka je predstaviti in opisati vlogo operacijskih medicinskih sester pri presaditvi srca.

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

VLOGA OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTER PRI PRESADITVI SRCA

Medoperativna zdravstvena nega zajema sprejem pacienta v operacijsko dvorano ter identifikacijo pacienta s strani multidisciplinarne ekipe (Goodman & Spry, 2014). Po anestezijski oskrbi in sedaciji, OPMS sodelujejo pri nameščanju pacienta v hrbtni položaj, z rokami ob telesu, kar je pomembno za samo presaditev srca, saj omogoča neovirano delo kirurške ekipe. OPMS nadzorujejo britje operativnega polja, če britje ni bilo izvedeno na oddelku ali pa je bilo nepopolno ter nadzorujejo ali namestijo nevtralno elektrodo za elektro-kirurški nož na pacientov glutealni predel. Pripravijo in preštejejo inštrumente in material za izvedbo presaditve srca. OPMS sodelujejo pri kirurškem razkuževanju operativnega polja. Pri presaditvi srca operativno polje zajema predel prsnega koša, trebuha, ingvinalni predel obojestransko, ter se nadaljuje vse do kolen. OPMS sodelujejo pri prekrivanju pacienta oz. operativnega polja s sterilnimi kompresami in kirurškimi seti za presaditev srca. Sledi kirurški rez in s tem začetek operativnega posega. Pri presaditvi srca kirurg izvede vzdolžno sternotomijo prsnega koša. Presaditev srca poteka na izven telesnem krvnem obtoku. Hitrost in varnost presaditve srca ter ohranjanje integritete sterilnosti je ključnega pomena, za kar so odgovorne OPMS s svojim poznavanjem in spremljanjem operativnega posega presaditve srca, ter kirurške ekipe (Požarnik, 2019). Med presaditvijo imajo OPMS na voljo veliko materiala in inštrumentov, le to morajo imeti ves čas pod nadzorom (Požarnik, 2016). Medtem pripravijo srce za presaditev. OPMS skrbijo za nemoteno zagotavljanje instrumentov in šivalnega materiala za šivanje anastomoz na srcu in za hemostazo (Požarnik, 2019). Pri zapiranju prsnega koša zopet preštejejo obvezilni material in inštrumente. OPMS oskrbijo kirurško rano na prsnem košu ter ocenijo stanje kože pacienta po končanem posegu presaditve. Varnost in zaščita pacienta med presaditvijo srca sta temeljna skrb OPMS (Žmauc, 2015).

ZAKLJUČEK

Presaditev srca je uveljavljena, uspešna metoda zdravljenja pri napredovanem srčnem popuščanju. Operacijske medicinske sestre imajo za izvajanje učinkovite in varne zdravstvene nege ter doseganja želenih rezultatov presaditve srca ključno vlogo in so nepogrešljiv del zdravstvenega tima.

LITERATURA

- AORN. (2014). Standards of perioperative nursing practices – of inpatient and ambulatory settings. *AORN Journal*, 3–42.
- Goodman, T., & Spry, C. (2014). Introduction to perioperative nursing. In T. Goodman & C. Spry (Eds.), *Essentials of perioperative nursing* (5th ed.) (pp. 1–7). Jones & Bartlett learning.
- Požarnik, T. (2016). Vloga operacijske medicinske sestre pri operativnih posegih na odprtem srcu. In I. Šumak (Ed.), *Vloga medicinske sestre pri pacientih s srčno-žilnimi in rakastimi obolenji: zbornik predavanj* (pp. 27–45). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju. <http://www.zbornica-zveza.si/sl/3-sekcija-medicinskih-sester-v-vzgoji-izobrazevanju>
- Požarnik, T., (Ed.). (2019). Perioperativna zdravstvena nega. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
- Steelman, V. M. (2015). Concepts basic to perioperative nursing. In J. C. Rothrock (Ed.), *Alexander's care of the patient in surgery* (14th ed.) (pp. 1–15). Elsevier/Mosby
- Žmauc, T. (2015). Aktivnosti operacijske zdravstvene nege pri preprečevanju pooperativnih okužb kirurških ran. In L. Fošnarič (Ed.), *Zagotavljanje kakovostne kirurške zdravstvene nege: znamo in zmoremo: zbornik predavanj z recenzijo* (pp. 64–75). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji.

Severina Štruc, dipl. bab.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec / OGIP / Porodna soba
struc.severin@gmail.com

RAZLIKE V PORODNIŠTVU MED RAZVITIMI IN TRETJIMI DRŽAVAMI: SLOVENIJA, ZAMBIJA, PERU

Differences in Obstetrics Between Developed and Third World Countries: Slovenia, Zambia, Peru

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

579

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

IZVLEČEK

Razlike v porodništvu med razvitimi in nerazvitimi državami so pomemben kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe in družbeno-ekonomskega razvoja. V razširjenem povzetku so analizirani pogoji in standardi porodniške oskrbe v Sloveniji, Zambiji in Peruju. Raziskava temelji na primerjalni analizi materinske umrljivosti, dostopnosti zdravstvenih storitev, strokovne usposobljenosti zdravstvenih delavcev in uporabe sodobnih medicinskih tehnologij. Predstavljene so razlike v izzivih, s katerimi se soočajo zdravstveni sistemi, ter možnosti za izboljšanje oskrbe v manj razvitih državah. Cilj raziskave je prispevati k širšemu razumevanju pomena dostopne in kakovostne porodniške oskrbe za zdravje mater in novorojenčkov. Raziskava ponuja vpogled v konkretne primere dobrih praks ter izpostavlja potrebne reforme v zdravstvenih sistemih manj razvitih držav.

Ključne besede: porodništvo, zdravstvena oskrba, materinska umrljivost, razvojne razlike, Slovenija, Zambija, Peru

ABSTRACT

Differences in obstetric care between developed and developing countries serve as a key indicator of healthcare quality and socio-economic development. This expanded summary

analyzes the conditions and standards of obstetric care in Slovenia, Zambia, and Peru. The research is based on a comparative analysis of maternal mortality, accessibility of medical services, professional qualifications of healthcare workers, and the application of modern medical technologies. The study highlights the challenges faced by healthcare systems and explores opportunities for improving maternal care in less developed countries. The aim is to contribute to a broader understanding of the importance of accessible and high-quality obstetric care for maternal and neonatal health. This research provides insight into best practices and necessary reforms to improve healthcare systems in underdeveloped regions.

Key words: obstetrics, health care, maternal mortality, development disparities, Slovenia, Zambia, Peru

UVOD

Porodništvo je eno izmed najpomembnejših področij zdravstvene oskrbe, saj neposredno vpliva na zdravje mater in novorojenčkov. Kakovost porodniške oskrbe se med državami močno razlikuje, kar je posledica različnih dejavnikov, kot so ekonomski razvoj, zdravstvena politika, dostopnost storitev in izobraženost zdravstvenega kadra. Slovenija kot razvita evropska država nudi visoko raven oskrbe, nizko materinsko umrljivost in širok dostop do sodobnih medicinskih tehnologij. Po drugi strani pa se Zambija in Peru kot predstavnici tretjega sveta soočajo s pomanjkanjem zdravstvenih virov, slabo dostopnostjo zdravstvenih storitev ter visokimi stopnjami materinske in perinatalne umrljivosti.

METODOLOGIJA

Raziskava temelji na primerjalni analizi obstoječe literature, statističnih podatkov Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), UNICEF-a in nacionalnih zdravstvenih poročil. Ključni dejavniki, ki so bili upoštevani, vključujejo:

- Materinsko in perinatalno umrljivost,
- Razpoložljivost zdravstvene infrastrukture,
- Dostopnost prenatalne in postnatalne oskrbe,
- Kvalifikacije in razpoložljivost zdravstvenega osebja,
- Kulturne in družbene dejavnike, ki vplivajo na odločitve o porodu.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Slovenija

Slovenija ima eno najnižjih stopenj materinske umrljivosti na svetu, kar je posledica dobro razvite zdravstvene infrastrukture, obveznega zdravstvenega zavarovanja ter visoke strokovne usposobljenosti zdravstvenega osebja. Nosečnice imajo dostop do brezplačnih prenatalnih pregledov, ultrazvoka in poroda v bolnišnici pod nadzorom izkušenih porodničarjev. Poleg tega sistem omogoča široko uporabo epiduralne analgezije, spremljanje poroda s CTG in hiter dostop do urgentnega carskega reza.

Zambija

Zambija se sooča z visokimi stopnjami materinske umrljivosti zaradi pomanjkanja zdravstvenih ustanov, nezadostnega števila usposobljenega kadra in omejenega dostopa do nujne me-

dicinske pomoči. Veliko porodov poteka na podeželskih območjih brez strokovne pomoči, kar povečuje tveganja za zaplete med porodom. Kljub prizadevanjem vlade in mednarodnih organizacij za izboljšanje zdravstvene oskrbe ostaja velik izziv zagotavljanje osnovnih sanitarnih pogojev in zadostne količine medicinske opreme.

Peru

Peru je v zadnjih desetletjih napredoval pri zmanjševanju materinske umrljivosti, vendar ostajajo razlike med urbani in ruralnimi področji. Medtem ko imajo prebivalci mest dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe, se ženske na podeželskih območjih pogosto zanašajo na tradicionalne babice, kar povečuje tveganje za zaplete. Vzpostavitev mobilnih zdravstvenih enot in usposabljanje babic predstavlja možnost za izboljšanje zdravstvene oskrbe.

ZAKLJUČEK

Primerjava Slovenije, Zambije in Peruja jasno pokaže, kako pomemben je dostop do kakovostne porodniške oskrbe za zdravje mater in otrok. Slovenija z napredno zdravstveno infrastrukturo in univerzalnim dostopom do zdravstvenih storitev predstavlja model uspešnega sistema porodniške oskrbe. Zambija in Peru se soočata s pomembnimi izzivi, vendar obstajajo možnosti za izboljšanje stanja, predvsem z vlaganjem v izobraževanje zdravstvenega osebja, izboljšanjem dostopa do zdravstvenih storitev in ozaveščanjem o pomembnosti prenatalne oskrbe.

LITERATURA

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2023). *Letno poročilo o materinski in perinatalni smrtnosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS. gov.si+2gov.si+2gov.si+2

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2023). *Statistični podatki o nosečnostih in porodih v Sloveniji*. NIJZ. podatki.nijz.si

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). (2023). *Maternal mortality: Levels and trends 2000–2023*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

Smith, J., & Brown, L. (2021). *Healthcare Disparities in Obstetrics: A Comparative Analysis of Developed and Developing Nations*. *Journal of Global Health*, 15(3), 45–62.

UNICEF. (2022). *Improving Maternal Health in Developing Countries*. UNICEF. gov.si



ZNANSTVENI IN
STROKOVNI

porzetti

Tatjana Trotovšek¹
Marjeta Berkopec²
pred. dr. Manca Pajnič³
dr. Mirjam Ravljen⁴
viš. pred. Robert Sotler⁵
Tomaž Pajnič⁶

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

²Splošna bolnišnica Novo mesto

tatjana.trovsek@zf.uni-lj.si

PREDSTAVITEV PROJEKTA CLINICALMODELLING

ClinicalModelling Project Presentation

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

583

RAZŠIRJEN POVZETEK

Uvod

Erasmus+ KA2 projekt *ClinicalModelling - Pristop video modeliranja, uporabljen za začetni in stalni poklicni razvoj kirurških ekip* (projekt št. 101111665), je namenjen vzpostavitvi in zagotavljanju mentoriranja na daljavo ter video modeliranja za krepitev kompetenc študentov, medicinskih sester in kirurgov v operativni dejavnosti. Konzorcij sestavlja devet partnerjev iz Portugalske, Španije, Poljske in Slovenije, projekt pa se izvaja v visokošolskih ustanovah, bolnišnicah in podjetjih iz zdravstvenega sektorja. Iz Slovenije v projektu sodelujeta Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani in Splošna bolnišnica Novo mesto (ClinicalModelling consortium, 2024a).

Cilji projekta:

1. Zagotoviti zdravstvenemu osebju (kirurgom, medicinskim sestram) tehnično opremo (pametna očala, programsko podporo) in ustrezna navodila za podporo učnim procesom z metodami video modeliranja in samomodeliranja.
2. Usposobiti visokošolske učitelje in mentorje za podporo študentom pri uporabi pametnih očal v okviru simulacij in praktičnega usposabljanja.
3. Krepitev socialno-čustvenih kompetenc študentov s spodbujanjem vseživljenjskega učenja.
4. Razviti in preizkusiti nove učne vsebine in študije primerov za študente zdravstvenih programov na vseh stopnjah študija.
5. Vzpostaviti pogoje za širšo implementacijo inovativnega pristopa k poučevanju v slovenskem visokošolskem prostoru ter pripraviti temelje za prenos dobrih praks (ClinicalModelling consortium, 2024a).

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

V hitro razvijajočem se zdravstvenem okolju, kjer tehnologija in medicina napredujeta hitreje kot kadarkoli prej, je učenje s pomočjo tehnologij postalo ključno sredstvo v procesu izobraževanja in stalnega strokovnega razvoja zdravstvenih delavcev. Učenje in usposabljanje s pomočjo tehnologij presega tradicionalna pasivna predavanja in študijske materiale ter se usmerja v bolj interaktivne in privlačne učne izkušnje, ki ustrezajo različnim učnim stilom udeležencev (Alenezi, 2023).

Interaktivna spletna video predavanja in spletni seminarji izboljšujejo aktivno učenje, sodelovanje in pomnjenje pri študentih medicine, specializantih in kliničnih zdravnikih (Ismail et al., 2021).

Projekt uporabe pametnih očal za pripravo izobraževalnih vsebin omogoča povratne informacije v realnem času in možnost izboljšav. Pametna očala imajo vgrajene kamere in senzorje, ki snemajo videoposnetek v živo z uporabnikovega zornega kota, kar omogoča inštruktorjem ogled dejavnosti v realnem času ali izvajanje telementorstva pozneje (Barcala-Furelos et al., 2023). Video modeliranje in tehnike video samomodeliranja zagotavljajo jasne vizualne demonstracije in priložnosti za samoocenjevanje, kar zdravstvenim delavcem omogoča nenehno izpopolnjevanje njihovih spretnosti.

Osrednji del projekta *ClinicalModelling* je zavezanost etičnim in pravnim standardom. Uporaba pametnih očal in video tehnologije v kliničnih okoljih zahteva strogo skladnost s predpisi o zasebnosti in varnosti podatkov za zaščito pacientove zaupnosti. Projekt zagotavlja, da so vse aktivnosti v skladu s Splošno uredbo o varstvu podatkov (GDPR) in drugimi relevantnimi zakoni, s čimer se ohranjajo najvišji standardi zasebnosti in zaupanja pacientov (ClinicalModelling consortium, 2024a).

V središču etičnih načel projekta je pridobitev informiranega soglasja. Pacienti in vsi udeleženci morajo biti v celoti seznanjeni in soglašati s snemanjem in vključevanjem v dejavnosti, razumeti namen, uporabo in shranjevanje video vsebin. Ta preglednost krepi zaupanje in spoštuje pacientovo avtonomijo.

Tehnike anonimizacije so ključnega pomena pri varovanju identitete pacientov. Ti ukrepi zagotavljajo, da se izobraževalne vsebine lahko uporabljajo brez ogrožanja zasebnosti pacientov. Postopke snemanja je treba skrbno načrtovati, da se zagotovi najvišja kakovost in etična skladnost. Proces videomontaže igra pomembno vlogo, saj omogoča pretvorbo surovih posnetkov v privlačno, a hkrati obvladljivo vsebino. Pri tem se posebna pozornost namenja anonimizaciji, saj je ključnega pomena za zagotavljanje pravne in etične skladnosti.

Rezultati projekta bodo predstavljeni v obliki priročnikov, orodij in izobraževalnih sredstev, vključno z referenčnimi knjigami, orodji za usposabljanje in katalogi učnih ur. Dejavnosti vključujejo strokovna posvetovanja, tečaje usposabljanja, pilotne teste, srečanja in dogodke vzajemnega učenja.

Zaključek

Projekt predstavlja pomemben mejnik v izobraževanju zdravstvenega osebja, saj združuje sodobno tehnologijo z visokimi etičnimi standardi. Postavlja nove smernice za prihodnost, kjer se tehnologija prepleta z zdravstveno nego. S podrobnimi navodili za uporabo pametnih očal, video tehnologije in inovativnimi pedagoškimi metodami omogoča interaktivno, učinkovito izobraževanje in stalno izboljševanje spretnosti pri študentih in zdravstvenem osebju. S pomočjo pametnih očal projekt spreminja način poučevanja in učenja kliničnih spretnosti in omogoča še več inovativnih pristopov, ki bodo lahko oblikovali sodobne pristope pri izobraževanju v zdravstveni negi in medicinskem usposabljanju.

Ključne besede: video modeliranje, mentoriranje na daljavo, pametna očala

EXTENDED SUMMARY

Introduction: The Erasmus+ KA2 *ClinicalModelling Project - Video-modelling Approach Applied to the Initial and Continuous Professional Development of Surgery Teams* (Project 101111665) aims to provide remote mentoring and video modelling to enhance the competencies of students, nurses, and surgeons in surgical settings. The consortium consists of nine organizations from Portugal, Spain, Poland, and Slovenia. The project is implemented in higher education institutions, hospitals, and healthcare sector companies. From Slovenia, the consortium members include the University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, and the General Hospital Novo Mesto (ClinicalModelling consortium, 2024a).

Project objectives:

1. Provide healthcare professionals (surgeons, nurses) with technical equipment (smart glasses, software support) and appropriate guidelines to support learning processes through video modeling and self-modeling methods.
2. Train higher education teachers and mentors to support students in using smart glasses within simulation settings and practical training.
3. Enhancing students social-emotional competencies through the promotion of lifelong learning
4. Develop and test new learning content and case studies for students in healthcare programs at all levels of study.
5. Establish the conditions for broader implementation of the innovative teaching approach within the Slovenian higher education system and lay the foundations for the transfer of best practices (ClinicalModelling consortium, 2024a).

In the evolving landscape of healthcare, where technology and medicine are advancing faster than ever, digital learning has become an essential asset for the continuous development of healthcare professionals. Digital learning moves beyond the traditional passive lectures and study materials, into more interactive engaging experiences that cater to the diverse learning styles and preferences of modern learners (Alenezi, 2023).

Interactive online video lectures and webinars enhance the active learning, engagement, and retention in medical students, residents, and practicing clinicians (Ismail et al., 2021).

The project to use of smart glasses to generate educational content allows real-time feedback and the possibility of improving.

Smart glasses have built-in cameras and sensors which records live video-feed of whatever the users see from their point of view, to enabling instructors to view an activity live while simultaneously streaming live or conduct a telementoring activity at a later point in time (Barcala-Furelos et al., 2023).

Video modelling and video selfmodelling techniques, provide clear visual demonstrations and opportunities for self-assessment, enabling healthcare professionals to refine their skills continually.

Central to the ClinicalModelling project is an unwavering commitment to ethical and legal standards. The use of smart glasses and video technology in clinical settings requires rigorous compliance with privacy and data security regulations to protect patient confidentiality. The project ensures that all activities adhere to the General Data Protection Regulation (GDPR) and other relevant laws, thereby maintaining the highest standards of patient privacy and trust (ClinicalModelling consortium, 2024a).

At the core of the project's ethical principles is obtaining informed consent. Patients, and all participants, must be fully aware of and consent to being recorded and involved in all the activities, understanding the purpose, use, and storage of the video content. This transparency fosters trust and respects patient autonomy.

Anonymization techniques are also critical in protecting patient identity. These measures are essential for maintaining confidentiality and ensuring that educational content can be used without compromising patient privacy.

Recording procedures ought to be carefully planned to ensure the highest standards of quality and ethical compliance.

The process of video editing also plays a very important role in the project, as it allows transforming raw footage into engaging, but also manageable content. In this process, anonymization is given particular attention, due to its crucial importance in the process of ensuring legal and ethical compliance.

The project's outcomes will be delivered through various manuals, toolkits, and educational assets, including reference books, training toolkits, and catalogues of lessons. Activities include expert consultations, training courses, pilot tests, community meetings, and peer learning events.

Conclusion

The project represents an important milestone in the education of healthcare professionals, as it combines modern technology with high ethical standards. It sets new guidelines for the future, where technology intertwines with healthcare. Through detailed instructions on the use of smart glasses, video technology, and innovative pedagogical methods, it enables interactive, effective education and continuous skill development for students and healthcare professionals. By incorporating smart glasses, the project is transforming the way clinical skills are taught and learned, allowing for even more innovative approaches that have the potential to shape modern practices in nursing education and medical training.

Key words: video modeling, remote mentoring, smart glasses

LITERATURA

Alenezi, M. (2023). Digital Learning and Digital Institution in Higher Education. In *Education Sciences* (Vol. 13, Issue 1, p. 88). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/educsci13010088>

Barcala-Furelos, R., Aranda-García, S., Otero-Agra, M., Fernández-Méndez, F., Alonso-Calvete, A., Martínez-Isasi, S., Greif, R., & Rodríguez-Núñez, A. (2023). Are smart glasses feasible for dispatch prehospital assistance during on-boat cardiac arrest? A pilot simulation study with fishermen. *Internal and emergency medicine*, 18(5), 1551–1559. <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03251-6>

ClinicalModelling consortium. (2024a). D2.1 - Reference book on ensuring ethical standards and technical requirements (2nd Version). ClinicalModelling Project Consortium - Video-modelling Approach Applied to the Initial and Continuous Professional Development of Surgery Teams (Project 101111665). Co-Funded by the European Union through the Erasmus+ Program. <https://clinical-modelling.eu/products/>

ClinicalModelling consortium. (2024b). Manual on using smart glasses in clinical practice - An approach on using smart glasses in clinical practice for educational purposes (1st version). ClinicalModelling Project Consortium - Video-modelling Approach Applied to the Initial and Continuous Professional Development of Surgery Teams (Project 101111665). Co-Funded by the European Union through the Erasmus+ Program. <https://clinical-modelling.eu/products/>

Ismail, I. I., Abdelkarim, A., & Al-Hashel, J. Y. (2021). Physicians' attitude towards webinars and online education amid COVID-19 pandemic: When less is more. In I. Ashkenazi (Ed.), *PLOS ONE* (Vol. 16, Issue 4, p. e0250241). Public Library of Science (PLoS). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250241>

Usnija Aliti, dipl. m. s. s specialnimi znanji¹
Merima Ameti, dipl. m. s, mag. zdr. neg.²
red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.³

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana

²Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

³Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

merima1969@gmail.com

VPELJAVA KLINIČNIH SPECIALIZACIJ ZA PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE

The implementation of clinical specialisations in nursing

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

587

RAZŠIRJENI POVZETEK

Klinični specialisti imajo napredna znanja, ki omogočajo bolj kakovostno, varno in celostno oskrbo pacientov v kliničnih okoljih. Trenutno v Sloveniji nimamo programa kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege, čeprav ti omogočajo boljše kakovost življenja pacientov, zmanjšanje stroškov zdravstvene obravnave, razbremenitev zdravnikov specialistov in napredek zdravstvene nege kot stroke. Namen prispevka je preučiti načine vpeljave kliničnih specializacij in temeljne dejavnike za začetek vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Cilja sta bila dva, in sicer: 1.) ugotoviti, kateri ukrepi so pomembni za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege in 2.) ugotoviti, kdo so nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege. V raziskavi smo uporabili kvalitativno metodo dela s tehniko intervjuvanja. Uporabljen je bil polstrukturiran vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi pregleda literature. Raziskavo smo izvedli med tremi intervjuvankami, ki so imele bodisi specialna bodisi napredna znanja. Intervjuji so bili izvedeni maja 2024 zunaj delovnega okolja in v prostem času sodelujočih v raziskavi.

Klinična specializacija v zdravstveni negi je pomembna predpostavka prihodnjega razvoja te stroke, saj omogoča poglobljeno znanje in veščine na specifičnih področjih zdravstvene nege (Skela-Savič, 2017). Uvajanje kliničnih specializacij zagotavlja višje minimalne standarde na področju prakse zdravstvene nege in izobraževanja, saj je za pridobitev te potreben strokovni magisterij, ki je osredinjen na specialne klinične vsebine. Pridobivanje slednjih ne temelji le na

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

teoretičnem, študijskem procesu, temveč je od izvajalcev zdravstvene nege pričakovano, da imajo obsežna specialna in klinična usposabljanja (European Specialist Nurses Organisations – ESNO, 2015; International Council of Nurses – ICN; 2020, Skela-Savič, 2020). Vloga kliničnih specialistk in specialistov je ključna pri uspešnem delovanju procesov v zdravstvenih ustanovah, saj so to izvajalci zdravstvene nege z naprednim strokovnim znanjem, ki presega splošno zdravstveno nego in so pooblaščen za opravljanje zahtevnejših dejavnosti na specializiranih področjih, ki so trenutno večinoma v domeni zdravnikov specialistov (Wu et al., 2021).

Ugotovili smo, da je za uspešno vpeljavo kliničnih specializacij treba sprejeti pravilnike in smernice na nacionalni ravni, kar je osnova za nadaljnji razvoj. Obenem je prepoznana vloga strokovnjakov na njihovem strokovnem področju (na primer paliativna nega) kot nosilcev vpeljave kliničnih specializacij v zdravstveno nego. Ti morajo imeti tako teoretično kot praktično znanje, ki so ga v preteklosti pridobivali na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Vsekakor pa je vzbujanje zavedanja oz. promocije poklica kliničnih specialistov na izvajalcih zdravstvene nege, ki imajo strokovne kompetence, mehke veščine, veščine kritičnega razmišljanja in željo po kontinuiranem izpopolnjevanju oz. usposabljanju.

Raziskava predstavlja pomemben prispevek k razvoju področja kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege, saj tovrstnih v Sloveniji ni. V prihodnje je raziskavo smiselno razširiti med večje število izvajalcev zdravstvene nege z naprednimi znanji, saj so v raziskavo vključili le tri intervjuvanke. Na podlagi spoznanj je smiselno razviti model oz. načrt vpeljave kliničnih specializacij, ki bo slonel na značilnostih slovenskega zdravstvenega sistema.

Ključne besede: ukrepi, nosilci, napredna zdravstvena nega, znanje, specialnost

EXTENDED SUMMARY

Clinical specialists have advanced skills that enable better quality, safer and more integrated patient care in clinical settings. At present, Slovenia does not have a clinical specialisation programme in nursing, despite the fact that these allow for a better quality of life for patients, a reduction in the cost of healthcare, a reduction in the workload of specialist doctors and the advancement of nursing as a profession. The aim of this paper is to examine the ways in which clinical specialisations have been introduced and the underlying factors for the introduction of clinical specialisations in nursing in Slovenia. The objectives were twofold, namely: 1.) to identify the measures that are important for the introduction of clinical specialisations in nursing, and 2.) to identify the drivers for the introduction of clinical specialisations in nursing. The study used a qualitative method of interviewing. A semi-structured questionnaire was used, based on a literature review. The survey was conducted among three female interviewees who had either specialist or advanced knowledge. The interviews were conducted in May 2024, outside the work environment and during the leisure time of the study participants.

Clinical specialisation in nursing is an important prerequisite for the future development of the nursing profession, as it provides in-depth knowledge and skills in specific areas of nursing (Skela-Savič, 2017). The introduction of clinical specialisation ensures higher minimum standards in nursing practice and education, as it requires a professional master's degree that focuses on specialised clinical content. The acquisition of the latter is not only based on a theoretical, academic process, but nursing practitioners are expected to have extensive specialised and clinical training (European Specialist Nurses Organisations - ESNO, 2015; International Council of Nurses - ICN; 2020, Skela-Savič, 2020). The role of clinical specialists is crucial for

the successful functioning of processes in healthcare settings, as they are healthcare providers with advanced expertise beyond general nursing and are empowered to perform more complex activities in specialised areas that are currently mostly the domain of specialist physicians (Wu et al., 2021).

We found that the successful introduction of clinical specialisations requires the adoption of regulations and guidelines at national level to provide a basis for further development. At the same time, the role of experts in their field of expertise (e.g. palliative care) as promoters of the introduction of clinical specialisations in nursing is recognised. They should have both the theoretical and practical knowledge that they have acquired in the past at all levels of healthcare. However, it is up to healthcare providers who have professional competences, soft skills, critical thinking skills and a desire for continuous improvement or training to raise awareness or promote the profession of clinical specialists.

The study is an important contribution to the development of clinical specialisations in nursing, as there are none in Slovenia. In the future, it is worthwhile to extend the survey to a larger number of advanced nursing practitioners, as only three interviewees were included in the study. Based on the findings, it is reasonable to develop a model or plan for introducing clinical specialisations based on the characteristics of the Slovenian healthcare system.

Key words: measures, carriers, advanced nursing care, knowledge, specialty.

LITERATURA

European Specialist Nurses Organisations – ESNO. (2015). *Clinical nurse specialist competencies (CNS): a common pipeline of competencies for the common training framework of each specialty*. European Specialist Nurses Organisations. https://esgena.org/assets/downloads/pdfs/general/esgena_esno_statement_competences.pdf

International Council of Nurses – ICN. (2020). *Guidelines on advanced nursing practice*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_APN%20Report_EN.pdf

Skela-Savič, B. (2017). Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 51(4), 274–297. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.199>

Skela-Savič, B. (2020). It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 54(1), 4–11. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.3023>

Wu, C., Wu, P., Li, P., Cheng, F., Du, Y., He, S., & Lang, H. (2021). Construction of an index system of core competence assessment for infectious disease specialist nurse in China: a Delphi study. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 791. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06402-2>

doc. dr. Helena Kristina Halbwachs

SeneCura Kliniken und Heimebetriebsgesellschaft m.b.H, Dunaj, Avstrija

h.halbwachs@senecura.si

UVAJANJE REFERENTOV ZA ETIKO V DOLGOTRAJNI OSKRBI – ŠTUDIJA PRIMERA

Introducing Ethics Representatives in Long-Term Care - A Case Study

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

590

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: Etične dileme so v institucionalni dolgotrajni oskrbi pogosto prisotne ter vse bolj kompleksne. Pogosto postavljajo izvajalce zdravstvene nege in ostale sodelavce pred težke odločitve, ki ne vključujejo le znanstvenih in strokovnih dejavnikov, temveč tudi moralne vrednote, etična načela in zakonske okvirje (Haahr, Norlyk, Martinsen & Dreyer, 2020; Podgorica, Flatscher-Thöni, Deufert, Siebert & Ganner, 2021). Raziskave kažejo, da zaposleni v dolgotrajni oskrbi pogrešajo zadostno podporo vodstva ter strukturirane priložnosti za etične razprave (Munkeby, Moe, Bratberg, & Devik, 2021). V šestih domovih starejših smo zato po vzoru modelov iz tujine v letu 2023 projektno uvedli referente (svetovalce) za etiko. Namen naše študije primera je predstaviti proces njihove vzpostavitve ter najpogostejše etične dileme in izzive, s katerimi se referenti srečujejo. **Glavni del:** V zdravstvenih ustanovah veliko razvitih držav je prisotnost referentov za etična vprašanja že ustaljena praksa, ponekod zahtevana tudi preko pravnih podlag. Možnost posvetovanja z njimi cenijo tako zdravstveni delavci kot tudi pacienti in svojci (Haltaufderheide, Nadolny, Vollmann & Schildmann, 2022). Tudi v dolgotrajni oskrbi se kaže vse večja potreba po etični podpori (van der Dam, Molewijk, Widdershoven & Abma, 2014; Akdeniz, Yardimci & Kavukcu, 2021; Ballegaard, Meyer, Dindler & Albrechtslund, 2025). V šestih domovih starejših v Sloveniji, ki pripadajo isti skupini, smo se odločili za uvedbo koncepta etičnih referentov, kar prikazujemo v pričujoči študiji primera s pomočjo kvalitativne metodologije. Podatki so bili zbrani z analizo dokumentacije, pri čemer je vzorec predstavljala projektna dokumentacija, dokumentacija izobraževanj ter kvartalnih sestankov

1 5 · K O N G R E S

etičnih referentov. Podatke smo obdelali z deskriptivno metodo. V prvi fazi projekta je bila na nacionalni ravni imenovana etična referentka iz lastnih vrst, z izkušnjami in referencami na področju raziskovanja ter praktičnega delovanja v etiki zdravstvene nege. Za opravljanje vloge se je udeležila dodatnega usposabljanja v tujini. V naslednji fazi so bili v posameznih domovih imenovani referenti za etiko, pri čemer so bile za to vlogo izbrane direktorice zdravstvene nege kot najprimernejše nosilke tega odgovornega področja. Referentke za etiko so bile deležne začetnega ter nato še dodatnega usposabljanja za novo vlogo. Usposabljanje je vključevalo strukturirano naslavljanje etičnih dilem in razreševanje s pomočjo modela etičnega odločanja, ob tem pa je bila uvedena tudi standardizirana dokumentacija za tovrstne razprave. Ena prvih nalog referentk za etiko je bila vzpostavitev delovnega okolja, v katerem se etična vprašanja kontinuirano obravnavajo in odprto naslavlajo. To so dosegle s pomočjo edukacij in sistematičnim vključevanjem etičnih tem v strokovne razprave. V vseh šestih domovih starejših so referentke za etiko od uvedbe koncepta izvedle vsaj tri interne edukacije s področja etike in začele z ozaveščanjem tem etike na način, da se o tem zaposleni vsakodnevno pogovarjajo na timskih sestankih. Ena izmed metod ozaveščanja je bila tudi skrb za stalno dostopnost kodeksov etike v zdravstveni negi, ki so na voljo v prostorih, kjer se zadržujejo medicinske sestre oz. izvajalci zdravstvene nege. Nacionalna referentka za etiko na kvartalnih sestankih razpravlja z referentkami iz domov o etičnih dilemah, ki se pojavljajo v njihovih ustanovah. Zasedili smo, da se najpogostejše etične dileme povezujejo z načelom avtonomije (kako spoštovati želje stanovalcev kljub njihovim omejitvam), načelom dostojanstva (zagotavljanje spoštljive obravnave, zlasti pri intimnih dejavnostih) ter načelom zasebnosti (posredovanje informacij svojcem in bližnjim). Veliko pozornosti je bilo posvečeno prepoznavanju in preprečevanju različnih vrst nasilja, vlogi svojcev ter kompleksnim odločitvam v povezavi s paliativno oskrbo. V praksi je bila manj uspešna uporaba strukturiranega modela za etično odločanje, saj je bil do zdaj uporabljen le v eni situaciji. **Zaključek:** Uvedba referentov za etiko se je v svetu izkazala kot učinkovita strategija za izboljšanje obravnave etičnih vprašanj v dolgotrajni oskrbi (van der Dam et al., 2014). Referenti za etiko se aktivno vključujejo v prepoznavanje in reševanje etičnih dilem, pomagajo pri njihovi analizi v smislu naslavljanja etičnih načel ter spodbujajo refleksijo udeležencev za bolj konstruktivno reševanje etičnih dilem (Haltaufderheide et al., 2022). Naše začetne izkušnje kažejo, da lahko tovrstna podpora prispeva k ozaveščanju zaposlenih, prepoznavanju etičnih vprašanj ter opolnomočenju zaposlenih pri spoprijemanju z etičnimi izzivi. Največja ovira pri uvajanju koncepta in strukturiranih razprav so aktualni kadrovske izzivi. Umestna bi bila poglobljena raziskava o učinkovitosti koncepta ter o nadaljnjih potrebah na področju prepoznavanja in reševanja etičnih dilem. Smiselno bi bilo, da bi več zdravstvenih ustanov v Sloveniji implementiralo referente/svetovalce za etiko v svoje vrste.

Ključne besede: etika, svetovanje, etične dileme, domovi starejših

EXTENDED SUMMARY

Introduction: Ethical dilemmas are common and increasingly complex in institutional long-term care. They often place nursing staff and other professionals in difficult decision-making situations that go beyond scientific and professional considerations, encompassing moral values, ethical principles, and legal frameworks (Haahr, Norlyk, Martinsen & Dreyer, 2020; Podgorica, Flatscher-Thöni, Deufert, Siebert & Ganner, 2021). Research indicates that employees in long-term care lack sufficient managerial support and structured opportunities for ethical discussions (Munkeby, Moe, Bratberg, & Devik, 2021). In response, we introduced ethics

consultants in six nursing homes in 2023, following international models. The aim of this case study is to present the process of their implementation and the most frequent ethical dilemmas and challenges they face. **Main Section:** In healthcare institutions across many developed countries, the presence of ethics consultants is an established practice, in some cases even legally required. The possibility of consulting with them is valued by healthcare professionals, patients, and their families alike (Haltaufderheide, Nadolny, Vollmann & Schildmann, 2022). Similarly, in long-term care, there is an increasing need for ethical support (van der Dam, Molewijk, Widdershoven & Abma, 2014; Akdeniz, Yardımcı & Kavukcu, 2021; Ballegaard, Meyer, Dindler & Albrechtslund, 2025). In six Slovenian nursing homes belonging to the same group, we decided to introduce the concept of ethics consultants, which we present in this case study using qualitative methodology. The data was collected through document analysis, including project documentation, training materials, and quarterly ethics consultant meetings. The data was processed using a descriptive method. In the first phase of the project, a national ethics consultant was appointed from among internal staff members, chosen for their experience and research background in nursing ethics. This consultant attended additional training abroad to prepare for the role. In the next phase, ethics consultants were appointed in each nursing home, with the directors of nursing selected as the most suitable candidates for this responsible role. These ethics consultants underwent initial and additional training for their new role, which included structured approaches to ethical dilemmas and decision-making using an ethical decision-making model. Standardized documentation was also introduced for these discussions. One of the first tasks of the ethics consultants was to establish a work environment where ethical issues are continuously discussed and openly addressed. They achieved this through educational initiatives and by systematically integrating ethical topics into professional discussions. Since the introduction of the concept, ethics consultants in all six nursing homes have conducted at least three internal ethics education sessions and have begun raising awareness by encouraging daily discussions on ethics during team meetings. Another awareness-raising method involved ensuring constant access to nursing ethics codes in areas frequently used by nurses and other healthcare providers. The national ethics consultant holds quarterly meetings with the nursing home ethics consultants to discuss emerging ethical dilemmas in their institutions. The most common ethical dilemmas identified relate to the principle of autonomy (how to respect residents' wishes despite their limitations), the principle of dignity (ensuring respectful care, particularly in intimate activities), and the principle of privacy (handling the disclosure of information to family members and loved ones). Considerable attention has also been given to recognizing and preventing various forms of abuse, addressing the role of family members, and making complex decisions related to palliative care. However, the use of structured ethical decision-making model has been less successful, as it has been applied in only one case so far. **Conclusion:** The introduction of ethics consultants has proven to be an effective strategy for addressing ethical issues in long-term care worldwide (van der Dam et al., 2014). Ethics consultants actively engage in identifying and resolving ethical dilemmas, assist in analyzing them through ethical principles, and encourage participant reflection for more constructive decision-making (Haltaufderheide et al., 2022). Our initial experience suggests that such support can contribute to staff awareness, better recognition of ethical issues, and greater empowerment in addressing ethical challenges. The main obstacle in implementing this concept and structured discussions has been current staffing shortages. A more in-depth study on the effectiveness of this approach and further needs in recognizing and addressing ethical dilemmas would be

SKUPAJ ŠE MOČNEJŠI!

593

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMENB

- Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE open medicine*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
- Ballegaard, S. A., Meyer, A., Dindler, C., & Albrechtslund, A. (2025). Infrastructuring ethical use of surveillance technology in dementia care. *CoDesign*, 21(1), 95-117. <https://doi.org/10.1080/15710882.2024.2370287>
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing ethics*, 27(1), 258-272. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>
- Haltaufderheide, J., Nadolny, S., Vollmann, J., & Schildmann, J. (2022). Framework for evaluation research on clinical ethical case interventions: the role of ethics consultants. *Journal of Medical Ethics*, 48(6), 401-406. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107129>
- Munkeby, H., Moe, A., Bratberg, G., & Devik, S. A. (2021). 'Ethics between the lines'—nurses' experiences of ethical challenges in long-term care. *Global Qualitative Nursing Research*, 8. <https://doi.org/10.1177/23333936211060036>
- Podgorica, N., Flatscher-Thöni, M., Deufert, D., Siebert, U., & Ganner, M. (2021). A systematic review of ethical and legal issues in elder care. *Nursing ethics*, 28(6), 895-910. <https://doi.org/10.1177/0969733020921488>
- van der Dam, S., Molewijk, B., Widdershoven, G. A., & Abma, T. A. (2014). Ethics support in institutional elderly care: a review of the literature. *Journal of medical ethics*, 40(9), 625-631. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101295>

Maruša Brcar, dipl. fiziot.,
Marko Brcar, dipl. fiziot.,
doc. dr. Nataša Kos, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine
UKC Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo
marusa.brcar@kclj.si

VADBA ZA POVRNITEV RAVNOTEŽJA JE UČINKOVITA POT IZ BOLNIŠNICE V DOMAČE OKOLJE

Balance exercises effectively aid the transition from hospital to home

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: Operativna odstranitev vestibularnega tumorja prizadene pacientov ravnotežni sistem, kar se kaže kot kombinacija vrtoglavice, slabosti, motenj vida in gibanja oči ter nestabilnosti telesa med hojo (Korda et al., 2022). Individualno prilagojena ravnotežna rehabilitacijska terapija je dinamično-kognitivni proces, s katerim želimo ob podpori ustreznih zdravil vplivati na sposobnost spontane reaktivacije osrednjega živčnega sistema. Z dinamično uvedbo ponavljajočega se gibanja oči, glave in telesa v položajih sede, stoje in med hojo, ki vključuje vsakodnevne gibalne naloge, želimo ovrednotiti pacientovo ohranjanje in prilagajanje telesa na različne dejavnike tveganja za padce, ki izvirajo iz telesa (notranji) ali pa iz okolja (zunanji) (Tramontano et al., 2021). Namen raziskave je bil ugotoviti učinke specifično usmerjene ravnotežne vadbe na izboljšanje pacientove funkcionalne izvedbe hoje, ocenjene po lestvici za oceno funkcionalnosti hoje (angl. Functional Gait Assessment - FGA). **Metode:** FGA lestvica je štiristopenjska in ocenjuje 10 zapletenih kognitivno-gibalnih funkcijskih nalog, in sicer opredeljuje: hojo po ravnem, hojo s spremembo hitrosti, hojo z obračanjem glave v horizontalni ravnini, hojo z nagibi glave v vertikalni ravnini, hojo in obrat na mestu, prestopanje ovire, hojo po zmanjšani podporni ploskvi – tandemsko hojo, hojo z zaprtimi očmi, hojo nazaj in hojo po stopnicah. Po navedbah v literaturi vrednosti nižje od 22 točk od skupnih 30 možnih pomenijo

hudo do zmerno okvaro dinamičnega ravnotežja in visoko ogroženost za padce, vrednosti višje od 22 točk pa pomenijo blago okvaro dinamičnega ravnotežja in minimalno ogroženost za padce. Najmanjša klinično pomembna sprememba med dvema meritvama FGA, ki opredeljuje rehabilitacijski napredek v funkcionalnosti hoje, po literaturi znaša 5 točk (Karabin, Sparto, Rosano, & Redfern, 2022). V naših predhodnih raziskavah je bilo vključenih 50 pacientov (22 moških in 28 žensk, s povprečno starostjo $47,3 \pm 7,8$ let) po enostranski operativni odstranitvi vestibularnega švanoma, ki so v času 14-dnevnega bolnišničnega okrevanja opravljali vaje s poudarkom na premikanju oči, glave in telesa sede, stoje in med hojo. Po odpustu iz bolnišnice v domače okolje so pacienti nadaljevali z ravnotežnimi vajami. Pri pacientih smo funkcionalnost hoje po lestvici FGA ovrednotili pred odpustom iz bolnišnice v domače okolje ter po treh mesecih od operativnega posega. **Rezultati:** Individualna analiza rezultatov nalog FGA ob odpustu iz bolnišnice je pokazala, da so imeli vsi pacienti hude motnje proprioceptivnega sistema (hoja nazaj, tandemska hoja, hoja z zaprtimi očmi ter hoja čez ovire) in zmerne do hude okvare vestibularnega sistema (hoja z obračanjem glave v navpični in vodoravni ravnini). Prav tako so bili vsi pacienti ob odpustu v domače okolje ogroženi za padce, saj so dosegli manj kot 22/30 točk. Po treh mesecih so vsi pacienti dosegli statistično pomembno spremembo ($p < 0,05$) in prav tako klinično pomembno spremembo 5 točk v izboljšanju dinamične prilagoditve telesa med izvedbo funkcionalne hoje (Kos, Brcar, & Velnar, 2020; Kos et al., 2024). **Diskusija in zaključek:** Ravnotežna vadba je pri našem vzorcu pacientov pozitivno vplivala na izvedbo gibalnih nalog, ki zahtevajo povečane ravnotežne sposobnosti med hojo ter tako zmanjšajo ogroženost za padce. Boljše ravnotežje pacientov pa posledično vpliva na zmanjšano obremenjenost negovalnega osebja, ki sodeluje v kritični fazi poboljšanih rehabilitacije in krajšo hospitalizacijo.

Ključne besede: motnje ravnotežja, ravnotežna vadba, lestvica FGA, funkcionalna hoja

EXTENDED SUMMARY

Introduction: The surgical removal of a vestibular tumor disrupts the patient's balance system, resulting in symptoms such as dizziness, nausea, visual disturbances, and instability while walking (Korda et al., 2022). Individualized rehabilitation therapy is essential for restoring central nervous system function, with support from appropriate medications. Our goal was to evaluate how effectively patients manage fall risk factors from both internal (body) and external (environmental) sources. We observed the dynamic movements of the eyes, head, and body during various activities, including sitting, standing, walking, and performing daily tasks. (Tramontano et al., 2021). The study also aimed to assess the impact of specific balance training on a patient's functional walking performance, which was measured using the Functional Gait Assessment (FGA). **Methods:** The FGA scale consists of four stages and assesses ten complex cognitive and functional tasks related to walking. These tasks include walking in a straight line, walking with changing speed, walking while changing the head position in the horizontal plane, walking while tilting the head in the vertical plane, walking and turning in place, crossing obstacles, walking on a reduced support surface (tandem walking), walking with eyes closed, walking backward and walking up and down stairs. According to the literature, a score lower than 22 points out of 30 indicates severe to moderate dynamic balance disorders and a high risk of falls. Conversely, a score higher than 22 points signifies mild dynamic balance and a minimal risk of falls. The smallest clinically significant change between the two FGA measurements, indicating progress in walking functionality, is 5 points (Karabin, Sparto,

Rosano, & Redfern, 2022). Our previous studies examined 50 patients, including 22 men and 28 women, with a mean age of 47.3 years ($\pm$ 7.8 years). All patients underwent unilateral surgical removal and subsequently participated in an intensive 14-day rehabilitation program in the hospital. This program focused on exercises designed to enhance the movement of the eyes, head, and body while standing and walking. After being discharged to their homes, the patients continued to perform balance exercises. The patient's functional gait was assessed using the FGA before discharge and three months post-surgery. **Results:** An analysis of the FGA results at discharge revealed that all patients had severe disorders of the proprioceptive system. This was evident in their performance on tasks such as walking backward, tandem walking with eyes closed, and navigating obstacles. All patients also exhibited moderate to severe impairments in their vestibular systems, particularly when walking and orienting their heads. Additionally, every patient was at risk of falling at home, scoring below 22 out of 30 on the FGA assessment.

Three months post-operation, all patients demonstrated significant changes ($p < 0.05$) and improved their dynamic body adjustments by 5 points during functional walking (Kos, Brcar, & Velnar, 2020; Kos et al., 2024). **Discussion and conclusion:** Our analysis revealed that balance exercises improve stability during walking and reduce patients' risk of falls. Improved patient balance also reduces the workload on nursing staff, which is crucial during rehabilitation, ultimately resulting in shorter hospital stays.

Key words: balance disorders, balance exercise, FGA scale, functional walking

LITERATURA

- Karabin, M. J., Sparto, P. J., Rosano, C., & Redfern, M. S. (2022). Impact of strength and balance on Functional Gait Assessment performance in older adults. *Gait & Posture*, 91, 306 – 311. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.10.045>
- Korda, A., Zamaro, E., Wagner, F., Morrison, M., Caversaccio, M. D., Sauter, T., Schneider, E., & Mantokoudis, G. (2022). Acute vestibular syndrome: is skew deviation a central sign? *J Neurol*, 269, 1396 – 1403. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10692-6>
- Kos, N., Brcar, M., & Velnar, T. (2020). Functional Gait Assessment scale in the rehabilitation of patients after vestibular tumor surgery in an acute hospital. *World J Clin Oncol*, 11(11), 945 – 958. <https://doi.org/10.5306/wjco.v11.i11.945>
- Kos, N., Velnar, T., Brcar, M., [Maruša] & Brcar, M [Marko]. (2024). Improvement in Body's Dynamic Adaptation during Walking with Vestibular Rehabilitation Therapy in Patients with Cerebellopontine Angle Tumor Resection. *Life*, 14(9), 1100. <https://doi.org/10.3390/life14091100>
- Tramontano, M., Russo, V., Spitoni, G. F., Ciancarelli, I., Paolucci, S., Manzari, L., & Morone, G. (2021). Efficacy of vestibular rehabilitation in patients with neurologic disorders: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*, 102(7), 1379 – 1389. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.11.017>

doc. dr. Marija Milavec Kapun^{1,3}

prof. dr. Nike Kocijančič Pokorn²

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

²Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za prevajalstvo

³milavecm@zf.uni-lj.si

APLIKACIJA ZA PODPORO PRI KOMUNIKACIJI S PACIENTI, KI NE RAZUMEJO SLOVENSKO

Application supporting communication with patients who do not understand slovene

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

597

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: V kontekstu naraščajočih trendov globalizacije in migracij se slovensko zdravstvo vse pogostejše srečuje z izzivom zagotavljanja ustrezne oskrbe pacientom, ki ne razumejo slovenskega jezika. Jezikovne ovire med zdravstvenim osebjem in pacienti lahko bistveno vplivajo na kakovost obravnave in privedejo do napačnih odločitev in daljših hospitalizacij (Beagley et al., 2020; Ellahham, 2021). Ob naraščanju priseljevanja v Slovenijo so stiki z neslovensko govorečimi pacienti še posebej pogosti na primarni ravni zdravstva in v službah nujne medicinske pomoči. Namen prispevka je predstaviti digitalno zdravstveno večjezično prevajalsko aplikacijo ZVEJA, ki bo nudila podporo slovenskim zdravstvenim delavcem pri vzpostavljanju osnovne komunikacije z neslovensko govorečimi uporabniki zdravstvenih storitev. **Metode:** Za razvoj aplikacije je bila uporabljena metodologija načrtovanja in razvoja artefakta. Kot izhodišče je služil Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu, katerega uporabnost je bila raziskana v praksi. Na podlagi ugotovitev so bile v interdisciplinarnem timu narejene pomembne vsebinske spremembe in jezikovna prilagoditev za digitalizacijo. ZVEJA je razvita kot progresivna spletna aplikacija z možnostjo uporabe tudi brez internetne povezave. Pretvorba besedila v govor je narejena s pomočjo umetne inteligence. **Rezultati:** V trenutni fazi razvoja ZVEJA ponuja preverjene prevode za izbrane fraze v deset jezikov: angleščino, francoščino, nemščino, albanščino, arabščino, ruščino, kitajščino, italijanščino, perzijščino in ukrajinščino. Podpira osnovno komunikacijo v zdravstvu pri sprejemu, osnovni obravnavi ter dajanju splošnih navodil pacientom. Vsebine so prilagojene podpori komunikacije pri začetni obravnavi

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

pacientov na področju ginekologije, pediatrije, nujne medicinske pomoči, patronažne, duševnega zdravja in zobozdravstva na primarni ravni zdravstva kot tudi na drugih kliničnih okoljih. ZVEJA omogoča prilagoditev spolu zdravstvenega delavca in pacienta ter deluje na pametnih telefonih ter drugih napravah z zasloni. Uporabniku zdravstvenih storitev se najprej predstavijo osnovna navodila, da na vprašanja prikima in odkima ter odgovori »da« in »ne« v svojem jeziku, pokaže s prsti na rokah ali na koledarju. Ker vprašanja niso strojno prevedena, temveč so jih preverili rojeni govorniki posameznega jezika, je točnost prenosa zagotovljena, česar pri strojnih prevodih ne moremo doseči. Aplikacija omogoča tudi osnovno komunikacijo pri zdravstveni obravnavi gluhih in naglušnih oseb, saj se na zaslonu izpisuje besedilo v slovenskem jeziku in izbranem tujem jeziku. **Diskusija in zaključek:** Premagovanje jezikovnih ovir bistveno vpliva na kakovost zdravstvene obravnave (Parkinson, 2019). Uporaba aplikacije ZVEJA lahko prispeva k izboljšanju komunikacije v zdravstvu z zagotavljanjem natančnega posredovanja ključnih informacij, kar potrjujejo tudi predhodne raziskave (Hudelson & Chappuis, 2024). Poleg tega aplikacija podpira komunikacijo med izvajalci zdravstvene nege in pacienti, kar pozitivno vpliva na njihovo zadovoljstvo (Al Shamsi et al., 2020) in varnost pacientov (de Moissac & Bowen, 2019). Ključne omejitve trenutne različice so omejeno število jezikov in potreba po nadaljnji validaciji v kliničnem okolju. Nadaljnji razvoj bo osredotočen na razširitev nabora podprtih jezikov ter optimizacijo uporabniške izkušnje za še bolj učinkovito zdravstveno oskrbo.

Ključne besede: jezikovne ovire, tolmačenje v zdravstvu, digitalna zdravstvena tehnologija

EXTENDED SUMMARY

Introduction: In the context of increasing globalisation and migration trends, Slovene healthcare is increasingly faced with the challenge of providing appropriate care to patients who do not understand Slovene. Language barriers between healthcare providers and patients can significantly impact the quality of care, leading to incorrect decisions and prolonged hospitalisation (Beagley et al., 2020; Ellahham, 2021). With increasing levels of migration to Slovenia, contact with non-Slovene-speaking patients is particularly common at the primary health and in emergency medical services. The aim of this paper is to present ZVEJA, a digital healthcare multilingual translation application that will enable Slovene healthcare providers to establish basic communication with non-Slovene-speaking patients.

Methods: The development of the ZVEJA was based on the design science research methodology. The Multilingual Handbook for Easier Communication in Healthcare served as the foundation, with its practical applicability analysed in real world settings. Based on these findings, significant content modifications and linguistic adaptations were implemented by an interdisciplinary team to facilitate digitalisation. The ZVEJA has been developed as a progressive web application with the capability of offline use. Text-to-speech conversion is powered by artificial intelligence.

Results: In its current phase, ZVEJA supports voice translation of Slovene texts into ten languages: English, French, German, Albanian, Arabic, Russian, Chinese, Italian, Persian and Ukrainian. It supports basic communication during patients' admission, initial treatment, and the provision of general instructions to patients. The content is tailored to support basic communication in the treatment of patients in gynaecology, paediatrics, emergency care, paramedic, mental health and dentistry at primary healthcare level, as well as in other clinical settings. The ZVEJA allows for gender-specific customisation of the voice selected for the healthcare provider and the patient and works on smartphones and other devices with screens. The patient is

first presented with basic instructions, such as to nod and answer with “yes” and “no” to questions in their own language, pointing with their fingers or point on a calendar. As the questions are not machine translated but have been checked by native speakers of each language, the accuracy of the transmission is guaranteed, which cannot be achieved with machine translations. The ZVEJA also enables basic communication in healthcare of the deaf and hard of hearing, as the screen displays text in Slovene and the selected foreign language.

Discussion and conclusion: Overcoming language barriers has a significant impact on the quality of healthcare (Parkinson, 2019). The use of the ZVEJA can contribute to improving communication in healthcare by ensuring the precise transmission of key information, as confirmed by previous studies (Hudelson & Chappuis, 2024). It can also enhance communication in health care, positively influencing patients' satisfaction (Al Shamsi et al., 2020) and safety (de Moissac & Bowen, 2019). The main limitations of the current version include the restricted number of supported languages and the need for further validation of the user experience in real-world settings. Future development will focus on expanding the range of supported languages and optimising the user experience for even more effective healthcare delivery.

Key words: Language barriers, healthcare interpreting, digital healthcare technology

LITERATURA

- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Medical Journal*, 35(2), 1–7. <https://doi.org/10.5001/OMJ.2020.40>
- Beagley, J., Hlavac, J., & Zucchi, E. (2020). Patient length of stay, patient readmission rates and the provision of professional interpreting services in healthcare in Australia. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1643–1650. <https://doi.org/10.1111/hsc.12989>
- de Moissac, D., & Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24–32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- Ellahham, S. (2021). Communication in health care: Impact of language and accent on health care safety, quality, and patient experience. *American Journal of Medical Quality*, 36(5), 355–364. <https://doi.org/10.1097/01.JMQ.0000735476.37189.90>
- Hudelson, P., & Chappuis, F. (2024). Using voice-to-voice machine translation to overcome language barriers in clinical communication: An exploratory study. *Journal of General Internal Medicine*, 39(7), 1095–1102. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08641-w>
- Parkinson, E. (2019). Overcoming language barriers to improve the quality of primary care for migrants. *Health Science Inquiry*, 5(1), 57–58. <https://doi.org/10.29173/hsi152>

UPORABA MNOŽIČNIH PODATKOV V ZDRAVSTVENI NEGI ZA ZAGOTAVLJANJE PERSONALIZIRANE OSKRBE PACIENTOV

Use of big data in nursing to provide personalized patient care

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: Vsakodnevno se v zdravstvu iz različnih virov zbira ogromna količina podatkov, kot so elektronski zdravstveni zapisi, podatki iz nosljivih naprav, genetske in omične analize, slikovna diagnostika, podatki o predpisanih zdravilih, storitve telemedicine, epidemiološki podatki, klinične raziskave ter socialno-ekonomski in okoljski dejavniki (Davenport & Kalakota, 2019; Kavakiotis et al., 2017). Zdravstveni delavci vse bolj prepoznavajo vrednost teh podatkov pri izboljšanju kliničnega odločanja, napovedovanju izidov zdravljenja in ocenjevanju tveganj (Bates et al., 2014). Kljub prednostim obstajajo tudi številni izzivi, kot so vprašanja o varnosti podatkov, etične dileme ter tehnični izzivi, povezani z interoperabilnostjo sistemov in dostopnostjo podatkov (Badr et al., 2024; Richesson et al., 2013). **Metode:** Z namenom raziskati, kako množični podatki podpirajo personalizirane intervencije v zdravstvu, smo za obdobje med letoma 2015 in 2024 pregledali podatkovne baze CINAHL, MEDLINE, ERIC in Google Učenjak. Za iskanje ustreznih virov smo uporabili besedne zveze v angleščini, kot so: »big data in nursing,« »personalized patient care,« »healthcare data analytics« in »individualized interventions in nursing.« Pri analizi vključenih virov smo uporabili metodo vsebinskega združevanja in primerjave ugotovitev, kar nam je omogočilo identifikacijo ključnih tem. **Rezultati:** Pregled literature potrjuje, da množični podatki igrajo ključno vlogo pri sprotnem spremljanju stanja pacientov, napovedni analitiki ter izboljšanjem kliničnem odločanju, kar vodi v natančnejšo in individualizirano oskrbo z boljšimi izidi zdravljenja in večjim zadovoljstvom pacientov. Metode umetne inteligence in strojnega učenja imajo ključno vlogo pri obdelavi in interpretaciji množičnih podatkov v zdravstvu, napovedni analitiki za razvoj bolezni, zapletov

in preživetju ter odzivih na zdravljenje. Vse skupaj vodi k bolj ciljno usmerjenim intervencijam in večji učinkovitosti zdravstvene oskrbe (Bates et al., 2014; Kavakiotis et al., 2017). Na etičnem področju so potrebni strogi regulativni okvirji in napredni varnostni protokoli za zaščito osebnih in občutljivih zdravstvenih informacij pred morebitnimi zlorabami ali vdori (Zhang & Luo, 2020; Zhang, 2020). **Diskusija in zaključek:** Primerljive študije so pokazale, da modeli umetne inteligence presegajo tradicionalne metode pri napovedovanju smrtnosti in ponovne hospitalizacije (Rajkomar et al., 2018). Prav tako lahko z algoritmi umetne inteligence zaznamo neenakosti v dostopu do zdravstvene oskrbe ter nam pomagajo prepoznati ranljive skupine pacientov, ki bi jih sicer lahko prezrli (Obermeyer et al., 2019). Ob pravilnem pristopu lahko množični podatki postanejo temeljni steber za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter omogočijo učinkovitejšo in personalizirano zdravstvo prihodnosti. V prihodnosti bodo ključne raziskave osredotočene na razvoj varnih, interoperabilnih platform, ki bodo omogočale učinkovito upravljanje in izmenjavo podatkov. Prav tako bo nujno izobraževanje na področju podatkovne analitike v zdravstvu in zdravstveni negi, obenem pa tudi raziskovanje uporabe umetne inteligence za optimizacijo procesov in izboljšanje kakovosti oskrbe. Pri tem je treba naslavljanje etična vprašanja, povezana z obdelavo osebnih zdravstvenih podatkov, ter razviti jasne smernice za njihovo etično in varno uporabo.

Ključne besede: množični podatki, zdravstvena nega, personalizirana oskrba, napovedna analitika, umetna inteligenca

EXTENDED SUMMARY

Introduction: In healthcare, vast amounts of data are collected daily from various sources, such as electronic health records, data from wearable devices, genetic and omics analyses, imaging diagnostics, prescription data, telemedicine services, epidemiological data, clinical trials, and socio-economic and environmental factors (Davenport & Kalakota, 2019; Kavakiotis et al., 2017). Healthcare professionals are increasingly recognizing the value of this data in improving clinical decision-making, predicting treatment outcomes, and assessing risks (Bates et al., 2014). Despite the advantages, there are also numerous challenges, such as concerns regarding data security, ethical dilemmas, and technical issues related to system interoperability and data accessibility (Badr et al., 2024; Richesson et al., 2013). **Methods:** To explore how big data supports personalized interventions in healthcare, we conducted a review of the literature from 2015 to 2024 in databases such as CINAHL, MEDLINE, ERIC, and Google Scholar. We used English-language search terms such as „big data in nursing,“ „personalized patient care,“ „healthcare data analytics,“ and „individualized interventions in nursing.“ In analyzing the included sources, we applied a method of content aggregation and comparison of findings, which allowed us to identify key themes. **Results:** The literature review confirms that big data plays a crucial role in continuously monitoring patients' conditions, predictive analytics, and improved clinical decision-making, leading to more accurate and individualized care, better treatment outcomes, and greater patient satisfaction. Artificial intelligence (AI) and machine learning methods play a key role in processing and interpreting big data in healthcare, predictive analytics for disease development, complications, and survival, as well as responses to treatment. All of this contributes to more targeted interventions and greater healthcare efficiency (Bates et al., 2014; Kavakiotis et al., 2017). In the ethical domain, strict regulatory frameworks and advanced security protocols are necessary to protect

personal and sensitive health information from potential misuse or breaches (Zhang & Luo, 2020; Zhang, 2020). **Discussion and conclusion:** Comparative studies have shown that AI models outperform traditional methods in predicting mortality and readmission rates (Rajkomar et al., 2018). AI algorithms can also detect disparities in access to healthcare and help identify vulnerable patient groups that might otherwise be overlooked (Obermeyer et al., 2019). With the correct approach, big data can become a foundational pillar for improving healthcare quality and enabling more effective and personalized healthcare in the future. Future research will focus on developing secure, interoperable platforms that will allow for efficient data management and exchange. Education in healthcare data analytics and nursing will also be essential, along with research into the use of AI to optimize processes and improve the quality of care. Ethical issues related to the processing of personal health data must be addressed, and clear guidelines for their ethical and secure use need to be developed.

Key words: big data, nursing, personalized care, predictive analytics, artificial intelligence.

LITERATURA

Badr Y, Abdul Kader L, Shamayleh A. The Use of Big Data in Personalized Healthcare to Reduce Inventory Waste and Optimize Patient Treatment. *J Pers Med*. 2024 Apr 3;14(4):383. doi: 10.3390/jpm14040383. PMID: 38673011; PMCID: PMC11051308.

Bates, D. W., Saria, S., Ohno-Machado, L., et al. (2014). Big Data in Health Care: Using Analytics to Identify and Manage High-Risk and High-Cost Patients. *Health Affairs*, 33(7), 1123-1130.

Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthcare Journal*, 6(2), 94-98.

Kavakiotis, I., Tsave, O., & Vasilenko, V. (2017). Machine learning and data mining in healthcare. *Journal of Healthcare Engineering*, 2017, 1-10.

Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science (New York, N.Y.)*, 366(6464), 447-453. <https://doi.org/10.1126/science.aax2342>

Rajkomar, A., Oren, E., Chen, K. et al. Scalable and accurate deep learning with electronic health records. *npj Digital Med* 1, 18 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41746-018-0029-1>

Richesson, R. L., Krischer, J. P., & et al. (2013). Data sharing to improve health care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(2), 264-273.

Zhang, Y., & Luo, H. (2020). Privacy and Security Issues in Big Data Healthcare Applications. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020, 1-9. DOI: 10.1155/2020/8827936.

Zhang Z. Predictive analytics in the era of big data: opportunities and challenges. *Ann Transl Med*. 2020 Feb;8(4):68. doi: 10.21037/atm.2019.10.97. PMID: 32175361; PMCID: PMC7049053.

Rok Drnovšek, dipl. zn., mag. zdr. nege¹
doc. dr. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., univ. dipl. org., prof. def.²
mag. Simona Šteblaj, univ. dr. med.¹
izr. prof. dr. Uroš Rajkovič, univ. dipl. org.³

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

³Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede
rok.drnovsek@kclj.si

TVEGANJA V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH: ANALIZA REGISTRA TVEGANJ

Risks in healthcare organisations: an analysis of the risk registry

603

RAZŠIRJENI POVZETEK

Kakovost zdravstvene oskrbe pomembno vpliva na kakovost življenja pacientov in smrtnost v kliničnem okolju. Zagotavljanje kakovosti in prizadevanja za njeno nenehno izboljševanje je zato ena temeljnih nalog sodobnih zdravstvenih organizacij (Tello et al., 2020). Tveganje je posledica negotovosti, ki lahko pozitivno ali negativno vpliva na doseganje ciljev, pri čemer je učinek tveganja odstopanje od pričakovanega oziroma želenega. Tveganja lahko izhajajo iz zunanjih ali notranjih ter iz obvladljivih ali neobvladljivih virov (ISO 31000) in jih je mogoče identificirati s proaktivnim ali reaktivnim pristopom (Simsekler et al., 2019). Sistemske in celostne strategije za obvladovanje tveganj v zdravstvenih organizacijah lahko pomembno pripomorejo k izboljšanju kakovosti v zdravstvu. Namen raziskave je preučiti, kakšne so lastnosti in raznolikost tveganj, obravnavanih v zdravstvenih organizacijah. Cilj raziskave je identificirati različne vrste tveganj, ki se pojavljajo v kliničnem okolju, ter pridobiti informacije o vzrokih za njihov nastanek, strategijah obvladovanja tveganj in področjih, kjer se ta tveganja pojavljajo.

V predstavljeni raziskavi so bile analizirane temeljne značilnosti tveganj in strategij za njihovo obvladovanje v izbranih slovenskih zdravstvenih organizacijah. Pregledani so bili zapisi centralnega registra tveganj sodelujoče klinike med letoma 2019 in 2024. Zaradi narave registra tveganj, ki vključuje več krajših segmentov besedil, je bil za analizo uporabljen strukturiran

tabelarni pristop tematske analize (Robinson, 2022) s poudarkom na kvalitativni analizi. Analiza je potekala ločeno za identifikacijo kod, povezanih s poimenovanjem tveganj, in za analizo kod, povezanih z vzroki za nastanek tveganj. Za vsak zapis v registru tveganj je bila identificirana vsaj ena tematska koda, pri čemer so bile ločeno analizirane kode tveganj in kode njihovih virov. Če zapis o tveganju ni navajal jasnega vira, so bile kode, povezane z viri za tveganje, smiselno določene na podlagi načrtovanih korektivnih ukrepov. Analiza je zajela 112 zapisov tveganj in identificirala 59 kod, razvrščenih v deset kategorij in tri tematske sklope. Največ kategorij kod je bilo povezanih s temo koristi pacienta (tveganja pri oskrbi, raba zdravil, prenos okužb, poškodbe, zasebnost). Sledila so tveganja, povezana s strukturnimi viri (varnost zaposlenih, tveganja, povezana z medicinsko opremo in premoženjem, nadzor okužb) ter delovnimi procesi (komunikacija, organizacija dela). Identificirani so bili notranji in zunanji viri tveganj, pri čemer so bili redkeje prepoznani zunanji viri, izstopala je le pandemija covid-19. Tveganja v registru tveganj so bila najpogostejše osredotočena na nevarnosti za pacientovo zdravstveno stanje oziroma zaplete, povezane z oskrbo. Kot primere lahko opozorimo na tveganje padca pacienta, tveganje za opekline kože in tveganje za nenamerno dekanilacijo. Z analizo so bili zaznani viri tveganj, povezani z organizacijskimi, strukturnimi in okoljskimi dejavniki. Izsledki analize potrjujejo, da prakse upravljanja s tveganji v vključeni zdravstveni organizaciji sledijo področnim smernicam. Obravnava tveganja na vseh ravneh delovanja organizacije, povezana tako s pacienti kot tudi z zaposlenimi, okoljem in širšo javnostjo. Poleg tega so bila tveganja, povezana z epidemijo covid-19, jasno obravnavana v registru tveganj, kar kaže na prožnost in prilagodljivost sistema zagotavljanja kakovosti v organizaciji. Večji delež zaznanih notranjih virov tveganj kaže na osredotočenost organizacije na stalno analizo in izboljševanje notranjih delovnih procesov in virov za zagotovitev kakovostne oskrbe.

Vključevanje vseh vidikov delovanja vključene organizacije ter osredotočenost na procesni pristop k izboljšanju kakovosti je skladen z modelom celovitega upravljanja kakovosti, ki je prisoten v slovenskem okolju (Farkaš-Lainščak et al., 2022; Kramar, 2022) in je priznan ter potrjen strateški pristop za zagotavljanje kakovosti. Temelji na zagotavljanju zadovoljstva uporabnikov, nenehnih izboljšavah in timske delu. Z izjemo tveganj, povezanih s pandemijo covid-19, je bil zaznan pretežno reaktivni pristop obravnave tveganj, ki temelji na analizi preteklih dogodkov. Ta pristop je v zdravstvu sicer močno razširjen (Gens-Barberà et al., 2021; Zhang et al., 2021), vendar je manj primeren za tveganja s hujšimi posledicami. Strategije obvladovanja tveganj bi morale več pozornosti nameniti proaktivnim pristopom (Simsekler et al., 2019), saj ti omogočajo zgodnejše prepoznavanje tveganj in zmanjšujejo verjetnost zapletov.

Rezultati nakazujejo ustrezno umeščenost strategij za obvladovanje tveganj v delovanje vključene zdravstvene organizacije. Nadaljnje raziskovanje področja se mora osredotočiti na analizo realizacije predvidenih ukrepov in njihovo učinkovitost pri izboljševanju izidov v klinični praksi.

Ključne besede: obvladovanje tveganj, kakovost v zdravstvu, varnost zdravstvene oskrbe

EXTENDED SUMMARY

Healthcare quality has a substantial impact on patient quality of life and mortality of hospitalized patients. Quality assurance and continuous quality improvement are fundamental tasks of modern healthcare organisations (Tello et al., 2020). Risk is the effect of uncertainty on objectives, which can be positive, negative, or both, with the effect being a deviation from the expected or desired outcome. Risk sources can be internal or external, within or beyond the

organisation's control (ISO 31000) and can be identified using proactive or reactive approaches (Simsekler et al., 2019). Systematic and holistic strategies for risk management in healthcare organisations can have a significant impact on quality improvement. The presented research aims to examine the characteristics and diversity of risks present in healthcare organizations. Its objective is to identify the different types of risks in the clinical environment, obtain information about their causes, areas of occurrence, and the risk management strategies applied.

The study analysed the characteristics of risks and risk management strategies in Slovenian healthcare organisations. Entries from the central risk registry of the participating clinic from 2019 to the first half of 2024 were analysed. The risk register consists of several shorter text segments. Therefore, a structured tabular approach to thematic analysis (Robinson, 2022) with an emphasis on qualitative text analysis was used. The analysis was carried out separately for the identification of codes related to risk titles and for the analysis of codes related to their causes. For each risk entry, at least one thematic code was identified. Separate codes for risk sources were identified. If the risk entry did not include a clear description of the risk source, these codes were identified using the planned corrective measures. The analysis encompassed 112 risk entries and identified 59 thematic codes categorised into ten categories and three themes. Most categories were attributed to the theme of patient wellbeing (patient care risks, medicine use, disease transmission, injury, and patient privacy). These were followed by risks associated with structural resources (employee safety, medical devices and assets, and infection control) and work-process-related risks (communication, work organisation). External and internal risk sources were identified, among which external sources were less represented. Among the external sources, the covid-19 pandemic was predominantly represented. The analysed risks in the risk register were most often focused on patient's health or care related complications. Examples include the risk of patient falls, risk of skin burns, and risk of accidental decannulation. The detected risk sources were categorised as risk sources related to organisational, structural, and environmental factors. The results of the study indicate that risk management practices in the healthcare organisation follow relevant guidelines. Risks related to all levels of organisational activities as well as to patients, employees, the environment, and the community are addressed. Furthermore, risks related to covid-19 were adequately represented in the risk registry, which points to the flexibility and adaptability of the quality assurance system within the organisation. A larger proportion of internal risk sources identified may point to the organisational strategy of quality assurance focused on continuous analysis and improvement of internal work processes and assets to assure quality of care.

The inclusion of all aspects of organisational activities and the focus on a process-based approach for quality improvement align with the Total Quality Management model, which is present in Slovenia (Farkaš - Lainščak et al., 2022; Kramar, 2022), and is a recognised and validated strategic approach for quality management. It is based on customer satisfaction, continuous improvement, and teamwork. With the exception of risks related to the covid-19 pandemic, predominantly reactive approach to risk management was observed, based on the analysis of past events. Although this approach is widely used in healthcare (Gens-Barberà et al., 2021; Zhang et al., 2021), it is less suitable for risks with severe consequences. Risk management strategies should place greater emphasis on proactive approaches (Simsekler et al., 2019), as these enable earlier identification of risks and reduce the likelihood of complications.

The results indicate that risk management strategies are appropriately embedded in the organisation's operations. Future research in this field should focus on the analysis of the implementation of planned measures and their actual effectiveness in enhancing clinical practice outcomes.

Key words: Risk management, Healthcare quality, Healthcare safety

LITERATURA

- Farkaš - Lainščak, J., Grabar, D., Kobal Straus, K., Marušič, D., Poldrugovac, M., & Simčič, B. (2022). *Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce* (1.0, electronic version). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/>
- Gens-Barberà, M., Hernández-Vidal, N., Vidal-Esteve, E., Mengibar-García, Y., Hospital-Guardiola, I., Oya-Girona, E. M., Bejarano-Romero, F., Castro-Munaiain, C., Satué-Gracia, E. M., Rey-Reñones, C., & Martín-Luján, F. M. (2021). Analysis of patient safety incidents in primary care reported in an electronic registry application. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 8941. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178941>
- International Organization for Standardization. (2018). *ISO 31000:2018 Risk management – Guidelines*. ISO.
- Kramar, Z. (2022). *Kakovost in varnost v zdravstvu: Priročnik*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/03/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu_prirocnik.pdf
- Robinson, O. C. (2022). Conducting thematic analysis on brief texts: The structured tabular approach. *Qualitative Psychology*, 9(2), 194–208. <https://doi.org/10.1037/qap0000189>
- Simsekler, M. C. E. (2019). The link between healthcare risk identification and patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(3), 574–587. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2018-0098/full/xml>
- Tello, J. E., Barbazza, E., & Waddell, K. (2020). Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy*, 124(1), 12–21. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>
- Zhang, X., Ma, S., Sun, X., Zhang, Y., Chen, W., Chang, Q., Pan, H., Zhang, X., Shen, L., & Huang, Y. (2021). Composition and risk assessment of perioperative patient safety incidents reported by anesthesiologists from 2009 to 2019: A single-center retrospective cohort study. *BMC Anesthesiology*, 21(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01226-0>

TELESNA DEJAVNOST PRI ZDRAVSTVENIH DELAVCIH NA DELOVNEM MESTU

Physical activity in healthcare workers at the workplace

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: Redna telesna dejavnost je povezana s številnimi pozitivnimi učinki na telesno in duševno zdravje. Zdravstveni delavci imajo pogosto nizko raven telesne dejavnosti. Glavni dejavniki, ki jih omejujejo pri telesni dejavnosti, so pomanjkanje prostega časa, večizmensko delo (Saridi et al., 2019; Das in Adams, 2021). Kljub zavedanju o visokem tveganju je pri njih pogosto prisoten tudi nezdrav način prehranjevanja in čezmerno uživanje alkohola (Joseph et al., 2016; Saridi et al., 2019). Namen je bil ugotoviti vrsto, raven ter učinkovitost programov telesne dejavnosti kakor tudi odzive na izvajane programe. **Metode:** Pregledali smo dostopno strokovno literaturo od novembra 2024 do januarja 2025 v zbirkah podatkov PubMed, BMC in Google Scholar z iskalnimi izrazi »telesna dejavnost pri zdravstvenih delavcih na delovnem mestu«. Vključitveni kriteriji so bili: študije, randomizirane kontrolirane klinične študije, sistematični pregledi. Izključitveni kriteriji so bili delavci drugih strok. Rezultati: Iz baz podatkov je bilo v analizo vključenih 12 objavljenih prispevkov. **Diskusija:** Zdravstveni delavci so izpostavljeni psihološkemu stresu na delovnem mestu, kot so časovni pritiski, pomanjkanje podpore s strani sodelavcev ali nadrejenih, neravnovesje med vloženim trudom in prejetimi nagradami ter konflikti med poklicnim in zasebnim življenjem (Heuel et al., 2024). Mišično-skeletne poškodbe so med najpogostejšimi poklicnimi boleznimi, ki nastanejo kot posledica delovne obremenitve (Hammig et al., 2020; Horvat Tišlar, 2024; Jakovljević, 2024). Prav tako so pri zdravstvenih delavcih potrjene kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen, hipertenzija in kardiovaskularne bolezni (Joseph et al., 2016). Redna telesna dejavnost je učinkovita pri zmanjševanju negativnih posledic delovne obremenitve (Das in Adams, 2021). Za izvajanje vsakodnevne telesne dejavnosti znotraj bolnišnice zadostuje miren kotiček. Učinkovite so vaje

za zaznavanje telesa ali 5- do 10-minutna hoja na svežem zraku (Heuel et al., 2024; Shi et al., 2024) ter kratke vaje globokega dihanja s pozitivno naravnostjo, kot je denimo hvaležnost (Melnik et al., 2020). Ugotovitve Heuela in sodelavcev potrjujejo, da različne oblike telesne dejavnosti izboljšujejo ergonomsko držo, zmanjšujejo bolečine v hrbtu ter povečujejo delovno sposobnost. Uspešni programi so vključevali tudi jogo, aerobno vadbo, vaje za mišično moč in gibljivost (Heuel et al., 2024). Odzivnost na telesno dejavnost med delovnim časom je bila pozitivna. Vključeni zdravstveni delavci so poročali, da bi jim telesna dejavnost na delovnem mestu pomagala izboljšati telesno pripravljenost (Saridi et al., 2019). Vadba pod strokovnim nadzorom fizioterapevta je pokazala še boljše rezultate, saj je prispevala k večji motivaciji udeležencev in omogočila lažje ohranjanje ustrezne intenzivnosti vadbe. Zato lahko fizioterapevti igrajo pomembno vlogo pri spodbujanju višje ravni zdravja v zdravstvenih ustanovah (Matsugaki et al., 2024). Ker se delovne zahteve razlikujejo med delovnimi okolji, bi telesna dejavnost morala biti prilagojena potrebam zaposlenih (Heuel et al., 2024; Fijačko et al., 2024). Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2018) je treba vsaj 150 minut izvajati zmerno intenzivno telesno dejavnost na teden. **Zaključek:** Telesna dejavnost ima dokazano pozitivne učinke na psihofizične sposobnosti zdravstvenih delavcev. Nizka in zmerna intenziteta telesne dejavnosti je povezana z duševnim zdravjem. Višja raven vitalnosti pa je pomembno povezana z večjo intenziteto telesne dejavnosti. V prihodnosti bi bilo smiselno omogočiti telesno dejavnost v zdravstvenih ustanovah vsem zaposlenim, saj bi to pozitivno vplivalo na njihovo zdravje in delovno sposobnost. **Povzetek:** Redna telesna dejavnost je ključna za telesno in duševno zdravje, vendar imajo zdravstveni delavci pogosto nizko raven telesne dejavnosti zaradi pomanjkanja časa in večzmentskega dela. Namen je bil ugotoviti vrsto, raven ter učinkovitost programov telesne dejavnosti in odzive zaposlenih nanje. Metode: Pregled literature je vključeval 12 objavljenih študij iz podatkovnih baz PubMed, BMC in Google Scholar. Rezultati kažejo, da so zdravstveni delavci izpostavljeni psihološkemu stresu in mišično-skeletnim poškodbam, kar povečuje tudi tveganje za razvoj nekaterih kroničnih bolezni. Redna telesna dejavnost zmanjša negativne posledice stresa in izboljšuje telesno pripravljenost. Kratke vadbe, kot so hoja, dihalne vaje in joga, so se izkazale za učinkovite. Vadba pod nadzorom fizioterapevta je še izboljšala motivacijo in rezultate. Zaposleni so pozitivno ocenili vključitev telesne dejavnosti v delovni čas, kar bi lahko izboljšalo njihovo zdravje in delovno sposobnost. Priporočila vključujejo prilagojene programe telesne dejavnosti v zdravstvenih ustanovah v skladu s smernicami WHO, ki predlagajo vsaj 150 minut zmerne telesne dejavnosti na teden. Povečanje dostopnosti telesne dejavnosti bi lahko pozitivno vplivalo na zdravstveni sektor in dobrobit zaposlenih.

Ključne besede: zdravstveni delavci; telesna dejavnost; delovno mesto

EXTENDED SUMMARY

Regular physical activity (PA) is essential for both physical and mental health. However, healthcare workers (HCWs) often exhibit low levels of PA due to time constraints and shift work. This study aims to determine the type, level, and effectiveness of PA programmes, as well as the responses of employees to their implementation. A literature review was conducted, including 12 published studies retrieved from PubMed, BMC, and Google Scholar. The results indicate that HCWs are exposed to psychological stress and musculoskeletal injuries, increasing also their risk of developing chronic diseases. Regular PA mitigates the negative effects of stress and enhances physical fitness. Short exercise routines, such as walking, breathing

exercises, and yoga, have proven to be effective. Supervised exercise under the guidance of a physiotherapist further improved motivation and outcomes. Employees positively evaluated the inclusion of PA during working hours, recognising its potential benefits for their health and work performance. Recommendations include tailored PA programmes in healthcare institutions in alignment with WHO guidelines, which suggest at least 150 minutes of moderate-intensity PA per week. Increasing PA accessibility in the workplace could have a beneficial impact on the healthcare sector and the well-being of employees.

Key words: healthcare workers; physical activity; workplace.

LITERATURA

- Das, B. M., & Adams, B. C. (2021). Nurses' physical activity exploratory study: Caring for you so you can care for others. *Work*, 68(2), 461–471. <https://doi.org/10.3233/WOR-203386>
- Heuel, L., Otto, A. K., & Wollesen, B. (2024). Physical exercise and ergonomic workplace interventions for nursing personnel—effects on physical and mental health: A systematic review. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 54(3), 291–324. <https://doi.org/10.1007/s12662-023-00922-6>
- Horvat Tišlar, M. (2024). Ocena ravni telesne pripravljenosti pri fizioterapevtih za preprečevanje bolezni mišičnoskeletnega sistema na delovnem mestu [Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani]. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=155556>
- Hammig, O. (2020). Work- and stress-related musculoskeletal and sleep disorders among health professionals: A cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03327-w>
- Fijačko, N., Creber, R. M., Metličar, Š., Gosak, L., & Štiglic, G. (2024). Nurses' occupational physical activity and workload in a perioperative intensive care unit in Slovenia. *Preventive medicine reports*, 37, 102543. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102543>
- Jakovljević, M. (2024). Work-related musculoskeletal disorders in nurses: Still an unsolved problem in reality (narrative literature review). *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1004441>
- Joseph, B., & Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 20(2), 71–72. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.197518>
- Matsugaki, R., Kuhara, S., Saeki, S., Jiang, Y., Michishita, R., Ohta, M., & Yamato, H. (2017). Effectiveness of workplace exercise supervised by a physical therapist among nurses conducting shift work: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 59(4), 327–335. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0230-OA>
- Melnik, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., & Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929–941. <https://doi.org/10.1177/0890117120925440>
- Saridi, M., Filippopoulou, T., Tzitzikos, G., Sarafis, P., Souliotis, K., & Karakatsani, D. (2019). Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. *BMC Research Notes*, 12(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4240-1>
- Shi, H., Hu, F. B., Huang, T., Schernhammer, E. S., Willett, W. C., Sun, Q., & Wang, M. (2024). Sedentary behaviors, light-intensity physical activity, and healthy aging. *JAMA Network Open*, 7(1), e2416300. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.16300>
- World Health Organization. (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>

doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.
asist. dr. Karin Birk, dipl. m. s.
viš. pred. mag. Darja Ovijač, viš. med. ses., univ. dipl. org.
pred. dr. Manca Pajnič, dipl. m. s., mag. posl. in ekon. ved.
pred. dr. Mirjam Ravljen, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.
viš. pred. Robert Sotler, dipl. zn.
doc. dr. Anamarija Zore, univ. dipl. biol.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego
andreja.kvas@zf.uni-lj.si

PREDSTAVITEV IZVEDBE NOVEGA IZBIRNEGA PREDMETA SIMULACIJE V ZDRAVSTVU IN ZDRAVSTVENI NEGI V OKVIRU PILOTNEGA PROJEKTA

Implementation of the new elective course simulation in healthcare and nursing within a pilot project

RAZŠIRJENI POVZETEK

Na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani smo v študijskem letu 2023/2024 v okviru pilotnega projekta Načrt za okrevanje in odpornost z naslovom *Problemsko e-učenje in pridobivanje praktičnih laboratorijskih in kliničnih veščin v laboratoriju za veščine v veterini in zdravstvu*, ki ga financirajo Republika Slovenija, Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in inovacije ter Evropska unija – NextGenerationEU, pripravili novi strokovni izbirni predmet z naslovom Simulacije v zdravstvu in zdravstveni negi. Predmet obsega predavanja in praktično usposabljanje v simuliranem okolju. Zasnovan je bil po metodi pet korakov: teoretične vsebine, praktične veščine, priprava na scenarije, simulacija in refleksija z evalvacijo. Pri tem smo uporabili aktivno učno metodo poučevanja in učenja, ki spodbuja razvoj veščin in odnosov (Ross & Bruderle, 2018). Uporabili smo metodo simulacije, ki posnema resnične situacije v varnem in nadzorovanem okolju, študent pa tako razvija kognitivne (znanje), psihomotorične (obvladovanje postopka) in afektivne (odnos/vedenje) veščine (Chabrera et al., 2021; González-Romero et al., 2021).

Simulacija, ki temelji na scenariju, se uporablja za doseganje izobraževalnih ciljev z izkustvenim učenjem (Khalafi et al., 2022). Doživetje simuliranega scenarija omogoča študentom, da uporabijo svoje znanje, izboljšajo psihomotorične veščine v nadzorovanem okolju, večkrat naredijo napake, ne da bi pri tem poškodovali pacienta, in razvijejo temeljne veščine vedenja za delo v zdravstveni negi (Rajaguru & Park, 2021). Ta inovativna metoda poučevanja omogoča študentom zdravstvene nege izboljšanje njihovega praktičnega znanja, kritičnega razmišljanja, sposobnosti odločanja in timskega dela (Koukourikos et al., 2021; Li et al., 2019).

V tokratni izvedbi smo se odločili poglobiti znanje in veščine pri diagnostično-terapevtskih postopkih in negovalnih intervencijah o temeljnih in dodatnih postopkih oživljanja, snemanju elektrokardiograma, vstavitvi periferne venske kanile, prevezi kompleksne rane, aplikaciji i. v. terapije in venoznem odvzemu krvi. V fazi treninga teh praktičnih veščin smo uporabili metodo medvrstniškega ocenjevanja s pomočjo ocenjevalnih listov, ki so bili ločeno pripravljene za vsako od predvidenih intervencij. Ion et al. (2019) navajajo, da medvrstniško ocenjevanje lahko študentom koristi tako za dajanje kot prejemanje povratnih informacij. Pri medvrstniškem ocenjevanju pa lahko pride tudi do nepoštenosti pri ocenjevanju in dajanju kritičnih povratnih informacij, nelagodja študentov zaradi ocenjevanja s strani vrstnikov in zmanjšane ustrežljivosti za študente z visokimi dosežki (Li & Gao, 2016; Ramon-Casas et al., 2019). Končna povratna informacija študentovega dela pri predmetu je bila podana s strani visokošolskega učitelja na osnovi vnapij postavljenih kriterijev.

Praktično usposabljanje je najprej potekalo na šestih tematskih postajah, nato pa še s simulacijo dveh kompleksnejših kliničnih primerov, enega z internističnega in enega s kirurškega področja. Študenti so se v majhnih skupinah srečali z obema kliničnima primeroma. Ob tem so krepili svoje kritično mišljenje, timsko sodelovanje ter strokovno ustrezno izvedbo predvidenih intervencij. Pri predmetu je sodelovalo 41 študentov in 7 visokošolskih učiteljev. Na zadnjem srečanju je potekala evalvacija izvedbe predmeta. Študenti so bili zelo zadovoljni z izvedbo in so ocenili, da je takšen način izvedbe predmeta pripomogel k izboljšanju učenja praktičnih veščin, ker so lahko učinkovito povezali teorijo s prakso. Projekt traja do konca leta 2025, zato načrtujemo ponovitev izvedbe predmeta z nekaj novostmi. Glede na izjemno pozitivne odzive s strani študentov na zaključni evalvaciji pa bo izbirni predmet na voljo študentom tudi po zaključku projekta.

Ključne besede: študenti, metoda simulacije, problemsko učenje, medvrstniško ocenjevanje, timsko sodelovanje

EXTENDED SUMMARY

At the Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana, during the 2023/2024 academic year, we introduced a new elective course titled »Simulations in Healthcare and Nursing« as part of the pilot project »Recovery and Resilience Plan: Problem-Based E-Learning and the Development of Practical Laboratory and Clinical Skills in the Veterinary and Healthcare Skills Laboratory«. This project is funded by the Ministry of Higher Education, Science, and Innovation, Republic of Slovenia, and the European Union – NextGenerationEU. The new elective course combines lectures with hands-on training in a simulated environment and follows a structured five-step approach: theoretical instruction, practical skill development, scenario preparation, simulation, and reflection with evaluation. We used an active teaching and learning methodology designed to foster skill acquisition and professional attitude development (Ross & Bruderle, 2018). The simulation method replicates real-life scenarios in a safe, controlled setting, enabling students to enhance their cognitive (knowledge), psychomotor (technical proficiency), and affective (attitude/behaviour) competencies (Chabrera et al., 2021; González-Romero et al., 2021). Scenario-based simulations facilitate experiential learning, helping students bridge theory with practice (Khalafi et al., 2022). These immersive experiences allow students to apply their knowledge, refine psychomotor skills in a controlled environment, make and learn from mistakes without patient harm, and develop essential behavioural skills for nursing practice (Rajaguru & Park, 2021). This innovative teaching approach strengthens students' practical knowledge, critical thinking, decision-making abilities, and teamwork skills (Koukourikos et al., 2021; Li et al., 2019).

In this iteration of the course, we placed particular emphasis on mastering diagnostic and therapeutic procedures as well as nursing interventions, including basic and advanced life support, electrocardiogram recording, peripheral venous catheter insertion, complex wound care, intravenous therapy administration, and venous blood sampling. During practical skills training, we also implemented peer assessment using structured evaluation sheets tailored to each intervention. According to Ion et al. (2019), peer assessment benefits students by providing opportunities to both give and receive constructive feedback. However, challenges such as biased grading, discomfort in assessing peers, and reluctance among high-achieving students to participate have been noted (Li & Gao, 2016; Ramon-Casas et al., 2019). The final evaluation of student performance was conducted by mentor/teacher based on pre-established assessment criteria.

The hands-on training was organized across six thematic stations and included simulations of two complex clinical cases—one from internal medicine and one from surgery. Working in small groups, students engaged with both cases, honing their critical thinking, teamwork, and professional competence in executing clinical interventions. A total of 41 students and 7 faculty instructors participated in the course. The final session featured an evaluation of the course implementation, where students expressed high levels of satisfaction, emphasizing that the course's practical, scenario-based approach significantly enhanced their ability to integrate theoretical knowledge with hands-on experience.

The project is set to continue until the end of 2025, and we plan to offer the course again with additional innovations. Given the overwhelmingly positive feedback from students in the final evaluation, we intend to continue offering this elective even beyond the project's conclusion.

Key words: students, simulation-based learning, problem-based learning, peer assessment, teamwork

LITERATURA

- Chabrera, C., Dobrowolska, B., Jackson, C., Kane, R., Kasimovskaya, N. ... Kennedy, S. (2021). Simulation in nursing education programs: findings from an international exploratory study. *Clinical Simulation in Nursing*, 59, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.05.004>
- González-Romero, G. M., López-Torre, E. M., Carrión-García, L. & Polo, A. (2021). Comparing formative and summative simulation-based assessment in undergraduate nursing students: nursing competency acquisition and clinical simulation satisfaction. *BMC Nursing*, 20, 92. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00614-2>
- Ion, G., Sánchez Martí, A. & Agud Morell, I. (2019). Giving or receiving feedback: which is more beneficial to students' learning?" *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 44 (1), 124-138. <https://doi.org/10.1080/02602938.2018.1484881>.
- Khalafi, A., Arman, P. & Manouchehrian, N. (2022). Scenario-based simulation and debriefing sessions can potentially improve non-technical skills in nurse anesthetist students of Iran; a quasi-experimental study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100495>.
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I.V., Iliadis, C., Fratzana, A. & Panagiotou, A. (2021). Simulation in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*, 29, 15-20.
- Li, L. & Gao, F. (2016). The effect of peer assessment on project performance of students at different learning levels. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 41(6), 885-900. <https://doi.org/10.1080/02602938.2015.1048185>.
- Li, J., Li, X., Gu, L., Zhang, R., Zhao, R., Cai, Q. ... Wei, H. (2019). Effects of simulation-based deliberate practice on nursing students' communication, empathy, and self-efficacy. *J. Nurse Educator*, 58(12), 681-689. <https://doi.org/10.3928/01484834-20191120-02>.
- Rajaguru, V. & Park, J. (2021). Contemporary integrative review in simulation-based learning in nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 726. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020726>
- Ramon-Casas, M., Nuño, N., Pons, F. & Cunillera, T. (2019). The different impact of a structured peer-assessment task in relation to university undergraduates' initial writing skills. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 44(5), 653-663. <https://doi.org/10.1080/02602938.2018.1525337>.
- Ross, J. G. & Bruderle, E. (2018). Effects of active, student-centered teaching strategies on nursing students' knowledge, skills, attitudes, and comfort related to patient safety. *Nurse Educator*, 43(1), 2-3. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000400>.

VLOGA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI PRESADITVI PLJUČ

The role of the operating room nurse in lung transplantation

RAZŠIRJENI POVZETEK

Presaditev pljuč je kirurški poseg in način zdravljenja za izbrane paciente z napredovalo pljučno boleznijo, pri katerih so izčrpane vse druge možnosti. Najpogostejše bolezni so kronična obstruktivna pljučna bolezen, idiopatska pljučna fibroza in cistična fibroza. Do leta 2018 so slovenskim pacientom transplantacijo opravili v AKH na Dunaju, nato pa je program ponovno stekel v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (Harlander et al., 2022). Leta 2023 je bilo opravljeno 11 presaditev pljuč, skupaj do zdaj 64, kar Slovenijo uvršča na sam vrh po številu presaditev na milijon prebivalcev (Slovenija 5,2 – Eurotransplant 4,6). V obdobju od 2018 do 2023 je bilo enoletno preživetje pacientov 85,1 % (Gadžijev, 2024).

Kirurški pristop je v večini primerov prečna sternotomija in podpora s centralno zunajtelesno membransko oksigenacijo (ECMO) med posegom. Multidisciplinarna ekipa (pulmologi, kirurzi, anesteziologi, medicinske sestre, dietetiki) omogoča celostno obravnavo, kjer je ključna tudi skrbna izbira kandidatov za sam poseg (Harlander et al., 2022). Operacijske medicinske sestre (OPMS) igrajo pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta, vzdrževanju aseptičnega okolja, preprečevanju okužb, ravnanju z instrumenti, različnimi aparaturami ter zmanjševanju zapletov (Chellam Singh & Arulappan, 2023). Pred posegom pacienta namestimo v ustrezen hrbtni položaj. Zaradi preprečevanja poškodb zaradi pritiska se na kritična mesta (lopatici, sakralni predel) nalepi silikonske obloge in namesti grelno blazino (Kurt et al., 2024). Kirurg mora ekipo seznaniti z morebitnimi posebnostmi ter uskladiti uporabo ECMO s perfuzijsko ekipo. OPMS pripravi potrebne kirurške instrumente, obvezilni material ter elektrokirurške

naprave (Chellam Singh & Arulappan, 2023). Presaditev poteka najprej na eni in nato na drugi strani. Časovnica je ključna, saj je brez podpornih aparatov priporočljiva največ 8-urna hladna ishemija organa. Ob prihodu donorske ekipe mora biti transplantacijska ekipa že pripravljena na implantacijo. Rokovanje z donorskim organom zahteva previdnost (ohranjanje sterilnosti, ustrezna temperatura, odvzem vzorcev za mikrobiološke preiskave). Po pripravi organa kirurg začne implantacijo pljuč. Ko so vse anastomoze narejene (glavna sapnica, atrij in pulmonalna arterija), sledi hemostaza in ponovitev postopka še na drugi strani (Kumar et al., 2025). Po zaključenem posegu mora OPMS poskrbeti za sterilizacijo instrumentov in ustrezno izpolnjevanje dokumentacije, ki je zaradi občutljivosti varovanja podatkov pri presaditvah še posebej pomembna.

Sodelovanje v transplantacijski ekipi zahteva poznavanje kirurških tehnik in postopkov in specifična znanja s področja pridobivanja in presaditve organov, ki se pridobivajo postopoma, z dodatnimi izobraževanji. Ker presaditve večinoma potekajo zunaj rednega delovnika in trajajo od 6 do 8 ur, so ključnega pomena uigranost ekipe, ustrezna komunikacija ter strokovna usposobljenost, kjer so pomembne tako tehnične kot netehnične veščine (Kumar et al., 2025). Nujno je dosledno izpolnjevanje potrebne dokumentacije. Po navedbah Young & Dilling (2019) bodo napredne tehnologije, kot so ex-vivo perfuzija in metoda ohranjanja pljuč pri 10 °C, bistveno izboljšale uspešnost presaditev. Daljši čas ohranjanja organov in boljša kakovost pljuč bosta omogočila večje število uspešnih transplantacij in boljše izide za paciente.

Ključne besede: transplantacija pljuč, perioperativna zdravstvena nega, varnost, operacijska medicinska sestra

EXTENDED SUMMARY

Lung transplantation is a surgical procedure and a treatment method for selected patients with advanced lung disease, in whom all other options have been exhausted. The most common conditions include chronic obstructive pulmonary disease, idiopathic pulmonary fibrosis and cystic fibrosis. Until 2018, Slovenian patients were transplanted at AKH in Vienna, after that, the program resumed at the University Medical Centre Ljubljana (Harlander et al., 2022). In 2023, 11 lung transplants were performed, totaling 64 to date, placing Slovenia among the top countries in terms of lung transplants per million population (Slovenia 5.2 – Eurotransplant 4.6). From 2018 to 2023, the one-year patient survival rate was 85.1% (Gadžijev, 2024).

The surgical approach most often involves a transverse sternotomy and central extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) support during the procedure. A multidisciplinary team (pulmonologists, surgeons, anesthesiologists, nurses, dietitians) ensures comprehensive care, with careful candidate selection (Harlander et al., 2022). Operating room nurses (ORN) play a vital role in ensuring patient safety, maintaining an aseptic environment, preventing infections, handling instruments and various devices, and minimizing complications (Chellam Singh & Arulappan, 2023). Before the procedure, the patient is placed in an appropriate supine position. To prevent pressure injuries, silicone pads are applied to critical areas (shoulder blades, sacral region), and a warming blanket is used (Kurt et al., 2024). The surgeon must inform the team about any specific considerations and coordinate ECMO use with the perfusion team. ORN prepare the necessary surgical instruments, dressing materials, and electrosurgical devices (Chellam Singh & Arulappan, 2023). The transplant is performed first on one side and then on the other. Timing is essential, as the maximum recommended cold ischemia time

without support devices is eight hours. Upon the arrival of the donor team, the transplant team must already be ready for implantation. Handling the donor organ requires special care (maintaining sterility, appropriate temperature, and collecting microbiological samples). Once the organ is prepared, the surgeon begins lung implantation. After completing all anastomoses (main bronchus, atrium, and pulmonary artery), hemostasis is achieved, and the procedure is repeated on the other side (Kumar et al., 2025). After the procedure, the ORN ensures the instruments are sterilized and that proper documentation is completed, which is important due to the sensitive nature of data protection in transplantation.

Participation in the transplant team requires knowledge of surgical techniques and procedures, as well as specific expertise in organ procurement and transplantation, which is acquired gradually through hands-on experience and additional training. As most transplants take place outside regular working hours and last from six to eight hours, team coordination, effective communication and professional competence are crucial, involving technical and non-technical skills (Kumar et al., 2025). Proper documentation must be completed consistently. According to Young & Dilling (2019), advanced technologies such as ex vivo lung perfusion and preservation of lungs at 10°C will significantly improve transplant outcomes. Longer preservation times and better lung quality will lead to greater number of successful transplants and improved patient outcomes.

Key words: lung transplantation, perioperative nursing, safety, operating room nurses

LITERATURA

- Chellam Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231186247. <https://doi.org/10.1177/23779608231186247>
- Gadžijev, A. (2024, Februar 19). *Darovanje in transplantacije organov in tkiv v Sloveniji 2023*. Slovenia Transplant. <https://www.slovenija-transplant.si/wp-content/uploads/2024/11/e-brosura-slo-final.pdf>
- Harlander, M., Lestan, D., Turel, M., Drnovšek Globokar, M., Mušič, E. Š., Pirc, D., Fileković Ribarič, S., Gradišek, M., Greif, B., Jaksch, P., Klepetko, W., & Štupnik, T. (2022). Presaditev pljuč v Sloveniji – izkušnje prvih treh let. *Slovenian Medical Journal*, 1–7. <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3342>
- Kumar, A., Sharma, S., & Anjum, F. (2025). Lung Transplantation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565849/>
- Kurt, Y., Kaşıkçı, M., & Malaska, R. (2024). Nursing interventions to prevent pressure injury among open heart surgery patients: A systematic review. *Nursing in Critical Care*, 29(6), 1706–1720. <https://doi.org/10.1111/nicc.13117>
- Young, K. A., & Dilling, D. F. (2019). The Future of Lung Transplantation. *Chest*, 155(3), 465–473. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1036>

Matej Korošec
Rok Drnovšek
doc. dr. Marija Milavec Kapun
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

Z UČENJEM S SIMULACIJAMI DO BOLJŠEGA ZNANJA O POTREBAH STAREJŠIH ODRASLIH

Learning through simulations for better understanding of the needs of older adults

RAZŠIRJENI POVZETEK

V današnjih časih ljudje živijo dlje, zato se po vsem svetu povečuje tako število kot tudi delež starejše populacije (World Health Organization, 2024). Do leta 2050 naj bi število oseb, starih 65 let in več, preseglo 1,5 milijarde (United Nations, 2023). V Sloveniji se pričakuje, da bo v naslednjih 40 letih delež starejših odraslih presegel 30 % celotne populacije (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021). S staranjem se povečujejo tveganja za različne zdravstvene težave, s katerimi se moramo kot družba ustrezno spopasti z nudenjem ustrezne oskrbe. Kljub prepoznani problematiki ostaja znanje o oskrbi starejših odraslih v zdravstveni negi pomanjkljivo (Haltaufderheide et al., 2020). Učenje s simulacijo omogoča poglobljeno razumevanje bolezni in funkcionalnih omejitev starejših odraslih. To pa lahko pozitivno vpliva na večje zanimanje za delo na tem področju in na kakovost oskrbe (Cheng et al., 2020).

V raziskavi je bil uporabljen gerontološki pripomoček (GERonTologic simulator – GERT), razvit za simulacijo starostnih bolezni in sprememb (Moll, 2019). Raziskava je temeljila na kvaziekspperimentalni zasnovi s kvalitativnimi podatki, ki so bili kasneje kvantificirani (besedni odgovori so se pretvorili v numerične vrednosti). V raziskavi so sodelovali študenti 3. letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege v izbrani visokošolski izobraževalni instituciji v študijskem letu 2022/23. Uporabljeni komplet GERT je vseboval očala, ki simulirajo šest različnih simptomov očesnih bolezni, značilnih za starejšo populacijo, slušalke, ki simulirajo osem različnih zvokov

tinitusa, par rokavic, ki simulira tremor rok ter slušalke in očala, ki ponazarjajo poslabšan sluh oziroma vid. Poleg tega je komplet vseboval tudi pripomočke, ki ponazarjajo težave z gibanjem (steznik za obremenitev komolcev in kolen, uteži za zapestja in gležnje, telovnik, vratna opornica) in rokavice, ki simulirajo težave s fino motoriko. V raziskavi je sodelovalo 86 študentov, ki so samoiniciativno in brez neposrednega vodenja uporabljali simulacijske pripomočke. Predhodno so dobili usmeritve za delo. Udeleženci so pred in po uporabi simulacijskih pripomočkov izpolnili vprašalnik o poznavanju tipičnih bolezenskih stanj in njihovem vplivu na življenje starejših odraslih. Navedli so simptome za posamezno bolezensko stanje, med analizo je bil posamezni simptom opredeljen kot pravilen ali napačen, s čimer se je preverjala natančnost njihovega poznavanja kliničnih značilnosti posameznih stanj. Pri oceni vpliva bolezni na življenje starejših odraslih so udeleženci podali subjektivne ocene stopenj težav, s katerimi se ti soočajo, kar je omogočilo primerjalno analizo percepcije pred in po izobraževalni intervenciji.

Izsledki raziskave potrjujejo, da uporaba metode simulacije pozitivno vpliva na razumevanje simuliranih bolezenskih stanj in potreb starejših odraslih. Po izobraževalni intervenciji so študenti našli več simptomov in znakov bolezni ter višje ocenili stopnjo težav, povezanih s posameznimi bolezenskimi stanji. Učenje s simulacijami se je izkazalo kot učinkovit in dobro sprejet pristop med študenti.

Vključevanje metod simulacije v izobraževalne programe bodočih zdravstvenih delavcev, zlasti medicinskih sester, je ključno za izboljšanje znanja, razumevanje potreb in tudi večje zanimanje za delo s starejšimi odraslimi. Ta pristop je uporaben tudi pri izobraževanju in usposabljanju strokovnjakov drugih zdravstvenih in socialnih področjih.

Ključne besede: staranje prebivalstva, gerontološka zdravstvena nega, izobraževanje, simulacijska orodja

EXTENDED SUMMARY

Nowadays, people are living longer, and therefore both the number and the proportion of the elderly population are increasing worldwide (World Health Organization, 2024). By 2050, the number of people aged 65 and older is expected to exceed 1.5 billion (United Nations, 2023). In Slovenia, the proportion of older adults is projected to surpass 30 % of the total population in the next 40 years (National Institute of Public Health, 2021). As the population ages, the risks of various health issues increase, requiring society to respond appropriately by providing adequate care. Despite the recognized challenges, knowledge about elderly care in nursing remains insufficient (Haltaufderheide et al., 2020). Simulation-based learning enables a deeper understanding of diseases and functional limitations in older adults. This can positively influence interest in working in this field and improve the quality of care (Cheng et al., 2020).

The study utilized a gerontological tool (GERontologic simulator – GERT), developed to simulate age-related diseases and changes (Moll, 2019). The research was based on a quasi-experimental design with qualitative data that were later quantified (verbal responses were converted into numerical values). The participants were third-year undergraduate nursing students from a selected higher education institution during the 2022/23 academic year. The GERT kit used in the study included goggles simulating six different symptoms of eye diseases characteristic of the elderly population, headphones simulating eight different tinnitus sounds, a pair of gloves simulating hand tremors, as well as additional headphones and goggles representing impaired hearing and vision. Additionally, the kit contained aids that simulated mobility

issues (an elbow and knee brace, wrist and ankle weights, a weighted vest, and a neck brace) and gloves designed to mimic difficulties with fine motor skills. A total of 86 students participated in the study, using the simulation tools independently and without direct supervision. They received prior instructions on their use. Participants completed a questionnaire before and after using the simulation tools, assessing their knowledge of typical medical conditions and their impact on the lives of older adults. The symptoms for each medical condition were listed, and during the analysis, each symptom was categorized as correct or incorrect, thus testing the accuracy of participants' knowledge of the clinical characteristics of each condition. When evaluating the impact of diseases on the lives of older adults, participants provided subjective ratings of the levels of difficulties faced by these individuals, which allowed for a comparative analysis of their perceptions before and after the educational intervention.

The results of the study confirm that the use of simulation methods positively impacts the understanding of simulated medical conditions and the needs of older adults. After the educational intervention, students identified more symptoms and signs of the diseases and rated the level of difficulties associated with each condition higher. Simulation-based learning proved to be an effective and well-received approach among the students.

Incorporating simulation methods into the educational programs of future healthcare professionals, especially nurses, is crucial for improving knowledge, understanding of needs, and increasing interest in working with older adults. This approach is also valuable in the education and training of professionals in other healthcare and social fields.

Key words: aging population, gerontological nursing care, education, simulation tools

LITERATURA

Cheng, W. L.-S., Ma, P. K., Lam, Y. Y., Ng, K. C., Ling, T. K., Yau, W. H., Chui, Y. W., Tsui, H. M., & Li, P. P. (2020). Effects of Senior Simulation Suit Programme on nursing students' attitudes towards older adults: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 88, 104330. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104330>

Haltaufderheide, J., Hovemann, J., & Vollmann, J. (Eds.). (2020). *Aging between Participation and Simulation: Ethical Dimensions of Socially Assistive Technologies in Elderly Care*. Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110677485>

Moll, W. (2019). Age simulation suit GERT: GERonTologic simulator. Produkt + Projekt. <https://www.age-simulation-suit.com/>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2021: Osnovni demografski in ekonomski podatki*. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2021/>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. United Nations. <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>

World Health Organization. (2024, October 1). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

VLOGA MEDICINSKE SESTRE ZA PODROČJE RAN, STOM IN KONTINENCE (ENTEROSTOMALNE TERAPEVTKE) PRI OBRAVNAVI POŠKODB ZARADI PRITISKA

The role of a wound, ostomy continence nurse (enterostomal therapist) in the management of pressure injuries

RAZŠIRJENI POVZETEK

Zdravstvena nega s področja ran, stom in kontinence je večplastna, temelji na dokazih in vključuje edinstveno znanje, ki medicinskim sestram omogoča zagotavljanje varne in kakovostne obravnave pacientov s kroničnimi ranami, stomami in inkontinenco. Vključuje oskrbo pacientov v vseh starostnih obdobjih in na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Medicinske sestre s specialnimi znanji na področju ran, stom in inkontinence vodijo optimalno zdravstveno oskrbo neposredno z zagotavljanjem praktične oskrbe in posredno s svojo vlogo mentorja, svetovalca, raziskovalca ali skrbnika v celotnem sistemu zdravstvenega varstva (Berke et al., 2019). Podiplomsko funkcionalno usposabljanje s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapije) je v Sloveniji prisotno že preko 30 let s čemer sledimo razvitim zdravstvenim sistemom v tujini (Jelar & Štemberger Kolnik, 2024). Nastanek poškodb zaradi pritiska (v nadaljevanju PZP) je kazalnik kakovosti zdravstvene nege v zdravstvenih ustanovah, ki lahko pomembno vpliva na zdravstveno stanje pacienta/varovanca.

Razviti zdravstveni sistemi v svetu so že zaznali potrebo pa aktivnemu pristopu k preprečevanju PZP z dodatnim izobraževanjem strokovnjakov na tem področju in zagotavljanjem ustreznih materialnih resursov, v slovenskem prostoru pa je zaenkrat področje preventive PZP še prepuščeno ozaveščenosti vodstva zdravstvene nege posameznih ustanov ali celo preloženo na breme pacienta ali svojcev, kar je sporno tako iz strokovnega, kot tudi iz etičnega vidika. Prispevek opisuje primer dobre prakse vključevanja medicinske sestre s specialnimi znanji s področja ran, stom in kontinence (enterostomalne terapevtke) v zdravstveno obravnavo 83 – letne oskrbovanke s poškodbo zaradi pritiska. Uporabljena je kvalitativna raziskovalna metoda in sicer deskriptivna, interpretativna retrospektivna študija primera. Po nastanku PZP na trtici (Nedoločljive stopnje: sum na globoko poškodbo tkiva) pri oskrbovanki, so na željo svojcev in ob soglasju vodstva doma in lečečega zdravnika v obravnavo vključili medicinsko sestro s specialnimi znanji s področja ran, stom in kontinence (enterostomalno terapevtko). Svojci so na lastne stroške priskrbeli vse potrebno, kupili so obloge za rane, prehranske dodatke z visoko vsebnostjo beljakovin in najeli preventivno dinamično blazino, zaposleni pa so poskrbeli za redno obračanje in PZP oskrbovali po navodilih. Ob vsaki spremembi ali dilemi so se za nasvet obračali na medicinsko sestro s specialnimi znanji za področje ran, stom in kontinence (enterostomalno terapevtko). Ob natančnih navodilih in spremljanju strokovnjakinje s poglobljenim znanjem s področja ran, stom in kontinence je bil v nekaj tednih viden napredek v zdravljenju PZP. Napredek v celjenju PZP smo evidentirali s pomočjo fotografij (prikazano na Sliki 1), pisnega dokumentiranja oskrbe rane in pisnih navodil glede oskrbe. Izračune stroškov smo opravili na podlagi original izdanih računov, ki smo jih razvrstili po posameznih kategorijah, ki so predstavljene v Tabeli 1. V sedmih mesecih je medicinska sestra za področje ran, stom in kontinence (enterostomalne terapevtke) opravila pet obiskov oskrbovanke s prevezo in oskrbo PZP, napisala 9 priporočil za oskrbo PZP ter vsaj enkrat mesečno opravila svetovanje preko telefona, na podlagi poslanih fotografij PZP. Študija primera potrjuje ugotovitve mednarodnih raziskav (Appleby, 2011; Anderson et al., 2015, Liu & Wang, 2018), ki poudarjajo nujnost nadaljnega razvoja oskrbe pacientov z ranami ter sistematičnega vključevanja strokovnjakov s specialnimi znanji s področja ran, stom in kontinence – enterostomalnega terapevta v slovenski zdravstveni sistem, po zgledu razvitih zdravstvenih modelov. Njegova vloga bi prispevala k izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe, optimizaciji terapevtskih postopkov ter dolgoročno zmanjšala zaplete in stroške zdravljenja.

Ključne besede: zdravstvena nega, specialna znanja, kronične rane, oskrba, preventiva

EXTENDED SUMMARY

Nursing care in wound, ostomy and continence management is multifaceted, evidence-based, and requires specialized knowledge that enables nurses to provide safe and high-quality care for patients with chronic wounds, ostomies and incontinence. This specialized care spans all age groups and healthcare levels. Nurses specializing in wound, ostomy and continence care optimize patient treatment both directly through hands-on care and indirectly through roles as mentors, consultants, researchers, or coordinators within the healthcare system (Berke et al., 2019). Postgraduate functional training in wound, ostomy and continence care (enterostomal therapy) has been present in Slovenia for over 30 years, aligning with developed healthcare systems worldwide (Jelar & Štemberger Kolnik, 2024). The occurrence of pressure injuries (PI) serves as an indicator of nursing care quality within healthcare institutions and significantly

affects patient health. Developed healthcare systems worldwide have recognized the need for an active approach in PI prevention by providing additional education for specialists in this field and ensuring adequate material resources. However, in Slovenia, PI prevention remains largely dependent on the awareness of nursing management within institutions or is even shifted onto patients and their families, which raises both professional and ethical concerns. This paper presents a case study demonstrating best practices in integrating a specialized Wound, Ostomy and Continence Nurse (Enterostomal Therapist) in the care of an 83-year-old patient with a pressure injury. A qualitative research methodology was used, specifically a descriptive, interpretative, retrospective case study. After a PI developed on the sacral area (Unstageable: suspected deep tissue injury), the patient's family, with the consent of the nursing home management and the attending physician, involved a specialized Wound, Ostomy and Continence Nurse (Enterostomal Therapist) in the care process. The family covered all necessary expenses, including wound dressings, high-protein nutritional supplements, and the rental of a preventive dynamic mattress, while the staff ensured regular repositioning and followed wound care instructions. Any changes or uncertainties were addressed through consultations with the wound, ostomy and continence nurse (enterostomal therapist). The progress of PI healing was documented through photographs (Picture 1), written wound care records, and documented care instructions. Cost calculations were based on original invoices, categorized accordingly and presented in Tabel 1. In seven months, the wound, stoma and continence nurse (enterostomal therapist) made five visits to the patient with dressing and PI care, wrote 9 recommendations for PI care, and provided telephone counseling at least once a month, based on the PI photos sent. The case study confirms the findings of international research (Appleby, 2011; Anderson et al., 2015, Liu & Wang, 2018), which highlight the need for further development of wound care and the systematic integration of experts with specialized knowledge in the field of wounds, ostomy and continence – enterostomal therapists – into the Slovenian healthcare system, following the example of developed healthcare models. Their role would contribute to improving the quality of healthcare, optimizing therapeutic procedures and reducing complications and treatment costs in the long term.

Key words: nursing care, specialisation, chronic wounds, treatment, prevention



Slika 1: Celjenje PZP (Osebni arhiv svojcev)

Tabela 1: Prikaz dodatnega finančnega vložka svojcev (12.1.2024 – 18.7.2024)

	VRSTA PRIPOMOČKA	CENA
1.	Najem preventivne blazine	1.730, 40 €
2.	Nabor uporabljenih primarnih oblog:	1.047, 50 €
3.	Nabor uporabljenih sekundarnih oblog:	1.367, 51 €
4.	Zaščita kože	163, 60 €
5.	Čiščenje rane	100, 69 €
6.	Prehranska podpora	1.023, 39 €
	SKUPNI ZNESEK (v 6 mesecih)	5.433, 09 €

Literatura

Anderson, M., Guthrie, P. F., Kraft, W., Reicks, P., Skay, C., & Beal, A. L. (2015). Universal Pressure Ulcer Prevention Bundle with WOC Nurse Support. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 42(3), 217–225. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000109>

Appleby, S. L. (2011). Role of the Wound Ostomy Continence Nurse in the Home Care Setting: A Patient Case Study. *Home Healthcare Now*, 29(3). https://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/fulltext/2011/03000/role_of_the_wound_ostomy_continence_nurse_in_the.7.aspx

Berke, C., Conley, M. J., Netsch, D., Franklin, L., Goodman, E., Shephard, C., & Thompson, D. (2019). Role of the Wound, Ostomy and Continence Nurse in Continence Care: 2018 Update. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 46(3), 221–225. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000529>

Jelar Slatnar, A., & Štemberger Kolnik, T. (2024). Poklicne kompetence in aktivnosti na področju zdravstvene nege in obravnave pacienta z rano, stomo in kontinenco. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji*. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2024/02/Poklicne-kompetence-in-aktivnosti-na-podrocju-zdravstvene-nege-in-obravnave-pacienta-z-rano-stomo-in-kontinenco-2024.pdf>

Liu, X. li, & Wang, L. (2018). A review of the development and current status of wound ostomy continence nurses in the mainland of China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.002>

Andrej Gadžijev, dr. med., spec. travmatolog

Javni zavod Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv Slovenija transplant
andrej.gadzijev@slovenija-transplant.si

DAROVANJE ORGANOV IN TKIV V SLOVENIJI – POGLED V PRIHODNOST

Organ and tissue donation in Slovenia - a look into the future

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

623

RAZŠIRJENI POVZETEK

V Sloveniji se premalo zavedamo, da je zdravljenje s presaditvijo organa, ko pride do njegove končne odpovedi, pri nas dostopno prav vsakemu, ki ima urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje. A pogled v prihodnost ni več tako rožnat, kot je bil v času pred pandemijo. Spremenilo se je predvsem dojemanje in upoštevanje stroke, število primernih darovalcev pa se je nazadnje zmanjšalo v času stavke, med katero smo se še enkrat več spopadli s kadrovsko stisko v javnih zdravstvenih zavodih in izrazitim upadom entuziazma, ki nas je »krasil« v preteklih desetletjih. Družbene spremembe po pandemiji pa nakazujejo nadaljnje poslabšanje, zato bomo pri vzdrževanju dobrih rezultatov in razvoju na področju donorsko-transplantacijske dejavnosti morali sodelovati vsi, tako izvajalci kot uporabniki zdravstvenih storitev.

Osnova za uspešno transplantacijsko dejavnost je dobro razvit donorski program, za katerega skrbi javni zavod Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv Slovenija transplant. V nacionalno donorsko mrežo je povezanih 11 donorskih bolnišnic, med katerimi je največja, UKC Ljubljana, hkrati tudi edini transplantacijski center za vse organe. V mrežo je vključen še Center za tipizacijo tkiv, ki deluje pod okriljem Zavoda RS za transfuzijsko medicino ter Slovenija-transplant kot centralna in povezovalna institucija. Na nacionalni ravni zagotavljamo organizacijske pogoje, strokovne protokole in ustrezno zakonodajo (*ZPPDČT*), da imamo v Sloveniji uspešen, kakovosten in pregleden sistem darovanja organov po smrti, ki zagotavlja tudi visoke etične standarde. V prostorih Slovenija-transplanta je centralna transplantacijska koordinacijska pisarna, v kateri transplantacijski koordinatorji na dnevni ravni povezujejo in usklajujejo vse aktivnosti, da pacienti na čakalnem seznamu za zdravljenje s presaditvijo

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

pravočasno dobijo ustrezen organ. Na mednarodni ravni redno sodelujemo z državami članci Eurotransplanta (skupno jih je 8 – Belgija, Nizozemska, Luksemburg, Nemčija, Avstrija, Madžarska, Hrvaška in Slovenija), s katerimi med seboj na letni ravni izmenjamo 60 – 70 % organov. Slovenija-transplant sledi usmeritvi, da so pred uvajanjem kakršnihkoli sprememb (novih protokolov, novih postopkov prepoznavanja darovalcev itd.) potrebne jasne strokovne smernice, izobražena stroka ter soglasje strokovne in splošne javnosti. *Z iskanjem soglasja v stroki in z intenzivnim izobraževanjem predvsem strokovne, kasneje pa tudi splošne javnosti, smo pred leti že uspešno uvedli program darovanja organov in tkiv po možganski smrti*². Ključno je zaupanje splošne javnosti, saj brez soglasja svojcev za darovanje po možganski ali cirkulatorni smrti s postopki ne moremo pričeti. Zato je izjemno pomembno, da je celotna dejavnost popolnoma transparentna in posamezni postopki na razumljiv način predstavljeni vsem izvajalcem in uporabnikom zdravstvenega sistema. Pomembno je poznavanje celotne verige procesov, da smo lahko v tak način zdravljenja aktivno vključeni in ga razumemo. Vloge posameznih timov so jasno razdeljene, zato da ni konflikta interesov med ekipami, ki skrbijo za bolnika v času zdravljenja do nastopa možganske ali cirkulatorne smrti, in ekipami, ki so vključene v procese darovanja, odvzema in presaditve organov.

ICOD je v Sloveniji novejši program, ki posega v postopke zdravljenja ob koncu življenja, saj izrazito izpostavlja etično načelo avtonomije posameznika (v našem primeru umirajočega bolnika). Pri ICOD izhajamo iz predpostavke, da večina ljudi želi postati darovalcev po smrti (v Sloveniji je takih na deklarativni ravni 85%, številni so svojo željo zaupali svojcem, veliko ljudi pa je tudi že vpisanih v nacionalni register darovalcev po smrti), zato jim je v primeru, da bi do smrti lahko prišlo, potrebno omogočiti, da se jim ustno ali pisno izražena želja sploh lahko izpolni. Gre za paciente, ki so pripeljani na Urgenco v zelo hudem stanju in pri katerih, po preiskavah, neodvisen konzilij zdravnikov zaključí, da je prognoza infaustna (možnost preživetja je nična), zato je svetovana le zadnja faza paliativne oskrbe (dostojanstveno umiranje). Pri večini od teh bolnikov se popolnoma ignorira želja o darovanju po smrti, saj smo zaradi obstoječim programov vajeni, da se le ta preverja šele po dokazani (možganski) smrti. Vendar pa pri trenutno uveljavljenih postopkih v praksi očitno kršimo enega od temeljnih načel etike. ICOD zato predvideva stopenjski pristop z vključitvijo različnih timov in dvakraten pogovor s svojci. Predvideva sprejem bolnika z infaustno prognozo na oddelek za intenzivno medicino (OIM) samo z namenom, da se mu omogoči izpolnitev želje glede darovanja po smrti, in razvoj klinične slike možganske smrti v naslednjih 48 – 72 urah. Če do možganske smrti v naslednjih 3 dneh ne pride, se lahko preide na darovanje po nadzorovani srčni smrti (cDCD) ali v našem primeru do popolne odtegnitve zdravljenja (saj je prognoza infaustna in bi se v nasprotnem primeru le podaljševalo pacientovo trpljenje).

Darovanje organov in tkiv je potrebno vključiti v postopke zdravljenja ob izteku življenja (end-of-life-care), kjer je prav, da pravočasno izpostavimo in na pravilen način zagovarjamo avtonomijo posameznika (umirajočega pacienta). Koordinatorji transplantacijske dejavnosti so v našem sistemu tisti, ki ščitijo avtonomijo posameznika, in tiste ključne osebe, ki jih morajo v procese zdravljenja vključiti lečeči zdravniki takoj, ko se pri bolniku pokažejo klinični znaki možganske smrti. V prihodnosti bomo prav preko bolnišničnih transplantacijskih koordinatorjev uvajali nove načine detekcije možnih darovalcev, predvsem z implementacijo programov ICOD (Intensive Care to facilitate Organ Donation) in cDCD (controlled Donation after Circulatory Death).

Ključne besede: transparentnost, koordinator transplantacijske dejavnosti, ozaveščanje javnosti, end-of-life-care, ICOD

EXTENDED SUMMARY

In Slovenia, we are not sufficiently aware that treatment with organ transplantation, when a certain organ reaches its final failure, is available to any resident with basic health insurance only. However, the outlook for the future is no longer as rosy as it was before the pandemic. Above all, the perception and consideration of the health care profession has changed, and the number of suitable organ donors has finally decreased during the last doctor's strike, during which we once again had to deal with the staff shortage in public health institutions and a marked decline in the enthusiasm that "adorned" us in the past decades. However, social changes after the covid pandemic indicate further deterioration, so we will all have to cooperate in maintaining the current situation and in further developing in the field of organ donation and transplantation activities, both providers and users of health services.

The basis for successful transplantation activity is a well-developed organ donation program, which is managed by the The Institute of the Republic of Slovenia for the Transplantation of Organs and Tissues Slovenija transplant. The national organ donation network includes 11 donor hospitals, the largest of which is the University Medical Center Ljubljana, which is also the only transplantation center for all organs. The network also includes the Tissue Typing Center, which operates under the auspices of the Institute of Transfusion Medicine of the Republic of Slovenia, and Slovenia-transplant as a central and connecting institution. At the national level, we provide organizational conditions, professional protocols and appropriate legislation (ZPPDČT¹) so that we all can have a successful, high-quality and transparent system of organ donation after death, which also ensures high ethical standards. The premises of Slovenia-transplant house a central transplantation coordination office, in which transplantation coordinators connect and coordinate all activities on a daily basis so that patients on the waiting list for transplant treatment receive the appropriate organ in a timely manner. At the international level, we regularly cooperate with Eurotransplant member states (8 in total - Belgium, the Netherlands, Luxembourg, Germany, Austria, Hungary, Croatia and Slovenia), with whom we exchange 60 – 70 % of organs annually. Slovenia-transplant follows the principle that before introducing any changes (new protocols, new procedures for donor identification, etc.), clear professional guidelines, an educated profession, and the consent of the professional and general public are necessary. By seeking consensus in the profession and through intensive education, primarily of the professional, and later also of the general public, we successfully introduced a program of organ and tissue donation after brain death years ago². The trust of the general public is crucial, because without the consent of relatives for donation after brain or circulatory death, we cannot begin the procedures. Therefore, it is extremely important that the entire activity is completely transparent and that individual procedures are presented in an understandable manner to all providers and users of the healthcare system. It is important to know the entire chain of processes so that we can be actively involved in and understand this method of treatment. The roles of different teams are clearly divided so that there is no conflict of interest between the teams, that care for the patient during treatment until the onset of brain or circulatory death, and the teams that are involved in the processes of organ donation, procurement and transplantation.

ICOD is a newer program in Slovenia that intervenes with treatment procedures at the end of life, as it clearly highlights the ethical principle of the autonomy of the individual (in our case, the dying patient). ICOD is based on the assumption that most people want to become donors after death (in Slovenia, 85% of them declare this, many have entrusted their wish to their

relatives, and some are already registered in the national register of donors after death), so in the situation that death could occur, it is necessary to enable them to fulfil their verbally given or written consent to donate. These are patients who are brought to the Emergency Department in a very serious condition and in whom, after investigations, the independent council of doctors concludes that the prognosis is futile (the possibility of recovery is zero), therefore only palliative care in the last phase of life (dying with dignity) is advised. In most of these cases, the desire to donate after death is completely ignored, because we are used to existing donation programs, in which we only check this kind of consent after legally proven (brain) death. However, we are clearly violating one of the fundamental principles of ethics, if we do so. ICOD therefore anticipates a step-by-step approach with the involvement of different teams and a two-time conversation with relatives. It foresees the admission of patients with a futile prognosis to the intensive care unit (ICU) solely for the purpose of enabling them to fulfil their wishes regarding donation after death, and the development of a clinical picture of brain death in the next 48 - 72 hours. If brain death does not occur within the next 3 days, donation after controlled cardiac death (cDCD) can be offered or, in our case, complete withdrawal of life sustaining treatment (since the prognosis is futile and the patient's suffering would only be prolonged).

Organ and tissue donation must be included in all end-of-life-care procedures, where it is our duty to highlight and defend the autonomy of the individual (the dying patient) in a timely manner. In our system, transplant coordinators are those, who protect the autonomy of the individual and those key persons, who must be included in the treatment processes by the treating physicians as soon as the patient shows clinical signs of brain death. In the future, we will introduce new methods of detecting potential donors through hospital transplant coordinators, mainly by implementing the ICOD (Intensive Care to facilitate Organ Donation) and cDCD (controlled Donation after Circulatory Death) programs.

Key words: transparency, transplant coordinator, public awareness, end-of-life-care, ICOD

LITERATURA

Avsec, D., & Šimenc, J. (2020): Donorski program po cirkulatorni smrti v Sloveniji: analiza stališč strokovne javnosti in nadaljnji razvoj; *Zdravniški vestnik*, 89, 5/6, 255-269; <https://doi.org/10.6016/ZDRAVVESTN.2974>

Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZPPDČT), Uradni list RS, št. 56/15; <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2015-01-2357?sop=2015-01-2357>

Milica Samar, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Operacijski blok
milica.samar@kclj.si

VLOGA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI PRESADITVI LEDVICE

The role of the operating room nurse in renal transplantation

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

627

RAZŠIRJENI POVZETEK

Pred vsako presaditvijo ledvice je potreben pregled in priprava (preparacija) ledvice. Transplantacijski koordinator obvesti kirurško ekipo, kdaj in kje bo potekala preparacija. Koordinator sporoči tudi ETDN darovalca in oznako ledvice (KL/KR). Ta podatek je zelo pomemben za operacijske medicinske sestre (OPMS). OPMS pred prevzemom ledvice preveri ujemanje podatkov koordinatorja z oznakami na škatli, v kateri je ledvica. Postopek preparacije se izvaja v operacijski dvorani v UKC Ljubljana. Sodelujejo urolog, asistent in dve OPMS. OPMS pripravi material, instrumente in tekočine, ki so potrebni za preparacijo. Preparacija se zaključi s pakiranjem ledvice v vrečke za organe ali priključitev na strojno perfuzijo. Vsak premik ledvice v ali iz hladilnika za shranjevanje organov OPMS dokumentira. Koordinator sporoči ekipi uro, kdaj bo pacient v Operacijskem bloku UKC Ljubljana. Vse operacije presaditve ledvic se izvajajo izključno v Operacijskem bloku v UKC Ljubljana. Pri vsaki presaditvi sodelujeta v operacijski dvorani anestezijska ekipa in kirurška ekipa. Člani kirurške ekipe: kirurg operater urolog, dva asistenta in dve OPMS. OPMS pred operacijo pripravi operacijsko dvorano, aparature, material in instrumente, tekočine (sterilen srež). Poudarek je tudi na dokumentaciji. OPMS ob prihodu prejemnika v operacijsko dvorano preveri ujemanje pacienta s podatki o darovalcu (ETDN številka) in oznako ledvice. Sledi priprava anestezijske ekipe in nato še kirurška priprava pacienta. Pacienta namestimo v položaj za operacijo, OPMS nalepi nevtralno elektrodo na pacientovo kožo in asistira pri uvajanju urinskega katera. Pred vsako operacijo OPMS izvede kirurški varnostni seznam. Še enkrat se potrdi identiteta pacienta in katera ledvica bo presajena. Sledi priprava operativnega polja, sterilno pokrivanje in kirurški rez. Pacientove lastne ledvice kirurg ne odstrani. Operater si pripravi žile za anastomozo, preveri primernost žilne klemme in naroči krožeči OPMS, da prinese ledvico. Operater se pripravi na žilne anastomoze. Po žilnih sledi anastomoza sečevoda z mehurjem. Od trenutka, ko je pacient pripeljan v operacijsko

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

dvorano, do takrat, ko jo zapusti, obe OPMS skrbita za njegovo varnost v operacijski dvorani. Krožeča OPMS pripravi obrazce za dokumentiranje presaditve. To vključuje tudi napotnico za histopatološki pregled in dokumentacijo za Zavod Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv Slovenija transplant. OPMS oddata preparate za histološko preiskavo. OPMS vse izvedeno dokumentirajo v knjigo za oddajo preparatov, na list za nujen prenos, v protokol za OPMS, v računalniški program za operativne posege, na preglednico za pacienta za oddane preparate in tudi v poročilo o poteku. S takim načinom dokumentiranja OPMS zagotavljajo sledljivost. Poleg ledvic mrtvih dajalcev se presajajo tudi ledvice živih darovalcev (living donor). Od leta 2016 se izvajata laparoskopski odvzem ledvice in sočasno presaditev ledvice v sosednji operacijski dvorani. Taka vrsta presaditve ledvice je skrbno načrtovana vnaprej. Dve OPMS sta del kirurške ekipe pri laparoskopskem odvzemu ledvice pri živem darovalcu in dve OPMS pri presaditvi ledvice. Prva začne ekipo za odvzem ledvice. Urolog se praviloma odloči, da bo odvil levo ledvico. Pacienta namestimo v desni bočni položaj. OPMS pripravi ohlajeno posebno tekočino Custodiol za ohranjanje tkiv in organov, biopsijsko pištolo. Pregled in priprava dajalčeve ledvice potekata na inštrumentarski mizi. Takoj se opravi perfuzija ledvice, hlajenje ledvice, priprava žil in sečevoda. Potem ledvico prenesejo v sosednjo operacijsko dvorano. V tej operacijski dvorani je prejemnik že pripravljen na presaditev ledvice. Operater uporabi odprto metodo presaditve ledvice. Darovanje in presaditev ledvice sta prepletena. Brez darovanja zdravljenje ni mogoče. OPMS imajo vlogo tako pri odvzemu ledvice kot tudi pri presaditvi ledvic.

Ključne besede: preparacija, operacijska dvorana, živi darovalec, Slovenija transplant, dokumentacija

EXTENDED SUMMARY

Before a renal transplantation, examination and preparation of the kidney are required. The transplant coordinator informs the surgical team when and where the preparation of the kidney will take place. The coordinator also informs the team about the ETDN and kidney designation (KL/KR). This information is crucial for the operating room nurses (ORN).

Before taking over the kidney, the ORN checks that the coordinator's data match the labels on the box containing the kidney. The preparation procedure is performed in the operating room at the University Medical Center Ljubljana. A urologist, an assistant, and two OR nurses participate in the procedure. The ORN prepare the materials, instruments, and fluids required for the preparation. The preparation is completed by packing the kidney into organ bags or connecting it to machine perfusion. Any movement of the kidney into or out of the refrigerator for organ storage is documented by the ORN.

The coordinator informs the team of the time when the patient will arrive at the Operating Block of the University Medical Center Ljubljana. All renal transplant surgeries are performed exclusively in the Operating Block of the University Medical Center Ljubljana. Each transplant involves an anesthesia team and a surgical team. The surgical team consists of a surgeon (an operating urologist), two assistants, and two ORN. The ORN prepare the operating room, appliances, materials, instruments, and fluids (sterile iced saline solution) before surgery. Particular emphasis is placed on documentation.

Upon the recipient's arrival in the operating room, the ORN check the patient's identity against the donor's information (ETDN number) and the kidney tag. This is followed by preparation by the anesthesia team and the surgical preparation of the patient. The patient is positioned for surgery; the ORN attach a neutral electrode to the patient's skin and assist in the insertion of a urinary catheter. Before each operation, the ORN complete a surgical safety checklist. The patient's identity and the kidney to be transplanted are once again confirmed.

The preparation of the surgical field, sterile dressing, and surgical incision follow. The patient's own kidney is not removed. The surgeon prepares the veins for the anastomosis, checks the suitability of the vascular clamp, and instructs the circulating ORN to bring the kidney. The surgeon then prepares for vascular anastomosis. After completing the vascular anastomosis, the ureter is anastomosed with the bladder.

From the moment the patient enters the operating room until they leave, both ORN are responsible for the patient's safety. The circulating ORN prepares reports to document the transplant, including a referral for histopathological examination and documentation for the Institute of the Republic of Slovenia for Organ and Tissue Transplantation. The ORN submit the specimens for histological examination and document all actions in the ORN protocol, the emergency transfer sheet, and the OPMS (computer program for surgical procedures). With this method of documentation, the ORN ensure traceability.

In addition to kidneys from deceased donors, kidneys from living donors are also transplanted. Since 2016, laparoscopic kidney removal and simultaneous transplantation have been performed in adjacent operating rooms. This type of renal transplant is carefully planned in advance. Two ORN are part of the surgical team for laparoscopic kidney removal from a living donor, and two ORN are part of the renal transplantation team. The kidney removal team begins the procedure first. Typically, the urologist decides to remove the left kidney. The patient is placed in the right lateral position.

The ORN prepare a cooled special solution (Custodiol) for the preservation of tissues and organs, as well as a biopsy gun. Examination and preparation of the donor kidney are carried out on the instrument table. Renal perfusion, cooling of the kidney, and preparation of the vessels and ureter are performed immediately. Afterwards, the kidney is transferred to the adjacent operating room, where the recipient is already prepared for transplantation. The transplantation is performed using the open surgical method.

Organ donation and transplantation are deeply interconnected—without donation, transplantation is impossible. The ORN play a key role in both kidney retrieval and renal transplantation.

Key words: preparation, operating room, living donor, Slovenia transplant, documentation

LITERATURA

Gadžijev, A., Darovanje in transplantacije organov in tkiv v Sloveniji leta 2023. Zavod republike Slovenije za presaditve organov in tkiv Slovenija transplant. <https://www.slovenija-transplant.si/wp-content/uploads/2024/11/e-brosura-slo-final.pdf>

Hofer J. (2010). Nursing practise of an operating room transplant nurse. *UC SD Journal of nursing*, 16-19. https://escholarship.org/content/qt6v80v10z/qt6v80v10z_noSplash_074ca2313e32cea1357085a47492e883.pdf?t=sk2963

Marolt, M. (2011). Vloga operacijske medicinske sestre pri presaditvi ledvice. In T. Požarnik (Eds), *Zbornik XXVII-Primeri dobre prakse v perioperativni zdravstveni negi*, Rogaška Slatina, 18. in 19. marec 2011 (pp 77-87). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Šega, S., Jenžekovič, M., Hawlina, S. (2014). Zdravstvena nega bolnikov v zgodnjem pooperativnem obdobju po presaditvi ledvice. 6. slovenski urološki kongres z mednarodno udeležbo in evropsko urološko šolo otroške urologije. https://www.researchgate.net/publication/313838322_ZDRAVSTVENA_NEGA_BOLNIKOV_V_ZGODNJEM_POOPERATIVNEM_OBDOBJU_PO_PRESADITVI_LEDVICE

Tickner J., (1969). Preparing for kidney transplantation. *AORN Journal*, 9 (4), 68-71. <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0001-2092%2808%2971096-2>

doc. dr. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., uni. dipl. org., prof. def.¹

asist. Tina Kamenšek, dipl. m. s., mag. zdr. nege²

viš. pred. Lucija Matić, MSc (Švedska), dipl. m. s.³

Prof.ssa Cristina Petrucci, PhD⁴

Arja Halkoaho, PhD, Principal Lecturer, Associate Professor⁵

¹Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

³Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

⁴University of L'Aquila, Department of Life, Health and Environmental Sciences

⁵Tampere University of Applied Sciences, Applied Research Center

*milavecm@zf.uni-lj.si

VKLJUČEVANJE GENOMIKE V ŠTUDIJ ZDRAVSTVENE NEGE

Integration of Genomics into nursing education

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: Genomika ima pomemben vpliv na zdravje in dobro počutje posameznika, pojav bolezni in uspešnost premagovanja bolezni. Intenziven razvoj genomske znanosti in digitalnih tehnologij prinaša pomembne spremembe tudi v zdravstveno obravnavo pacientov (Calzone et al., 2018) but a concerted global effort is needed to transform nursing policy and practice to address widely acknowledged deficits in nurses' genomic literacy. The purpose was to conduct a global country and organization review of nursing engagement with genomics, informing a landscape analysis to assess readiness for integration of genomics into nursing. DESIGN: Global nursing leaders and nursing organizations were recruited using a purposive sampling strategy to complete an online survey that assessed the scope of genomic integration in practice and education, challenges and barriers, and priorities for action. METHODS: The survey was administered online following an orientation webinar. Given the small numbers of nurse leaders globally, results were analyzed and presented descriptively. FINDINGS: Delegates consisted of 23 nurse leaders from across the world. Genomic services were offered predominantly in specialty centers consisting mostly of newborn screening (15/18). Vsebine genomike še niso sistematično vključene v študijske programe zdravstvene nege, zato se zaznava slabšo genomsko pismenost s študentov (Parviainen et al., 2023) IBM SPSS version 27, and item-analysis. A total of 245 nursing students participated in the study; 75% reported

that they had not completed any genetics-genomics courses. The GNCL scores ranged from 2 to 31 total correct answers out of a total possible score of 31. The GNCL mean score of the Finnish cohort (9.53; SD = 3.48; 36% correct. Za uspešno delo medicinskih sester v preciznem zdravstvu je nujno, da študenti pridobijo spretnosti za izvajanje genomske informirane zdravstvene nege (McLaughlin et al., 2024). Namen prispevka je predstaviti razviti in validirani izobraževalni model GenoNurse, ki podpira vključevanje vsebin genomike v študij zdravstvene nege. **Metode:** Model je bil razvit v okviru projekta, financiranega iz programa Erasmus+, pri katerem so sodelovali strokovnjaki iz štirih evropskih držav. Razvoj modela je temeljil na kombiniranem metodološkem pristopu. S pilotnim testiranjem modela in zbranimi povratnimi informacijami študentov in učiteljev zdravstvene nege je bil model iterativno nadgrajen. Poleg tega je bil konceptualno verificiran in validiran s strani neodvisnih, mednarodno priznanih strokovnjakov. **Rezultati:** Identificirani so bili štirje temeljni elementi modela: genomika, informiranost, omogočenost in zdravstvena oskrba, ki jih podpira dvanajst podelementov. Model vključuje tudi načrt (RoadMap) GenoNurse možne poti za njegovo implementacijo v študijske programe. V okviru testiranj so učitelji in študenti zdravstvene nege model ocenili pozitivno, saj naj bi izboljševal razumevanje genomike in posledično spodbujal uporabo genomskega znanja v praksi zdravstvene nege. Mednarodni strokovnjaki so potrdili njegovo ustreznost in uporabnost. Čeprav je bil razvit v evropskem prostoru, ima zaradi svoje generične narave potencial za širšo uporabo, saj omogoča prilagoditev in nadgradnjo glede na različne potrebe in kulturne kontekste. Prav tako se lahko uspešno uporablja tudi v drugih študijskih programih s področja zdravstva ter v vseživljenjskem izobraževanju. Model je vizualno predstavljen kot kompleksen, neprestano razvijajoč se ekosistem, sestavljen iz številnih dinamičnih in medsebojno odvisnih komponent. Le te simbolizirajo celovitost in soodvisnost delov zdravstvenega sistema, kjer napredki in inovacije na enem področju poganjajo razvoj celotnega zdravstvenega sistema. Model poudarja transformativno vlogo genomike v zdravstveni negi ter pomen vključevanja teh vsebin v študij in prakso zdravstvene nege. **Diskusija in zaključek:** Generični izobraževalni model GenoNurse spodbuja integracijo vsebin genomike v študij zdravstvene nege v okviru različnih, že obstoječih, predmetov. S tem se lahko podpira prakso genomske informirane zdravstvene nege, krepi proaktivno vlogo pacientov, spodbuja njihovo samooskrbo, izboljšuje procese odločanja ter pozitivno vpliva na izide obravnave, ki temelji na razpoložljivih genomske podatkih (Fu et al., 2020; Halkoaho et al., 2023). To bo bodočim medicinskim sestram omogočilo aktivno vlogo pri nudenju storitev preciznega zdravstva, ki se ob skokovitem napredku generativne umetne inteligence in omičnih znanosti izjemno hitro razvija (Thomas et al., 2023). Uspešnost implementacije teh vsebin v izobraževanje in prakso je treba spremljati z raziskavami ter model smiselno nadgrajevati.

Ključne besede: Model GenoNurse, precizna zdravstvena nega, genomska pismenost

EXTENDED SUMMARY

Introduction: Genomics plays a crucial role in shaping individual health and well-being, disease onset, and treatment outcomes. The rapid development of genomic science and digital technologies has brought significant changes to patient healthcare (Calzone et al., 2018). However, genomic content has not yet been systematically integrated into nursing curricula, resulting in lower genomic literacy among students (Parviainen et al., 2023). For nurses to act successfully in precision health, it is essential that nursing students acquire the skills necessary to implement genomics-informed nursing care (McLaughlin et al., 2024). The aim of this paper is to present the developed and validated educational model, GenoNurse, which facilitates the integration of genomic content into nursing education. **Methods:** The model was developed

as part of an Erasmus+ funded project involving experts from four European countries. Its development was based on a combined methodological approach. Through pilot testing and feedback collected from both nursing students and educators, the model underwent iterative refinement. Furthermore, it was conceptually verified and validated by independent, internationally recognised experts. **Results:** Four fundamental elements of the model were identified: genomics, informed, enabled, and healthcare, supported by twelve sub-elements. The model also includes the GenoNurse RoadMap outlining potential pathways for its implementation in nursing curricula. During the pilots, nursing educators and students provided positive evaluations of the model, indicating that it enhances genomic understanding and promotes the application of genomic knowledge in nursing practice. International experts have confirmed its relevance and usability. Although developed within a European context, the model's generic nature offers the potential for broader application, allowing adaptation and further development to meet diverse needs and cultural contexts. It can also be effectively employed in other health sciences studies and lifelong learning. The model is visually represented as a complex, continuously evolving ecosystem, composed of numerous dynamic and interdependent components. These components symbolise the integrity and interconnection of different aspects of the healthcare system, where advancements and innovations in one area drive the progress of the entire system. The model highlights the transformative role of genomics in nursing care and the importance of embedding these concepts in both nursing education and practice. **Discussion and conclusion:** The generic GenoNurse educational model promotes the integration of genomic content into nursing education across various existing courses. It supports the implementation of genomics-informed nursing care, encourages proactive patient engagement, encourages self-care, enhances decision-making processes, and positively impacts health outcomes based on the availability of genomic data (Fu et al., 2020; Halkoaho et al., 2023). This will enable future nurses to take an active role in delivering precision healthcare, which is rapidly evolving due to advancements in generative artificial intelligence and omics sciences (Thomas et al., 2023). The effectiveness of integrating genomic content into education and practice should be continuously monitored through research and adapted accordingly to meet emerging challenges.

Key words: GenoNurse model, Nursing education, Precision health, Genomic literacy

LITERATURA:

- Calzone, K. A., Kirk, M., Tonkin, E., Badzek, L., Benjamin, C., & Middleton, A. (2018). The global landscape of nursing and genomics. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 249–256. <https://doi.org/10.1111/jnu.12380>
- Fu, M. R., Kurnat-Thoma, E., Starkweather, A., Henderson, W. A., Cashion, A. K., Williams, J. K., Katapodi, M. C., Reuter-Rice, K., Hickey, K. T., Barcelona de Mendoza, V., Calzone, K., Conley, Y. P., Anderson, C. M., Lyon, D. E., Weaver, M. T., Shiao, P. K., Constantino, R. E., Wung, S.-F., Hammer, M. J., ... Coleman, B. (2020). Precision health: A nursing perspective. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.12.008>
- Halkoaho, A., Smolander, N., Caples, M., Dante, A., Petrucci, C., & Milavec Kapun, M. (2023). Genomics-informed nursing: The future of nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 4–7. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3223>
- McLaughlin, L., Mahon, S. M., & Khemthong, U. (2024). A systematic review of genomic education for nurses and nursing students: Are they sufficient in the era of precision health? *Nursing Outlook*, 72(5), 102266. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102266>
- Parviainen, A., Ward, L. D., Halkoaho, A., Laing, B., Maguire, J., Palovaara, M., Mandysova, P., Bacungan, G., Mamungay, J. J., Sund, R., Mikkonen, S., Carlberg, C., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2023). Nursing students' genomics literacy: Basis for genomics nursing education course development. *Teaching & Learning in Nursing*, 18(1), 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2022.11.013>
- Thomas, J., Keels, J., Calzone, K. A., Badzek, L., Dewell, S., Patch, C., Tonkin, E. T., & Dwyer, A. A. (2023). Current state of genomics in nursing: A scoping review of healthcare provider oriented (clinical and educational) outcomes (2012–2022). *Genes*, 14(11), 2013. <https://doi.org/10.3390/genes14112013>

UPORABA ELEKTRONSKIH NAPRAV ZA SLEDENJE PACIENTOV Z DEMENCO: PREGLED LITERATURE

Using electronic devices to track patients with dementia: A literature review

POVZETEK

Pregled literature obravnava uporabo elektronskih naprav za sledenje kot tehnološki pristop k obvladovanju vedenjskih izzivov pri osebah z demenco, zlasti tavanja. Tavanje je pogosto vedenje, značilno za demenco, ki pomembno ogroža varnost bolnikov in hkrati obremenjuje njihove skrbnike. Namen pregleda je bil oceniti učinkovitost, omejitve in etične vidike teh tehnologij na podlagi 15 znanstvenih raziskav, objavljenih med letoma 2020 in 2024.

V središču analize so tri vrste tehnologij: GPS, RFID in Bluetooth. GPS naprave omogočajo sledenje v realnem času ter uporabo virtualnih varnostnih območij, ki sprožijo opozorila ob njihovem zapustitvi. RFID tehnologija deluje znotraj nadzorovanih okolij, kot so domovi za starejše, in omogoča samodejno zaznavanje gibanja. Bluetooth tehnologija temelji na sledenju znotraj omejenih razdalj in se izkaže za uporabno v domačem okolju, zlasti v kombinaciji z drugimi sistemi.

Pregled potrjuje, da elektronske naprave za sledenje pomembno pripomorejo k večji varnosti oseb z demenco ter zmanjšujejo stres in skrb skrbnikov. Poleg tega omogočajo ohranjanje določene stopnje avtonomije pri pacientih znotraj varnega okolja. Med ključne izzive sodijo tehnične omejitve (kot so motnje v signalu, nizka vzdržljivost baterij), visoki stroški in pomanjkljiva dostopnost. Prav tako se pojavljajo pomembna etična vprašanja, povezana z zasebnostjo, informiranim soglasjem ter ravnotežjem med varnostjo in avtonomijo oseb z demenco.

Pregled literature poudarja, da tehnologija sama po sebi ne zadostuje kot rešitev za kompleksne izzive, temveč mora biti vključena v širši sistem podpore, ki zajema tudi izobraževanje skrbnikov, prilagojene storitve in jasno opredeljene etične smernice. Učinkovita rešitev se

kaže v kombiniranju različnih tehnologij s ciljem izboljšanja zanesljivosti in prilagajanja potrebam uporabnikov. Širša uporaba teh naprav bo mogoča le ob hkratnem upoštevanju tehničnih, ekonomskih, socialnih in etičnih vidikov.

Ključne besede: elektronske naprave, demenca, varnost

SUMMARY

The literature review examines the use of electronic tracking devices as a technological approach to managing behavioral challenges in people with dementia, particularly wandering. Wandering is a common behavior associated with dementia that significantly compromises patient safety and places a burden on caregivers. The purpose of the review was to assess the effectiveness, limitations, and ethical aspects of these technologies based on 15 scientific studies published between 2020 and 2024.

The analysis focuses on three types of technologies: GPS, RFID, and Bluetooth. GPS devices enable real-time tracking and the use of virtual safety zones that trigger alerts when they are left. RFID technology works within controlled environments, such as nursing homes, and enables automatic movement detection. Bluetooth technology is based on tracking within limited distances and proves useful in the home environment, especially in combination with other systems.

The review confirms that electronic tracking devices significantly contribute to the safety of people with dementia and reduce stress and anxiety for caregivers. In addition, they allow patients to maintain a certain degree of autonomy within a safe environment. Key challenges include technical limitations (such as signal interference and low battery life), high costs, and lack of accessibility. There are also important ethical issues related to privacy, informed consent, and the balance between safety and autonomy for people with dementia.

A review of the literature emphasizes that technology alone is not sufficient as a solution to complex challenges, but must be integrated into a broader support system that also includes caregiver education, tailored services, and clearly defined ethical guidelines. An effective solution lies in combining different technologies with the aim of improving reliability and adapting to user needs. Wider use of these devices will only be possible if technical, economic, social, and ethical aspects are taken into account simultaneously.

Key words: electronic devices, dementia, safety

Helena Olenik, mag. zdr. nege

Zavarovalnica Triglav d.d.

helenia.olenik@gmail.com

ZAPOSLOVANJE MEDICINSKIH SESTER V ZDRAVSTVENE ZAVAROVALNICE

Employment of nurses in health insurance companies

S K U P A J Š E M O Č N E J Š I !

635

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji je urejeno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Sestavljeno je bilo iz osnovnega in dodatnega zavarovanja. S 1. januarjem 2024 je bil pa uveden obvezni zdravstveni prispevek (OZP), ki je nadomestil obstoječe dopolnilno zavarovanje. V Sloveniji se zdravstvena varnost prebivalstva zagotavlja z javnim sistemom obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvaja ZZZS, manjši delež zdravstvenih izdatkov pa se pokriva tudi iz zasebnih sredstev. Pri izdelavi članka bomo uporabili deskriptivno raziskovalno metodo s kritičnim zbiranjem, pregledom in analiziranjem domače ter tuje literature. Uporabljena bo literatura iz podatkovnih baz PubMed in COBISS.SI. Uporabili bomo literaturo iz obdobja od leta 2019 do leta 2024, ter nekaj starejše literature izdane izven časovno raziskovalnega okvirja, zaradi svoje aktualnosti.

Vloge medicinskih sester so se skozi leta razvijale. Dandanes ne delajo le v bolnišnicah, klinikah ali domovih za ostarele. Zdaj vidimo, da medicinske sestre puščajo pečat v drugih netradicionalnih sektorjih. Kateri so ti ne tradicionalni sektorji in kakšne priložnosti so na voljo (Filipino UK Nurses Community, 2020)? Toda občutek smisla in želja medicinske sestre, da skrbi za ljudi, lahko sega daleč onkraj zdravstvenih ustanov. Ti usposobljeni strokovnjaki lahko svojo predanost preusmerijo v številne različne panoge, kot je medicinska sestra za zavarovanje (4 Corner Resources, 2022). Eden takšnih ne tradicionalnih sektorjev zaposlovanja medicinskih

ZDRAVSTVO V LUČI GLOBALNIH SPREMEMB

sester je torej zagotovo zavarovalništvo. Za uspešnost v tej vlogi, mora zaposlena medicinska sestra znotraj zavarovalnice najprej imeti dobre sposobnosti ocenjevanja. Ključnega pomena pa je tudi vzpostavljanje dobrega odnosa s strankami, vendar ni vedno enostavno. Kot predstavniki podjetja morajo zagotoviti visokokakovostno storitev za stranke (Filipino UK Nurses Community, 2020).

Kdo je zavarovalniška medicinska sestra? Zavarovalniška medicinska sestra igra ključno vlogo pri natančnem ocenjevanju bolnikov. Uporabljajo kombinacijo verbalnih vprašanj in neverbalnih namigov za analizo bolnikovega trenutnega zdravstvenega stanja in načrtov zdravljenja. Zavarovalne medicinske sestre bodo nato na podlagi njihove ocene zagotovile in sporočile možnosti zavarovalnega načrta bolniku. Njihovo delo daje zavarovalnicam trdne temelje za gradnjo prihodnjih načrtov zdravljenja in določanje upravičenosti zahtevkov. Usklajevali se bodo s temi zavarovalnicami in njihovimi bolniki, da bodo izvedli načrte oskrbe in jim svetovali glede polic in odškodninskih zahtevkov. Nekatere običajne naloge zavarovalniške medicinske sestre vključujejo naslednje: Omogočanje ocenjevanja na daljavo, postavljanje vprašanj o bolnikovem telesnem stanju, zdravstveni anamnezi in družinski anamnezi, razumevanje pacientovih edinstvenih zahtev in preferenc, zagotavljanje ustreznih možnosti zavarovanja za stranke, svetovanje strankam pri odškodninskih zahtevkih, spremljanje informacij o pacientih, ko se spreminjajo čez čas (4 Corner Resources, 2022).

Z vsebini smo v raziskavi opredelili odgovore na vprašanje o delu medicinske sestre v zdravstveni zavarovalnici. Ugotovili smo, da medicinske sestre, ki so dlje časa zaposlene v zdravstveni zavarovalnici, izvajajo naloge, od najlažjih do zahtevnejših, ki so tako ali drugače povezani z zdravstvom. V primerjavi z obravnavo bolnika v zdravstvenih ustanovah so naloge medicinske sestre pri zavarovalniški obravnavi drugačne, vendar še vedno v okvirju njenih zdravstvenih kompetenc. Značilnosti osebe, ki dela v zavarovalnici, so natančnost, odzivnost, zanesljivost ter dobro razvite organizacijske in komunikacijske sposobnosti (Wallace, 2009).

Medicinske sestre imajo trenutno majhno, a zelo pomembno vlogo v zavarovalništvu. Vloga medicinske sestre v zavarovalnici se tako počasi veča (Braun & Filej, 2017). Z vsakim ekonomskim razvojem se razvijajo tudi zavarovalni produkti v zavarovalnicah, zato se v večini držav zaradi pomanjkanja v javnem zdravstvenem sistemu pojavili še dodatni načrti v obliki dodatnih zdravstvenih zavarovanj (Bünnings et al., 2015).

Zaključek: Zdravstveno zavarovanje nudi zaščito v primeru poškodbe ali bolezni. Zdravstvene zavarovalnice so pozorne na spremembe v navadah, odnosu in vedenju prebivalstva ter na vse večje povpraševanje po novih vrstah zdravstvenih zavarovanj. V prihodnosti, ko se bo panoga razvijala, bodo medicinske sestre prevzele nove vloge znotraj zdravstvenih zavarovalnic v celotnem procesu zavarovanja. Te vloge lahko vključujejo trženje zavarovalnih produktov, pomoč pri vpisu zavarovanih posameznikov in izvajanje programov zdravstvene vzgoje za oza-veščanje zavarovalcev, kot tudi vodenje in obravnavanje zavarovalnih primerov. Vključevanje medicinskih sester v zdravstvene zavarovalnice pomeni nov trend pri zaposlovanju, ki s krepitvijo celovite obravnave zavarovancev prinaša pomembne koristi za same družbe.

Ključne besede: medicinske sestre v zavarovalništvu, prostovoljna dodatna zdravstvena zavarovanja, zavarovalništvo

EXTENDED SUMMARY

Introduction: The Health Care and Health Insurance Act govern health insurance in Slovenia, encompassing both basic and supplementary insurance options. As of January 1, 2024, a mandatory health contribution (OZP) has been introduced, replacing the former supplementary insurance system. Slovenia's public system of mandatory health insurance, administered by the ZZZS, ensures the health security of the population, while a portion of minor health expenses can be covered by private funds. This article will employ a descriptive research method involving the critical collection, review, and analysis of both domestic and international literature. The literature will primarily be sourced from the PubMed database as well as COBI-SS.SI. We will utilize literature published between 2019 and 2024, along with select older texts that remain relevant despite falling outside of this research timeframe. The main focus is on the evolving roles of nurses over the years. Today, their work extends beyond hospitals, clinics, and nursing homes. We are increasingly witnessing nurses making significant contributions in non-traditional sectors. What are these non-traditional sectors, and what opportunities do they present? (Philippine Nursing Association UK, 2020).

A nurse's sense of purpose and commitment to caring for others can extend well beyond conventional healthcare environments. These skilled professionals can apply their dedication across various industries, including insurance nursing (4 Corner Resources, 2022). One notable non-traditional sector where nurses can find employment is the insurance industry. To thrive in this role, a nurse working for an insurance company must possess strong assessment skills. Additionally, cultivating positive relationships with customers is essential, although it can be challenging. As representatives of the company, they are responsible for delivering high-quality customer service (Filipino UK Nurses Community, 2020).

Who is an Insurance Nurse? An Insurance Nurse plays a vital role in accurately assessing patients' health. They utilize a combination of verbal inquiries and nonverbal cues to evaluate a patient's current health status and treatment plans. Based on their assessment, Insurance Nurses communicate available insurance plan options to the patient. Their work provides insurance companies with a solid foundation to develop future treatment plans and determine eligibility for claims. They will collaborate with insurance companies and their patients to implement care plans while also providing guidance on policies and claims. Typical responsibilities of an insurance nurse include facilitating remote assessments, inquiring about the patient's physical condition, medical history, and family background, understanding the individual needs and preferences of the patient, offering suitable insurance options to clients, advising them on claims, and monitoring any changes in patient information over time (4 Corner Resources, 2022).

The content of this research delves into the role of nurses within health insurance companies, highlighting their responsibilities and the evolution of their functions over time. Nurses in these settings perform a range of tasks that vary in complexity, all tied to healthcare and insurance. Although their work differs significantly from that of nurses in traditional patient care environments, it still aligns with their medical competencies and understanding of insurance processes. Key characteristics for success in this role include responsiveness, reliability, initiative, and strong communication and organizational skills. Additionally, a commitment to ongoing personal and professional development is crucial for nurses in this field (Wallace, 2009).

Currently, nurses hold a modest yet vital position within the insurance industry, with their roles gradually expanding as health laws and insurance trends push for better healthcare

coordination (Braun & Filej, 2017). As economic conditions evolve, insurance services also advance, leading to the emergence of supplementary health plans in response to gaps in the public health sector (Bünnings et al., 2015).

In conclusion, health insurance serves as a safety net against illness or injury. Insurance companies are adapting to shifts in public behavior and the demand for innovative health insurance solutions. Moving forward, nurses will likely take on new responsibilities throughout the insurance process, such as marketing, onboarding insured individuals, and facilitating health education programs. The integration of nurses into health insurance companies signals a growing trend that benefits both the organizations and the insured clients seeking comprehensive care.

Key words: nurses in insurance, voluntary supplementary health insurance, insurance

LITERATURA

- Braun, V., & Filej, B. (2017). Vključenost medicinskih sester pri obravnavi zavarovalnega primera v zdravstveni zavarovalnici. *Revija za zdravstvene vede*, 4(2), 64–77. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/62>
- Bünnings, C., Schmitz, H., Tauchmann, H., Ziebarth, N., (2015). How Health Plan Enrollees Value Prices Relative to Supplemental Benefits and Service Quality. IWQW Discussion Paper Series. <https://doi.org/10.4419/86788623>
- Filipino UK Nurses Community. (2020, August 31). My Story as an Insurance Nurse. <https://www.filipinoukurse.com/post/my-story-as-an-insurance-nurse>
- 4 Corner Resources. (2022, November 3). Why Insurance Nurse Jobs Will Be Highly Sought After in 2023. <https://www.4cornerresources.com/blog/why-insurance-nurse-jobs-are-in-demand/>
- Wallace, M. A. (2009). Occupational health nurses—the solution to absence management? *American Association of Occupational Health Nurses*, 57(3), 122–127. <https://doi.org/10.3928/08910162-20090301-02>

Bojana Sečnjak, dipl. m. s., mag. zdr.- soc. manag.¹

Danijela Pušnik, mag. zdr. nege, pred.²

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino

²Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege

bojana.secnjak@ukc-mb.si

danijela.pusnik@ukc-mb.si

SKRB ZA KONTINUIRAN PROFESIONALNI RAZVOJ V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

Care for continuous professional development in nursing and midwifery

639

RAZŠIRJENI POVZETEK

Profesionalni razvoj zdravstvene nege pomeni pridobivanje znanj, izkušenj z namenom izboljševanja prakse zdravstvene nege in kakovostne obravnave pacientov, kakor tudi za karierni razvoj medicinskih sester (Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo & Choperena, 2021; Kurtović et al., 2024). Namen in cilj članka je predstaviti aktivnosti na področju strokovnega razvoja zdravstvene nege v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor.

Kontinuirano profesionalno izpopolnjevanje je pridobivanje in obnavljanje znanj in veščin za kakovostno in varno izvajanje zdravstvene nege. Izvajalcem zdravstvene in babiške nege (ZBN) omogoča pridobitev kompetenc glede varne in učinkovite na pacienta osredotočene oskrbe. Izvajalci ZBN potrebujejo znanja in kompetence za opravljanje profesionalne dolžnosti. Pridobijo jih s strokovnim razvojem, kliničnimi izkušnjami in stopnjo izobrazbe (Mlambo, Silén & McGrath, 2021).

V Službi zdravstvene nege Univerzitetnega kliničnega centra Maribor vsako leto skrbno načrtujejo in izvajajo izobraževanja na področju ZBN, ki so namenjena zaposlenim in udeležencem iz drugih zdravstvenih ustanov. Cilj organiziranih strokovnih izpopolnjevanj je omogočiti

zaposlenim kontinuirano strokovno izpopolnjevanje ter zagotavljanje kakovostne in strokovne ZBN. Načrtovanje strokovnih izpopolnjevanj (SI) temelji na potrebah, ki jih zaznavajo v kliničnem okolju ter na novostih na dokazih podprte zdravstvene nege. Praktične izkušnje, povratne informacije zaposlenih in analize aktualnih trendov v zdravstveni in babiški negi omogočajo, da SI prilagodijo dejanskim potrebam zaposlenih. V letu 2024 je bilo načrtovanih in izvedenih 72 različnih SI, v obliki celodnevni ali nekajurnih dogodkov. Udeležilo se jih je 4328 izvajalcev ZBN, kar je 1833 udeležencev več kot v letu 2023. Vsi strokovni dogodki so licenčno ovrednoteni pri Zbornici Zvezi. Poleg udeležb na SI v zavodu, je zabeleženih več kot 2600 udeležb na zunanjih strokovnih dogodkih, 250 udeležencev je bilo aktivnih. V zavodu spremljajo tudi organizacijo internih strokovnih sestankov (ISS), v letu 2024 jih je bilo izvedenih 526, vsaka organizacijska enota je izvedla več kot 10 ISS. Po vsakem internem SI so udeleženci izpolnili anketo o zadovoljstvu, povprečna ocena zadovoljstva je bila 4,86.

Nenehno učenje zaposlenim omogoča, da so v koraku z najnovejšimi smernicami, postopki in tehnologijami v zdravstveni negi. Izvajalcem zdravstvene in babiške nege bi želeli izobraževanja ponuditi v spletni obliki, saj je dokazana dodana vrednost te oblike učenja na profesionalni razvoj (Beckett, 2020). S tem bomo zagotovili, da bodo izvajalci zdravstvene in babiške nege v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ostali strokovno usposobljeni, motivirani in pripravljeni na izzive, ki jih prinaša zdravstvena oskrba prihodnosti. Na razvoj poklicne identitete vplivajo osebni in poklicni dejavniki, ki morajo biti usklajeni, da vodijo do uspeha (Rasmussen, Henderson, Andrew & Conroy, 2018). Potrebne bodo nadaljnje raziskave.

Ključne besede: organizacija izobraževanj, interna strokovna izpopolnjevanja, spremljanje strokovnega razvoja

EXTENDED SUMMARY

Professional development in nursing means acquiring knowledge and experience with the aim of improving nursing practice and the quality of patient care, as well as for the career development of nurses (Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo & Choperena, 2021; Kurtović et al., 2024). The purpose and objective of this article is to present activities in the field of professional development in nursing at the University Medical Center Maribor.

Continuing professional development is the acquisition and renewal of knowledge and skills for the quality and safe provision of nursing care. It enables nursing and midwifery practitioners (NMP) to acquire competencies in safe and effective patient-centered care. NMP need knowledge and competencies to perform their professional duties. They acquire these through professional development, clinical experience, and education (Mlambo, Silén & McGrath, 2021).

Every year, the Nursing Department of the University Medical Center Maribor carefully plans and implements training in the field of NMP, which is intended for employees and participants from other healthcare institutions. The aim of the organized professional development courses is to enable continuous professional development for employees and to ensure high-quality and professional NMP. The planning of professional training (PT) is based on the needs identified in the clinical environment and on innovations in evidence-based healthcare. Practical experience, feedback from employees, and analyses of current trends in healthcare and nursing enable the SI to be adapted to the actual needs of employees. In 2024, 72 different PT were planned and implemented in the form of full-day or several-hour events. They were

attended by 4328 NMP, which is 1833 more participants than in 2023. All professional events are licensed by the Nurses and Midwives Association of Slovenia. In addition to participation in PT at the institute, more than 2,600 participations in external professional events were recorded, with 250 participants being active. The institute also monitors the organization of internal professional meetings (IPM), of which 526 were held in 2024, with each organizational unit holding more than 10 IPM. After each internal PS, participants completed a satisfaction survey, with an average satisfaction rating of 4.86.

Continuous learning enables employees to keep up with the latest guidelines, procedures, and technologies in healthcare. We would like to offer NMP training in an online format, as this form of learning has proven added value for professional development (Beckett, 2020). This will ensure that NMP at the University Medical Center Maribor remain professionally qualified, motivated, and prepared for the challenges of the future of healthcare. The development of professional identity is influenced by personal and professional factors, which must be aligned to lead to success (Rasmussen, Henderson, Andrew & Conroy, 2018). Further research will be needed.

Key words: organization of education, internal professional development, monitoring professional development

LITERATURA:

- Beckett, H. (2020). Effect of e-learning on nurses' continuing professional development. *Nursing Management (Harrow)*, 26;27(2):16-22. doi: 10.7748/nm.2020.e1899.
- Kurtović, B., Gulić, B., Čukljek, S., Sedić, B., Smrekar, M. & Ledinski Fičko, S. (2024). The Commitment to Excellence: Understanding Nurses' Perspectives on Continuous Professional Development. *Healthcare (Basel)*, 1;12(3):379. doi: 10.3390/healthcare12030379
- Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 14;20(1):62. doi: 10.1186/s12912-021-00579-2.
- Rasmussen, P., Henderson, A., Andrew, N. & Conroy, T. (2018). Factors Influencing Registered Nurses' Perceptions of Their Professional Identity: An Integrative Literature Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 1;49(5):225-232. doi: 10.3928/00220124-20180417-08.
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50:102963. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102963.

Mateja Stare, dipl. m. s., spec.

UKC Ljubljana

mateja.stare@kclj.si

VLOGA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI PRESADITVI JETER

The role of the operating room nurse in liver transplantation

ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

642

1 5 . K O N G R E S

RAZŠIRJENI POVZETEK

Presaditev jeter je eden najzahtevnejših in najbolj kompleksnih kirurških posegov sodobne medicine. Uporablja se pri bolnikih z napredovalo jetrno odpovedjo, jetrnimi tumorji ali prirojenimi boleznimi jeter, kjer so izčrpane druge možnosti zdravljenja. Prvo presaditev jeter pri človeku so leta 1963 izvedli v Denverju, ta prelomni dogodek je zaznamoval začetek intenzivnega razvoja transplantacijske medicine. V Sloveniji je bila prva uspešna presaditev jeter pri odraslem izvedena leta 1995 v UKC Ljubljana (Ribnikar, 2025). Od leta 1995 do danes je bilo v UKC Ljubljana več kot 500 presaditev jeter pri odraslih bolnikih, kjer deluje tudi slovenska transplantacijska mreža kot del mednarodne organizacije Eurotransplant (Eurotransplant, 2025a, 2025b). Najpogostejši razlog presaditve jeter pri odraslem je alkoholna ciroza jeter, pri akutni odpovedi jeter odraslih je najpogostejši razlog presaditve fulminantno potekajoč avtoimuni hepatitis. V Sloveniji so presaditve jeter v veliki meri odvisne od razpoložljivosti darovalcev, koordinacije med oddelki in usposobljenosti zdravstvenega osebja. Podatki kažejo, da so letno izvedeni številni posegi, katerih uspešnost je močno povezana z izkušnjami in standardiziranimi postopki v zdravstvenem timu (Ribnikar et al., 2025; Turk Jerovšek & Ribnikar, 2025).

UKC Ljubljana je edina bolnišnica v Sloveniji, ki izvaja presaditev jeter pri odraslih in večjih otrocih, medtem ko se slovenski otroci, ki potrebujejo presaditev jeter zdravijo v različnih bolnišnicah po Evropi. Običajno je darovalec bližnji sorodnik, kateremu operativno odstranijo del

jeter in le-ta presadijo otroku. Prvo presaditev jeter slovenskemu otroku so izvedli leta 1975 v Hamburgu. Najpogostejši razlog presaditve jeter pri otroku je prirojena biliarna atrezija, pri akutnih odpovedih jeter otrok so najpogostejši razlogi metabolne bolezni. Od leta 1975 do danes so/smo slovenskim otrokom izvedli 57 presaditev celih, ali le dela darovanih jeter.

Kirurški postopek presaditve jeter vključuje tri glavne faze: odstranitev obolelega organa, anhepatično fazo (bolnik je brez jeter) in implantacijo novega organa. Vsaka od teh faz predstavlja specifične izzive, od tveganj za krvavitve in elektrolitske motnje do hemodinamskih nihanj. Tukaj pride v ospredje izjemna vloga operacijske medicinske sestre (OPMS), ki s svojo strokovno pripravo, poznavanjem postopkov in nenehno pozornostjo prispeva k varnosti bolnika. Njeno delo je veliko več kot le tehnična izvedba (Espindola et al., 2020). OPMS pripravi operacijsko sobo, preveri delovanje opreme, pripravi sterilne instrumente in sodeluje pri preverjanju identitete bolnika. Med operacijo natančno spremlja potek, asistira kirurgu, vzdržuje sterilnost in vodi dokumentacijo. Ključnega pomena je njena zmožnost predvidevanja in hitrega reagiranja v kritičnih trenutkih. Po posegu skrbi za pravilno ravnanje z odvzetimi vzorci, dekontaminacijo uporabljenih inštrumentov in pripravo dvorane za nadaljnje posege. Poleg tega je pogosto tista oseba, ki najdlje ostane ob bolniku in s tem pomembno vpliva na občutek varnosti in kontinuitete oskrbe (Alvarez & Iglesias, 2015).

Vloga OPMS pri presaditvi jeter je torej večplastna, izjemno odgovorna in ključna za uspešnost posega. S svojo strokovnostjo, občutkom za timsko delo in sočutjem do bolnika postavlja temelje kakovostne zdravstvene obravnave. V razmerah visoke kompleksnosti in nepredvidljivosti mora biti zanesljiva, hitro odzivna in stalno osredotočena, saj s tem neposredno prispeva k zmanjšanju zapletov ter uspešnemu izidu operacije (Espindola et al., 2020; Ribnikar, 2025).

Ključne besede: operacijska medicinska sestra, UKC Ljubljana, presaditev jeter

EXTENDED SUMMARY

Liver transplantation is one of the most demanding and complex surgical procedures in modern medicine. It is used for patients with advanced liver failure, liver tumors, or congenital liver diseases where other treatment options have been exhausted. The first human liver transplantation was performed in Denver in 1963, marking a groundbreaking moment and the beginning of intensive development of transplant medicine. In Slovenia, the first successful liver transplantation in an adult was performed in 1995 at the UMC Ljubljana (Ribnikar, 2025). Since 1995, more than 500 liver transplantations have been performed at UMC Ljubljana in adult patients. The Slovenian transplant network operates within this hospital and is a member of the international Eurotransplant organization (Eurotransplant, 2025a, 2025b).

The most common reason for liver transplantation in adults is alcoholic liver cirrhosis. In cases of acute liver failure, the leading cause for transplantation is fulminant autoimmune hepatitis. In Slovenia, liver transplantations largely depend on donor availability, coordination between departments, and the competence of medical staff. Data show that numerous procedures are performed each year, with their success being closely tied to the experience and standardized practices of the medical team (Ribnikar et al., 2025; Turk Jerovšek & Ribnikar, 2025).

UMC Ljubljana is the only hospital in Slovenia that performs liver transplantations in adults and larger children, whereas Slovenian children who need liver transplantations are treated in various hospitals across Europe. Typically, the donor is a close relative from whom a portion

of the liver is surgically removed and transplanted into the child. The first liver transplantation of a Slovenian child was performed in 1975 in Hamburg. The most common reason for transplantation in children is congenital biliary atresia, while the most frequent causes of acute liver failure in children are metabolic diseases. Since 1975, a total of 57 liver transplantations, either full organs or its portion, have been performed for Slovenian children.

The liver transplantation surgical procedure involves three main phases: removal of the diseased liver, the anhepatic phase (when the patient is without a liver), and implantation of the new organ. Each of these phases presents specific challenges, from the risk of bleeding and electrolyte disturbances to hemodynamic instability. This is where the exceptional role of the operating room nurse (ORN) comes to the forefront. Through professional preparation, knowledge of procedures, and continuous attention, the ORN contributes greatly to patient safety. Her role goes far beyond technical assistance (Espindola et al., 2020).

The ORN prepares the operating room, checks the functioning of equipment, prepares sterile instruments, and participates in patient identification verification. During the operation, she closely monitors the procedure, assists the surgeon, maintains sterility, and manages documentation. Her ability to anticipate and react quickly in critical moments is of key importance. After the procedure, she ensures proper handling of collected samples, decontamination of used instruments, and prepares the room for the next procedure. Furthermore, she is often the person who stays with the patient the longest, significantly contributing to the sense of safety and continuity of care (Alvarez & Iglesias, 2015).

The role of the ORN in liver transplantation is therefore multifaceted, extremely responsible, and crucial for the success of the procedure. With her professionalism, sense of teamwork, and compassion for the patient, she lays the foundation for a high-quality healthcare. In an environment of high complexity and unpredictability, she must be reliable, quick to respond, and constantly focused, directly contributing to fewer complications and better surgical outcomes (Espindola et al., 2020; Ribnikar, 2025).

Key words: operating room nurse, UMC Ljubljana, liver transplantation

LITERATURA

- Alvarez, I., & Iglesias, M. J. (2015). Establishing safety standards in liver transplantation operating room nursing care. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 1–2, 9–12. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2015.11.001>
- Espindola, S., Nascimento, K. C., Knihs, N. S., Alvarez, A. G., Sebold, L. F., & Paim, S. M. (2020). Intraoperative patient safety during liver transplantation: Integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, e-APE20180187. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR0187>
- Eurotransplant. (2025a, Marec 2). Cooperating saves lives. <https://www.eurotransplant.org/about-eurotransplant/cooperating-saves-lives/>
- Eurotransplant. (2025b, Marec 2). Statistics Report Library. <https://statistics.eurotransplant.org/>
- Ribnikar, M., Turk Jerovšek, M., Hanžel, J., & Štabuc, B. (2025, March 2). Presaditev jeter pri bolnikih s holestatičnimi boleznimi jeter. <https://slojgastroenterology.com/wp-content/uploads/Presaditev-jeter-pri-bolnikih-s-holestaticni-mi-boleznimi-jeter.pdf>
- Ribnikar, M. (2025, Marec 2). Presaditev jeter. <https://slojgastroenterology.com/journal/2019/S1/Presaditev%20jeter.pdf>
- Turk Jerovšek, M., & Ribnikar, M. (2025, March 2). Presaditev jeter pri bolnikih z akutno jetrno odpovedjo – naše izkušnje. <https://slojgastroenterology.com/journal/2023/1/Slovenian%20Journal%20of%20Digestive%20Diseases%20-%20Volume%2027,%20No.%201,%20May%202023.pdf#page=51>

doc. dr. Nino Fijačko, viš. strok. raz. asist.
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede
nino.fijacko@um.si

POVPREČNO TRAJANJE ŠTUDIJA ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENIJI: DIPLOMSKO DELO PODALJŠUJE ŠTUDIJ

Average duration of nursing studies in Slovenia: The bachelor thesis extends the study period

POVZETEK

Pomanjkanje medicinskih sester je resen globalni izziv. Povzročajo ga demografski, poklicni in izobraževalni dejavniki. V Evropi študij zdravstvene nege pogosto zaključujejo z diplomsko nalogo, ki omogoča poglobljen pregled tematike, a zaradi časovne zahtevnosti lahko podaljša študij in poslabša primanjkljaj medicinskih sester. V našem prispevku se osredotočamo na načine zaključevanje študija na slovenskem področju in njegove morebitne vplive na trajanje le tega. Pregledali smo samoevalvacijska poročila in spletne strani fakultet zdravstvene nege, zbrali podatke o zaključkih in trajanju študija ter jih deskriptivno analizirali z Microsoft Wordom in Excelom. Študij prve stopnje zdravstvene nege na vseh osmih slovenskih fakultetah formalno traja tri leta. Za obdobje 2013/14–2023/24 smo pridobili podatke za pet fakultet, ki izvajajo redni študijski program. Ugotovili smo, da se na večini fakultet (4/5; 80 %) študij zaključi z diplomskim delom, pri čemer povprečno trajanje študija znaša 4,8 ($\pm 0,7$) let. Na eni fakulteti, kjer se študij zaključi z diplomskim izpitom, povprečno trajanje študija znaša 3,9 ($\pm 0,4$) let. Čeprav večina evropskih držav še vedno zahteva diplomsko nalogo pri zaključku študija zdravstvene nege, se uveljavljajo alternative, kot je diplomski izpit, ki vključuje

preverjanje teoretičnega znanja in praktičnih veščin. Ključno je ohraniti visoke izobraževalne standarde. Naša raziskava je omejena na redne študente zaradi njihove večje homogenosti. V prihodnje načrtujemo širitev analize in projekcijo diplomantov ob morebitni spremembi načina zaključevanja študija.

Ključne besede: Zdravstvena nega, študij, diploma, izpit, študenti

SUMMARY

The shortage of nurses is a serious global challenge, driven by demographic, professional, and educational factors. In Europe, nursing education often concludes with a bachelor thesis, which enables an in-depth exploration of a selected topic but, due to its time demands, can prolong the duration of studies and exacerbate the nursing shortage. In our study, we focus on the methods of completing nursing education in Slovenia and their potential impact on study duration. We reviewed self-evaluation reports and the websites of nursing faculties, collected data on the types of program completion and study duration, and conducted a descriptive analysis using Microsoft Word and Excel. The standard duration of undergraduate nursing education at all eight Slovenian faculties is formally three years. For the period 2013/14–2023/24, we obtained data from five faculties offering full-time study programs. We found that at most faculties (4 out of 5; 80%), studies are completed with a bachelor thesis, with an average study duration of 4.8 (± 0.7) years. At the one faculty where studies are completed with a bachelor exam, the average duration is 3.9 (± 0.4) years. Although most European countries still require a bachelor thesis for completing nursing studies, alternatives such as bachelor exams—which assess theoretical knowledge and practical skills—are becoming more common. It is crucial to maintain high educational standards. Our research is limited to full-time students due to their greater cohort homogeneity. In the future, we plan to expand the analysis and project the number of graduates under potential changes in study completion methods.

Key words: Nursing, study, bachelor, thesis, exams, students



Vsakodnevno življenje medicinskih sester v luči delovnih obremenitev



¹Tanja Vozelj, dipl. m. s., ²Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg.

¹Splošna bolnišnica Jesenice, ²Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Teoretična izhodišča

- delovni pogoji medicinskih sester se spreminjajo; primanjkljaji kadra so vedno večji.
- Višje obremenitve, stres, izgorelost, poveča se možnost napak pri delu.
- Dolgoročna podvrženost lahko vpliva na osebno vedenje in psihološke vidike zaposlenega (Kavšak & Prosen, 2021).
- Dobro ravnanje med delom in domačim življenjem je vedno težje doseči. Posledice čuti tudi družina zaposlenega (Galletta, et al., 2019).
- Ena od podpor za usklajevanje zasebnega in poklicnega življenja zaposlenih - certifikat »Družini prijazno podjetje« (Certifikat Družini prijazno podjetje, 2022).

Metoda

Zanimalo nas je, kako se delovne obremenitve kažejo na družinskem življenju medicinskih sester, kakšne težave imajo pri usklajevanju družinskega, socialnega življenja in dela, ter kako aktivnosti družini prijaznega podjetja pomagajo pri usklajevanju teh vidikov. Izvedli smo 3 fokusne skupine s 15 udeleženci. Udeleženci raziskave so zaposleni v zdravstveni negi v splošni bolnišnici, ki ima certifikat Družini prijazno podjetje. Seznanjeni so bili s potekom raziskave, z anonimnostjo ter prostovoljnostjo sodelovanja. Soglasja so dali etična komisija zavoda in vsi udeleženci. Vse udeležence so bile ženske z družinami (partner, vsaj 1 otrok), ki delajo na bolniških oddelkih v triizmenskem turnusu in niso na vodstvenih funkcijah; stare ob 23 do 55 let, s povprečno delovno dobo 14,66 let (5-25 let).

Rezultati

Na podlagi navedb ter postopka kvalitativne tematske analize smo definirali 37 kod, ki smo jih združili v 7 kategorij in na koncu oblikovali 3 teme.

Kode	Kategorije	Teme
Psihična obremenitev, fizična obremenitev, stres, utrujenost, nesplošnost, razdražljivost, pomanjkanje energije	Psihofizični odziv na obremenitve	Učinki na družinsko življenje
Nesprotnost, napeti odnosi, prepri in krog, mir in tišina v dvoje, izgubljen čas	Odnos med partnerjema	
Nerazumevanje otrok, žalost, vzgoja po telefonu, sprotna prilagajanja, bolj samostojni otroci	Učinki na otroke	
Pomanjkanje časa, prelaganje obveznosti, nategnjenost življenje, vpliv bolniških odločitev, fleksibilen urnik, več prostih dni, nadomeščanje izgubljenega časa	Družabno življenje	Učinki na socialno in družabno življenje medicinskih sester
Kadrovsko dobra pokritost, dobri timi, takojšnje reševanje konfliktov	Dobri tim	Aktivnosti certifikata Družini prijazno podjetje ter vodenje v zdravstveni negi
Dobri vodje, enakovredno upoštevanje želja, več razumevanja, dobra predstavitelja certifikata, dobra komunikacija, upoštevanje delavcev, pobuda	Dobro vodenje	
Sam sišala a se poznam, ne bi vedela kaj pomeni, kaj točno to je ne vem	Poznavanje certifikata	

Rezultati

Ugotovili smo, da se večina zaposlenih pri svojem delu čuti psihično in fizično obremenjena, navajajo stres, razdražljivost, utrujenost in nespečnost.

Avtorji Sibuea in drugi (2024) ugotavljajo pomen različnih dejavnikov v za dobro poklicno življenje, nismo našli raziskav, kjer bi se ukvarjali direktno z učinki na zasebno življenje. Mi ugotavljamo, da pogosto zmanjkuje časa za vsakdanja opravila in preživljanje prostega časa z družino, v odnosu s partnerjem prihaja do napetosti, predvsem pa čutijo da so izgubili čas za dobre odnose. Udeleženci navajajo, da svoje otroke vzgajajo po telefonu.

Diskusija

Družabno življenje trpi, ker ni časa zanj, načrti se rušijo, ko je potrebno nenačrtovano priti v službo zaradi bolniških in drugih odsotnosti. Kot varovalni dejavnik se izpostavlja dobro delovanje v timih, takojšnje reševanje konfliktov, dobro delo vodij s pohvalo, podporo in dobro komunikacijo. Aktivnosti vezane na certifikat »Družini prijazno podjetje« se sicer izvajajo, toda udeleženci raziskave slabo poznajo možnosti, ki jih le ta nudi.

Predlog izboljšav

Današnje razmere v zdravstvu so neoptimalne in nič ne kaže, da se bodo kaj kmalu spremenile. Zaposleni so fizično ter psihično izčrpani. Vodstva zdravstvenih zavodov imajo nekaj možnosti podpreti zaposlene pri ohranjanju ravnovesja med zasebnim in poklicnim življenjem.

Sam po sebi certifikat »Družini prijazno podjetje« ne prinaša učinka, če zaposleni ne poznajo izvajanja aktivnosti in posledično možnosti ne morejo koristiti. Tudi aktivnosti morajo biti vsebinsko oblikovane na način, da imajo vsi zaposleni možnost njihovega koriščenja.

Omejitev raziskave

Prva avtorica z moderiranjem fokusnih skupin predhodno ni imela veliko izkušenj, zato potek lahko da ni bil optimalen. Udeleženci so sicer bili zainteresirani pristopiti k raziskavi in so se nanjo dobro odzvali, lahko pa je omejitev medsebojno poznanstvo udeležencev raziskave in zato potencialni zadržki pri opisovanju družinskega življenja.

Ključne besede: zdravstvena nega, družini prijazno podjetje, delo in družina

Utjecaj prenatalne zaštite na maternalni i perinatalni mortalitet



Deana Švaljug¹, Iva Keglević², Blaženka Sumpor³, Fahira Imamović⁴, Ivona Čolak⁵, Dijana Žilić⁶, Vesna Kočevar⁷, Vedran Đido⁸

¹ Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka, RH, ² Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, KBC Rijeka, Rijeka, RH, ³ KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, RH, ⁴ Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, BiH,

⁵ Sveučilište na klinička bolnica Mostar, Mostar, BiH, ⁶ Opća bolnica Karlovac, Karlovac, RH, ⁷ Opća bolnica Varaždin, Varaždin, RH, ⁸ Univerzitet u Sarajevu, Fakultet zdravstvenih studija, Sarajevo, BiH

Teoretična izhodiša

Prenatalna zaštita obuhvaća zaštitu žena od početka trudnoće do porođaja, a koja bi trebala osigurati pozitivan ishod za ženu i novorođenče. Stoga su danas, kroz suvremenu zaštitu materinstva obuhvaćene sve trudnice, kod kojih se kroz dovoljan broj kvalitativnih pregleda mogu prepoznati, te spriječiti i izliječiti bolesti i patološka stanja u trudnoći, s ciljem rađanja zdravog, donošenog i eutrofičnog novorođenčeta, ali i očuvanja zdravlja žene. Upravo je rano otkrivanje i probiranje rizičnih čimbenika u trudnoći prvi korak u prevenciji njihovih komplikacija, a koji mogu ugroziti život ili zdravlje majke i novorođenčeta. Suprotno tome, pravilna selekcija ugroženih trudnoća, s individualiziranim pristupom, trebala bi spriječiti nepovoljan ishod trudnoće, te omogućiti da se svaki plod razvija prema svom maksimalnom genetskom potencijalu.

Metoda

U prvom dijelu istraživanja, vezano za provođenje programa prenatalne zaštite u Republici Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini, podaci su prikupljeni u siječnju 2025. godine, a kojim su obuhvaćene četiri zdravstvene ustanove koje provode perinatalnu zaštitu u RH (Klinički bolnički centar Rijeka, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice Zagreb, Opća bolnica Karlovac i Opća bolnica Varaždin) i četiri u BiH (Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Zavod za zdravstvenu zaštitu žena i materinstva kantona Sarajevo - centar, Dom zdravlja Breza, Zeničko - dobojski kanton i Javna ustanova Opća bolnica Konjic Hercegovacko - neretvanski kanton). Dok su u drugom dijelu istraživanja, a koji se odnosi na pregled maternalnog i perinatalnog mortaliteta u proteklom razdoblju podaci prikupljeni pretraživanjem objavljenih podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, te dostupne literature i mrežnih izvora.

Rezultati

Indikator	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.
Maternalni mortalitet (MM)	3,3	3,8	3,9	3,9	3,1	3,8
Perinatalni mortalitet (PM)	60	60	60	60	60	60
Maternalni i perinatalni mortalitet (MPM)	63,3	63,8	63,9	63,9	63,1	63,8

Maternalni mortalitet u RH

Kretanje maternalnog mortaliteta kroz povijest:
Sredinom XIX. stoljeća 583 počinje/1000 porođaja
Početkom XX. stoljeća = 3-6/1000
1950.-1954. godine 168/1000
1980.-ih 5-10/godišnje

- 2017. g. = 0
- 2018. g. = 0
- 2019. g. = 2 žene - 5,5 / 100 000
- 2020. g. = 2 žene - 5,5 / 100 000
- Embolija plodnom vodom
- Akutni pankreatitis i Covid
- 2021. g. = 4 žene - 10,96 / 100 000
- 3 Covid
- embolija
- 2022. g. = 1 žena - 2,95 / 100 000
- Krvarenje nakon poroda

Perinatalni mortalitet u RH

Kretanje perinatalnog mortaliteta kroz povijest:
Krajem XIX. stoljeća 200 %
1920.-1930. godine 60 %

- 2017. god. = 3,3 %
- 2018. god. = 3,8 %
- 2019. god. = 3,9 %
- 2020. god. = 3,9 %
- 2021. god. = 3,1 %
- 2022. god. = 3,8 %



Maternalni i perinatalni mortalitet u BiH

Sustavno se ne prikupljaju, te nema statističkih podataka na nacionalnoj razini. Prema dostupnim podacima iz medija od 2021. godine, umrlo 10 žena na 100 000 živorodene djece¹. U daljnjem tekstu navodi se da je to ispod prosjeka Europe, dakle bolji, ali još uvijek za 1-2 slučaja više od najrazvijenijih zemalja (<https://glasnik.ba/vijesti/je-odrazna-simpozij-o-umiranja-i-smrtnosti-majki-i-novorođenčadi>).
Što se tiče perinatalnog mortaliteta, također ne postoje na državnoj razini, iz medija od 2022. godine navodi se podatak za SKB Mostar, prema kojemu je kod njih perinatalna smrtnost ispod 10 % (<https://www.dnevnik.ba/vijesti/iz-bosne-i-hercegovine-nema-podatke-o-perinatalnoj-smrtnosti-u-razi>; izdavanje: 2025716).

Rezultati



Diskusija

Upravo je maternalni i perinatalni mortalitet i morbiditet jedan od pokazatelja kvalitete prenatalne zaštite, kao jedne od temeljnih mjera zdravstvene politike i organizirane skrbi za majku i novorođenče, ovisan o financijskim, društvenim i kulturnim statusom pojedinih država u svijetu. Procjenjuje se da je 2020. godine, povezano s trudnoćom u svijetu umrlo 287 000 žena, što je 800 dnevno, odnosno svake je dvije minute umrla jedna žena. Iako se navedeno može smatrati „napretkom“ u odnosu na procijenjenih 446 000 pred dvadeset godina ili pola milijuna devedesetih godina prošlog stoljeća, i jedan je izgubljeni život mlade žene umrle u trudnoći i porodu negdje u svijetu prebivše. Uzimajući u obzir da se 88% svih smrti majki i novorođenčadi odnosi na najsirišne regije Afrike i Azije, kao i druge dijelove svijeta u kojima je zdravstvena zaštita žena nedostupna ili dostupna samo manjem broju. Za razliku od razvijenog svijeta u kojem je smrtnost majki sporadična ili se kreće unutar 10-20/100 000, a perinatalni mortalitet nizak i uglavnom povezan sa smrću novorođenčadi niske porođajne mase ili gestacije, što ukazuje da sigurno majinstvo nije dostupno svim ženama i temelji je nejednakosti u svijetu.

Predlog(i) izboljšav(e)

U našim krajevima dugo kroz povijest smrtnost majki i novorođenčadi bila je vrlo visoka. Okriviti samo primalje za to bilo bi krajnje nepravedno. Bilo je to vrijeme u kojem prenatalne skrbi nije bilo, a primalja je prvi put došla u kontakt sa ženom tek neposredno uoči poroda. Uz loše uvjete života, siromaštvo, bijedu i glad, visoka stopa umiranja majki i novorođenčadi bila je gotovo neizbježna. Danas, u razvijenim zemljama svijeta s visokom razinom prenatalne zaštite, u koje spadaju RH i BiH, maternalni i perinatalni mortalitet je nizak, a strah od „task shifting-a“ od strane primalja, nije opravdan. Posebno uzimajući u obzir da se skrb za majku i novorođenče primarno temelji na timskom radu, u kojem trudnice s niskom mogu odmah biti usmjerene na višu razinu. Dodatno, u nerazvijenim zemljama svijeta, gdje perinatalne zaštite nema ili je vrlo niska, prema procjenama WHO, ulaganjem u primaljsku skrb do 2035. godine moglo bi se spriječiti 2/3 svih smrti majki i novorođenčadi, što je 4,3 milijuna života u narednom razdoblju.

Omejitev raziskave

Podaci maternalnog i perinatalnog mortaliteta na nacionalnoj razini za BiH ne postoje, a oni dostupni na mrežnim stranicama nisu službeni i temeljeni na dokazima (EBM).

Ključne besede: maternalni mortalitet, perinatalni mortalitet, prenatalna zaštita

Spremljanje bolečine kot kazalnik kakovosti

Danijela Pušnik

Univerzitetni klinični center Maribor



Teoretična izhodišča

Spremljanje bolečine kot kazalnika kakovosti v zdravstveni in babiški negi (ZBN) je namenjeno ocenjevanju strokovne in učinkovite obravnave bolečine ter izboljševanju klinične prakse. Namen prispevka je predstaviti kazalnike kakovosti za področje obravnave bolečine pri hospitaliziranih pacientih v zavodu.

Metoda

Presečna študija je izvedena pri 20 % naključno izbranih pacientih v vseh bolniških enotah. Izvajalci pregledajo zdravstveno dokumentacijo, iz katere ugotavljajo delež izvedene ocene bolečine ob sprejemu, delež izvedene ocene bolečine 1 krat dnevno pri pacientih brez bolečine ter delež izvedene ocene bolečine pred in po aplikaciji analgetika. Podatki se analizirajo na nivoju organizacijskih enot, klinik in zavoda.

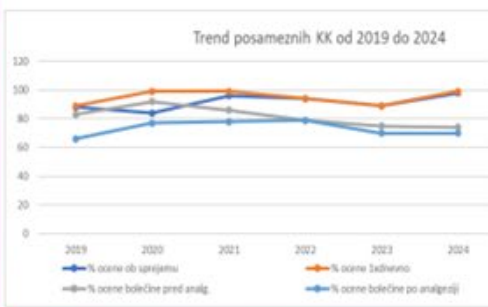
Rezultati

V obdobju od leta 2019 do 2024 je bila v pregledanih vzorcih bolečina ob sprejemu izmerjena povprečno v 92 %, 1 krat dnevno v 95 %, pred aplikacijo analgetika v 82 % in po aplikaciji analgetika le v 73 %. Kazalniki se razlikujejo med posameznimi kliničnimi okolji.

Primerjava deležev izvedenih ocen bolečine v obdobju od leta 2019 do leta 2024:

leto	Delež izvedene ocene bolečine ob sprejemu (%)	Delež izvedene ocene bolečine 1x/dan (%)	Delež izvedene ocene bolečine pred aplikacijo analgetika (%)	Delež izvedene ocene bolečine po aplikaciji analgetika (%)
2019	88	89	83	66
2020	84	99	92	77
2021	96	99	86	78
2022	94	94	79	79
2023	89	89	75	70
2024	98	99	74	70

Rezultati



Diskusija

Čeprav je veljavna in zanesljiva ocena bolečine bistvena za kakovostno klinično oskrbo, obstaja delež neustrezne obravnave. Pomanjkljiva je ocena bolečine pred in po aplikaciji analgetika ter pri pacientih, ki niso zmožni sami podati ocene bolečine in uporaba lestvice FLAC. V zavodu smo se zato odločili za izvedbo ciljanega izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege o obvladovanju bolečine, tako s farmakološkega in ne farmakološkega pristopa.

Predlog(i) izboljšav(e)

Smiselno bi bilo izvesti raziskavo o razumevanju obvladovanja bolečine med izvajalci zdravstvene in babiške nege kakor tudi med ostalimi člani zdravstvenih timov. Za oceno dejanske učinkovitosti obvladovanja bolečine bi bilo potrebno izvesti raziskavo tudi med pacienti.

Omejitev raziskave

Spremljanje kazalnika kakovosti je omejeno le na dokumentirane intervencije obvladovanja bolečine.

Ključne besede: zdravstvena nega, merjenje bolečine, hospitaliziran pacient

Skrb za kontinuiran profesionalni razvoj v zdravstveni in babiški negi



Bojana Sečnjak, mag. zdr. – soc. manag., dipl. m. s., Danijela Pušnik, mag. zdr. nege

Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor

Teoretična izhodiša

Kontinuirano profesionalno izpopolnjevanje je pridobivanje in obnavljanje znanj in veščin za kakovostno in varno izvajanje zdravstvene nege. Izvajalci zdravstvene in babiške nege (ZBN) omogoča pridobitev kompetenc glede varne in učinkovite ter na pacienta osredotočene oskrbe. Izvajalci ZBN potrebujejo znanja in kompetence za opravljanje profesionalne dolžnosti. Pridobijo jih s strokovnim razvojem, kliničnimi izkušnjami in stopnjo izobrazbe (Mlambo, Silén & McGrath, 2021).

Metoda

Pregled letnega plana strokovnih izpopolnjevanj v UKC Maribor in pregled realizacije načrtovanih aktivnosti. Spremljanje mesečnih poročil iz vseh organizacijskih enot o udeležbi na internih in eksternih strokovnih izpopolnjevanjih, v aktivni in pasivni obliki.

Rezultati

V letu 2024 je bilo načrtovanih in izvedenih 72 različnih strokovnih izpopolnjevanj, v obliki celodnevni ali nekajurnih dogodkov. Udeležilo se jih je 4328 izvajalcev zdravstvene in babiške nege, kar je 1833 udeležencev več kot v letu 2023. Vsi strokovni dogodki so licenčno ovrednoteni pri Zbornici-Zvezi. Poleg udeležb na strokovnih izpopolnjevanjih v zavodu, je zabeleženih več kot 2600 udeležb na zunanjih strokovnih dogodkih, 250 udeležencev je bilo aktivnih. Po vsakem internem strokovnem izpopolnjevanju so udeleženci izpolnili anketo o zadovoljstvu, povprečna ocena zadovoljstva je bila 4,86 od 5.

V zavodu spremljamo tudi organizacijo internih strokovnih sestankov (ISS), ki jih izvajajo v organizacijskih enotah. V letu 2024 jih je bilo izvedenih 526, vsaka organizacijska enota je izvedla več kot 10 ISS.

Rezultati



Avtor fotografije: Bojana Sečnjak

Diskusija

Nenehno učenje zaposlenim omogoča, da so v koraku z najnovejšimi smericami, postopki in tehnologijami v zdravstveni negi. Izvajalci zdravstvene in babiške nege bi želeli izobraževanja ponuditi v spletni obliki, saj je dokazana dodana vrednost te oblike učenja na profesionalni razvoj (Beckett, 2020). S tem bomo zagotovili, da bodo izvajalci zdravstvene in babiške nege v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ostali strokovno usposobljeni, motivirani in pripravljeni na izzive, ki jih prinaša zdravstvena oskrba v prihodnosti. Na razvoj poklicne identitete vplivajo osebni in poklicni dejavniki, ki morajo biti usklajeni, da vodijo do uspeha (Rasmussen, Henderson, Andrew & Conroy, 2018).

Predlog(i) izboljšav(e)

Dosedanja interna strokovna izpopolnjevanja temeljijo na ugotovljenih potrebah v kliničnem okolju, temu želimo slediti tudi v prihodnje. Izvajalci ZBN vzpodbujamo k raziskovalnemu delu in aktivni predstavitvi na internih in eksternih strokovnih dogodkih. Sledimo trendom, zato želimo vzpostaviti portal online strokovnih izpopolnjevanj ter simulacijsko okolje za praktične delavnice.

Omejitev raziskave

/

Ključne besede: organizacija izobraževanje, interna strokovna izpopolnjevanja, spremljanje strokovnega razvoja

VLOGA JOGE IN SPROSTITVENIH TEHNIK PRI SPODBUJANJU BOLJŠEGA POČUTJA NA DELOVNEM MESTU

Jelena Dudine, Sandra Martinuč
Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Teoretična izhodiša

Joga je priznana kot učinkovita metoda za obvladovanje stresa, ki vpliva na psihofizično počutje posameznikov v stresnih poklicnih okoljih. Namen raziskave je bil proučiti vpliv joga in dihalnih tehnik na obvladovanje stresa in izboljšanje počutja zaposlenih v zahtevnih delovnih okoljih.

Metoda

Raziskava temelji na sistematičnem pregledu strokovne in znanstvene literature, objavljene med letoma 2014 in 2024. Literaturo smo iskali v bazah PubMed, Medline, ScienceDirect in COBISS.SI s ključnimi besedami v slovenščini in angleščini, kot so joga, stres, meditacija, delovno mesto in zdravstveni delavci. Pregled je vključeval prosto dostopne članke, ki proučujejo vpliv joga in meditacije na stres in počutje.

Rezultati

Raziskovalna vprašanja	Število raziskav, v skupaj	Sistematični pregledi	Randomizirana kontrolna raziskava	Kvantitativna raziskava	Ostalo
Kakšno so blagodatno učinki joga na tiso in počutje?	5	Pascos, Thompson in Ski, 2017; van der Riet, Lees-Jones in Aquino-Russell, 2018; Wang in Szabo, 2020	Rostami in Ghodasbi, 2019; Dornier, 2020; Kacova in Ekis, 2023	1	Kavutdag, Tan, Baboşoglu, Tuna, 2022
Na kakšen način bi s pomočjo joga lahko vplivali na zmanjšanje ali odpravo neželjenih učinkov stresa?	9	Crow, Jeannot in Izembela, 2015; Gosciniak, Ostrowski, Matuszewska, Orlowski, Villan, Polkowski, Guetters, La Tona, 2019	Streeter ip., 2017	Fang in Li, 2015; Baugh, 2021; Subudhi, Ando in Yacoubi, 2021	Mudallal, Othman, Ali Hassan, 2017; Zuhairi ip., 2022; De Oliveira, Silva, Galvão in Lopes, 2018
Kako lahko vključimo joga v zdravstveni skop posrednih stroškov, na blaginjo učinki stresa?	5	Wiederhold, Cipresso, Ezzamel, Wiederhold in Riva, 2018	Hickel, Marziani, Brewer in Jones, 2020	Riley ip., 2017	Solo, in Elin, 2017; van der Put in Elvenga, 2022
Kako lahko z uporabo joga izboljšamo na zmanjšanje stresa?	5	1	Alexander, Rollins, Walker, Wong, Carrington, 2015; Heister ip., 2021; Hlilova ip., 2021	Dolan ip., 2015; de Paiva, Canário, de Paiva China in Gonçalves, 2017	1
Skupaj	29	6	7	6	6

Tabela 1: Pregled člankov po uporabljenih metodah

Rezultati

Sistematični pregled literature potrjuje, da redna vadba joga in dihalnih tehnik pozitivno vpliva na zmanjšanje stresa in povečanje psihofizičnega ravnovesja. Praksa joga na delovnem mestu zmanjšuje občutek preobremenjenosti, izboljšuje koncentracijo in omogoča boljše spopadanje z zahtevnimi položaji. Dihalne tehnike so prepoznane kot enostavna in učinkovita metoda za obvladovanje trenutnega stresa, saj jih lahko posameznik izvaja kjerkoli in kadarkoli, brez posebnih pripomočkov.

Diskusija

Vključevanje joga in meditacije, kot del strategij za izvedbo promocije zdravja na delovnih mestih pomembno prispeva k izboljšanju počutja zaposlenih. Priporočilo je, da organizacije spodbujajo prakso sprostitvenih tehnik z oblikovanjem dostopnih programov za izvajanje le teh v delovnem času. Pozitivni vpliv sprostitvenih tehnik vpliva na zmanjšanje stresa in izboljšanje delovne produktivnosti.

Predlogi za izboljšave

Spodbujanje dobrega počutja z joga in sprostitvijo:

- Kratki odmori:**
 - 10-minutne vaje med delom.
 - Tedenski termini sprostitve v službi.
- Ozaveščanje:**
 - Delavnice o koristih joga.
 - Usposabljanje vodij za prepoznavanje stresa.
- Dostopnost:**
 - Prilagoditve za vse zmožnosti.
 - Udeležba v živo ali na daljavo.
- Prostor za umik:**
 - Kotiček za meditacijo ali sprostitvev.
- Spremljanje učinkov:**
 - Ankete in prilagajanje programa.

Omejitev raziskave

- Čas** – Ugotovitve veljajo za krajše obdobje, dolgoročni učinki niso zajeti.
- Vzorci** – Raziskava omejena na eno organizacijo, ni široko posplošljiva.
- Metodologija** – Subjektivne metode (npr. ankete) zmanjšujejo objektivnost.
- Dostop do podatkov** – Neaktivno ali neiskreno sodelovanje nekaterih zaposlenih.
- Podpora vodstva** – Pomanjkanje časa, prostora in spodbud s strani vodstva.
- Udeležba** – Vsebine niso primerne za vse; omejitve zaradi zdravja, kulture ali motivacije.

Ključne besede: zdravje, produktivnost, stres

Zadovoljstvo pacientov z zdravstveno obravnavo v urgentnem centru Jesenice



Asist. Suzana Nikolić mag.zdr.soc.mang., dipl.m.s. , Manja Šuligoj dipl.m.s.

Splošna bolnišnica Jesenice, urgentni center

Teoretična izhodiša

Urgentni centri zagotavljajo hitro in nujno oskrbo pacientov. Poleg hitre obravnave je pomembno zagotoviti kakovostno storitev, ki vpliva na zadovoljstvo pacientov. To je temeljno merilo kakovosti in znatno vpliva na zdravstveno organizacijo ter njeno poslovno uspešnost.

Metoda

Kvalitativen raziskovalni pristop z izvedbo polstrukturiranega intervjuja. Intervjuje smo izvedli z 20 pacienti obravnavanimi v urgentnem centru Splošne bolnišnice Jesenice. Za namen analize smo uporabili vsebinsko analizo besedila.

Rezultati

Rezultati so pokazali, da so pacienti z obravnavo v urgentnem centru zadovoljni.

Najslabše so ocenili spoštovanje njihove zasebnosti in slabo seznanjenost o poteku njihove obravnave.

Komunikacija z zdravstvenim osebjem je bila pogosto ocenjena kot profesionalna in prijazna, vendar obstaja potreba po večji prilagodljivosti komunikacije glede na starost in specifične potrebe posameznika.

Rezultati

Rezultati so pokazali, da glavni dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov, vključujejo: komunikacijo z zdravstvenim osebjem, kakovost oskrbe ter pogoji v čakalnici.

Diskusija

Urgentni centri so pogosto pod velikim časovnim in logističnim pritiskom, saj obravnavajo paciente z različnimi nujnimi težavami. Kakovost storitve pa je še vedno ključna za ustvarjanje pozitivnih izkušenj pacientov. Pomembno je, da se kakovost storitev stalno spremlja in se odziva na potrebe pacientov.

Predlog(i) izboljšav(e)

Koristno bi bilo izvesti longitudinalne študije, ki bi spremljale dolgoročne spremembe o zadovoljstvu pacientov ob uvajanju novih ukrepov in tehnologij. Raziskava z večjim količnikom sodelujočih in s starostno opredelitvijo bi tudi lahko dala dodaten uvid v problematiko.

Omejitev raziskave

Majhen vzorec intervjuvancev, ki je posledica uporabe polstrukturiranega intervjuja in omejenih časovnih ter kadrovskih virov. Pridobljeni podatki temeljijo na osebnih izkušnjah in zaznavah pacientov, ki so lahko odvisni od trenutnega zdravstvenega stanja, razpoloženja in pričakovanj.

Ključne besede: Kakovostna obravnava pacienta

Vključevanje genomike v študij zdravstvene nege

Avtorji: Marija Milavec Kapun¹, Tina Kamenšek¹, Lucija Matić¹, Cristina Petrucci², Arja Halkoaho³

Afilijacija: ¹ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego, Slovenija; ² University of L'Aquila, Department of Life, Health and Environmental Sciences, Italija; ³ Tampere University of Applied Sciences, Applied Research Center, Finska



Teoretična izhodišča

Genomika pomembno vpliva na zdravje posameznikov in na prakso zdravstvene nege. Kljub razvoju znanosti in tehnologij vsebine genomike še niso vključene v študijske programe, kar vpliva na nižjo genomsko pismenost študentov.

Metoda

Izobraževalni model GenoNurse je bil razvit v okviru projekta Erasmus+ s sodelovanjem strokovnjakov iz štirih evropskih držav. Uporabljen je bil kombinirani metodološki pristop, ki je vključeval razvoj, pilotno testiranje s strani študentov in učiteljev ter validacijo modela s strani mednarodnih strokovnjakov.

Rezultati

Izobraževalni model GenoNurse sestavljajo štirje temeljni elementi in 12 podelementov in je podprt z načrtom implementacije v študij zdravstvene nege.



Pilotno testiranje

Učitelji in študenti zdravstvene nege so model ocenili pozitivno, saj je prispeval k izboljšanju razumevanja genomike in posledično spodbujal uporabo genomskega znanja v praksi zdravstvene nege. Model je generičen, prilagodljiv različnim kontekstom in vizualiziran kot dinamičen ekosistem.

Diskusija

Uporaba modela spodbuja vključevanje genomike v različne predmete zdravstvene nege in krepi vlogo medicinskih sester v preciznem zdravstvu. Prilagodljivost modela omogoča uporabo tudi v drugih študijskih programih in v vseživljenjskem izobraževanju zdravstvenih delavcev.

Predlog izboljšave

Izobraževalni model GenoNurse je smiselno nadgraditi glede na rezultate raziskovanja in spremljanja implementacije v različnih izobraževalnih in kulturnih okoljih kot tudi glede na napredek genomike.

Omejitev raziskave

Model je bil razvit in testiran v evropskem kontekstu; širša uporabnost zahteva nadaljnjo validacijo v drugih regijah in študijskih okoljih.

Ključne besede: model GenoNurse, študenti, precizna zdravstvena nega, genomska pismenost

Iskanje smisla na delovnem mestu

Nena Potisk

Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor

Teoretična izhodiša

Občutek smisla je eden ključnih dejavnikov za duševno blagostanje posameznika. Je temeljna zaščita pred negotovostjo, stresom in izgorelostjo v hitro spreminjajočem se svetu. Ker delo zavzema osrednje mesto v življenju posameznika, se pogosto poraja vprašanje o njegovem pomenu. Poklic medicinske sestre kot izrazito človeški poklic ponuja bogat okvir za razmislek o smislu pri delu. Opredeljujejo se tri poti iskanja smisla: v tem kaj počnemo, ustvarjamo, kakšne odnose tvorimo z drugimi in naš odnos v trpljenju in težkih situacijah. Medicinske sestre se dnevno srečujejo z vsemi tremi vidiki, kar poklicu daje izjemen potencial za doživljanje smisla.

Zdravstvena nega ni le skupek nalog, temveč je pogosto globoko osebna in čustvena izkušnja, ki od posameznika zahteva veliko mero srčnosti, empatije in strokovne zavzetosti. Ob tem občutek smisla v poklicu medicinske sestre ni nekaj samoumevnega. Je rezultat notranjih naravnosti, osebnih vrednot, pa tudi zunanjih dejavnikov, kot so delovni pogoji, odnosi na delovnem mestu in vodenje. Ko se posameznik osredotoča na pozitivne vidike svojega dela, lažje prepozna, krepi in ohranja občutek poslanstva. Sočutna skrb za druge vodi v izkušnjo globokega pomena, da delo ni le koristno, temveč tudi vredno. Srčnost medicinske sestre je moč, ki se odraža v empatiji, sočutju, prijaznosti, občutljivosti in duhovnosti.

Poleg odnosa do pacientov je pomemben tudi odnos med zaposlenimi. Njihova kakovost lahko občutek smisla poglobi ali vodi v njegovo izgubo ali celo flaktuacijo kadra. Pomembno je zavedanje, da vsak zaposleni, ne glede na hierhično lestvico, nosi odgovornost za ustvarjanje pozitivnega delovnega okolja.

Vodje pa imajo ob tem še dodatno odgovornost za vzpostavljanje pravičnosti, slišnosti in avtonomije v timu. Zaposleni najlažje občutijo smisel, kadar so poleg ekonomskih izpolnjene tudi njihove psihološke in sociološke potrebe. Doživljanje smisla je predvsem subjektivno, vendar močno prepleteno z organizacijskim in kulturnim okoljem.

Pri doživljanju smisla ima veliko vlogo čustvena inteligenca, sposobnost razumevanja sebe in drugih, kar omogoča lažje soočanje s stresnimi situacijami in vzpostavljanje pristnih odnosov. Delovne organizacije bi morale bolj vzpodbujati razvoj mehkih veščin, komunikacije, empatije, samorefleksije, motivacije in tudi duhovnosti.

Ob tem pa osrednje sporočilo ostaja jasno. Vsak posameznik nosi odgovornost za svoje doživljanje smisla. Izbira odnosa v dani situaciji je svoboda, ki je ne more nihče odvzeti in v čemer je nenehni prostor za rast. Smisel ni nekaj, kar nam je dano, temveč je nekaj, kar ustvarjamo z dejanji, odnosom in notranjim pogledom.

Ključne besede: Notranja motivacija, poklicna izpolnjenost, duhovna dimenzija dela

Understanding Violence Against Nurses and Midwives During the Covid-19 Pandemic

Allison Squires, Crystal Baik, Atalya Ha, Honey Patel, Ranjani Shah, Emily Zambiazzi, Fadumo Osman Ahmed, Teresa Amaya, Hulya Bilgin, Aurelija Blaževičienė, Cornelia Bernal Cespedes, Vlora Ejupi, Elizabeth Eugenio Fildes, Shanzida Khatun, Deqo Mohammed, Abdulqadir Nashwan, Aylin Ozakgul, Taycia Ramirez, Alisa Tsuladze, Zeliha Tulek, Maia Uchaniesvili

The Global Consortium of Nurses and Midwifery Studies (GCNMS)



Theoretical Background

The theoretical background outlines key concepts and prior research, guiding methodology. Secondary data from a 2022–2023 survey was analyzed using a codebook and summative content analysis.

Method

The study population consisted of 2,339 nurses and midwives from the United States, Ecuador, Argentina, Albania, Kosovo, Bangladesh, Georgia, Lithuania, Qatar, Philippines, Somalia, Paraguay, and Turkey.

Result

Out of 7,532 participants, 2,339 nurses reported experiencing anger or aggression from patients or the public. Key themes included lack of resources, long wait times, and verbal aggression. In Ecuador, 18% cited shortages of medications and staff as triggers. In the U.S., 25% mentioned misinformation, while 60% pointed to hospital policies such as visitor restrictions and vaccination rules. These factors contributed to hostile behavior toward healthcare staff in the respective countries.

Result

Verbal aggression, including threats, was the most frequently reported form of aggression experienced by nurses and midwives globally, with country-specific factors influencing the nature and intensity of these encounters.

Discussion

Causes of aggression vary by country, often linked to socioeconomic factors and misinformation. Nurses, as front-line workers, face frequent blame, leading to stress, burnout, reduced job satisfaction, and contributing to global nursing shortages.

Suggestions for Improvement

Improvement suggestions focus on addressing resource shortages, reducing wait times, improving communication with the public, and tackling misinformation to reduce aggression toward nurses and midwives.

Limitation of the study

One limitation of the study is its reliance on self-reported data, which may introduce bias. Additionally, findings may not be generalizable across all countries due to cultural, systemic, and healthcare context differences.

Keywords: Violence. Healthcare Workers, COVID-19 Pandemic.



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE