

Fakulteta za zdravstvene vede

Mednarodna konferenca »Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju«

Maribor, 19. 6. 2014

International conference
»Knowledge Brings Health and Development in the 21st Century«

Zbornik predavanj
Conference Proceedings

**Mednarodna konferenca »Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju« - International conference
»Knowledge Brings Health and Development in the 21st Century«
Zbornik predavanj - Conference Proceedings
Maribor, 19. 6. 2014**

Glavna urednica:

Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar

Recenzenti:

Doc. Ana HABJANIČ, DHSc, Finska
Viš. predav. mag. Mateja LORBER
Viš. predav. mag. Vida GÖNC
Viš. predav. mag. Klavdija ČUČEK TRIFKOVIČ
Predav. Jasmina NERAT
Predav. Barbara DONIK
Predav. Barbara KEGL

Programski odbor:

Petrit BEQUIRI, MScNH
Naime BRAJSHORI, MScNH
Viš. predav. mag. Klavdija ČUČEK TRIFKOVIČ
Prof Dr Margaret DENNY
Predav. Barbara DONIK
Doc. dr. Sabina FIJAN
Viš. predav. mag. Vida GÖNC
Doc. Ana HABJANIČ, DHSc, Finska
Asist. Dominika VRBNJAK
Predav. Barbara KEGL
Doc. dr. Miljenko KRŽMARIĆ
Viš. predav. mag. Mateja LORBER
Prof Dr Daniela MALNAR
Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKIHAR

Assoc Prof Alvisa PALESE
Prof Dr Radivoje RADIĆ
Dipl.-Päd. Monika RODE
Prof. dr. Sonja Šostar TURK
Izr. prof. dr. Gregor ŠTIGLIC

Organizacijski odbor:

Predav. Barbara DONIK
Viš. predav. mag. Klavdija ČUČEK TRIFKOVIČ
Viš. predav. mag. Vida GÖNC
Doc. dr. David HALOŽAN
Predav. Barbara KEGL
Predav. Anton KOŽELJ
Aleksandra LOVRENČIČ, dipl. var.
Ines MLAKAR, univ. dipl. ekon.
Predav. Jasmina NERAT
Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKIHAR
Predav. Milena PIŠLAR
Predav. Maja STRAUSS
Prof. dr. Sonja ŠOSTAR TURK
Maja ŠTIGLIC, univ. dipl. ped.
Marko URŠIČ, dipl. inž. str.

Založila in izdala:

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede

Oblikovanje naslovnice in prelom:

Marko URŠIČ, dipl. inž. str.

Tehnična recenzentka:

Aleksandra LOVRENČIČ, dipl. var.

Naklada:

120 izvodov; e-publikacija

»Avtorji odgovarjajo za ustreznost navajanja literature kot tudi za jezikovno ustreznost člankov.«

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

001.101:616-083(082)

MEDNARODNA konferenca "Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju"
(2014 ; Maribor)

Zbornik predavanj = Conference proceedings [Elektronski vir] /
Mednarodna konferenca "Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju" =
International Conference "Knowledge Brings Health and Development in
the 21st Century", Maribor, 19. 6. 2014 ; [glavna urednica Majda
Pajnkihar]. - El. zbornik. - Maribor : Fakulteta za zdravstvene vede, 2014

ISBN 978-961-6254-54-0
1. Pajnkihar, Majda
COBISS.SI-ID 78657025



KAZALO

INDEX

Kazalo	
Index.....	2
Program	
Programme	4
Ob konferenci - Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju	
International Conference - Knowledge Brings Health and Development in the 21st Century	8

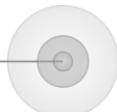
VABLJENA PREDAVANJA

INVITED LECTURES

Znanost skrbi: Teorija humane nege - transformacija od znotraj	
Caring Science: Human Theory and Practice – Transformation from Within	11
Analiza teorije Jean Watson	
Analysis of the Jean Watson Theory	15
Kakšne so kompetence medicinskih sester po njihovem podiplomskem izobraževanju? Ugotovitve iz italijanske multicentrične študije	
What are the Competences and the New Roles Occupied by Nurses After Their Advanced Education? Findings From an Italian Multicentre Study	17
Uporaba več inteligenc ali osmih različnih vrst inteligenc v zagotavljanju zdravstvenega varstva in izobraževanja	
The use of Multiple Intelligences or Eight Different Types of Smarts in the Health Care Delivery and Education	19
Izobraževanje medicinskih sester v regiji – podobnosti in razlike	
Nursing Education in the Region – the Similarities and Differences.....	29
Perspektiva znanstvenih raziskav na področju zdravstva v JV Evropi (s poudarkom na Kosovu) in izzivov združevanja izobraževalnega procesa z znanstvenimi raziskavami na primeru študijskih programov zdravstvenih ved	
The Perspective of Scientific Research in the Health Field in SEE (with focus on Kosovo) and Challenges of Combining the Education Process with Scientific Research in the Example of Study Programs in Health Sciences	32
Interdisciplinarna struktturna reformacija in inovativno visokošolsko izobraževanje za nove poklice (INSTEAP)	
Interdisciplinary Structure Reformation and Innovative Higher Education for New Professions (INSTEAP).....	33
Kultura varnosti pacientov v kosovskih bolnišnicah - multicentrična študija	
Patient safety culture in Kosovo hospitals - multicenter study.....	38
Uporaba kvalitativnih metod pri raziskovanju v zdravstveni negi	
Qualitative Research Methods Applied in Nursing Science	39
Paliativna oskrba kot temeljna človekova pravica	
Palliative Care as a Fundamental Human Right	42
Kompetentnost študentov zdravstvene nege	
The Student Competencies of Nursing Studies	49
Nekateri vidiki migracijskih procesov medicinskih sester v Slovenijo	
Some Aspects of Migration Processes of Nurses to Slovenia.....	54
Izkustvena teorija duhovne oskrbe v praksi zdravstvene nege	
An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice	64



Dojemanje dejavnikov tveganja za flebitis med medicinskimi sestrami Nurses' Perception of Risk Factors for Phlebitis	69
Antropodinamična biomehanika medicinske sestre Antropodynamic Biomechanics of a Nurse	75
Vrednote zdravstvene nege v klinični praksi Nursing care values in clinical practice	80
Pomen znanja in raziskovanja v zdravstveni negi The Importance of Knowledge and Research in Health Care	85
<hr/>	
PREDAVANJA	
LECTURES	
<hr/>	
Omejitve in koristi teorij zdravstvene nege Limitations and Benefits of Nursing Care Theories	92
Pojavnost čustvenih in telesnih znakov, ki nakazujejo izgorelost pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči Incidence of emotional and physical signs that indicate burn-out in emergency medical assistance team	98
Ohranjanje zdravja zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe Preserving Health of Employees in Health Care	107
Znanje za varno ravnanje z zdravili Knowledge for the Safe Handling of Medicine	111
Promocija zdravja skozi perspektivo značilnosti lokalnih skupnosti Health Promotion Through the Perspective of the Characteristics of Local Communities	116
Vpliv hrupa na zdravje delavcev The Impact of Noise on Workers' Health	120
Izkustvena teorija spiritualne oskrbe v praksi zdravstvene nege Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice	124
Zdravstvena nega v javnem zdravju Nursing Care in Public Health	128
Nevarni bolusi zdravil med intenzivno terapijo pri paralelni infuziji gravitacijskega infuzijskega sistema Hazardous Bolus Medications During Intensive Therapy in Parallel Infusion Of Gravity Infusion System	132
Napovedne vrednosti zapletov med intenzivnim zdravljenjem po koronarografijah z uporabo lestvice EWS Early Warning Score Predictive Values of Complications During Intensive Treatment After Coronarography Using a Range of EWS - Early Warning Score	136
Oživljanje podprtlo s telefonskimi navodili dispečerja - temeljni člen v verigi preživetja Resuscitation Supported by a Telephone Dispatcher's Instructions - a Fundamental Link in the Chain of Survival	141
Dinamika naraščanja tlaka v tesnilnem mešičku sapničnega tubusa zaradi difuzije dušikovega oksidula med splošno anestezijo Dynamics of Nitrous Oxyde Diffusion in Tracheal Tube Cuff During General Anesthesia	147
Ugotavljanje prisotnosti <i>Staphylococcus aureus</i> na bolnišničnih tekstilijah Detecting the Presence of <i>Staphylococcus aureus</i> on Hospital Textiles	152
Obravnavo pacienta s palatalnim mioklonusom Treatment of a Patient with Palatal Myoclonus	158



PROGRAM

PROGRAMME

PLENARNI DEL / PLENARY SESSION (Predavalnica 2 / Lecture Room 2)

Moderatorki: prof. dr. Sonja Šostar Turk & viš. predav. mag. Klavdija Čuček Trifkovič

08:45 – 09:00	Otvoritev mednarodne konference / Opening of the International conference Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
09:00 – 09:40	Znanost skrbi: Teorija humane nege - transformacija od znotraj / Caring Science: Human Theory and Practice – Transformation from Within Jean WATSON, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, Distinguished Professor and Dean Emerita University of Colorado Denver, Watson Caring Science Institute, USA
09:40 – 10:00	Analiza teorije Jean Watson / Analysis of the Jean Watson Theory Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
10:00 – 10:20	Kakšne so kompetence medicinskih sester po njihovem podiplomskem izobraževanju? Ugotovitve iz italijanske multicentrične študije / What are the Competences and the New Roles Occupied by Nurses After Their Advanced Education? Findings From an Italian Multicentre Study Angelo DANTE, PhD, Claudia MINUSSI, MSc, Helga MARGETIC, MSc, Trieste University, Elisa Maria OCCOFFER, MSc, Luisa SAIANI, MSc, Assoc Prof Alvisa PALESE, School of Nursing, Udine University, IT
10:20 – 10:40	Izzivi in priložnosti izobraževanja v zdravstveni negi na Hrvaškem / Challenges and Opportunities of Nursing Education in Croatia Prof Dr Radivoje RADIĆ, J J Strossmayer University Osijek, School of Medicine, HR
10:40 – 11:00	Uporaba več inteligenc ali osmih različnih vrst inteligenc v zagotavljanju zdravstvenega varstva in izobraževanja / The use of Multiple Intelligences or Eight Different Types of Smarts in the Health Care Delivery and Education Prof Dr Margaret DENNY, Waterford Institute of Technology, IE; Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske); Majda PAJNKHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
11:00 – 11:20	Odmor / Break
11:20 – 11:40	Izobraževanje medicinskih sester v regiji – podobnosti in razlike / Nursing Education in the Region – the Similarities and Differences Prof Dr Daniela MALNAR, MD, PhD, University of Rijeka, Faculty of medicine, HR
12:00 – 12:20	Perspektiva znanstvenih raziskav na področju zdravstva v JV Evropi (s poudarkom na Kosovu) in izzivov združevanja izobraževalnega procesa z znanstvenimi raziskavami na primeru študijskih programov zdravstvenih ved / The Perspective of Scientific Research in the Health Field in SEE (with focus on Kosovo) and Challenges of Combining the Education Process with Scientific Research in the Example of Study Programs in Health Sciences Petrit BEQUIRI, MScNH, Martin Luther University - Halle Wittenberg, Souteastern Europe Institute for Advancement in Nursing in Health; DE

12:20 – 12:40	Interdisciplinarna strukturna reformacija in inovativno visokošolsko izobraževanje za nove poklice (INSTEAP / Interdisciplinary Structure Reformation and Innovative Higher Education for New Professions (INSTEAP)) Dipl.-Päd. Monika RODE, Prof Dr Marcellus BONATO, University of Applied Sciences Münster; Petrit BEQUIRI, MScNH, Institute of Southeast Europe for Advancement in Health and Nursing, DE; Bujar GALLOOPENI, MSc, Ministry of Education Sciences and Technology Kosovo, Prof Dr Natyra KARAHODA-GJURGEALA University of Prishtina, Medical Faculty, R. Kosovo
12:40 – 13:00	Kultura varnosti pacientov v kosovskih bolnišnicah - multicentrična študija / Patient Safety Culture in Kosovo Hospitals – a Multicenter Study Naime BRAJSHORI MScNH, Petrit BEQUIRI, MScNH, Prof Dr Johann BEHRENS, Martin Luther University - Halle Wittenberg, DE; Prof Dr Lul RAKA University of Prishtina, Medical Faculty, R. Kosovo
13:00 – 14:00	Kosilo

Sekcija 1: RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE IN PALLIATIVNA OSKRBA / NURSING DEVELOPMENT AND PALLIATIVE CARE (Predavalnica 3 / Lecture Room 3)

Moderatorki: viš. predav. mag. Mateja Lorber & doc. dr. Jadranka Stričević

14:00 – 14:15	Paliativna oskrba kot temeljna človekova pravica / Palliative Care as a Fundamental Human Right Doc. dr. Suzana KRALJIĆ, Pravna fakulteta Univerze v Mariboru, SI
14:15 – 14:30	Kompetentnost študentov zdravstvene nege / The Student Competencies of Nursing Studies Predav. Nataša MLINAR RELJIĆ, prof. dr. Sonja ŠOSTAR TURK, izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
14:30 – 14:45	Nekateri vidiki migracijskih procesov medicinskih sester v Slovenijo / Some Aspects of Migration Processes of Nurses to Slovenia Doc. dr. Jadranka STRIČEVIC, prof. dr. Jana GORIUP, doc. dr. David HALOŽAN, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
14:45 – 15:00	Izkustvena teorija duhovne oskrbe v praksi zdravstvene nege / An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice Michaela MARKOVIĆ, Teuta PERKOVIĆ, Assist Prof Nada PRLIĆ, J J Strossmayer University Osijek, School of Medicine, HR; izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
15:00 – 15:15	Uporaba kvalitativnih metod pri raziskovanju v zdravstveni negi / Qualitative Research Methods Applied in Nursing Science Doc. Ana HABJANIĆ, DHSc., Finska, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
15:15 – 15:30	Omejitve in koristi teorij zdravstvene nege / Limitations and Benefits of Nursing Care Theories Matej FESEL, Doris HORVAT, Silvana RAFOLT, Janja RUKELJ, Aleksandra TOPOLŠEK, izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR, viš. predav. mag. Mateja LORBER, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
15:30 – 15:45	Pojavnost čustvenih in telesnih simptomov in znakov po stopnjah izgorevanja pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči / The Incidence of Emotional and Physical Symptoms Through the Stages of Out-burn Syndrome of Employees in Emergency Medical Departments Nika KUGONIĆ, Splošna bolnišnica Celje; doc. dr. Maša ČERNELIČ BIZJAK, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

15:45 – 16:00	Zgodovina vpisa v podiplomske študijske programe na Fakulteti za zdravstvene vede / Enrollment History in Postgraduate Study at the Faculty of Health Sciences Nina ŽUPAN, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
----------------------	---

Sekcija 2: PROMOCIJA IN OHRANJANJE ZDRAVJA / PROMOTION AND PRESERVATION OF HEALTH (Predavalnica 4 / Lecture Room 4)

Moderatorki: doc. dr. Sabina Fijan & predav. Barbara Donik

14:00 – 14:15	Dojemanje dejavnikov tveganja za flebitis med medicinskimi sestrami / Nurses' Perception of Risk Factors for Phlebitis Assist Prof Dragana MILUTINOVIĆ, Dragana SIMIN, University of Novi Sad, Faculty of Medicine, Department of Nursing, RS; Davor ZEC, Clinical Hospital Centre of Osijek, Department for Internal disease – Medical Critical Care Unit, HR
14:15 – 14:30	Antropodinamična biomehanika medicinske sestre / Antropodynamic Biomechanics of a Nurse Doc. dr. David HALOŽAN, doc. dr. Jadranka STRIČEVIĆ, doc. Ana HABJANIČ, DHSc., Finska, doc. dr. Aleš FAJMUT, prof. dr. Milan BRUMEN, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
14:30 – 14:45	Ohranjanje zdravja zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe / Preserving Health of Employees in Health Care Viš. pred. mag. Ljiljana LESKOVIC, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto; prof. dr. Robert LESKOVAR, prof. dr. Goran VUKOVIČ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, SI
14:45 – 15:00	Znanje za varno ravnanje z zdravili / Knowledge for the Safe Handling of Medicine Pred. Danijela PUŠNIK, Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, SI
15:00 – 15:15	Promocija zdravja skozi perspektivo značilnosti lokalnih skupnosti / Health Promotion Through the Perspective of the Characteristics of Local Communities Pred. Vesna ZUPANČIČ, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, SI
15:15 – 15:30	Vpliv hrupa na zdravje delavcev / The Impact of Noise on Workers' Health Sanja SEČKO, Zdravstveni dom Murska Sobota; prof. dr. Sonja ŠOSTAR TURK, viš. predav. mag. Mateja LORBER, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
15:30 – 15:45	Izkustvena teorija spiritualne oskrbe v praksi zdravstvene nege / Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice Rosana TURČIN, Tanja VERLAK, asist. Dominika VRBNJAK, izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKIHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
15:45 – 16:00	Zdravstvena nega v javnem zdravju / Nursing Care in Public Health Predav. Tamara LUBI, predav. Majda ŠLAJMER JAPELJ, častna doktorica Univerze v Mariboru, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego Maribor, SI

Sekcija 3: RAZISKOVANJE V KLINIČNEM OKOLJU / RESEARCH IN THE CLINICAL SETTING (Seminar 208 / Seminar Room 208)

Moderatorja: predav. Anton Koželj & predav. Milena Pišlar

14:00 – 14:15	Vrednote zdravstvene nege v klinični praksi / Nursing Care Values in Clinical Practice Jasenka VUJANIĆ, Assist Prof Nada PRLIĆ, J J Strossmayer University Osijek, School of Medicine, HR
14:15 – 14:30	Pomen znanja in raziskovanja v zdravstveni negi / The Importance of Knowledge and Research in Health Care Viš. predav. mag. Mojca DOBNIK, Univerzitetni klinični center Maribor in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; viš. predav. mag. Mateja LORBER, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
14:30 – 14:45	Nevarni bolusi zdravil med intenzivno terapijo pri paralelni infuziji gravitacijskega infuzijskega sistema / Hazardous Bolus Medications During Intensive Therapy in Parallel Infusion Of Gravity Infusion System Natalija MATJAŠIČ, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Oddelek za intenzivno terapijo, nego, anestezijo in terapijo bolečine; doc. dr. Miljenko KRIŽMARIĆ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Medicinska fakulteta, SI
14:45 – 15:00	Napovedne vrednosti zapletov med intenzivnim zdravljenjem po koronarografijah z uporabo lestvice EWS – Early Warning Score / Predictive Values of Complications During Intensive Treatment After Coronarography Using a Range of EWS - Early Warning Score Metka MIKL, Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino; doc. dr. Miljenko KRIŽMARIĆ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Medicinska fakulteta, SI
15:00 – 15:15	Oživljjanje podprt s telefonskimi navodili dispečerja - temeljni člen v verigi preživetja / Resuscitation Supported by a Telephone Dispatcher's Instructions - a Fundamental Link in the Chain of Survival Branko KEŠPERT, Zdravstveni dom Celje; doc. dr. Miljenko KRIŽMARIĆ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Medicinska fakulteta, SI
15:15 – 15:30	Dinamika naraščanja tlaka v tesnilnem mešičku sapničnega tubusa zaradi difuzije dušikovega oksidula med splošno anestezijo / Dynamics of Nitrous Oxyde Diffusion in Tracheal Tube Cuff During General Anesthesia Simona OBRAN, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Oddelek za intenzivno terapijo, nego, anestezijo in terapijo bolečin, doc. dr. Miljenko KRIŽMARIĆ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Medicinska fakulteta, SI
15:30 – 15:45	Ugotavljanje prisotnosti <i>Staphylococcus aureus</i> na bolnišničnih tekstilijah / Detecting the Presence of <i>Staphylococcus aureus</i> on Hospital Textiles Matej FESEL, asist. mag. Urška ROZMAN, doc. dr. Sabina FIJAN, prof. dr. Sonja ŠOSTAR TURK, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI
15:45 – 16:00	Obravnavanje pacienta s palatalnim mioklonusom / Treatment of a Patient with Palatal Myoclonus Katja BUDJA, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI

PLENARNI DEL / PLENARY SESSION (Predavalnica 2 / Lecture Room 2)

16:00 – 16:10	Skupni zaključek konference
----------------------	-----------------------------

OB KONFERENCI - ZZNANJEM DO ZDRAVJA IN RAZVOJA V 21. STOLETJU
**INTERNATIONAL CONFERENCE - KNOWLEDGE BRINGS HEALTH AND DEVELOPMENT IN THE
21ST CENTURY**



Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede organizira, z namenom obeleženja 21-letnice delovanja fakultete in razvoja zdravstvene nege, mednarodno konferenco »Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju«.

Konferanca je za fakulteto in zdravstveno nego pomembna zaradi mednarodnega povezovanja, sodelovanja in izmenjave znanja ter izkušenj v izobraževanju in zaradi raziskovanja, ki je temeljnega pomena za razvoj zdravstvene nege.

S svojo prisotnostjo jo bo počastila ugledna strokovnjakinja in profesorica Dr Jean Watson, kar je veliko priznanje za fakulteto in zdravstveno nego v Sloveniji.

Dr Jean Watson je teoretičarka, avtorica, profesorica, raziskovalka in poznavalka znanosti zdravstvene nege, ki svoje celo življenje in kariero posveča fenomenu skrbi za človeka, subjektivnim občutkom, čustvom in

izkušnjam. Njena znanost skrbi vključuje človeško in človekoljubno znanost, ki je usmerjena v človeške procese, fenomene in izkušnje. S svojim delom je postavila temelje za poklic in profesijo zdravstvene nege. Ni je medicinske sestre, ki ne bi poznala njene filozofije in teorije skrbi za človeka ter umetnosti in znanosti skrbi v zdravstveni negi. Po njeni zaslugi danes lahko govorimo tudi o skrbni pismenosti.

Zavedati se moramo, da je sprejetje koncepta skrbi in nudenje skrbstvene zdravstvene nege osrednja in temeljna naloga nas samih. Skrb za drugega predstavlja eden od bistvenih konceptov v vsakodnevнем življenju, v medsebojnih odnosih, izkazovanju spoštovanja in ohranjanju dostenjanstva ter temelj za zagotavljanje varnosti tako za paciente v zdravstvenih institucijah, kot v družini.

Konferenco bogatijo tudi ugledni domači in tuji vabljeni predavatelji iz številnih univerz iz Evrope in Zahodnega Balkana, ki bodo predstavili znanstvene rezultate in spoznanja v zdravstveni negi in zdravstvu ter ne nazadnje pot do ustvarjanja in širjenja znanja. Pri tem so posebej pomembna mednarodna povezovanja visokošolskih učiteljev, raziskovalcev in študentov na profesionalni in osebni ravni, ki ponuja možnost za osebnostno rast.

Pridobivanje novih znanj in razvoj profesije ter discipline sta temelj in cilj vsakega izobraževanja. Znanje je temelj za holistično, humano in na znanstvenih dokazih osnovano prakso zdravstvene nege ter doseganje profesionalne avtonomije medicinskih sester. Hkrati predstavlja osnovo za prevzemanje odgovornosti v učinkovitem in varnem procesu obravnave pacientov, ki od nas pričakujejo veliko mero pomoči, znanje, pogovor, razumevanje in ne nazadnje humane ter enakovredne partnerske odnose.

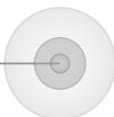
Cilj mednarodne konference »Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju« je interdisciplinarno povezovanje znanstvenih spoznanj uglednih strokovnjakov doma in v tujini. Konferenca je namenjena študentom (predvsem podiplomskim študentom) in zaposlenim na visokošolskih zavodih, kjer se izobražujejo študenti zdravstvene nege in zdravstvenih ved, zaposlenim v zdravstveni in babiški negi ter širši strokovni javnosti.

Ob tej priložnosti se iskreno zahvaljujem vsem sodelavcem za ves trud, napore, prizadevanja in

osebno motivacijo vsakega posameznika za organizacijo dobre in prepoznavne mednarodne konference doma in v tujini.

Udeležencem konference želim izpolnitev osebnih in profesionalnih pričakovanj, veliko strokovnih užitkov, uspešno izmenjavo znanja in izkušenj, in posebej osebnega povezovanja, zaradi bodočega uspešnega sodelovanja na izobraževalnem in raziskovalnem področju.

Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske)
Majda Pajnkihar





VABLJENA PREDAVANJA

INVITED LECTURES



ZNANOST SKRBI: TEORIJA HUMANE NEGE - TRANSFORMACIJA OD ZNOTRAJ

CARING SCIENCE: HUMAN THEORY AND PRACTICE – TRANSFORMATION FROM WITHIN

JEAN WATSON

ABSTRACT

This paper outlines the core aspects of Caring Science, the 10 Caritas Processes, A Transpersonal Caring Moment along with guidance and practice rituals for implementation.

Keywords: Watson Caring Theory, transpersonal, caring moment, caritas processes, rituals

INTRODUCTION

As nursing continues to mature as a distinct discipline and scholarly profession with its own unique and focused mission in serving humanity for health and healing, it is increasing recognizing Caring Science as its ethical and philosophical foundation, which differs from Medical Science focus on treatment and disease centered cure.

Caring Science, as the disciplinary philosophical scientific foundation for nursing, has been quietly evolving for the past 25 years or so. And as it comes of age, and becomes more universal across cultures and traditions, it is a hopeful paradigm for nursing's, role in serving global human caring –healing and health needs of the public, now and into the future.

Within the context of Caring Science, the formal theory of human caring and transpersonal caring has evolved through the writings of Jean Watson (1979; 1985; 1988; 1999; 2008; 2011; 2012; 2013). The framework for identifying, naming and implementing a professional practice model grounded in Caring Science, adheres to ethical- philosophical and scientific professional practices, named the 10 Caritas Processes. The Caritas Processes name the phenomenon of human caring that nurses around the world are offering to humanity, but these named daily nursing practices largely have been unnamed, unseen and thus invisible – until very recent time.

CARING SCIENCE: PHILOSOPHICAL –ONTOLOGICAL WORLDVIEW FOUNDATION

What is distinctive about Caring Science?

What distinguishes it as a professional discipline, separate from, but complementary to, medicine?

Jean WATSON, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, Distinguished Professor and Dean Emerita University of Colorado Denver, Watson Caring Science Institute, Colorado, USA; jeanwatson@comcast.net

WORLDVIEW-ONTOLOGY

Caring Science is based upon a unitary ontology or worldview; that is, it acknowledges that everything in the universe is connected; thus the world view is a unitary, relational worldview, in contrast to a separatist, fragmented world view; the conventional worldview is one which separates a person's body from heart and soul and separates mind from body, physical from non-physical; human from environment., from our connection/oneness with Mother Earth Planet, Source, Spirit.

Thus, the separatist ontological worldview is one in which humans seek control certainty, and domination over all aspects of life, death, the environment, our world. This worldview is pervasive in our Westernized world and is motivated largely by Ego and Fear. Thus, it keeps humans and nations and countries separate, insecure, easily threatened, distrustful, and disconnected from each other, from our own sense of belonging, whereby someone different from us, may be perceived as threatening and/or considered an enemy.

This separatist worldview of conventional Western science society, does not serve human needs and our shared humanity. In spite of major advances in health and healing and medical science, our western system of health care is dominated by disease –centered treatment approaches, rather than whole person or whole system approaches for human health and deep healing, beyond disease or illness or in spite of disease and illness.

ETHIC OF BELONGING

Caring science offers another starting point, informed by a larger cosmology: An Ethic of 'Belonging' developed by Emmanuel Levinas (1969), a French philosopher, posits that our ethical worldview is the first principle of science. An Ethic of Belonging acknowledges, ethically and literally, that we all belong to the infinite universal field of cosmic Love. We all come from Source of this infinity of the universe and we all return to this infinite Source, which is mystery of life itself.



Thus, the starting point for Caring Science is based upon the 'Ethic of Belonging' beginning with the belief and perennial wisdom that our human experiences and journey through life and death are shared with all of humanity, across the globe. We are all ultimately, one-world-one-heart , united across time and space belonging to the great sea of humanity.

TEN CARITAS PROCESSES™ OF THEORY OF HUMAN CARING:

The named and researched Human Caring Phenomenon, guide nurses to validate what they are practicing in caring for patients, families and communities, for health and healing, beyond medical technical interventions. These Caritas Processes contribute to whole person/whole system Health care.

The 10 Caritas Processes™ are as follows:

1. Sustaining Humanistic-altruistic value system by practice of loving –kindness and equanimity with self/other;
2. Being authentically present, enabling faith/hope/belief system – honoring the inner, life-world of self/other;
3. Being Sensitive to self and others by cultivating own spiritual practices; beyond ego-self to transpersonal self;
4. Developing and sustaining loving trusting-caring relationships;
5. Allowing for expression of positive and negative feelings- authentically listening to another person's story;
6. Creatively problem-solving 'solution-seeking' through caring process; full use of self and artistry of caring-healing practices via use of all ways of knowing/Being/Doing/Becoming;
7. Engaging in transpersonal teaching-learning within context of caring relationship; staying within other's frame of reference – shift toward coaching model for expanded health/wellness;
8. Creating a healing environment at all levels; subtle environment for energetic authentic caring process;
9. Reverentially assisting with basic needs as sacred acts; touching mindbodyspirit of other; sustaining human dignity;
10. Opening to spiritual, mystery, and unknowns- allowing for miracles.

These Caritas processes become the guide to systematically engage in theory-guided practice, informed by the deeper philosophy, values, ethic, language and worldview of Caring Science. In this postmodern world, if we do not have our own language for caring, we do not exist.; remain invisible to the dominant external world. Thus nursing's language of the phenomenon of human caring becomes critical to nursing's advancement and future caring-healing-health practices to serve humanity. Also in this era of evidence based practice, it is impossible to explore outcomes of caring in nursing if the phenomenon of caring is not named, documented and assessed as part of patient care standards.

CARING SCIENCE – CARITAS PROCESSES - TRANSPERSONAL CARING MOMENT

As nurses enter into a theory guided professional practice model of Caring Science, they will need to become more intentional and conscious of the importance of a Caring Moment. In that a Caring moment is where the theory of human caring and the unitary worldview of caring science are lived out. It is through the caring moment that the 10 Caritas Processes personally come alive for each nurse.

A Caring moment is transpersonal, meaning the moment is larger than just the two people in the moment; transpersonal conveys the authentic human to human connection in that moment is greater than the moment and lives on in the experience of both. It also implies that the connection is not ego centered but open to creative emergence and unknowns.

The Caring Moment invites authentic presence, skill, rituals and intentional preparation. The Caring moment, within the context of Caring Science transcends time, space, and physicality. That is, the experience in the moment is larger than just two people coming together. The whole caring consciousness of the nurse is contained within a single caring moment and extends into the universe beyond that actual physical moment. That moment can be an existential, spiritual turning point for the nurse and the patient, opening up new possibilities to connect with Source. What is experienced in a caring moment becomes part of the life pattern and greater life context for both participants. All we have are moments in our life; each moment informs the nature of the next moment.

CARING –HEALING RITUALS





The implementation and living out of the Theory of Human Caring, through an actual human-to-human caring moment, can be sustained by creating caring-healing rituals and specific preparatory practices to expand and awaken our consciousness and intentionality to offer authentic caring-healing to self and other.

This awareness and consciousness requires preparing your mind, developing specific heart science skills of preparation before entering the patient's room; for example, rituals of pausing, of breathing, releasing the last situation or person, so you can be more present to the person in front of you.

CARITASHEART™ METHODOLOGY

One ritual to prepare for a Caring Moment is guided by evidence –informed CaritasHeart™ methodology developed by Watson & Browning, (2012). This evidenced-informed, heart-centered caring ritual can be experienced and taught. CaritasHeart™ methodology. The steps include:

In the first instance the first action is simply to pause, deep breath, center oneself in the moment, breath out and in as a transition to following steps:

- 1: Heart Focus; just simply drop your attention to focus on your heart.
- 2. Heart Focused breathing; simple breath a few breaths in and a few breaths out through your heart; just breathing into and through your heart;
- 3. Heart Feelings – bring higher vibration feelings such as love, gratitude, compassion, caring, forgiveness to your heart and feel those feelings fill your heart/chest ;
- 4. Then radiate those loving heart feelings beyond self into the moment and larger field. The Method can be practiced as follows:
 - Breath feelings of compassion into your heart center;
 - Allowing your heart to connect with this person;
 - Experience these feelings flowing from your heart center;
 - Breath in these feelings of gratitude and compassion in this moment;
 - Radiate those heart centered feelings of caring – compassion-gratitude beyond self into the field of the other.

Other common rituals used by nurses practicing Caring Science include intentional use of hand washing. By being more conscious during hand washing – it can be a reflective pause, creating space for energetic cleansing, self-care as well as a releasing and blessing the last situation or person, so you can be more present to the next moment.

Other ritual practices include having visual representations of caring and Caritas Processes on the unit. For example, some systems have Magnets on the patient's door; these magnets have positive emotions or Caritas Processes on them, reminding nurses to pause, center and practice caritas heart ritual before entering the patient's room.

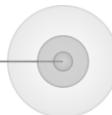
These simple caring practice-rituals open up space to connect with Source and open us to new possibilities in the moment.

SOME GUIDELINES FOR CARING SCIENCE IMPLEMENTATION IN NURSING

- Be aware, conscious and intentional about your worldview about self and other:

This entrance into Caring Science invites each of us to examine our Worldview. Each person is different; however, diverse beliefs and healing practices can create inner conflict for the practitioner. As we examine our own beliefs and explore a unitary worldview as basic philosophical foundation for nursing, then we open to self-growth, avoiding stereotyping and pre-judgments about our colleagues and patients, about humanity in general.

- Become consciousness and Intentional about authentic heart-centered presence in a Caring Moment – cultivation of Rituals and Affirmations:
- Explore the practice of CaritasHeart Methodology before entering a patient's room or for your own self-healing rituals.
- Discover you are already practicing caring theory, by becoming familiar with the Language of the 10 Caritas Process in your daily Human Caring practices.
- Use Caring Language to share, describe and document your caring practice.
- Make Caring visible in your unit by posters, graphics or artistic versions of Model of Caring.





- Cultivate your own rituals and authentic practices to sustain human caring, healing and healing for self in order to serve humanity.

In summary, Caring Science invites nursing to mature as a distinct caring-healing - health profession with attention to whole person/whole system transformation toward health and wellbeing of humans and communities.

Caring science encompasses a unitary-relational worldview, whereby everything in the universe is honored and connected. This worldview includes the 'Ethic of Belonging'; it invites an evolving consciousness of the nurse, whereby she or he adheres to caring-healing rituals and mindful self-caring practices to sustain a conscious orientation to human caring.

The CaritasHeart™ methodology is one specific ritual of heart-centering breathing, which can serve as a practice guide and tool for implementing authentic caring by manifesting an energetic higher vibration Caritas field of love and caring.

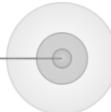
The caring moment becomes the focal point for theory-guided practice, honoring and acknowledging the 10 caritas processes as intentional informed actions, providing documented evidence of caring practices.

The 10 caritas processes serve as a guide and formal unitary theory for professional practice. It moves nursing more toward its caring-healing-health role as a covenant with humanity, beyond medical –technical, disease-centered treatment models. It allows for the more formal actualization of Nightingale's global vision of Health for all.

More information on Caring Science, Caring Theory and Watson Caring Science Institute can be found at www.watsoncaringscience.org.

REFERENCES

- Hills, M. & Watson, J. (2011). Creating a Caring Science Curriculum. Emancipatory Pedagogies. New York: Springer.
- Levinas, E. (1969) Totality and Infinity. 14th printing. Pittsburgh, PA. Duquesne University.
- Watson, J. (1979). Nursing The Philosophy and Science of Caring. Boston: Little Bron. Reprinted (1988) Boulder, CO: University Press of Colorado.USA
- Watson, J. (1985). Human Caring Science. A Theory of Nursing. CT: Appleton Century Croft. Reprinted (1988) NY: National League for Nursing.
- Watson, J (1988 reprinted 2007). Nursing. Human Science & Human Care. Massachusetts: Jones & Bartlett. Watson, J. (1988), reprinted 2007). Translated into Japanese, Swedish, Chinese, Korean, and German, Norwegian, Danish.
- Watson, J. (1999). Postmodern Nursing and Beyond. Edinburgh: UK. Churchill-Livingston. Reprinted (2000) NY: Elsevier. Reprinted (2011 new edition) Boulder, Colorado USA: Watson Caring Science Institute.
- Watson, J. (2008) Philosophy and Science of Caring. New revised edition. Boulder, CO: University Press of Colorado, USA.
- Watson, J. (2012). Human Caring Science. Boston: Jones & Bartlett.
- Watson, J. & Browning, R. (2013) Caring Science Meets Heart Science. American Nurse Today. <http://www.americannursetoday.com/Popups/ArticlePrint.aspx?id=11508>





ANALIZA TEORIJE JEAN WATSON

ANALYSIS OF THE JEAN WATSON THEORY

MAJDA PAJNKHAR

POVZETEK

Izhodišča

Skrb je temelj za izvajanje sistematične, celostne in individualne obravnave pacienta ter temelj za razvoj človeških, profesionalnih in enakovrednih medosebnih odnosov. Teorije skrbi so uporabne za prakso, izobraževanje in raziskovanje, vendar jih je pred uporabo potrebno analizirati in ovrednotiti. Namen prispevka je analiza teorije Jean Watson, ene najbolj znanih teorij skrbi.

Metode

Teorija je bila analizirana na osnovi kriterijev avtorja McKenna (1997).

Rezultati

Watsonova opredeljuje zdravstveno nego kot znanost in umetnost. Osrednji koncepti deskriptivne teorije so skrb za človeka, transpersonalni medosebni odnosi, »jaz«, fenomenalno polje, dogodek, priložnost za skrb in faktorji skrbi (karativni faktorji). Teorija je relativno enostavna, vendar slovenskim medicinskim sestram njen razumevanje lahko predstavlja težavo, saj izhaja iz drugačne kulture in filozofije. Bila je kritizirana, da ji primanjkuje konsistentnosti. Teorija in znanja iz drugih disciplin morajo biti vključeni v izobraževanje medicinskih sester, da bi jo lahko uporabljali na področjih raziskovanja in prakse zdravstvene nege pri nas. Teorija nudi nov pogled na zdravstveno nego in podaja zanimiv opis medicinskih sester, pacientov ter njihovih medosebnih odnosov. Potrebno jo je testirati s kvalitativnimi in kvantitativnimi pristopi.

Diskusija in zaključek

Teorija Jean Watson razlikuje zdravstveno nego in medicino in vključuje vse oblike znanja. Zavzema moralno držo, da zdravstvena nega in skrb predstavlja storitev s posebnim sistemom vrednot, ki so povezani s skrbjo za človeka, katere glavni namen je zagotavljanje in ohranjanje človeškega dostojanstva.

Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR; Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru, SI; majda.pajnkhahar@um.si

Slovenskim medicinskim sestram bi lahko pomagala pri poudarjanju človečnosti in vključitvi koncepta skrbi v zdravstveno nego. Vendar je za uporabo teorije na področjih izobraževanja, raziskovanja in prakse zdravstvene nege potrebno njen poglobljeno razumevanje.

Ključne besede: teorija, analiza, Watson, skrb

ABSTRACT

Introduction

Caring is a foundation for implementation of a systematic, holistic and individual patient care, the development of a human, professional and equal interpersonal relationships. Many caring theories exists and are useful for practice, education or research; however, they need to be analysed and evaluated before their use. Our aim was to analyse one of the most known caring theory, the theory of Jean Watson.

Methods

Theory was analysed and critiqued based on McKenna's criteria (1997).

Results

Watson sees nursing as both a science and an art. The central concepts of Watson's descriptive theory are human care, transpersonal care relationships, the self, the phenomenal field, events, actual caring occasion, and carative factors. Theory is relatively simple, however for Slovene nurses it may be difficult to understand it, because it has roots in a different culture and philosophy. It has been critiqued that theory lack the consistency. To be used in Slovene practice and research, theory and also knowledge from other human disciplines need to be incorporated into the nursing curriculum. The theory provides a new view of nursing and of people, treated in health care settings. It is a fascinating description of human beings and nurses and also the relationship between them. Qualitative and



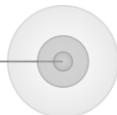
quantitative approaches are needed for theory to stand up to testing.

Discussion and conclusions

Watson's theory differentiates nursing from medicine, and includes all patterns of knowing. Further, it advocates a moral stance of caring and nursing is a service driven by specific value systems regarding

human caring with the purpose to preserve the dignity of the client. Theory can help Slovene nurses to lay stress on the humanity and to integrate the caring concept in nursing care. However, a thorough understanding of the theory is important in order to realise its practical application in nursing education, practice and research.

Keywords: theory, analysis, Watson, caring





KAKŠNE SO KOMPETENCE MEDICINSKIH SESTER PO NJIHOVEM PODIPLOMSKEM IZOBRAŽEVANJU? UGOTOVITVE IZ ITALIJANSKE MULTICENTRIČNE ŠTUDIJE

WHAT ARE THE COMPETENCES AND THE NEW ROLES OCCUPIED BY NURSES AFTER THEIR ADVANCED EDUCATION? FINDINGS FROM AN ITALIAN MULTICENTRE STUDY

ANGELO DANTE, CLAUDIA MINIUSSI, HELGA MARGETIC, ELISA MARIA OCCOFFER, LUISA SAIANI, ALVISA PALESE

BACKGROUND

At the International level, several studies have documented the effects of advanced nursing education. The research frameworks adopted in the available studies, are focused on two different perspectives: the first assumes the effects of nursing education at the system level, while the second debates nursing education effects at the individual level. Studies aimed at discovering and documenting advanced education impact at the system level, have documented in different countries and with a variety of study designs, that the advanced nursing education is a key factor in developing new competences. Having new competences increases the quality of care and patients' outcomes. From the second perspective, studies focused at the individual level have measured the impact of the advanced nursing education on nurses satisfaction and performance. Available analysis have been conducted in the USA, UK and Australia and in other countries. However, due to the high variability of the advanced nursing education systems and frameworks, inside and outside of the Bologna process umbrella, and also according to the recent introduction of the Master of Nursing Science (MNS) in the Italian context (1-4), a study discovering the effects of the advanced nursing education in Italy was performed. The individual level was the perspective assumed as the research framework.

OBJECTIVE

To document the application in daily practice of the acquired competencies in the Master of Science in Nursing as well as the role changes achieved by master graduates nurses, was the main study aim.

METHOD

A multicenter descriptive study involving 7 consecutive cohorts (from 2004/2005 to 2011/2012) of advanced nursing graduates from 3 universities of northern Italy was conducted. The application of the managerial, educational, research and clinical competencies acquired during the MNS and role changes achieved after the graduation, were documented through a semi-structured questionnaire. A pilot phase was performed aimed at test the validity of the questionnaire adopted.

RESULTS

232 of 285 graduates participated in the study. 216 (88.8%) reported that they had applied managerial competencies, 178 (76.7%) educational, 122 (52.6%) clinics and 115 (49.5%) research competencies. After completing the master, 80 graduates (34.4%) have changed roles, in particular have increased those who occupies a managerial (from 89 to 212, +123, 14.5%) and educational (33 to 44 +11, 4.8%) role and decreased those who occupies a clinical role (from 110 to 65, -45, -19.4%). The role changes mainly occur three years after graduation ($p = 0.006$) and their frequency is associated is associated to the seat of origin of the graduates ($p = 0.018$).

DISCUSSION

The need for healthcare organizations to have advanced competencies in management together with the greater emphasis on the management (5) and teaching in early edition of the Master of Science in Nursing could explain the increased use of these compared to clinical and research competencies. Reshape the current academic programs and provide new opportunities for professional valorization for clinical nursing is a priority.

Angelo DANTE, PhD, Trieste University, IT;
Claudia MINIUSSI, MSc, Trieste University, IT;
Helga MARGETIC, MSc, Trieste University, IT;
Elisa Maria OCCOFFER, MSc, Udine University, School of Nursing, IT;
Luisa SAIANI, MSc, Udine University, School of Nursing, IT;
Assoc Prof Alvisa PALESE, Udine University, School of Nursing, IT; alvisa.palese@uniud.it





CONCLUSION AND PRACTICAL IMPLICATION

After having completed the MNS; nurses advanced educated report to use mainly managerial and educational competencies. The majority of the nurses have reported to be migrated from clinical to managerial roles and educational roles. The role change is achieved on average after three years of the MNS.

Keywords: advanced education, career, Master of Science in Nursing, effects, Italy

REFERENCES

Dante A, Miniussi C, Margetic H, Palese A. Gli effetti di un corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche e ostetriche: risultati di uno studio trasversale. Ig Sanita Pubbl 2011; 67:575-89.

Dante A, Miniussi C, Margetic H, Palese A. Gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata

sullo sviluppo professionale e di carriera. L'infermiere 2013; 50:e54-e61.

Galletti C, Tedino G, Morchio MG, Derossi AM, Rega MIL, Marmo G. Curriculum formativo del laureato specialista e mondo del lavoro: indagine su infermieri e ostetriche dell'Università Cattolica Prof Inferm 2013; 66:1-9.

Garrino L, Gargano A, Lombardo S, Di Giulio P, Dimonte V, Regna G. La percezione a distanza delle competenze acquisite nelle scuole universitarie post base per la dirigenza infermieristica e ostetrica. Medic 2008; 16(Suppl.):93-104.

Casson P, Guarnier A, Taddia P. Priorità del nursing management. Assist Inferm Ric 2002; 31:170-1.



UPORABA VEČ INTELIGENC ALI OSMIH RAZLIČNIH VRST INTELIGENC V ZAGOTAVLJANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN IZOBRAŽEVANJA

THE USE OF MULTIPLE INTELLIGENCES OR EIGHT DIFFERENT TYPES OF SMARTS IN THE HEALTH CARE DELIVERY AND EDUCATION

MARGARET DENNY, MAJDA PAJNKHAR

ABSTRACT

This paper considers the application of multiple intelligences in patient education, using an interrelated model. Patients' understanding of the health care knowledge they receive in hospital, pre-discharge, requires advances in relation to how this information is conveyed and the practitioners understanding of how, in turn, the patient internalises their discharge plan. The fundamental question is – how are patients effectively engaged in the health learning encounter, so that it is reinforced beyond the caring experience in hospital? In this regard, the work of Gardner on multiple intelligences (MI) and Shearer on how to assess MI has applicability and utility in health care education. Gardner's contends that each individual differs in intellectual abilities, so complex that they cannot be represented by a single intelligence. Gardner theorises that the brain functions using eight intelligences, which can be employed to improve learning at an individual level. Facilitating learning for understanding (lft), therefore, should be individualised in order to enable patients to use their range of intellectual strengths and abilities, as a means of understanding the complex nature of health care information and its application in relation to a full or partial recovery and or restoration of normal bodily functioning.

Keywords: Multiple intelligences and assessment; patient education; interrelated model; learning for understanding.

INTRODUCTION

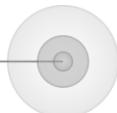
Multiple intelligences theory has entered the teaching and learning dialogue in contemporary education and research (Denny, 2012; Denny, 2010; Denny et al., 2008; Gardner, 2006; 2005; 2004a, 2004b; 2002; Hyland, 2004; Kornhaber, 2004). It is argued that despite the rhetoric of a student centred approach, education remains wedded to conventional teaching and learning approaches, which fail to engage with the individual and unwittingly silence the student's voice (Denny et al., 2008; Denny et al., 2006). In society people generally subscribe to the solitary notion of general intelligence (g). Gardner (1993b, 87) in response to the debate states:

MI Theory does not question the existence g intelligence, but the province and explanatory power of g . . . My interest, obviously, centers on those intelligences

and those intellectual processes that are not subsumed under g .

The theory of GI assumes that intelligence is fixed and that all individuals possess a general intelligence that is exhibited when one excels in educational attainment. Such attainment, it is argued, is only detectable by intellectual quotient (IQ) testing (Spearman, 1927; Simon, Binet, 1911). However, the reliability and validity of IQ tests are dependent on many factors that include culture, environment and contextual issues (Kornhaber, 2004). In contrast, Gardner's (1983) theory identifies eight intelligences that are shared by everyone and are multidimensional.

The theory of MI rests on the premise that people function using eight intellectual dispositions, which have their own memory system (Gardner, 1983). Gardner (1993e) suggested that biologically, each



intelligence corresponds to a separate functional area of the brain and research provides support for Gardner's (1983) distinction among domains in terms of the separable anatomical brain networks that are activated during neuro-imaging (Gardner, 1993a; 1993b; Zatorre, 1999; Frith et al., 2001; Gusnard, et al., 2001); with cerebral structures responsible for processing its specific contents (Shearer, 1999; Gardner, 1993c, 1993d; Gardner, Csikszentmihalyi, Damon, 2001).

Gardner (1993e) suggested that what is significant is that people differ in their abilities or areas of strengths and weaknesses (Gardner, 1993e.). Gardner does not question the existence of general intelligence, that is, logical mathematical, verbal linguistic ability, but argues instead that it has little explanatory importance outside the "*narrow environment of schooling*" (Gardner, 1993a, 39). Gardner (1993a) suggests that intelligence cannot be measured by traditional tests, such as intellectual quotient (IQ) testing, because it is limited to GI, whilst his theory pluralises the *traditional concept* of intelligence. Importantly, Gardner (1993a) theorises that an individual's intelligence profile can be improved through education and learning and he puts forward the idea of learnable intelligences throughout the person's lifespan (Gardner, 1993). In this regard, Gardner (1993, 31) offers a very convincing explanation as to the nature-vs.-nurture dichotomy:

I reject the "nature-nurture" dichotomy, as do most other biologically informed scientists. Instead, I stress the constant and dynamic interaction, from the moment of conception, between genetic and environmental factors."

Therefore he reassures us that intelligences, like cells, can mutate throughout the natural life of the person.

Gardner's multiple intelligences

Gardner's (1983) definition of intelligence presents the multiple aspects of intelligence. The *multiple* refers to Gardner's proposal that individuals possess eight intelligences not just one general *intelligence* and suggests that many more intelligences have yet to be identified. According to Gardner (1983) the basis for

the existence of multiple forms of intelligence is derived from many sources and is complex. However, the four critical points of Gardner's (1983) theory of MI are that each person possesses eight intelligences in varying degrees that are unique to the individual; most people are capable of developing each intelligence, to an adequate level of competency; these intelligences work together in complex ways; and there are many ways to be intelligent within each category (Gardner, 1993a).

He defines MIs as:

'the capacity to solve problems or to fashion products that are valued in one or more cultural settings' (Gardner, Hatch, 1989, 4).

Gardner (1983) also suggests seven ways of knowing the world or intelligences: verbal-linguistic, logical-mathematical, musical-rhythmic, visual-spatial, bodily-kinesthetic; and two forms of personal intelligences, one directed toward other persons, interpersonal intelligence, and one directed toward oneself, intra-personal intelligence (Gardner, 1983; Tracey, Richey, 2007).

In addition, some other interesting comparative definitions of MI are put forward by Gibson and Govendo (1999), O'Brien and Burnett (2000) and Fasko (2001). Table 1 operationally defines each of Gardner's (1983) eight intelligences.

To qualify as an intelligence in Gardner's (1983) MI theory, each ability had to satisfy a range of criteria: the potential for isolated breakdown of the skill through brain damage; the existence of savants, prodigies, and other exceptional individuals with this ability; support from psychological training studies and from psychometric studies, including correlations across tests; evolutionary plausibility; and a distinct developmental history culminating in a definable set of end-state performances (Gardner, 1983). In addition, each intelligence has to have an identifiable core operation or set of operations, as well as susceptibility to coding in a symbol system (e.g., language, mathematics, picturing, or musical notes).



Intelligence	Operational Definition
Logical-mathematical	Learns from solving problems logically-Logical mathematical intelligence involves the capacity to analyse problems logically carry out mathematical operations and investigate issues scientifically.
Linguistic	Learn from the written word-Linguistic intelligence relates to sensitivity to spoken and written language, the ability to learn languages, and the capacity to use language to accomplish certain goals in your life.
Musical	Learns while listening to music. Musical intelligence is the capacity to think in music, to be able to hear patterns, recognize them, remember them, and perhaps manipulate them.
Spatial	Learns by seeing and observing (spatial dimension) - shapes, drawings, faces, colours; uses detail in visual images; learns through visual media.
Bodily-kinaesthetic	Learns through touching and moving. Bodily-kinaesthetic intelligence entails the potential of using one's whole body or parts of the body (like the hand) to solve problems or fashion products.
Naturalist	Learns to solve problems from drawing on the resources and features of the environment- Naturalist intelligence designates the human ability to discriminate among living things (plants, animals) as well as sensitivity to other features of the natural world.
Interpersonal	Learns from person to person communication- Interpersonal intelligence denotes a person's capacity to understand the intentions, motivations and desires of other people and, consequently, to work effectively with others.
Intrapersonal	Learns through self-reflection, self-awareness- Intrapersonal intelligence involves the capacity to understand oneself, to have an effective working model of oneself-including one's own desires, fears, and capacities-and to use such information effectively in regulating one's own life.

Table 1: Multiple Intelligences (Gardner, 1983, 1999, 41-43; Gardner, Checkley, 1997, 12).

Gardner (1983) contends that the first two of his MI listings, that is, logical mathematical and verbal linguistic have been typically valued in schools, the next three, musical, spatial, bodily-kinaesthetic and

naturalist, are usually associated with the arts, and the final two, interpersonal and intrapersonal are what he called personal intelligences (Gardner, 1999, 41-43).



Measuring multiple intelligences

How can we reliability measure a person's MI profile? The work of Shearer (1994) is helpful in this regard. Measuring a patient's MI profile using The *Multiple Intelligences Developmental Assessment Scale* (MIDAS) could have applicability in complex health care patient education. It was developed in 1987 by Dr Branton Shearer, a clinical psychologist, and provides a person with an objective measure of their intelligences. The MIDAS questionnaire is based on the theory of MI and relates to the first eight intelligences, as identified by Gardner in his book *Frames of Mind* (1983). The MIDAS questionnaire provides a self-report of one's intellectual disposition in the eight MIs. The MIDAS can be used for all age groups and is available online and feedback is instant and very comprehensive and practical (*Multiple Intelligences Developmental Assessment Scales*).

The MIDAS questionnaire has been used for the past twenty years and at university level to assist college students to decide upon a programme of study and to help to clarify career options that are best suited to one's MI strengths. In addition, the MIDAS questionnaire is used widely to assist children and adult learners to enhance their self-knowledge, study skills and career awareness. Shearer suggests that the advantage of using MIDAS profiling in education is that using one's strongest intelligence will not only hold the student's interest, but also promote greater cognitive engagement. MIDAS has been used by educators to better understand the unique educational needs of '*at risk*' students and it has wide application in special education and curriculum design (Shearer, 1999). MIDAS research by Shearer (2004) has shown that the MI profile can provide a good estimate of a person's intellectual disposition and based on the published results the reliability and validity of the MIDAS questionnaire have been favourably evaluated suggesting support for its use within educational contexts and health care (Denny et al., 2008; Chen, 2004; Hsueh, 2003; McNamee et al. 2002; Yoong, 2000; Krechevsky, 1998).

Additionally, MI can be measured by a number of short inventories, which may also be applied in health care patient education programmes (Denny, 2012; Weber, 2005; Hsueh, 2003; McNamee et al. 2002; Armstrong, 2001; Yoong, 2000; Krechevsky, 1998; Adams, 1993). The most commonly used are the *Teele Inventory of Multiple Intelligences* (TIMI, Teele, 1996). Gardner

(1993b) asserts that MI has major implications for education in general and suggests that many talents, if not intelligences, are ignored. He proposes that the chief *casualties* of the espoused single-minded single funnelled approach (general intelligence) to intelligence are the recipients of learning. Gardner (1993a, 4) feels that:

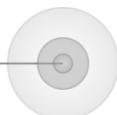
...if we expand and reformulate our view of what counts as human intellect [we will] be able to devise more appropriate ways of assessing it and more effective ways of educating it.

Gardner (1983, 1999) proposed that certain abilities are relatively independent of one another and that individuals may develop some intelligences more highly than others, as is evidenced by performing a MIDAS profile. This implies that some people may engage in higher order thinking and problem solving in an area of intellectual strength and only lower order thinking in an area of relative weakness. For example, some people may have a high score in interpersonal intelligence, but may struggle with a task that demands a high-level of kinaesthetic or spatial ability. It is contended that understanding MI theory and assessing patients MIDAS has great potential in relation to patient education, particularly in terms of reinforcing learning beyond the hospital setting.

Using MI to enhance patient education

Knowing the theoretical foundations of MI, is it possible to synthesize this theory into a practical application within the health care arena? What processes and procedures are involved in implementing such a theory in patient education? Quality patient education must be understood in the context of patient understanding, practitioner teaching and learning approaches used education resources (information technology), implementation and transfer and adherence issues. Patient education is viewed as a concern for many health professionals, especially nurses (McKinley et al. 2009).

While the theory of MI and its implications for learning for Lft and has been widely critiqued and discussed in the literature for over two decades (Gardner, 1983), there has been no systematic process for guiding its application in health care practice and patient education. However, emotional intelligence (EI), which is analogous with Gardner's (1983) intrapersonal intelligence, has been used by Snell and Whitea (2011) to target health care competence during service



delivery interactions. They suggest that using this EI collectively with other interventions has '*the potential to enhance quality perceptions and importantly, patient adherence*' to health care programmes (Gardner, 1983, 100). This necessitates that patients and health care practitioners should be enabled to become partners in health care education in order to ensure quality and safety in its delivery and uptake (WHO, 2010; Vaismoradi et al., 2011). Friberg et al. (2012) and WHO (2010) posit that health care environments are encumbered by the changing disease presentations and the ever increasing prevalence of chronic diseases; the more complex health care needs of the older adult; shorter hospital stays; time poverty; organisational factors and the limited pedagogical competency of patients (World Health Organization 2010), which puts demands on staff time in relation to facilitating patient education. Kendall et al. (2007) in their study on patient education, found that the practitioner's role was carried out in an apparently, haphazard manner, with no real ownership or planned approach to its delivery with patients. Correspondingly, Casey (2007) found that empowerment of patients or partnership in relation to patient education was inadequate. Ryhanen et al. (2012) found in their study that an internet-based breast cancer patient education programmes empowered patients. They suggested that further research was required to analyse the processes involved in empowering breast cancer patients' approach to patient education. Empowerment in patient education could be facilitated by familiarizing and teaching patients about their multiple intellectual dispositions, which can be used to understand and apply health care knowledge and facts.

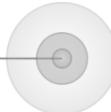
Santrock (2008) posits that social constructivism approach emphasizes the social contents of learning and that knowledge is mutually built and constructed. Constructivism when applied to health information is based on prior experiential knowledge as patients present with a past history and thus a veritable goldmine of experiential knowledge in relation some aspects of their health care issues. Harnessing this knowledge requires interdisciplinary collaboration and expertise so as to facilitate health care education. Gardner's (1983) contention is, '*I have posited that all human beings are capable of at least seven different ways of knowing the world*' Gardner (1983,). Why do health care staff not utilise these different ways of knowing to facilitate knowledge of health care?

Patient education has been identified as a vital component of nursing care since the early days of the profession (Kovner, Jones, 2002). Contemporary patient education is distinguished today as a systematic process that involves an exchange of information and is a component of holistic care (Redman, 2004). Redman (2004) highlighted the importance of the teaching and learning approaches, which include an assessment of the patient's learning needs, planning through the development of mutual goals and objectives with the patient, implementation of a teaching plan, and evaluation of outcomes.

Rather than use MI theory as a way to categorize learners into a single method of learning health care information, applying MI theory is a way to consider the presentation of information and demonstration of knowledge across several modalities. Patients are thus empowered to become agents in their own health care education. For example, the ability to be self-aware or self-reflective (intrapersonal intelligence) is vital to the caring relationship; recognising emotions in others and handling relationships in an unconditional manner (interpersonal) are fundamental people skills in the caring environment. Tacit knowledge and propositional knowledge are referred to by Gardner (1983) as 'know how' (innate) versus 'know that' (acquired), in cognitive science, and thus in patient education the practitioner, using MI approaches to facilitate understanding of health care information, can discriminate between these two types of knowledge. Gardner typifies his '*intelligences*' as sets of primarily tacit/know-how knowledge (Gardner, 1983). To apply this tacit knowledge the most applicable curriculum model that could be used in patient health care education is problem-based learning (PBL), a model that focuses on authentic problems as the impetus for learning and consequent education (Fogarty, 1997). According to Savery, (2006,p. 12) PBL is a learner-centered approach that:

'Empowers learners to conduct research, integrate theory and practice, and apply knowledge and skills to develop a viable solution to a defined problem.'

Individual case studies using PBL, as an intervention, with chronic disease management have revealed significant changes in cognitive and clinical outcomes among individuals experiencing diabetes, asthma, arthritis and coronary artery disease (Williams, Pace, 2009; Imafuku et al., 2013). Effective management of



chronic diseases (e.g., arthritis) revolves around the extent to which patients can learn and remember disease-relevant information (Rawson, O'Neil, Dunlosky, , 2011). According to Kaariainen and Kynga, (2010) competent patient education involves several different factors, such as patient education resources, implementation, and adequacy of effectiveness. They conclude from their research that:

...patient education methods studied, they only have good command of oral individual patient education. The command of other methods is poor or they are not used (Ibid., p.555).

Psychiatric nurse patient education is collaborative and Koivunen et al. (2012, 546) posit that psychiatric nurses

have different roles in systematic patient education and are '*ready and willing to tailor their roles according to patients' individual needs*'. Ronco et al. (2012, 321) suggests that in order to provide effective education: educators, such as *nurses, surgeons and other healthcare workers, should be trained in providing appropriate, tailored and effective educational intervention(s)*. Embracing different approaches to patient education and learning about health care information could offer an alternative resolution to this complex issue. In this regard, the interrelated model is proffered as medium of facilitating patient education, both during the patient's stay in hospital and additionally incorporating it in their pre-discharge plan (Figure 1).

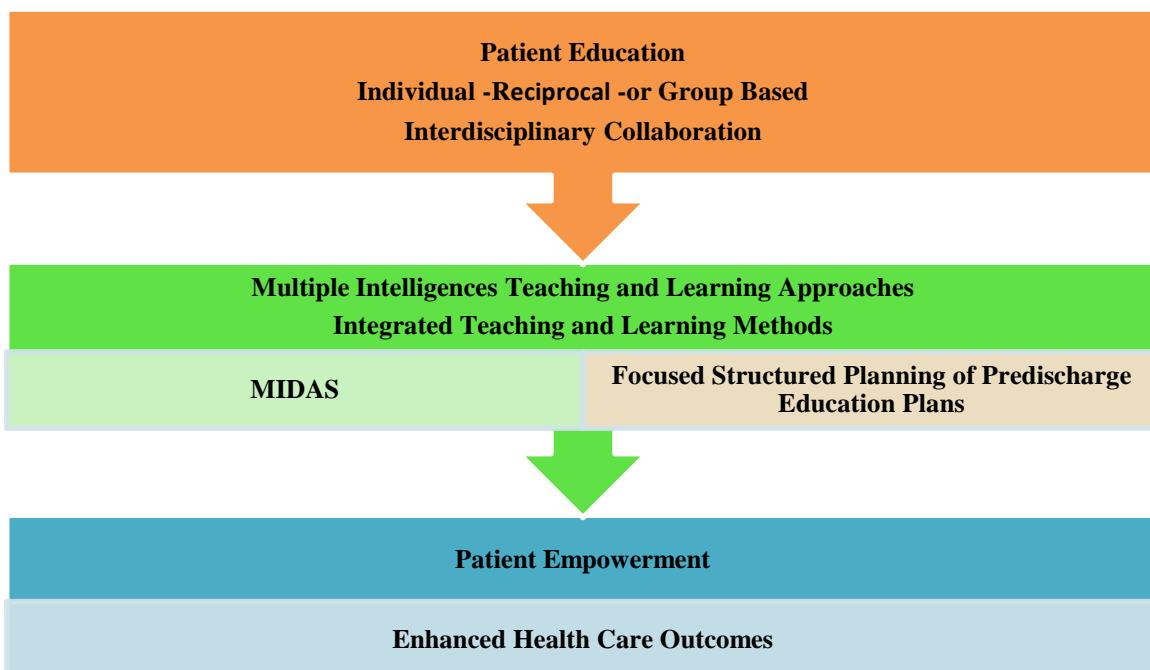


Figure 1: Interrelated Model of Patient Education

The interrelated model of patient education can be tailored to suit an individual patient, a reciprocal patient interaction, or group based patient education, while in hospital and pre-discharge. It must adhere to ethical standards and the unique individual holistic needs of patients and be patient focused. To illustrate

the manner in which one aspect of this interrelated model, MI theory, could be integrated with a pre-discharge individual care plan; the following table on patient education in relation to arthritis and is presented (Table2).



Intelligence	Activity
Linguistic learners- best expressed through written or oral formats.	The patient is asked to orally summarise the information they received from the health care team on arthritis.
Logical learners- best expressed with tangible information.	Enable the patient to access internet or an interactive white board to review a health care programme on arthritis.
Spatial learners- best expressed with visual displays or drawings	Have visual displays of the inflammatory process; x-rays of inflamed joints etc.
Musical learners- best expressed through auditory means	Use Podcasts, Multimedia, with background music, on arthritis management and flare-up prevention strategies.
Kinesthetic learners- best expressed through movement.	Ask patient to demonstrate various exercise routines that enable flexibility etc.
Interpersonal learners- best expressed through interaction with others	Involve interdisciplinary team in discussions with patient in relation to blood test results and x-rays etc.
Intrapersonal learners- best expressed through internal reflection and self-awareness (use more meta cognitions to process information).	The patient is asked to reflect on arthritis and its impact on lifestyle and changes that could be made in relation to diet, exercise routine and amelioration of stress.
Naturalists learners- best expressed by making connections with the natural world.	Discuss with patient how nature can help to alleviate the symptoms (walking; painting, etc) and orient patient regarding the correlation between positive mental attitude and arthritis.

Table 2: MI and Patient Education on Arthritis

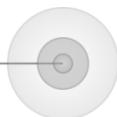
MI learning approaches view people from a different perspective by perceiving them as '*smart in a number of ways*' (Moran, Kornhaber, Gardner . 2006, p. 23) and health care practitioners delivering patient education programmes need to be cognisant of this important viewpoint.

Conclusion

In health care, knowledge of MI is critical to understanding how patients learn best. The use of multiple methods of facilitating learning for understanding enables healthcare staff to focus on the abilities of patients and how they understand the complex nature of health care information. In the health care arena, the collective gaze of staff requires that the focus should be on the practical aspects of learning and teaching in order to empower patients to take control of their health care problems. With the broader view of intelligence, which MI espouses, people are treated more equitably and the theory that

people learn in different ways that are dependent on their differing intellectual strengths, abilities or dispositions is very encouraging in health care.

In his work, Gardner has charted the wide ranging and multiple abilities of all individuals in society. So the question is asked, which intelligences are health care staff neglecting to use and how can they be encouraged to apply MI theory, as part of an interrelated model, to imbue patient education? The interrelated model emphasises the importance of utilising and integrating MI in the pre-discharge plan. This may necessitate staff training and development in relation to MI theory and MIDAS patient assessments should be considered in health care. Ultimately, the authors recommend the initiation of evidence based comparative research in this important area of patient education in order to establish its efficaciousness, thus improving the health care outcomes and lives of patients with acute and chronic illness presentations.



REFERENCES

- Adams, M. (1993). An empirical investigation of domain-specific theories of pre-school children's cognitive abilities. Unpublished doctoral dissertation, Tufts University, Medford, MA.
- Armstrong, T. (2001). Multiple intelligences in the classroom (2nd ed.). Alexandria, VA: ASCD.
- Casey D. (2007) Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), 580–592.
- Chen, J.Q. (2004). Theory of multiple intelligences: Is it a scientific theory? *Teachers College Record*, 106, (1), 17 – 23.
- Denny, M. (2012) Multiple intelligences or eight different types of smart. *The Irish Healthcare Magazine for Care Support Staff*.4,(2),5-9.
- Denny, M. Redmond-Stokes, O. Wells, J. Weber, E., O'Sullivan, K., Taylor, M. (2008). 'The Learning Experience: A New Approach to Optimise Student Learning' in Callara, E. (eds.) *Nursing Education Challenges in the 21st Century*. New York: Nova Science Publisher, pp. 23-48
- Denny, M., Wells, JS. (2010) Smart educators use smart intelligence. 1st International Scientific Conference: Building Capacity and Capability in Nursing. Slovenia: The Nurses and Midwives Society of Maribor, pp.97-105
- Denny, M., Weber, E., Wells,J., Redmond-Stokes, O., Lane, P.(2006). Matching purpose with practice: revolutionising nurse education with MITA. *Nurse Education Today*, Accepted March 2007 doi:10.1016/j.nedt.2007.03.004.
- Fasko, D. (2001). An analysis of multiple intelligences theory and its use with the gifted and talented. *Roeper Review*, 23, 126 - 130.
- Friberg F., Bergh A. L . and Granum, V. (2012). Nurses patient-education work: Conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20, 170–186.
- Fogarty, R. (1997) Problem-based learning and other curriculum models for the multiple intelligences classroom. Arlington Heights, Illinois: Skylight Training and Publishing.
- Frith, U. and Frith, C. (2001). The biological basis of social interaction. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 151 – 155.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1993a). *The unschooled mind*. London: Fontana Press.
- Gardner, H. (1993b). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences (Tenth Anniversary Ed.)*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1993c). *Multiple intelligence: The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1993d). The relationship between early giftedness and later achievement. *CIBA Foundation Symposium*, 178, 175 – 82, 182 – 6.
- Gardner, H. (1993e). *Creating minds: Anatomy of creativity seen through the lives of Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Elliot, Graham, and Gandhi*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence re-framed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (2002). The three faces of intelligence. *Daedalus*, 139-142
- Gardner, H. (2004a). Audiences for the theory of multiple intelligences. *Teachers College Record*, 106, (1), 212 – 220.
- Gardner, H. (2004b). *Changing minds*. Boston: Harvard University Press.
- Gardner, H., Checkley, K. (1997). The first seven and the eighth. A conversation with Howard Gardner. *Educational Leadership*, 55, (1), 8 - 13.
- Gardner, H. (2005). Multiple lenses on the mind. Paper presented at the ExpoGestion Conference, Bogota Colombia, May 25, 2005, 1-29.
- Gardner, H. (2006). *Howard Gardner under fire*. Chicago: Open Court.
- Gardner, H., Csikszentmihalyi, M., Damon, W. (2001). *Good work: Where excellence and ethics meet*. New York: Basic Books.
- Gibson, B. and Govendo, B. (1999). Encouraging constructive behaviour in middle school



- classrooms: A multiple-intelligence approach. *Intervention in School and Clinic*, 35, 16 – 22.
- Gusnard, D.A., Akbudak, E., Shulman, G.L. and Raichle, M.E. (2001). Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: relation to a default mode of brain function. *Proceedings of National Academy of Sciences*, 98(18), 10529 – 10426.
- Hsueh, W.C. (2003). The development of an MI Assessment for young children in Taiwan. Paper presented at the annual meeting of the American Education Research Association, Chicago, IL.
- Hyland, A. (2004). University College Cork as a learning organisation. Cork: UCC
- Imafuku, R., Kataoka, R. , Mayahara, M. , Suzuki, H. , and Saiki, T. (2013). Students' Experiences in Interdisciplinary Problem-based Learning: A Discourse Analysis of Group Interaction. *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning*, 8(2). Available at: <http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1388>
- Kaariainen, M. and Kynga,H.(2010) The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 548–556.
- Kendall, S., Deacon-Crouch, M., Raymond, K. (2007) Nurses attitudes toward their role in patient discharge medication. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23 (4), 173–179.
- Kovner, A.R., & Jones, S. (2002). *Health Care Delivery in the United States*. New York: Springer Publishing Company. 3-106
- Koivunen, M., Huhtasalo J.,Makkonen, P., Valimaki, M., Hätonen, H. (2012).Nurses' roles in systematic patient education sessions in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2012, 19, 546–554.
- Kornhaber, M.L (2004). Multiple intelligences: From the ivory tower to the dusty classroom- But why? *University Teachers College Record*, 106, (1), 67–76.
- Krechovsky, M. (1998). Project spectrum pre-school assessment handbook. New York: Teachers College Press.
- McKinley S., Dracup K., Moser D.K. et al. (2009) The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (8), 1037–1046.
- McNamee, G., Chen, JQ., Masur, A., McCray, J and Melendez, L. (2002). Assessing and teaching diverse learners. *Journal of Early Childhood Teacher Educators*, 23, (3), 275 – 282.
- Moran, S., Kornhaber, M., and Gardner, H. (2006). Orchestrating multiple intelligences. *Educational Leadership*, 64, 22-27.
- O'Brien P. and Burnett P. C. (2000). Counselling children using a multiple intelligences framework. *British Journal of Guidance and Counselling*, 28, (3), 353-371.
- Rawson, K.A.,O'Neil, R. and Dunlosky, J. (2011) Accurate monitoring leads to effective control and greater learning of patient education materials. *American Psychological Association*, 17, (3), 288–302 . DOI: 10.1037/a0024749.
- Redman, B. K. (2004). *Advances in patient education*. New York: Springer.
- Ronco, M., Iona L., Fabbro, C., Bulfone, G., & Palese. A. (2012). Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 14(4):309–323. DOI: 10.1111/j.1744-1609.2012.00286.x.
- Ryhanen,A.M., Rankinen,S., Siekkinen, M., Saarinen,M., Korvenranta, H. And Leino-Kilpi, H. (2012). The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway program on breast cancer patients' clinical outcomes: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1016–1025, doi: 10.1111/jocn.12007.
- Santrock, J. W. (2008). *Educational psychology* (3rd ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Savery, J. R. (2006). Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning*, 1(1),1-21 Available: <http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1002>
- Shearer, C. B. (1994). *The MIDAS: Professional manual*. Kent, Ohio: MI Research and Consulting, Inc. Available: www.MIResearch.org



- Shearer, C.B. (1999). The challenge! A MIDAS guide to career success. Kent, OH: MI Research and Consulting, Inc.
- Shearer, C. B., Jones, J. A. (1994). The validation of the Hillside Assessment of Perceived Intelligences: A measure of Howard Gardner's theory of multiple intelligences. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New Orleans: LA.
- Simon T., Binet A. (1911). A method of measuring the development of the intelligence of young children. Lincoln, IL: Courier Company.
- Snell, L., Whitea, L. (2011) Sociocognitive approach to service quality and adherence amongst elderly patients: A pilot study. *Health Marketing Quarterly*, 28:99–115. DOI: 10.1080/07359683.2011.545332
- Spearman, C. (1927). The abilities of man. New York: Macmillan.
- Tracey, M.W., Richey, R.C. (2007) ID model construction and validation: a multiple intelligences case. *Education Tech Research Dev* (2007) 55:369–390 DOI 10.1007/s11423-006-9015-4.
- Weber, E. (2005). MI strategies in the classroom and beyond: Using roundtable learning. New York: Pearson Publishers.
- Yoong, S. (2000). Multiple intelligences: a construct validation of the midas scale in malaysia. Paper presented at the International Conference on Measurement and Evaluation, Penang, Malaysia.
- Vaismoradi M., Salsali, M. and Marck P. (2011). Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *International Nursing Review* 58, 434–442
- Williams, B., Pace, A.E.(2009) Problem based learning in chronic disease management: a review of the research. *Patient Education and Counseling*, 77(1):14-9. DOI:10.1016/j.pec.2009.03.004.
- World Health Organization (WHO) (2010) A brief synopsis of patient safety. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf. (accessed 22 October 2010).
- Zatorre, R.J. (1999). Brain imaging studies of musical perception and musical imagery. *Journal of New Music Research*, 28, (3), 229 – 236.





IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER V REGIJI – PODOBNOSTI IN RAZLIKE NURSING EDUCATION IN THE REGION – THE SIMILARITIES AND DIFFERENCES

DANIELA MALNAR

ABSTRACT

Training of nurses clearly defined EU Directive on the one side and the Bologna process on the other side. EU Directive 2005/36 EC states that basic education of nurses should include 10 years of general education and three years of professional education , or 4600 hours . On the other hand , the Bologna process is not based on hours already pointing system for the three-year vocational education provides for 180 credits and allows vertical in the education of nurses(graduate and doctoral studies). For EU member states and acceding countries requirements of the EU Directive have priority in defining the exit competencies acquired by the students during their education. As for education in the region that is truly diverse , all countries implement programs in line with the Bologn aprocess but , for now, only Slovenia and Croatia agreed on their programs to the requirements of the Eu Directive . In all countries that have a university graduate studies it is possible to enter doctoral studies at the medical school

Keywords: education, nursing, EU Directive, the Bologna system

As a profession, nursing is founded by Florence Nightingale in distant 1860 years. Since then, the nursing profession has underwent many changes with changes in society, technological progress and advances in medicine. At the 1988th European Conference on Nursing in Copenhagen, it was clearly defined profile of nurses as autonomous, highly educated health practitioner with knowledge, skills and abilities to work independently and collaborate with other health care professionals to provide the best health care in all circumstances. But still it is difficult to describe the role of nurses in health care and their position in the society. Somebody nursing perceived as a profession, others as a scientific discipline, but noedays the nursing begins to realize as a discipline that has a distinctive program of action and is independent of the other disciplines in the health system. The development of nursing over the past

century, and connect with other disciplines showed that nurses must possess comprehensive knowledge and that a nurse should be high educated health expert with knowledge, skills and abilities to work independently. Therefore changes are needed in eduation and nurse was not enough secondary education (Krajanović, 2004).

For EU countries (Slovenia, Croatia) education for nurses is conditioned by the EU Directive (Directive 2005/36/EC, 2005). For countries that are not EU members profession nurses define the laws of countries that varies from country to country.

Nursing in Croatia is regulated as a scientific discipline under the Regulations on establishing the scientific areas of the Ministry of Science and Technology (NN. 59/1996.) and is classified in the scientific field of biomedicine and health, the field of public health and health care, a branch of nursing.

Law on Nursing in Croatia was adopted in 2003. and was the first in the region that clearly defines two levels of education, basic education by nurses outcomes of vocational education and higher level which is awarded upon completion of professional or university undergraduate program or a university graduate program (NN br.121/03.). A similar law, called the Law on health care was passed 2010th in Montenegro, which defines education of nurses (Official Gazette of Montenegro no.25/2010.). In Bosnia and Herzegovina Law on Nursing and Midwifery passed the 2013th year, and it also defines two levels of education (Official Gazette of the Federation of BiH no. 43/13.). In Slovenia, a work in the health care may be provided graduate nurses after graduation for a minimum of 3 years or 4600 hours of theoretical and practical education as stated in the Law on the health activities, but the law of Nursing is to prepare (Official Gazette of the Republic of Slovenia no. 9/92). In Serbia and Macedonia there nursing law is still an academic dissclusion.

Education for regulated professions in the health care field, such as the nursing, clearly defined EU Directive on the one hand and the Bologna system on the other.

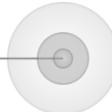




EU Directive 2005/36 EC lays down in detail the minimum requirements for the education of nurses. Basic education should include 10 years of general education (new proposal for amendments to Directive includes 12 years of general education) and three years of professional education, or 4600 hours of theoretical and clinical training, the duration of the theoretical training representing at least one-third, and the duration of the clinical training at least one half the minimum duration of the training. The Directive also prescribes the mandatory contents of an education program must contain. For EU member states and accession countries learning outcomes listed in the Directive as a priority when it comes to the education of nurses with regard to learning outcomes must provide their own planning, implementation, organization and evaluation of health care. On the other side, the Bologna system of higher education have the aim to create a comparable, compatible and coherent systems of higher education within the European Higher Education Area. Bologna system based on pointing (ECTS) system. For the three-year professional education predicted 180 credits. The calculation of credits is based on the time that a student spends in order to overcome certain material, respectively one credit amounts to 26 to 30 hours. As the Bologna system is based on two main cycles, undergraduate and graduate, his conduct to raise vertical education in nursing, and raises the possibility of education at the graduate and doctoral studies.

As far as the education of nurses in the region of what is really diverse. All countries implement programs in line with the Bologna system, but only Slovenia and Croatia have agreed on their programs and the requirements of EU Directive. In Croatia, professional or university study nursing enrolled after completing five years of secondary vocational school. After secondary school, gets the name of a nurse responsible for general care. After completion of three years of professional or university study, the title Bachelor of nursing that allows registration of a two-year graduate studies (Master of nursing) or two years of specialized professional studies (professional specialist)(Medical faculty of Rijeka, available from: <http://www.medri.uniri.hr>; Medical Faculty of Osijek, available from: <http://www.mefos.unios.hr>, Medical faculty of Split, available from: <http://www.mefst.hr>; Apollonia University of Zagreb, available from: <http://www.zvu.hr>) In Slovenia, after completing four years of secondary vocational school students gets the name

nurse or medical technician. Followed by professional study for a period of three years after the end of which it acquired the name of a graduate nurse. From the 2007th year are performed graduate studies at the end of which it is named Master of health care (Faculty of health care, Maribor, available from: <http://www.fzv.uni-mb.si>; Faculty of health care, Ljubljana, available from: <http://www.zf.uni-lj.si>). In Montenegro, after completing four years of secondary school (medical technician) can enter a three-year professional study which acquires title Bachelor of nursing. The plain is the introduction of university graduate study at the Medical Faculty of Podgorica (Medical Faculty of Podgorica, available from: <http://www.medf.ucg.ac.mc>). In Macedonia, there is also a four-year secondary school (nurse) and professional studies for a period of three years (graduate nurse). Upon completion of professional study the possibility of entering university graduate studies at the medical school for a period of two years, which acquired the title of Master of medical science. There is also the possibility of entering a one-year professional graduate program after which it gets the name of the graduate nurse – specialist (Medical Faculty of Skopje, available from: <http://www.medf.ukim.edu.mk>; High medical school, Bitola, available from: <http://www.umsb.uklo.edu.mk>). In Serbia, after completing a four-year secondary school students gets the name of the nurse. At most institutions of higher education there is a possibility of entering a three-year undergraduate program (180 ECTS) at the end of which it acquires title Bachelor nursing, but possibility of further education differentiate from institution to institution (Medical faculty of Niš, available from: <http://www.medfak.ni.ac.rs>; Medical Faculty of Beograd, available from: <http://www.mfub.bg.ac.rs>; High medical school of Beograd, available from: <http://www.vszbeograd.edu.rs>; Medical faculty of Novi Sad, available from: <http://www.medical.uns.ac.rs>). In Bosnia and Herzegovina, after finishing four years of secondary school (nurse / technician) entered a four-year undergraduate degree (Bachelor's), and in some institutions there is a possibility of entering a one-year graduate program after which it acquires the title of Master of nursing (Faculty of health studies, Sarajevo, available from: <http://www.fzs.unsa.ba>; Faculty of health, Zenica, available from: <http://www.zf.unze.ba>). The exception is Faculty of health studies in Mostar, where undergraduate study lasts three years and two year is last graduate study as well as in Croatia (Faculty





of health studies, Mostar, available from: <http://www.fzs.sve-mo.ba>).

In all countries that have a university graduate studies in education can continue on to doctoral studies at the medical faculty. For now nursing doctoral program can be registered in some countries of the European Union such as the UK or Finland. The largest number of doctors of nursing have a Slovenia, which has also gone furthest in preparing doctoral studies in nursing. In other countries, nurses who possess a doctorate of science that have acquire a doctorate in the medical faculty or any of the other faculty.

Setting clear competence of nurses by the EU Directive and the definition of a nurse in the labor market as well as experts in health care, require harmonization of quality education at all levels and harmonization programs in all EU countries as well as in the EU accession countries. That will allow future nurses competitiveness in the labor market as well as the mobility in the system of additional education. As in the countries of the region there is still no equality in the education necessary to carry out a systematic analysis and quality control of existing programs. On the basis of accordance with the EU Directive, a future nursing students will be allow mobility of and education at universities in EU countries.

References:

- Krajnović F. Sestrinstvo zanimanje, poluprofesija, profesija? Sestrinski glasnik. 2004;1:31-34.
 Directive 2005/36/EC of the European parliament and of the council. 2005.
 Zakon o sestrinstvu. Narodne novine br.121/03.

Zakon o zdravstvenoj njezi. Službeni list Crne Gore br.25/2010.

Zakon o sestrinstvu i primaljstvu. Službene novine federacije BiH br. 43/13.

Pravilnik o utvrđivanju znanstvenih područja Ministarstva znanosti i tehnologije. Narodne novine br. 59/1996.

Zakonu o zdravstveni dejavnosti RS. Uradni list Republike Slovenije št. 9/92.

<http://www.medri.uniri.hr>

<http://www.mefos.unios.hr>

<http://www.mefst.hr>

<http://www.zvu.hr>

<http://www.fzv.uni-mb.si>

<http://www.zf.uni-lj.si>

<http://www.medf.ucg.ac.mc>

<http://www.medf.ukim.edu.mk>

<http://www.umsb.uklo.edu.mk>

<http://www.medfak.ni.ac.rs>

<http://www.mfub.bg.ac.rs>

<http://www.vszbeograd.edu.rs>

<http://www.medical.uns.ac.rs>

<http://www.fzs.unsa.ba>

<http://www.zf.unze.ba>

<http://www.fzs.sve-mo.ba>





PERSPEKTIVA ZNANSTVENIH RAZISKAV NA PODROČJU ZDRAVSTVA V JV EVROPI (S POUDARKOM NA KOSOVU) IN IZZIVOV ZDRUŽEVANJA IZOBRAŽEVALNEGA PROCESA Z ZNANSTVENIMI RAZISKAVAMI NA PRIMERU ŠTUDIJSKIH PROGRAMOV ZDRAVSTVENIH VED THE PERSPECTIVE OF SCIENTIFIC RESEARCH IN THE HEALTH FIELD IN SEE (WITH FOCUS ON KOSOVO) AND CHALLENGES OF COMBINING THE EDUCATION PROCESS WITH SCIENTIFIC RESEARCH IN THE EXAMPLE OF STUDY PROGRAMS IN HEALTH SCIENCES

PETRIT BEQUIRI

SEE Countries currently faces a deep disproportional of scientific research resources in the health field, compared to the needs for research work in this field.

Kosovo has not yet managed to live out the proper system of scientific research, support from the country's economy for scientific researches remains non-existent, and the possibility of absorption and therefore the possibility to benefit from the results of scientific research remain very minor.

Such a situation makes it very difficult to establish and implement initiatives of new study programmes in health sciences, particularly in the level of combining these study programmes with scientific research.

The organizational progress of these study programmes is significantly challenged in the absence of legislation, but also challenges the experience of institutional and interdisciplinary scientific cooperations on the one hand and methodological-didactic deficits of Docents at the other hand.

The Innovative Concepts and missing health profiles everywhere are always supported and sponsored, in Kosovo the challenges are more dimensional making it very difficult for their survival.

In these circumstances, the formulas or methods of operation of educational and scientific Institutions necessarily require maximum creativity and optimum environment and resources adaptation in order to ensure the establishment and not fall into a spiral of quality.

Reflecting through an example, seeks to clarify critically mentioned challenges and submit possible alternatives.

Keywords: Challenges on scientific health research, theory-practice interconnection to health profiles, scientific researches in low budget countries, the advancement of medical science.

INTERDISCIPLINARNA STRUKTURNΑ REFORMACIJA IN INOVATIVNO VISOKOŠLSKO IZOBRAŽEVANJE ZA NOVE POKLICE (INSTEAP) INTERDISCIPLINARY STRUCTURE REFORMATION AND INNOVATIVE HIGHER EDUCATION FOR NEW PROFESSIONS (INSTEAP)

MONIKA RODE, PETRIT BEQUIRI, MARCELLUS BONATO, BUJAR GALLOPENI, NATYRA KARAHODA-GJURGEALA

ABSTRACT

Introduction

The project is funded by the European Commission (TEMPUS) and its aim is to establish a course for teaching and education in the health system through adaption and implementation of a study program in the EU health system. The project will establish new unified structures for development from the respective regulations, development of occupational profile as exemplars for new study programs such as Master Education in health system.

Methods

An effective coordination in the phase of application position represents a significant role in achieving this in preparation of project implementation. Methods like project management, interdisciplinary working group, scientific advises, curriculum working group, implementation of study program, evaluation and dissemination turned out to be necessary and contribute to the success of the project substantially.

Results

An effective monitoring system of the project management was implemented. Adaptation of development of study program was allocated to the needs and labour market in Kosovo. An innovative structural template for other health occupations education has been developed. The working groups developed several and different perspectives, opening for a wider development of the project and influenced indirectly the increasing numbers of scientific advises. The structure of the interdisciplinary working group in allocation to the needs of the Ministry has been developed.

Discussion and conclusions

It has been revealed, that a continuously project monitoring in allocation to needs of the partner country is necessary to develop a project further on. Careful and intensive project coordination is necessary to control the course of the project successfully.

Keywords: Experiences in project application, flexible structural template for other occupations education as a master program, regulation for professions, project management

INTRODUCTION

Healthcare in Southeast Europe countries is a sector that needs reforms, as it is still within public institutions. The development of health care system in Kosovo was subject to political and economic influence. Supported by different nations and institutions, the Ministry of Health implemented institutions and developed several documents to optimize the health care system. Healthcare in Kosovo is one of the topics that need further development. Lack of structural reforms and low financing remains the main causes for the lack of healthcare, thus making a difficult path of transition and modernization (Bislimi et al., 2006, Holst 2007.).

Universities of Kosovo and universities of the region, which provide study programs in health system, do not have study programs for teaching educators in healthcare, or a clear approach for health managers. Therefore, the whole health system is lacking professional pedagogy and management as part of education. In addition, the majority of managers of healthcare institutions are doctors, without managerial knowledge and know-how does, which clearly result in a poor development and operation of healthcare settings, thus bringing a not well functionality of

Dipl.-Päd. Monika RODE, University of Applied Sciences Münster, DE; rode@fh-muenster.de
Petrit BEQUIRI, MScNH, Institute of Southeast Europe for Advancement in Health and Nursing; DE;
Prof Dr Marcellus BONATO, University of Applied Sciences Münster, DE;
Bujar GALLOPENI, MSc, Ministry of Education Sciences and Technology Kosovo; R. Kosovo;
Prof Dr Natyra KARAHODA-GJURGEALA University of Prishtina, Medical Faculty; R. Kosovo;



healthcare system in Kosovo. Hence, representatives of related professions give lectures; doctors are giving lectures to future nurses. It should be emphasized that modules and didactic concepts find no use, which would have enabled a specific professional perspective. At this point international standard has changed and a specific qualification is more than necessary. Another factor that determines particularly the work of healthcare system and relevant study program is the right of the profession and necessary legal conditions to practice one's profession. The transition of the system from the state, centralized and planned economy, into a modern, decentralized and transparent health system requires new definition of conditions. If solid steps in the legal macro-infrastructure so far have been made, there is still a need for legal medium and micro infrastructure.

Ministries and universities have not yet made a direct connection between them. No direct exchange has happened yet. This needs a specific expertise, which is lacking often in the country and it requires a close and coordinated collaboration between politics, professional society and university education. In a parallel-organized transfer, such views should be involved in the relevant programs curriculum, to become part of schooling. Direct communication between universities, ministries and the world of profession has envisaged to be built and established through the project. The project aim is to establish a course for teaching and education in the health system through adaption and implementation of a study program in the EU health system.

METHODS

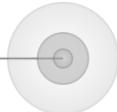
In the end of 2010 the project idea has been developed. During two month the first application has been developed and submitted. The application was rejected because the assignment in the program did not appear the evaluator correctly and some formal aspects were not displayed correctly. The evaluation report of the proposal has been taking as base for the revision of the application. 2012 the second application was successful. In retrospect it has been shown that intensive communication with all project partners contributed to improve the quality of the application significantly. Likewise it remains to note, that an effective coordination in the phase of application position represents a significant role in achieving this in preparation of project implementation.

The projects started 15.10.2012 and will end 14.10.2015. The project partners are University of Pristina, Ministry of Health, Kosovo; Ministry of Education, Science and Technology, Kosovo; University Maribor; Institute of Southeast Europe for Advancement in Health and Nursing; PrBHE-qeap-Heimerer Private Bearer of Higher Education; UMIT - The Health and Life Sciences University Hall/Tyrol and University of Applied Sciences Muenster as the grant holder.

Main methods in the project are project management, interdisciplinary working group, scientific advises, curriculum working group, implementation of study program, evaluation and dissemination.

Measures to ensure sustainability in the project:

- Cooperation agreement with all partners, including the Ministries
- Integration of health care institutions into the interdisciplinary working group
- Confirmation of letter of commitment in the interdisciplinary working group
- Confirmation of recognition of common modules between a private and a public university in Kosovo.
- Train the university staff to ensure, that they are able to continue the master programs on their own.
- Development of plans of the universities to ensure continuing the study programs after the project life-time.
- Development of a plan to increase the competencies of staff for teaching in the study program and the number of staff for the study programs.
- All meetings of working groups were allocated to academic staff of the beneficiaries and the project leader.
- Involvement of the Ministry of Health actively in the interdisciplinary working group.
- Involvement of members of beneficiaries in all decisions.
- Development a plan with the Ministries to ensure the allocation of the interdisciplinary working group to the Ministries.



Results

All structures of the project are implemented until March 2014. During the last monitoring visit, the Education, Audiovisual and Culture Executive Agency in charge of the management of the Tempus Programme underlined the relevance of the project "Interdisciplinary structure reformation and innovative higher education for new professions" in the Kosovar context as well as the ownership of the project by all partners. It also was noted, that the original design of the project is still relevant and the changes that have been implemented in the structure of the Master show the flexibility of the project in order to better respond to the local labour market needs and to adapt to the changes concerning the regulation of teacher

education programmes. They stated, that the project shows a good level of achievement of activities and it is positive to note that the teacher training activities as well as mobilities are on-going and that the accreditation process of the new specializations is launched. In addition they recognized, that project partners participate actively in the project. The monitoring team considered, that the project enjoys good communication at local and international levels and an efficient project management. In conclusion it was mentioned, that Kosovar partners appreciate the proactive approach of the coordinator as well as his support in the implementation of the different activities" (Education, Audiovisual and Culture Executive Agency, 2013).

Table 1, Project results, INSTEAP, 2014

Project results until 28.02.2014	State
Development of a study program Management in Health Care and Education in Health Care	Green
Allocation to the labour market – open the study program for other health professions	Green
Module handbooks	Green
Application for accreditation	Green
Accreditation	Yellow
Work plan of interdisciplinary working group	Green
Records of workgroups	Green
Development of job description	Yellow
Steering group developed rules of decision making process	Green
Members of Steering Group receive scientific recommendations and implement them.	Green
Adaptation of the module handbook is available.	Green
7 meetings in Pristina, 11 telephone conferences for adaptation of the module handbooks	Green
6 Scientific papers, 20 versions of module handbooks with scientific recommendation	Green
Learning platform	Yellow
Dissemination of the project	Yellow
Mobility of staff	Green
2013 one professional conference has been organized in Pristina.	Green
Evaluation design for evaluation the study program is available	Yellow
Training program for the staff	Green
Dissemination	Yellow

Legend



The new study programs for Kosovo

The first idea of developing a study program within the project INSTEAP was one master program in

Healthcare with two students' specialisations: Management in Health Care and Education in Health



Care. Prototype is a master program of the University of Applied Sciences Muenster / Germany in the field of nursing. Extended options for other fields in health care could be physiotherapy, occupational therapy, speech therapy. Following reasons has to be reflected to reorganize to divide the single master program into two separated master programs in healthcare. There are different demands on study programs for management in health care and study programs for "Education of Teachers in Health Care" (ETHC). ETHC should follow the regulations for educations for teachers in Kosovo (cf. Ministry of Education, Sciences and Technology, Kosovo, 2013). Responsible for the education of all teachers, also teachers in health care, is MEST (with the agreement of MoH). It is to recommend give priority to a uniform regulation of study programs for ETHC without considering simultaneously the requirements for management education. In consequence to several reasons the Master programs "Management in Health Care Services and Health Care Institutions" and "Education in Health Care" were developed.

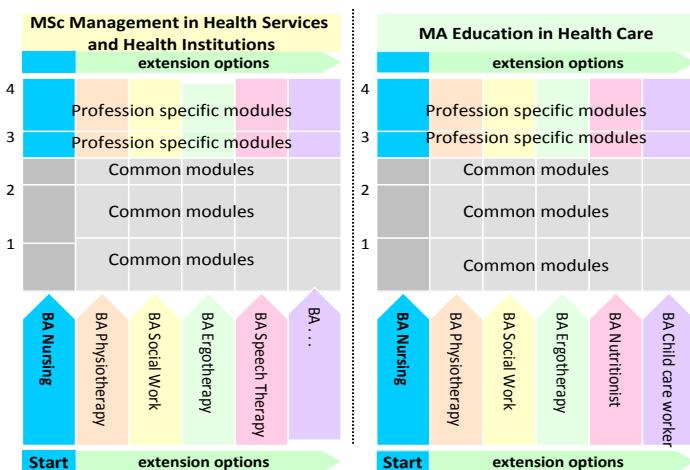


Figure 1: Separated master study programs in health care for KOSOVO, INSTEAP, 2013

The accreditation process of the two programs currently in editing is based on European standards. In addition the ministries ensure recognition of the two new professions.

The Interdisciplinary working group

Regarding the development of the structure of the interdisciplinary working group is to be noted that the necessary commitment had to be developed. As a decision making body the Ministry of Health was

actively involved into the process and named additional a responsible person to support the interdisciplinary working group. The working group decided to develop an example to the crucial needs in health professions in Kosovo, caused by the urgent need of a job description for anaesthesia nurses, working as anaesthesia nurses without specialisation education stated by the Ministry of Health. So a short-term solution for job profiles for anaesthesia nurses is needed. This will be developed until 2014. As a long-term solution for a job profile of new professions should be developed. The job profile of "Education in Health Care" will be the second example and develop in the project. The interdisciplinary working confirmed a letter of intent for participant institutions and staff of the institutions.

Discussion and conclusion

The experience so far in, the development of the project ideas to implementation of a project allow the following conclusions to be:

Intensive and sustainable project coordination is essential for the application and implementation of a project. A project team has to react flexible to changes in the operating environment. The sustainability and long-term effectiveness of the newly developed courses must be started and continued thereafter by taking appropriate measures in the project. It appears necessary subsequent evaluations and, if necessary adjustments to studies programs to be adapted to changing developments.

REFERENCES (EXCERPT)

Bislimi, B., Muhamheri, E., Demukaj, V., & Bislimi, F. (2006). Financial Sustainability of a Health Insurance Fund for Kosovo. Consultancy work on the "Strengthening capacity in the Ministry of Health, Kosovo" programme MoH - HLSP - RIINVEST Project. Pristina.

Holst, J. (2007). Gesundheitswesen in Kosovo, Überblick, Auszüge aus dem Evaluierungsbericht über die Technische Zusammenarbeit der Regierung Luxemburgs zum Aufbau des Gesundheitswesens im Kosovo.

Education, Audiovisual and Culture Executive Agency, 2013). (2013): Field monitoring report of Tempus project INSTEAP (internal document).

Ministry of Health, Republic Kosovo, 2011; ACTION PLAN 2011 - 2014 FOR THE HEALTH SECTOR STRATEGY 2010- 2014

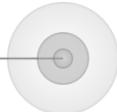
Ministry of Education, Science and Technology, 2011: Kosovo Education strategic plan 2011- 2016

Ministry of Education, Science and Technology (MEST) specified in the Education Strategy Plan 2011- 2016
http://www.masht-gov.net/advCms/documents/KESP_2011_2016.pdf

Ministry of Education, Science and Technology, 2013: Administrative Instruction No 14/2013, Teacher performance evaluation

THE PRIVATE BEARER OF HIGHER EDUCATION qeap-heimerer (2013): Self evaluation report, Pristina, 2013

University of Pristina (2013),: Self evaluation report. Pristina, 2013



KULTURA VARNOSTI PACIENTOV V KOSOVSKIH BOLNIŠNICAH - MULTICENTRIČNA ŠTUDIJA PATIENT SAFETY CULTURE IN KOSOVO HOSPITALS - MULTICENTER STUDY

NAIME BRAJSHORI, JOHANN BEHRENS, LUL RAKA, PETRIT BEQUIRI

BACKGROUND

A supportive patient safety culture is considered to be an essential condition for improving patient safety. Assessing the current safety culture in general practice may be a first step to target improvements. (Elder NC, 2004). Creating a culture of safety requires eliminating the culture of blame (Petersen, D., 2012).

AIM

In order to formulate actions for improvement, it is important for hospitals to assess their baseline scores for the existing safety culture and determine areas of priority. This study will describe for the first time the survey results of the acute, psychiatric and long-term care hospitals that voluntarily submitted their data for comparison to other hospitals in Kosovo. This paper will discuss the use of safety culture assessment as a tool for improving patient safety in Kosovo Hospitals.

METHOD

The Patient Safety Culture Hospital questionnaire will be distributed hospital-wide in seven general hospitals and one university clinical center in Kosovo. It evaluates ten patient safety culture dimensions and two outcomes. HSOPSC-Although this instrument is of US origin, it has been used within European countries, including Norway, England, The Netherlands, Belgium and Switzerland. (Nieva VF, Sorra J. 2003)

DATA ANALYSIS

The SPSS 19 will be used for data analysis.

RESULTS

The results of these analyzes provide additional information on common priorities or areas that need improvement. The results show that important aspects of patient safety culture in hospitals are in need of improvement.

Keywords: Culture of Patient Safety, Improvement of Patient Safety, HSOPSC





UPORABA KVALITATIVNIH METOD PRI RAZISKOVANJU V ZDRAVSTVENI NEGI

QUALITATIVE RESEARCH METHODS APPLIED IN NURSING SCIENCE

ANA HABJANIČ

IZVLEČEK

Izhodišča

Kvalitativna analiza je pogosto uporabljena metoda za raziskovanje v zdravstveni negi. Cilj raziskave je bil ugotoviti katere kvalitativne metode se pretežno uporablja v raziskavah v zdravstveni negi.

Metode

Izveden je bil kratek pregled literature, da se ugotovi katera metoda se uporablja najpogosteje in tudi v katerih znanstvenih revijah se raziskave publicirajo. Pregledanih je bilo prvih 150 pridobljenih člankov iz treh elektronskih baz (CINAHL, Medline, ScienceDirect).

Rezultati

Rezultati so pokazali, da se med kvalitativnimi metodami najpogosteje uporablja analiza besedila (25,3 %). Pokazalo se je tudi, da je pregled literature orodje, ki se zelo pogosto uporabi za analizo oziroma povzemanje objavljenih kvalitativnih raziskav (38,7 %).

Diskusija in zaključki

Pokazalo se je, da tudi najbolj priznane revije s področja zdravstvene nege objavljajo članke z analizo besedila ali tematsko analizo, in ne le bolj kompleksne kvalitativne metode kot so fenomenologija, etnografija in utemeljena teorija.

Ključne besede: pregled literature, kvalitativna analiza, zdravstvena nega, iskanje po elektronskih virih

ABSTRACT

Introduction

Qualitative analysis is a very common method in nursing research. Aim of this research was to analyse which qualitative methods are mostly applied in nursing research.

Methods

Brief literature review was conducted to explore types and frequency of applied qualitative methods in articles of nursing research. A literature search was made in the electronic databases CINAHL, Medline and ScienceDirect and 150 most accurate hits were examined for qualitative method applied.

Results

The literature review showed that application of content analysis was most common among qualitative methods (25.3%). In addition, a literature review was found as a very frequent research design to analyse (overview) qualitative studies (38.7%).

Discussion and conclusions

The literature review results showed that most distinguished scientific nursing journals are also publishing articles with content or thematic analysis and are not interested only in more complex qualitative methods like phenomenology, ethnography or grounded theory.

Keywords: literature review, qualitative analysis, nursing, database search



INTRODUCTION

Qualitative research is very common practice in renewed nursing journals. It is also challenging, labour-intensive activity, guided by only few standardized rules (Polit, Beck, 2008). Some of the popular qualitative methods represent content analysis, thematic analysis, ethnography, phenomenology and grounded theory. Data is primarily gathered by unstructured interviews, then narrative sentences are coded into smaller units and categorised. Additional steps usually depend on the method being applied. For all methods it is recommended making confirmatory analyses by external expert(s) (possibly someone who is not involved in the study) to reach consensus and to increase reliability of the results.

Content Analysis involves breaking down data into smaller units, coding and naming the units according to the content they represent, and grouping coded materials based on shared concepts. The basic idea is to identify major themes and patterns among the themes (Polit, Beck, 2008).

Thematic analysis in contrast to content analysis applies minimal description to data sets, and interprets various aspects of the research topic (Braun, Clarke, 2006). In a pragmatic way a theme in content analysis refers mainly to a descriptive level of content and can thus be seen as an expression of the manifest content of the text, whilst in thematic analysis a theme is the expression of the latent content (Graneheim, Lundman, 2004). Therefore, in thematic analysis, themes are usually quite abstract, and thus more difficult to identify.

Ethnographic approach involves identification of relational patterns among terms in the domains that are used by members of the culture. Ethnography focuses on the cultural meaning of terms and symbols used in a culture, and their interrelationship (Polit, Beck, 2008). Ethnographic approach is a dynamic one, it involves repeated re-categorisation of the terms among extracted domains.

Phenomenological approach is based on various strategies, and the basic outcome is represented by the description of the meaning of an experience, often through the identification of essential themes. Once themes have been identified they become objects of reflection and interpretation through follow-up interviews (Polit, Beck, 2008). Researcher should have

ability to transform narrated experience to the language of nursing science.

Grounded theory approach represents development of preexisting theoretical knowledge or theory. Two mainstream strategies have emerged, the "Glaserian" (Glaser, 1978) and "Straussian" (Strauss and Corbin, 1998). The outcome of both methods is to refine categories and to integrate these categories into a theoretical framework. Researcher must be experienced to be able to recognise when theoretical saturation is reached.

METHODS

Brief literature review was conducted to explore types and frequency of applied qualitative methods in articles of nursing research. A literature search was made in the electronic databases CINAHL, Medline and ScienceDirect. The search terms 'qualitative' and 'nursing' were used for the ten year period from 2004 to 2014. The inclusion criteria for the literature search required the terms to be found in titles, abstracts or keywords. Literature review was based on suggestions by Whittemore and Knafl (2005). Database search resulted in 3,134 hits for CINAHL, 307 hits for Medline, 1,167 hits for ScienceDirect. Since primer displayed hits by the search engines are usually the most accurate one, we analysed first 50 non-overlapping hits from each database.

RESULTS

Journals such as Journal of Clinical Nursing (272 hits), Nurse Education Today (249 hits), Journal of Advanced Nursing (210 hits), International Journal of Nursing Studies (160 hits), Journal of Nursing Management (94 hits) and Nurse Education in Practice (85 hits) produced majority of possible original article publications with qualitative research design in nursing science.

Table 1 represents applied qualitative methods in primarily displayed 150 non-overlapping hits from the database search (50 from each database). Among primarily displayed 150 hits content analysis was applied in majority (25.3%), followed by thematic analysis (12.0%). Majority of hits represented literature reviews (38.7%). Also, Table 1 represents articles from 27 various journals, majority of which are strictly nursing oriented.



**Table 1: Applied qualitative research methods in original nursing articles**

Qualitative method	Electronic database (%)			Total (%)
	CINAHL	Medline	ScienceDirect	
Thematic analysis	4 (8.0)	2 (4.0)	12 (24.0)	18 (12.0)
Content analysis	18 (36.0)	1 (2.0)	19 (38.0)	38 (25.3)
Grounded theory approach	3 (6.0)	0 (0.0)	3 (6.0)	6 (4.0)
Phenomenological approach	4 (8.0)	0 (0.0)	3 (6.0)	7 (4.7)
Ethnographic approach	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	1 (0.7)
Naturalistic inquiry	2 (4.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	3 (2.0)
Mixed methods	7 (14.0)	0 (0.0)	6 (12.0)	13 (8.7)
New theory (new qualitative methods proposals)	3 (6.0)	3 (6.0)	0 (0.0)	6 (4.0)
Literature review	9 (18.0)	44 (88.0)	5 (10.0)	58 (38.7)
Total	50 (100.0)	50 (100.0)	50 (100.0)	150 (100.0)

DISCUSSION

The literature review showed that application of content analysis was most common, although it represents a lower complexity qualitative method. Nevertheless, it was usually processed by modern guidelines or protocols, as for example by Graneheim and Lundman (2004), Hsieh and Shannon (2005), Elo and Kyngäs (2008). In case, the reviews were excluded from the literature review then nearly every second original article with qualitative methodology would have applied content analysis (38 out 92 or 41.3%). Yet, valuable information for scholars is that a literature review design was a very common method to analyse (overview) qualitative studies and can result in a recognised research without initial time consuming and sometimes also expensive data gathering process.

In addition, the literature review results showed that most distinguished scientific nursing journals (e.g. International Journal of Nursing Studies, Journal of Advanced Nursing, and Journal of Clinical Nursing) are also publishing articles with content or thematic analysis and are not interested only in more complex qualitative methods like phenomenology, ethnography or grounded theory.

The major study limitation of the literature review was that individual qualitative methods were not included as search terms, and therefore several articles were missed.

REFERENCES

- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psych.* 2006;3:77–101.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62:107–15.
- Glaser, B. *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press; 1978.
- Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277–88.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications; 1990.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546–53.



PALIATIVNA OSKRBA KOT TEMELJNA ČLOVEKOVA PRAVICA PALLIATIVE CARE AS A FUNDAMENTAL HUMAN RIGHT

SUZANA KRALJIĆ

IZVLEČEK

Pomen in dostopnost do paliativne oskrbe sta se v zadnjih letih močno povečala. S tem se uresničuje poslanstvo Cicely Saunders, ki je zasnovi zgodovinskih hospicev dodala nov zagon in opozorila na problematiko umirajočih, ki se lahko v svojih zadnjih dneh življenja srečujejo s samoto, trpljenjem in tudi s krštvami temeljnih človekovih pravic. Pomembni mejnik je leta 2002 postavila Svetovna zdravstvena organizacija, ko je podala definicijo paliativne oskrbe. Opredelila jo je kot oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih, katere namen je izboljšanje kakovosti življenja pacientov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da se omogoči zgodnje odkrivanje, ocena in ustrezna obravnava bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav. Aktivnosti na mednarodnem področju paliativne oskrbe se gibljejo v smeri razširitve paliativne oskrbe tudi v države, kjer se danes še ne izvaja, dvig kakovosti v državah, kjer se že izvaja, kakor tudi v smeri možnosti priznanja pravice do paliativne oskrbe, kot temeljne človekove pravice.

Ključne besede: lajšanje bolečin, pravica do dostojanstva, prepoved mučenja, teorija dvojnega učinka

SUMMARY

The importance of and access to palliative care services have in recent years greatly increased. With mentioned is realized the mission of Cicely Saunders, who has added to the basis of the historic hospice the new impetus and gave the attention to the problem of dying patients, who may be in their last days of life faced with loneliness, suffering and also with violations of fundamental human rights. Important milestone was set up in 2002 by the World Health Organization which made the definition of palliative care. The palliative care is identified as the care of patients with terminal illness and their families, whose purpose is to improve the quality of life of patients and their families through preventive action and alleviating suffering in such a way to allow early identification, assessment and appropriate treatment of pain and other physical,

psychological, social and spiritual problems. Activities in the international field of palliative care are moving in the direction of extension of palliative care in countries where today the palliative care is not present, raise the quality in countries where there is already implemented as well as in the direction of the possibility of recognition of the right to palliative care as a fundamental human right.

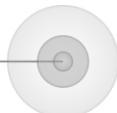
Keywords: pain relief, right to dignity, prohibition of torture, double effect doctrine

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju: SZO) je leta 2002 paliativno oskrbo opredelila kot oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da se omogoči zgodnje odkrivanje, ocena in ustrezna obravnava bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav (Sepulveda et al., 2002). SZO je s takšno definicijo jasno pokazala, da je umiranje in z njim mnogokrat povezano hudo trpljenje umirajočega in njegovih svojcev globalna tema, ki je v zadnjih 40 letih bila deležna velikih premikov na področjih, ki so s tem povezana. V prvi vrsti seveda tukaj izstopata medicina in zdravstvena nega, ki pa jima tesno sledi pravo, ki ima nalogo, da postavi jasno mejo med dopustnim in nedopustnim. Tudi sama paliativna oskrba se naglo širi in izboljšuje v državah širom sveta (Lynch, Clark, Connors, 2011). Zato ni čudno, da se o paliativni oskrbi razmišlja tudi kot o temeljni človekovi pravici.

IZHODIŠČA

Paliativna oskrba se v zadnjih letih naglo razvija. Postala je del tako javnega zdravja kakor tudi sistema človekovih pravic (Clark, Graham, 2011). Paliativno oskrbo se označuje kot univerzalno pravico (Brennan, 2007). Njena prepoznavnost indovzetnost- med ljudmi se je prav tako razširila. Povečalo se je tudi število držav, v katerih se paliativna oskrba izvaja. Leta 2006 se je paliativna oskrba izvajala v 136 državah (od skupno 234). Do leta 2011 se je število držav, v katerih





se izvaja paliativna oskrba povečalo za 9% in je obsegalo že 157 držav (torej 21 držav več) (Lynch, Clark, Connor, 2011). Države so bile glede aktivnosti na področju paliativne oskrbe na podlagi raziskave razdeljene v 4 temeljne skupine:

- a) države, kjer se paliativna oskrba še ne izvaja (75 držav);
- b) države, kjer se ustvarjajo zamenki paliativne oskrbe (23 držav);
- c) države, s posameznimi in splošnimi določbami glede paliativne oskrbe (91 držav);
- d) države, kjer je že podana integriranost paliativne oskrbe. V tej skupini je 45 držav, od katerih ima že 20 držav sistem napredne integriranosti paliativne oskrbe. V to skupino je razvrščena tudi Slovenija, vendar med države brez napredne integriranosti (Lynch, Clark, Connor, 2011; Gwyther et al., 2009).

POLOŽAJ PALLIATIVNE OSKRBE V SISTEMU ČLOVEKOVIH PRAVIC

Človekove pravice in paliativna oskrba sta v mnogih pogledih naravna partnerja, saj je središče obeh dostojanstvo posameznika, ki se naj uporablja univerzalno in brez diskriminacije (Hynd, 2013). Kljub temu, da je zgodovina paliativne oskrbe dolga (Kraljić, 2014), je opaziti njen nagli razvoj šele v zadnjih petdesetih letih. Paliativna oskrba se je v tem času razvila v zahodnih družbah kot odgovor na naraščajočo marginalizacijo smrti v družbi in medikalizacijo umiranja znotraj zdravstvenega sistema (Clark, Graham, 2011). Podpora ji je leta 2005 dal celo papež Benedikt XVI, ki je poudaril, da je bistvo paliativne oskrbe v ohranjanju človekovega dostojanstva (Brennan, 2007). Po drugi strani se opozarja, da je treba za nadaljnji razvoj paliativne oskrbe poskrbeti za njeno politično vidnost, saj se bo le tako lahko vplivalo na tiste, ki so odgovorni za sprejemanje odločitev glede zdravja na globalni ravni (Larkin, 2013).

Paliativna oskrba danes še ni izrecno zapisana v nobenem mednarodnopravnem »hard law« dokumentu, vendar pa si je utrdila svoj položaj v mnogih »soft law« dokumentih (npr. Deklaracija iz Cape Towna je izrecno določila, da je paliativna oskrba pravica vsakega odraslega in otroka v primeru časovno omejene bolezni (African Palliative Care Association, 2014)), ki imajo lahko velik vpliv na mednarodne »hard law«, nacionalne zakonodaje in sodno prakso. In nenazadnje je v porastu tudi število mednarodnih (npr.

WPCA (*Worldwide Palliative Care Alliance*), EAPC (*European Association for Palliative Care*) in nacionalnih organizacij (npr. Slovensko društvo hospic, Slovensko združenje za paliativno oskrbo, Slovensko združenje paliativne medicine), ki svojo dejavnost posvečajo področju paliativne oskrbe.

Pomembni zgodovinski mejnik je bil storjen 23. januarja 2014, ko je izvršilni odbor SZO predstavil resolucijo »Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care« (v nadaljevanju: Resolucija SZO 2014). Resolucija SZO 2014 izhaja iz stališča, da več kot 40 milijonov ljudi vsako leto zahteva paliativno oskrbo, upoštevajoč pri tem vedno naraščajoče potrebe, povezane s staranjem svetovne populacije ter s porastom nenalezljivih in drugih kroničnih bolezni širom sveta, pri čemer se še posebej upošteva tudi pomen paliativne oskrbe za otroke (Resolucija SZO 2014). Izvršilni odbor je ob predstavitvi države pozval k integraciji paliativne oskrbe v njihove zdravstvene sisteme in takšno oskrbo označil kot »etično odgovornost« države in zdravstvenih sistemov in kot »etično dolžnost« zdravstvenih delavcev, da lajšajo bolečine in trpljenje, ki je lahko fizično, psihično, psihosocialno ali duhovno ter ne glede na to, ali se lahko bolezen zdravi ali ne (Resolucija SZO 2014). Paliativna oskrba je označena kot temelj, da se izboljša kakovost življenja, dobro počutje, ugodnost in človeško dostojanstvo (Resolucija SZO 2014).

Resolucija SZO 2014 je tako le še potrdila večletna prizadevanja, da se paliativno oskrbo opredeli kot človekovo pravico, saj je na države naslovila apel, da se jo izrecno implementira v nacionalne zdravstvene sisteme. Slovenija je to storila že leta 2008, ko je bil sprejet Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP), ki je v svojem 3. odstavku 39. člena izrecno določil, da ima pacient v končni fazni bolezni in pacient z neozdravljivo bolezni, ki povzroča hudo trpljenje, pravico do paliativne oskrbe. V povezavi s paliativno oskrbo se povezuje tudi »ti«?, doktrina dvojnega učinka (ang. double effect doctrine), ki poudarja, da se z dajanjem določenih zdravil, ki sicer lajšajo trpljenje in bolečine, lahko pospeši nastop smrti (Naffine, 2000). Ker je v ospredje postavljeno lajšanje bolečin, ima takšno dejanje pravno podlogo. V nasprotnem primeru bi namreč lahko bili zdravstveni delavci podvrženi presoji protipravnosti dejanj z vidika kazenskega prava.

Nadalje je bil leta 2010 sprejet tudi Nacionalni program paliativne oskrbe, iz katerega izhaja, da je »paliativna oskrba sestavni del zdravstvenega in socialno





varstvenega sistema na vseh ravneh in s tem neodtujljiv element človekove pravice do zdravstvenega in socialnega varstva. Zato mora Vlada Republike Slovenije zagotoviti dostop do paliativne oskrbe vsem, ki jo potrebujejo in želijo. Izvajanje načel paliativne oskrbe je potrebno prilagoditi okolju, v katerem jo izvajamo» (Ministrstvo, 2010).

Tudi v Kodeksu medicinske deontologije (v nadaljevanju: KMD) je v 15. členu zapisano, zdravniki morajo temeljiti izključno na odločitvah, ki bolniku lajšajo trpljenje. Šesto poglavje KMD pa je v celoti posvečeno pomoči zdravnika pri umiranju. Tako mora zdravnik pri bolniku, ki je na smrt bolan, ukreniti vse potrebno za smiseln zdravljenje in lajšanje trpljenja. Bolnikovo umiranje in smrt je del zdravnikovega zdravljenja (44. člen KMD). V skladu s 45. členom KMD ima umirajoči pravico do oskrbe, nege in človeškega odnosa ter do navzočnosti svoje družine v trenutkih končnega obdobja njegove bolezni oziroma bližajoče se smrti. Zdravnik bo bolnikovi družini skrbno obrazložil svoja prizadevanja in postopke pri lajšanju trpljenja bolnika in do kod lahko seže njegova pomoč. Zdravnik je dolžan umirajočemu v okviru možnosti zagotoviti priložnost, da se lahko duševno in duhovno pripravi na pričakovano smrt. Pri zdravljenju umirajočega v zadnjem obdobju bolezni je treba upoštevati željo bolnika, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen, razen, če se njegova želja ne sklada s temeljnimi etičnimi merili zdravnika. Pri nezavestnih ali nerazsodnih bolnikih se je treba odločiti po medicinskih merilih, pri tem pa je treba upoštevati tudi domnevno voljo bolnika. Spoštovati je treba tudi mnenje oseb, ki bolnika dobro poznajo; dokončno in odgovorno pa odloča zdravnik (46. člen KMD).

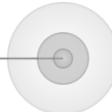
Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju: KEMS) v svojem načelu IV določa, da morajo medicinske sestre spoštovati dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju. Iz navedenega izhaja, da se ta dolžnost razteza tudi na čas izvajanja paliativne oskrbe. Pri tem mora: izvajati svojo dejavnost na način, ki vključuje pacienta kot enkratno, neponovljivo osebnost z vsemi njegovimi posebnostmi; upoštevati ter spoštovati pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje ter bolečino; omogočati kakovostno zdravstveno nego in oskrbo, razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, upanje, izpoved verskega prepričanja, občutek varnosti ter mirno in

dostojanstveno smrt; ter posvečati posebno pozornost in pomoč svojem umirajočega ali umrlega in zanj pomembnim drugim.

Kljud temu, da paliativna oskrba kot temeljna človekova pravica ni še izrecno omenjena v nobenem mednarodnopravnem »hard law« dokumentu, pa lahko zametke paliativne oskrbe kot človekove pravice najdemo v mnogih mednarodnih dokumentnih. Upravičenost paliativne oskrbe se je namreč opredeljevala skozi prizmo drugih temeljnih človekovih pravic (npr. prepoved mučenja, pravica do zdravja, pravica do dostojanstva idr.).

Slošna deklaracija človekovih pravic (v nadaljevanju: SDČP) je že leta 1948 v svojem 25. členu določila, da ima vsakdo pravico do takšne življenske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginja, kar, med ostalim, vključuje tudi zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami ter pravico do varstva v primeru bolezni. Takšna formulacija 25. člena SDČP je vsekakor izhodišče, da se paliativna oskrba obravnava kot človekova pravica, saj njeno izvajanje vpliva na izboljšanje kakovosti življenja tako pacienta kakor tudi njegove družine.

Iz 5. člena SDČP in 7. člena Mednarodnega pakta o državljanjskih in političnih pravicah (v nadaljevanju: MPDPP) izhaja, da nihče ne sme biti podvržen mučenju ali nečloveškemu ali ponižajočemu ravnaju ali kaznovanju. Še posebej je prepovedano delati na kom brez njegove privolitve ali znanstvene poskuse. Neupravičeno odrekanje paliativne oskrbe bi lahko namreč pomenilo mučenje, nečloveško ali ponižajoče ravnanje. Odrekanjem paliativne oskrbe in s tem zdravil za lajšanje trpljenja lahko pomeni za pacienta prestajanje velikih bolečin. To pa pomeni, da je že izpolnjen prvi pogoj mučenja. Namreč pustiti nekoga, da umira v bolečinah, ki se jih lahko lajša ali prepreči, pomeni kršitev pravice do prepovedi mučenja. Umiranja in hkrati trpljenja pod hudimi bolečinami, nikakor ni možno označiti kot dostojanstvenega ali tolažilnega za pacienta in njegovo družino v takšni situaciji (Hydn, 2013). Tudi Manfred Nowak, posebni poročevalec Odbora za mučenje, je v svojem poročilu iz leta? zavzel jasno stališče glede paliativne oskrbe. Trdi, da dejansko zavračanje dostopa do lajšanja bolečin, če le-to povzroča velike bolečine in trpljenje, tvori kruto, nečloveško ali ponižajoče ravnanje ali kaznovanje (Nowak, 2009). Da se to ne bi zgodilo, je treba zagotoviti vse potrebno, da se omogoči popoln dostop do paliativne oskrbe ter da se premagajo sedanje zakonske, izobraževalne in vedenjske ovire glede





popolnega dostopa do paliativne oskrbe (Nowak, 2009). Njegovemu mnenju se je pridružil tudi njegov naslednik Juan Mendez (2013), ki je poudaril, da je v primeru, če so velike bolečine in trpljenje posledica opustitve lajšanja bolečin zgolj zaradi malomarnega dejanja, podan primer slabe obravnave pacienta. Če država ne stori ničesar, da bi zaščitila telesno in duševno integriteto osebe, lahko pride do krutega, nečloveškega ali ponižajočega ravnjanja ali kaznovanja. Lahko pa zaradi pride celo do mučenja, če je država aktivno vključena v zavračanje lajšanja bolečin (npr. v javnih zavodih (bolnišnica, domovi za starejše...)). Se Zavračanje lajšanja bolečin se prav tako ne more opravičevati na podlagi ekonomskih razlogov (Nieuwhof, 2013). Treba je delati na razvoju in integrirjanju paliativne oskrbe v javni zdravstveni sistem, in sicer tako da se paliativno oskrbo vključi v nacionalne programe in politike, kurikule in vadbene programe ter da se razvijajo potrebni standardi, smernice in klinični protokoli (Mendez, 2013).

Prvi odst. 12. člena Mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah (v nadaljevanju: MPESKP) določa, da morajo države pogodbenice priznati vsakomur pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja. Paliativno oskrbo je vsekakor treba opredeliti kot najvišji možni standard, ki ga je treba zagotoviti pacientom, ki zaradi bolezni trpijo ali bodo trpeli v terminalni fazi bolezni velike bolečine. Lajšanje bolečin nikakor ne smemo opredeliti kot nadstandarda, ampak kot del osnovne zdravstvene oskrbe, ki mora biti dostopna vsem brez diskriminacije, ko nastopi trenutek, ko jo je potrebno začeti izvajati.

Konvencija o otrokovih pravicah (v nadaljevanju: KOP) v 24. členu ureja pravico otroka do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo. Države pogodbenice si bodo prizadevale zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za pravico do takega zdravstvenega varstva. Za popolno uresničitev te pravice bodo države še posebej sprejemale ustrezne ukrepe. Ker ima tudi otrok pravico do paliativne oskrbe, morajo države članice zagotoviti vso potrebno zdravniško pomoč in zdravstveno varstvo vsem otrokom, s poudarkom na razvoju osnovnega zdravstvenega varstva, kamor vsekakor spada tudi paliativna oskrba (prim. b alinejo 2. odst. 24. člena KOP).

Konvencija o pravicah invalidov (v nadaljevanju: KPI) definira invalide kot osebe z dolgotrajnimi telesnimi,

duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi (2. odst. 1. člena KPI). Namen KPI pa je, da se spodbuja, varuje in invalidom zagotavlja polno in enakopravno uživanje vseh človekovih pravic in temeljnih svoboščin ter da se spodbuja spoštovanje njihovega prirojenega dostenjanstva (1. odst. 1. člena KPI). Kljub temu, da KPI na večjih mestih omenja pravice, ki bi jih lahko posredno ali neposredno povezali s paliativno oskrbo, pa želimo izpostaviti predvsem 25. člen KPI, ki se nanaša na zdravje. Države pogodbenice morajo namreč priznavati invalidom pravico do najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda brez diskriminacije zaradi invalidnosti. S tem namenom sprejemajo vse ustrezne ukrepe, da invalidom zagotavljajo dostop do zdravstvenih storitev, kamor v sklopu paliativne oskrbe spada predvsem:

- a) zagotavljanje dostopa do brezplačnih ali cenovno dostopnih zdravstvenih storitev in programov, kar v našem primeru pomeni tudi do paliativne oskrbe;
- b) zagotavljanje zdravstvene storitve, ki jih zaradi invalidnosti posebej potrebujejo ter storitve za zmanjševanje in preprečevanje nadaljnje invalidnosti, tudi pri otrocih in starejših, torej tudi morebitne paliativne oskrbe;
- c) zagotavljanje zdravstvene storitve čim bliže skupnostim, v katerih invalidi živijo, tudi na podeželju;
- d) od zdravstvenih delavcev se zahteva, da invalidom zagotavljajo enako kakovostno oskrbo kot drugim, tudi na podlagi svobodnega in zavestnega soglasja, na primer z ozaveščanjem o človekovih pravicah, dostenjanstvu, samostojnosti in uvajanjem etičnih standardov v javno in zasebno zdravstvo. Ta točka je še posebej pomembna, saj je v ospredje postavljena pravica do samoodločanja ter do odlikovanja etičnih standardov, ki imajo na področju paliativne oskrbe velik pomen;
- e) prepoved diskriminacije invalidov pri zdravstvenem zavarovanju, j biti mora zagotovljeno pošteno in primerno, kakor življenjsko zavarovanje, če ga omogoča notranja zakonodaja;
- f) na preprečevanje diskriminacijskega odrekanja zdravstvene oskrbe in zdravstvenih storitev ali





hrane in tekočin zaradi invalidnosti.

Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic (v nadaljevanju: EKČP) predstavlja danes pomemben steber sistema varstva človekovih pravic in svoboščin, še posebej zaradi tega, ker se je po njenim okriljem izoblikoval sistem sodnega varstva človekovih pravic in svoboščin. Evropsko sodišče za človekove pravice (v nadaljevanju: ESČP) je sprejelo mnoge odločbe, ki so vplivale na razvoj mednarodnih dokumentov, nacionalne zakonodaje, kakor tudi razvoj standardov in smernic na področju človekovih pravic. Povezavo med človekovimi pravicami in paliativno oskrbo je možno zaslediti v več členih: 2. člen (pravica do življenja), 3. člen (prepoved mučenja), 8. člen (pravica do zasebnega in družinskega življenja), 9. člen (svoboda mišljenja, vesti in vere) in 14. člen (prepoved diskriminacije). V času vojne ali kakšni drugi splošni nevarnosti (ti. izredno stanje) lahko v skladu s 15. členom EKČP pride tudi do omejitve človekovih pravic in svoboščin. Določenih pravic pa ni možno razveljaviti niti v času izrednega stanja. Med takšne pravice spada pravica do življenja (2. člen) in prepoved mučenja (3. člen). Ker odrekanje paliativne oskrbe lahko pomeni mučenje, kruto, nečloveško ravnanje ali kaznovanje (Nowak, 2009; Mendez 2013), pridemo do zaključka, da paliativne oskrbe ni možno odpovedati niti v času izrednega stanja (Kraljić, 2014).

Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic na področju biomedicine (Oviedska konvencija) določa, da morajo pogodbene varovati dostojanstvo in identiteto vseh človeških bitij in da je treba spoštovati njihove duševne in telesne nedotakljivosti in druge pravice (1. člen). Spoštovanje pacientovega dostojanstva pride še posebej do izraza pri izvajanju paliativne oskrbe. Kljub temu, da sama bolezen in dajanje zdravil povzročijo pri človeku tako telesne spremembe (npr. izguba teže...) kakor spremembe v njegovem duševnem zdravju (npr. neprepoznavanje oseb, pozabljanje dogodkov...), pa se nikakor ne sme pozabiti, da imajo pacienti paliativne oskrbe ves čas pravico do dostojanstva. Oviedska konvencija tudi poudarja, da se zdravstveni poseg, torej v našem primeru paliativna oskrba, sme opraviti šele, ko je pacient poučen in je v njeno izvajanje privolil (5. člen).

Če pa pacient ni več sposoben sam podati privolitve v izvajanje paliativne nege, pa lahko to zanj podajo druge osebe, za katere tako določa ZPacP.

Na področje paliativne oskrbe posega tudi mnogo »soft law« dokumentov, ki sicer niso zavezajoče narave, ampak imajo naravo smernic in priporočil in mnogokrat države le tem sledijo in njihove določbe celo sprejmejo v svojo nacionalno zakonodajo. Njihova prednost je namreč, da lahko nastanejo hitro in enostavno in zaradi tega jih je vedno znova možno prilagajati novim spremenjenim okoliščinam, ki lahko narekujejo nove definicije, stališča, smernice itd. (npr. *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states of the organisation of palliative care; Recommendation 1418 (1999) on Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying; Poznanska deklaracija o oskrbi v Vzhodni Evropi* (1998); *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*; *Prague Charter; Cape Town Declaration (2002) idr.*).

ZAKLJUČNE MISLI

Temeljni cilj paliativne oskrbe je ohranitev ali morda celo izboljšanje kakovosti življenja, ki je pacientu preostalo. V prvi vrsti se pri tem omenja pravica do lajšanja trpljenja, ki jo je potrebno obravnavati celostno, tako s telesnega, duševnega in socialnega vidika. Posebnost paliativne oskrbe je, da se zagotovi pomoč tudi svojcem, saj se le ti ob morebitnih nepričakovanih negativnih diagnozi pacientove bolezni, sami znajdejo v brezupnem položaju. Gre za velike bolečine, s katerimi se pacienti soočajo v terminalni fazi svoje bolezni. Bolečine in trpljenje pa jemlje človeku njegovo dostojanstvo. Zato se danes paliativna oskrba kot oblika celotne pomoči pacientu in svojcem naglo razvija in utira pot v pravnih dokumentih. Tendenca gredo celo v smeri, da bi se v zavezajočih mednarodnih dokumentih paliativno oskrbo izrecno opredelilo kot temeljno človekovo pravico. Sedaj jo lahko namreč kot takšno interpretiramo samo skozi prizmo drugih človekovih pravic. Je pa kot temeljna človekova pravica opredeljena že v posameznih »soft law« dokumentih, ki vsekakor s svojo vsebinou dajejo dobro izhodišče za nadaljnji razvoj paliativne oskrbe v okviru sistema varstva človekovih pravic.

**LITERATURA:**

African Palliative Care Association. Dostopno: <http://www.africanpalliativecare.org/about/about-apca/> (4.6.2014).

Brennan F. Palliative Care as International Human Right. Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 33, No. 5: 494-9.

Clark D, Graham F. Evolution and Change in Palliative Care around the World. Medicine 39-11: 636-8.

Evropska konvencija o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah. Uradni list Republike Slovenije – Mednarodne pogodbe št. 33/1994.

Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic na področju biomedicine (Oviedska konvencija). Uradni list Republike Slovenije – Mednarodne pogodbe št. 17/1998.

Hynd S. Integrating palliative care into international human rights mechanisms. Dostopno: <http://www.ehospice.com/africa/tabid/10701/ArticleId/8012/language/en-GB/View.aspx> (3.4.2014).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Uradni list Republike Slovenije št. 4/2002.

Kodeks medicinske deontologije. Dostopno: <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386> (23.5.2014).

Konvencija o otrokovičih pravicah. Uradni list SFRJ – Mednarodne pogobe št. 15/1990.

Konvencija o pravicah invalidov. Uradni list Republike Slovenije – Mednarodne pogodbe št. 37/2008.

Kraljić S. Varstvo pacientovih pravic v okviru paliativne oskrbe. In: Hozjan J (ed.), Zbornik predavanj 33. Strokovnega srečanja: Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnozdravstvenih zavodih, Lendava, 15. in 16. april 2014. Murska Sobota: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih: 77-98.

Larkin L. Far, Far Away Land: palliative care as a human right. International journal of palliative nursing, 2013, vol.19, No. 6: 262.

Lynch T., Clark D., Connor S.R, (2011). Mapping levels of palliative care development: a global update. Worldwide Palliative Care Alliance. Dostopno na:

<http://www.thewpca.org/latest-news/mapping-report-2011/> (17.5.2014).

Mednarodni pakt o državljanjskih in političnih pravicah. Uradni list Republike Slovenije – Mednarodne pogodbe št. 9/1992.

Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah. Uradni list Republike Slovenije – Mednarodne pogodbe št. 9/1992.

Mendez J. E. (2013). Promotion and Protection of all Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights, Including the Right to Development. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Nr. A/HRC/22/53 z dne 1.2.2013. Dostopno: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (4.4.2014)

Ministrstvo za zdravje (2010). Državni program paliativne oskrbe. Ljubljana. Dostopno: www.mz.gov.si/.../Državni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc (1.4.2014): 3.

Naffine N. Country Report Australia. In: Taupitz J (ed.). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – eine internationale Dokumentation, Manheim: Springer 2000: 83.

Nieuwhof A. (2013). Convention against torture can be used to claim effective pain treatment. Dostopno: <http://eapcnet.wordpress.com/2013/03/22/convention-against-torture-can-be-used-to-claim-effective-pain-treatment/> (4.3.2014).

Nowak M. (2009). Promotion and Protection of all Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights, Including the Right to Development. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Nr. A/HRC/10/44 z dne 14.1.2009. Dostopno na: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.44AEV.pdf> (3.4.2014).

Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World's Health Organisation's Global Perspective. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 24, No. 2 August 2002: 91-6.

Splošna deklaracija človekovih pravic. Dostopno: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in>





pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/(24.5.2014).

Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of

care. Dostopno na:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf (23.5.2014).

Zakon o pacientovi pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije št. 15 /2008.





KOMPETENTNOST ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE THE STUDENT COMPETENCIES OF NURSING STUDIES

NATAŠA MLINAR RELJIĆ, SONJA ŠOSTAR TURK, MAJDA PAJNKHAR

IZVLEČEK

Izhodišča: Od diplomanta se pričakuje in zahteva, da bo popolnoma samostojno, suvereno in odgovorno opravljal delo diplomirane medicinske sestre oz. diplomiranega zdravstvenika, zato je praktično usposabljanje študentov zdravstvene nege izjemnega pomena.

Metode: V raziskavi smo uporabili kvantitativni pristop z neeksperimentalnim raziskovalnim dizajnom in opisno metodo dela. Kot raziskovalni instrument smo uporabili metodo terenske študije s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Vzorec smo izbrali namensko. Pridobljene podatke smo obdelali s programom IBM SPSS Statistics, verzija 20.0.

Rezultati: Rezultati kažejo, da se študenti ocenjujejo kot najbolj usposobljene za izvajanje kompetenc s področja »Poklicnega in osebnega razvoja – izboljševanja kakovosti (93,3%) in nadaljnjega izobraževanja« (87,3%), »Vodenja in upravljanja zdravstvene nege – med poklicnega zdravstvenega varstva« (90,3%). Za izvajanje kompetenc »Poklicna, etična in pravna praksa – odgovornost« se redni študenti ocenjujejo bolj usposobljeni kot izredni ($t=3,30$, $p<0,05$). Redni študenti so bolj usposobljeni kot izredni študenti za izvajanje kompetenc skupine »Ključna načela prakse« ($t=2,8$; $p<0,05$).

Zaključek: Praktično izobraževanje študentov zdravstvene nege je ključnega pomena za samostojno izvajanje aktivnosti zdravstvene nege in ima pomembno vlogo pri usposobljenosti bodočih diplomantov za izvajanje kakovostne zdravstvene nege. Sprotno, semestralno in letno preverjanje usposobljenosti za samostojno izvajanje zdravstvene nege naj postane smernica za refleksijo študentovega študijskega in profesionalnega izobraževanja.

Ključne besede: izobraževanje, klinično usposabljanje, usposabljanje

ABSTRACT

Introduction: The practical training of nursing students is very important. Graduates have to be completely independent, sovereign and responsible in nursing practice.

Methods: A quantitative approach to non-experimental research design and descriptive method of work was used. As a research tool, we used the method of field study with structured questionnaire. The sample was chosen deliberately. Acquired data were processed by using IBM SPSS Statistics, version 20.0.

Results: We found that students are rated as the most qualified to perform the competencies in the field of »Professional and personal development« - quality improvement (93.3%) and continuing education (87.3%), management and administration of nursing (90.3%). For the implementation of »Professional Competence, ethical practice« - the responsibility of full-time students are assessed more qualified than part time students ($t=3.30$, $p<0.05$). Full-time students are more qualified than part-time students to implement the competencies of the key »Principles of practice« ($t=2.8$, $p<0.05$).

Conclusion: Practical education of nursing students is crucial to independently perform activities of nursing and makes an important role in the qualification of future graduates for the implementation of quality nursing practice. Real - time verification of qualifications for independent practice of nursing should become a guideline for the reflection of a student's academic and professional education.

Keywords: education, clinical practice, qualification





IZHODIŠČA

Delež praktičnega usposabljanja na visokošolskem študijskem programu za diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, predpisani v Direktivi 2005/36/ES, znaša najmanj polovico študijskega programa, kar predstavlja vsaj 2300 ur. Tako je klinično usposabljanje del izobraževanja medicinskih sester, kjer se učijo organizirati, pripravljati in dajati zdravila in oceniti zahtevano celovito zdravstveno nego v skupini in v neposrednem stiku s pacientom (Direktiva 36/ES, 2005). Kompetence so sposobnost doseči kompleksne zahteve v določenem kontekstu (Rychan, Salganic, 2003). Študenti na kliničnem usposabljanju razvijajo strokovne kompetence z vidika medicinsko tehničnih posegov, gradijo svoj osebnostni in profesionalni razvoj. Pomembne naloge, kot je vzpostavitev kakovostne medsebojne komunikacije, sodelovanje in uresničevanje mentorstva s strani učnih baz in fakultete, v tem procesu prevzemajo klinični mentorji. Pomembno je, da se v praksi ukvarjamо z »biti kompetenten« in ne toliko z » imeti kompetenco« (Dekleva, Kobolt, Klemenčič, 2006). Temeljna značilnost študijskih programov zdravstvene nege je učenje na praktičnih problemih, saj so tako študenti v največji meri vključeni v praktično delo v kliničnem okolju. Na ta način se ustvarjajo pogoji za prenos znanja iz izobraževalnih ustanov v klinično okolje (Železnik et al., 2009). Bodoča medicinska sestra se tako nauči, ne le delati v skupini, ampak jo voditi in organizirati celovito zdravstveno nego (Direktiva 36/ES, 2005). V raziskavi smo ugotovljali, kako študenti tretjih letnikov študijskega programa Zdravstvena nega prva stopnja ocenjujejo usposobljenost za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege, pri katerih kompetencah študenti ugotavljajo odstopanja med pričakovanimi in doseženimi, ali obstajajo razlike med pričakovanimi in doseženimi kompetencami med rednimi in izrednimi študenti.

METODE

Uporabili smo neeksperimentalni raziskovalni dizajn s kvantitativno metodologijo. Uporabili smo metodo terenske študije s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Literaturo smo iskali s pomočjo podatkovnih baz Cobbiss, CINAHL, EBSCOhost, ProQuest in s pomočjo ključnih besed: nurses competencies, nursing education, mentoring.

Opis instrumenta

Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik, pripravljen na osnovi ICN-ovih

kompetenc je zajemal več sklopov vprašanj. Prvi sklop vprašanj je zajemal demografske podatke, ugotavljanje strokovne pred izobrazbe in razloge za študij. Z drugim sklopom vprašanj smo ugotovljali pridobljene kompetenc za izvajanje zdravstvene nege. S tretjim sklopom vprašanj smo ugotovljali stopnje samostojnosti pri izvajaju posameznih aktivnosti zdravstvene nege. V prvem sklopu so bila vprašanja odprtrega in zaprtrega tipa, v drugem in tretjem sklopu so bila izključno zaprtrega tipa. Na drug sklop vprašanj so anketiranci odgovarjali s pomočjo štiri stopenjske Likertove lestvice. V tretjem sklopu so bile zapisane posamezne trditve, kjer so anketiranci označevali izvajanje posamezne aktivnosti s pomočjo tristopenjske Likertove lestvice. Zanesljivost vprašalnika za področje kompetenc smo izračunali v SPSS-u, s testom zanesljivosti, ki pokaže vrednost Cronbachovega koeficiente $\alpha = 0.89$, zato lahko trdimo, da je lestvica zanesljiva.

Opis vzorca

Vzorec je bil izbran namensko. Raziskava je zajemala vse redne in izredne študente, ki so bili v študijskem letu 2011/12 vpisani v tretji letnik študijskega programa Zdravstvena nega prva stopnja. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje pristojnih organov. Skupaj je bilo razdeljenih 176 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 134 vprašalnikov, kar predstavlja 76,14% realizacijo vzorca.

Potek raziskave in obdelava vzorca

Raziskava je potekala od 16.1. do 13.3.2012. Študenti so vprašalnik, ki mu je bilo dodano pojasnilo o namenu in navodilo o izpolnjevanju, izpolnjevali na kliničnih in/ali seminarskih vajah. Pridobljene podatke smo obdelali s programom IBM SPSS Statistics, verzija 20.0. Za primerjavo usposobljenosti študentov smo uporabili hi kvadrat test. Za primerjavo med rednimi in izrednimi študenti o samostojnosti pri izvajaju posameznih aktivnosti zdravstvene nege smo uporabili t test. Statistično značilnost smo preverjali s 5% tveganjem.

REZULTATI

Ugotovili smo medsebojno odvisnost med načinom študija in usposobljenostjo študentov $\chi^2 = 10,89$, $p < 0,004$. Rezultati so pokazali, da se študenti ocenjujejo kot najbolj usposobljene za izvajanje kompetenc s področja »Poklicnega in osebnega razvoja« – izboljševanja kakovosti (93,3%) in nadaljnega izobraževanja (87,3%), »Vodenja in upravljanja zdravstvene nege – med poklicnega





zdravstvenega varstva» (90,3%). Kot neusposobljene so se študenti ocenili pri kompetencah s področja »Ključnih načel prakse« (44,4%), »Poklicnega in osebnega razvoja – poudarjanja poklica« (31,3%) in na področju »Vodenja in upravljanja zdravstvene nege« (31,3%).

Za ugotavljanje usposobljenosti za samostojno izvajanje kompetenc s področja zdravstvene nege, smo uporabili hi kvadrat test. Za sedem izmed štiriinpetdeset kompetenc s hi kvadrat testom nismo uspeli dokazati usposobljenosti za samostojno izvajanje. Te kompetence so: »Prepoznavam in reagiram na kršitve zakonov« ($\chi^2=0,37$, $p=0,55$), »Oblikujem obsežen negovalni načrt, ki temelji na negovalnih diagnozah, ugotovitvah in oceni članov tima« ($\chi^2=1,57$, $p=0,21$), »Redno pregledujem in popravljam negovalni načrt« ($\chi^2=0,27$, $p=0,654$), »Skrbim za natančno izvedbo negovalnega načrta« ($\chi^2=3,61$, $p=0,057$), »Kažem razumevanje nacionalne politike zdravstvenega in socialnega varstva« ($\chi^2=2,16$, $p=0,142$), »Aktivno sodelujem pri promociji zdravja« ($\chi^2=2,16$, $p=0,142$), »Delegiram naloge glede na usposobljenost, strokovno znanje in izkušnje« ($\chi^2=1,793$, $p=0,181$). S t - testom smo ugotavljali razlike v pridobljenih kompetencah med rednimi in izrednimi študenti zdravstvene nege. Rezultati kažejo, da so pri kompetencah »Poklicna, etična in pravna praksa« – odgovornost ($t=3,30$; $p<0,05$), etična praksa ($t=2,63$; $p<0,05$), pravna praksa ($t=2,69$; $p<0,05$) razlike med rednimi in izrednimi študenti statistično pomembne.

Za skupino kompetenc »Ključna načela prakse« – ocenjevanje ($t=3,17$; $p<0,05$), vrednotenje ($t=2,65$; $p<0,05$), terapevtska komunikacija in odnosi ($t=2,75$; $p<0,05$), promocija zdravja ($t=2,46$; $p<0,05$) ugotavljamo, da se redni študenti ocenjujejo kot bolj usposobljeni od izrednih študentov.

DISKUSIJA

Pri izobraževanju medicinskih sester je praktično usposabljanje ključnega pomena. Študent na kliničnih vajah potrebuje ob sebi izkušeno diplomirano medicinsko sestro, ki je hkrati strokovnjak na področju zdravstvene nege in učitelj – mentor z osebnostnimi lastnostmi, ki študentu omogočajo ustvarjalno razvijanje njegovih spremnosti in veščin.

Pomembna ugotovitev raziskave je dejstvo, da se pojavi pomembna razlika v usposobljenosti med izrednimi in rednimi študenti v korist slednjih.

Raziskava ICN-ovih kompetenc, ki sta jo opravili Filej, Skela Savič (2009) ugotavlja, da so izredni študenti bolj kompetentni kot redni. Podatki naše raziskave kažejo, da se redni študenti bolje ocenjujejo pri kompetencah, ki jih obvladajo kot izredni študenti in slabše od izrednih študentov pri tistih, ki jih popolnoma obvladajo. Podatek, si lahko razlagamo kot razliko v delovnih izkušnjah, ki jih izredni študenti po večini že imajo. Nekateri izredni študenti so kot zdravstveni tehniki razporejeni na delovno mesto diplomirane medicinske sestre ali pa opravlajo naloge, ki sicer sodijo v delokrog diplomirane medicinske sestre. Možen vzrok za take odgovore je tudi večja samokritičnost izrednih študentov, ki se zavedajo, da po nekaj izvedenih aktivnostih zdravstvene nege le-te še ne obvladaš, ali pa so redni študenti hitro, morda prehitro zadovoljni z osvojenimi veščinami in spremnostmi ter se zato ocenjujejo bolje kot izredni študenti.

Pomembna je ugotovitev, da so študenti najbolje usposobljeni pri kompetencah Medpoklicnega zdravstvenega varstva, izboljševanja kakovosti in nadaljnega izobraževanja». To pomeni, da študenti nimajo težav s holističnim pristopom do pacienta. Hkrati pa se zavedajo, da je vseživljenjsko učenje nujno, kot pravijo Lofmark, Smide, Wikblad (2006) se znajo učiti in sledijo razvoju stroke zdravstvene nege in so odgovori za svoj izobraževalni razvoj. Izkazalo se je, da so se statistično pomembne razlike v usposobljenosti pojavile pri kompetencah »Odgovornosti, etične in pravne prakse, ocenjevanja, vrednotenja, terapevtske komunikacije, promocije zdravja«. Podobna študija ugotavlja, da so se izredni študenti pri kompetencah pravna praksa, promocija zdravja, med poklicno sodelovanje ocenili kot bolj usposobljeni od rednih študentov (Filej, Skela Savič, 2009). Podobno kot v naši raziskavi, tudi Lofmark, Smide, Wikblad (2006) v raziskavi med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami ugotavljajo visoko usposobljenost doseganja kompetenc s področja »Etične prakse in načrtovanja. Primerjava med obema raziskavama tudi pokaže, da so študenti visoko ocenili usposobljenost za izobraževanje, medtem ko Lofmark, Smide, Wikblad (2006) poročajo o nizki usposobljenosti. Primerjava tovrstnih raziskav je možna le z zadržkom in ob upoštevanju, da neposredne primerjave niso možne.

Podatki, ki kažejo, da gre pri pridobljenih kompetencah med rednimi in izrednimi študijami za statistično pomembne razlike zahtevajo dodatno pozornost. V





prihodnjih študijah bi veljalo podrobneje raziskati vzroke za take razlike. Predvsem zato, ker so razlike očitne pri kompetencah, kjer le teh ne bi smelo biti, oz. jih ne bi pričakovali. Področje poklicne, etične in pravne prakse je v zdravstveni negi izjemnega pomena, zato razlike v kompetentnosti lahko kažejo na različen nivo praktičnega in teoretičnega znanja. Razlike so očitne tudi pri kompetencah na področju »Komunikacije in promocije«. Ta podatek nas spodbuja k razmišljjanju, da se pri izrednih študentih tekom študija posveča (pre)malo pozornosti pri pridobivanju teh kompetenc. Morda zato, ker velja zmotno prepričanje, da izredni študenti te večine že obvladajo, saj se predvideva, da so zaposleni. Sam podatek, da je študent izbral izredni način študija, še ne pomeni, da ima tudi delovne izkušnje s področja zdravstvene nege. Študent lahko izbere tak način študija zato, ker ni izpolnjeval minimalnih pogojev za redni vpis, ali ga je na izobraževanje napotil Zavod za zaposlovanje, saj bi v nasprotnem primeru izgubil, s statusom nezaposlene osebe, povezane socialne transferje. Pričakovali bi, da bi se morebitne razlike med rednimi in izrednimi študenti v pridobljenih kompetencah pojavile pri načrtovanju ali izvajanju. A te razlike niso statistično pomembne. To je še eden od verjetnih razlogov, da izredni študenti nimajo preteklih delovnih izkušenj. Podobno ocenjujejo tudi Lofmark, Smide, Wikblad (2006), ki ugotavljajo visoko kompetentnost za opravljanje negovalnih intevencij in aplikacijo terapije.

Za zmanjšanje razlik v usposobljenosti med rednimi in izrednimi študenti predlagamo, da se uvede nekaj sprememb v samo izvajanje kliničnih vaj. Število ur usposabljanja v kliničnem okolju, učnih bazah naj bo za redne in izredne študente enako. Tako bomo tudi tistim izrednim študentom, ki imajo malo ali celo nimajo predhodnih delovnih izkušenj v zdravstveni negi zagotovili enake možnosti in usposobljenost. Vsak študent naj ima v času kliničnega usposabljanja svojega kliničnega mentorja. Po možnosti naj študent z mentorjem spozna delo v vseh izmenah. To pomeni, da naj imajo študenti ločeno predavanja seminarje in klinične vaje. Tako se bo študent lahko v celoti osredotočil na klinične vaje. Študentu in mentorju na ta način omogočimo, da vzpostavita pristen medosebnih odnos, da mentor postane strokovnjak in učitelj, ki je, kot navajajo Pajnkihar, Čuček Trifkovič, Harih (2009) odgovoren za ustvarjanje učnih možnosti, ki bo rezultiral v odličnem znanju in usposobljenosti študenta. Veljalo bi razmislieti tudi o smiselnosti kliničnih vaj za izredne študente samo v popoldanskem

času. Takrat je na razpolago manj kliničnih mentorjev in aktivnosti zdravstvene nege je manj kot v popoldanskem času. Za izredne študente imajo šolski koordinatorji predvideno krajošo prisotnost v učnih bazah kot pri rednih študentih. Predlagamo, da se prisotnost šolskega koordinatorja na kliničnih vajah uredi na enak način in v enakem obsegu kot je to predvideno pri rednih študentih. Ključna naloga šolskega koordinatorja je povezovanje teorije s praksjo (Pajnkihar, 2009), zato je lahko omejena prisotnost koordinatorja tudi eden izmed razlogov, da se izredni študenti ocenjujejo kot manj usposobljeni in samostojni.

ZAKLJUČEK

Raziskava med študenti tretjih letnikov študijskega programa zdravstvena nega prve stopnje je pokazala, da so le ti usposobljeni za izvajanje kompetenc zdravstvene nege v okviru, ki jih je oblikovala ICN. Ugotavljamo, da so redni študenti ocenili svojo kompetentnost više kot izredni študenti. Prav tako smo ugotovili, da so študenti usposobljeni za samostojno izvajanje aktivnosti zdravstvene nege, čeprav prihaja do nekaterih statistično pomembnih razlik glede na način študija. Samoocenjevanje kliničnega usposabljanja mora boti pomemben del izobraževanja diplomiranih medicinskih sester (Calman et al., 2002) mora biti. Zato naj postane sprotno, letno preverjanje usposobljenosti za izvajanje ICN-ovih kompetenc smernica za refleksijo študentovega profesionalnega izobraževanja.

LITERATURA

- Calman L, Watson R, Norman I, Redfern S, Murrells T. Assessing practice of student nurses: methods, preparation of assessors and student views. *J Adv Nurs.* 2002; 38 Suppl 5: 516-23.
- Dekleva B, Kobolt A, Klemenčič MM. Analiza doseženih in zaželenih kompetenc študijskega programa socialna pedagogika na Pedagoški fakulteti v Ljubljani. In: Tancig S, Devjak T, eds. *Prispevki k posodobitvi pedagoških študijskih programov.* Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2006: 150-69.
- Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij 2005/36/ES. Uradni list Evropske unije; 40-46.
- Filej B, Skela Savič B. ICN-ove kompetence kot osnova za ugotavljanje kompetentnosti študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, eds. *2nd International*





scientific conference on research in nursing and health care. New trends in contemporary nursing - promoting research, education and multisector partnership, Ljubljana, 17.-18.september 2009. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2009: 129-37.

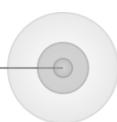
Lofmark A, Smide B, Wikblad K. Competence of newly graduated nurses - a comparison of the perceptions of Qualified nurses and students. *J Adv Nurs.* 2006;53 Suppl 6: 721-28.

Pajnkihar M. Opredelitev visokošolskega učitelja - koordinatorja na kliničnih vajah. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009: 2-5.

Pajnkihar M, Čuček Trifkovič K, Harih M. Opredelitev kliničnega mentorja. Maribor: Maribor, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Katedra za zdravstveno nego; 2009.

Rychan DS, Salganik LH. Key competencies for a successful life and a well functioning society. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers; 2003.

Železnik D, Verbič M, Trobec I, Ovijač D. Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. Zbornik prispevkov 7. Kongres zdravstvene in babiške nege Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč, Ljubljana, 11.-13.5.2009 (CD-ROM). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.





NEKATERI VIDIKI MIGRACIJSKIH PROCESOV MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJO SOME ASPECTS OF MIGRATION PROCESSES OF NURSES TO SLOVENIA

JANA GORIUP, JADRANKA STRIČEVIĆ, DAVID HALOŽAN

IZVLEČEK

Izhodišča

Migracija zaposlenih v zdravstveni negi je v Sloveniji zadnja desetletja postala stalnica. Rekrutiranje medicinskih sester iz področij bivše države je bila vrsto let najhitrejša rešitev. Večina le-teh je imigrirala z namenom ostati dlje časa, saj so Slovenijo doživljale kot »svojo« destinacijo, kjer so pogostokrat želete ostati do konca svoje delovne dobe; veliko si jih je ustvarilo tudi družino; bodisi s partnerjem iz svojega bodisi drugega etničnega okolja. Hkrati je za državo, od koder so emigrirale, to pomenilo odliv kulturnega in socialnega kapitala. Za kompetentno usposobljeno medicinsko sestro so namreč potrebna tri do štiri leta in za medicinske sestre specialistke še leto ter za magistrice zdravstvene nege še dodatna tri leta izobraževanja po srednji šoli ter seveda ustrezna finančna sredstva. Ugotavljamo, da je proces njihovega odločanja za migracijo potekal tudi v družini in širih socialnih mrežah v izvorni in novi družbi. Tako je migracija potekala kot strategija celotnega gospodinjstva in ne le kot individualna strategija.

Metode

Za potrebe empiričnega dela so nas posebej zanimali informacije o posameznih življenjskih okolišinah, življenjskih potekih ter izkušnjah in pričakovanjih glede življenja v novi, slovenski družbi. Temeljne vsebine intervjujev so bile življenje v izvorni družbi, družinsko ozadje, delo in odnosi v zdravstveni negi, odločitev za migracijo, prihod v Slovenijo, neformalne in formalne socialne mreže, ekonomska, socialna in politična integracija v novo družbo, plačano delo, uspešnost integracije. Tako sta v analizo zajeti retrospektivna in prospektivna dimenzija. Ker smo žeeli analizirati vzroke in posledice migracijskega procesa in raznolike izkušnje migrantk, smo uporabili individualni kvalitativno zasnovan intervju. Prednost tako zasnovane empirične raziskave je v tem, da je temeljni poudarek na izkušnjah in perspektivah migrantk. Vprašanja, ki smo jih zastavili intervjuvanim medicinskim sestrám, so bila odprtega

tipa in so se nanašala na njihovo migracijo. Poudarek pri tem je prav na zgodbah vsake izmed treh, ki so obravnavane kot akterke z lastnim načinom razmišljanja, vrednotenja in obnašanja. Pri tem smo se zavedali, da je vsako pripovedovanje, interpretiranje kot tudi poslušanje vedno družbeno umeščeno, vključeno v kulturno specifično mrežo pomenov.

Rezultati

Vse intervjuvanke so zaposlitev v zdravstveni negi našle v obdobju prvega leta oz. že po nekaj mesecih prihoda v Slovenijo bodisi v bolnišnici (2) bodisi v domu upokojencev (1). Kljub temu, da sta 2 imeli v Sloveniji pred prihodom poznane ljudi, ki so že bivali v Republiki Sloveniji in 2 tudi (že) sorodnike, nobena ni imela pred prihod že zagotovljenega delovnega mesta. 2 sta odnose na delovnem mestu doživljata kot spodbudne, motivirane in pozitivne, saj ne izpostavljajo njihove nacionalne pripadnosti, čeprav so vse že doživele konflikt, »ker niso Slovenke«. 2 ob prihodu nista imeli dovolj strokovnih znanj za delo v slovenski zdravstveni negi. Vse pa, da so zaznale razlike pri delu v zdravstveni negi med zaposlitvijo v prejšnji državi in v Sloveniji in pogrešajo delovno klimo prejšnje zaposlitve, kot tudi, da opravljajo svoje delo enako strokovno, odgovorno in empatično kot v državi, iz katere so se preselile. 2 intervjuvanki sta se za kompetentno delo v zdravstveni negi še tudi dodatno izobraževali.

Diskusija in zaključki

Odločitve ljudi za migracije niso (vedno) le produkt racionalnega. Tako v migracijah, ki zadevajo slovensko zdravstveno nego ne gre razmišljati le v ozkih okvirih ekonomskeih razlogov. Migracijski proces medicinskih sester so oblikovali in preoblikovali številni kompleksni dejavniki socialnega in kulturnega konteksta, pa tudi želja posameznice po pridobivanju izkušenj in nečesa novega, izstopu iz avtohtonega okolja, odcepitev od družine isl. Analiza dobljenih empiričnih podatkov nas je ozavestila, da moramo za ustrezno razumevanje tako vzrokov kot posledic migracij v zdravstveno nego razmišljati izven okvirov enodimenzijsnega in





enoznačnega in upoštevati protislovja želja in (z)možnosti, saj nam ravno analize vsakdanjega življenja kažejo, da ljudje delujemo protislovno in da »dejanja niso vedno v soglasju z našimi idejami, ideali, pričakovanji okolice in realnimi možnostmi«. Medicinske sestre so se v novem okolju soočala z različnimi problemi zaradi nepoznavanja jezika ali tehnoloških novitet, čeprav je res, da jim je vživljanje v novo družbo (hkrati) odpiralo povsem nove življenske možnosti.

Ključne besede: migracije, medicinska sestra, slovenska družba, inkulturacija, zdravstvena nega.

ABSTRACT

Introduction

The paper presents a view on nurses, which immigrated into Slovene society from the republics of former Yugoslavia State and the Analyse of their socialization problems. The authors establish, that nurses from former State area are permanent and constant. Their inflow is numerical not to be neglected, as their professional knowledge in nursing and socialization in the Slovene health system were always actual. The awareness about the importance of their presence, or to be more precise, their influence on the effective nursing as well as on patients' contentment is rising. We conducted a research study in which interviewed nurses reported about the factors of their including processes into Slovene society; on personal and professional level.

Migration of employees in health care in Slovenia in recent decades has become a fixture. Recruiting nurses from areas of the former country was for many years the quickest solution. Most of them immigrated with the intention of staying for a long time, since Slovenia experienced as "their" destination, where they are often willing to stay until the end of their working lives; a lot of it have also created a family; either with a partner from their own or other ethnic background. At the same time, for the country from which they emigrated, this meant an outflow of social and cultural capital. For a competently trained nurse are in fact needed three to four years, for a specialized nurse a year, and for master degrees nurse an additional three years of education, and, of course, adequate financial resources. We note, however, that the process of their decision to migrate also took place in the family and wider social networks in the native and the new

society. Thus, the migration took place as a strategy for the entire household, and was not just an individual strategy.

Methods

For the purposes of empirical work we were particularly interested in information about their living conditions, life courses and experiences and expectations of life in the new, Slovenian society. The basic contents of the interviews have been living in the society of origin, family background, work, and relationships in health care, the decision to migrate, coming to Slovenia, informal and formal social networks, economic, social and political integration into a new society, paid work, the success of integration. Thus, the analysis included retrospective and prospective dimension. Our goal was to obtain information on the experience of nurses - migrants in a representative sample, which will be subject for a planned more extensive research. Since we wanted to analyze the causes and consequences of the migration process and varied experiences of migrant women, we used individual qualitative interviews. The advantage of this empirical study is the primary emphasis on the experiences and perspectives of migrant women. Questions, we have set the interviewed nurses, were open-ended and were related to their migration. The focus here is also on the bio-stories of each of the three, which are considered as actors with their own way of thinking, evaluation and behavior. We are aware that any narration, interpretation and listening is always socially embedded, integrated into a network of culturally specific meanings.

Results

All interviewed have a job in nursing care found in the first year or a few months after their arrival in Slovenia, be in the hospital (2) or in a retirement home (1). Despite the fact that the two prior to arrival in Slovenia have known people who have been resident in the Republic of Slovenia and the 2 (already) relatives, none had before the arrival a fixed job. For 2 of them the relationships in the workplace are experiencing as inspiring, motivated and positive, because it does not expose their nationality, although all have experienced conflict, "because they are not Slovenians". 2 interviewees admit that before arrival they did not have enough knowledge and appropriate practice to work in the Slovenian health care system. All, however, detected the differences at work in nursing during their employment in the former country and Slovenia, and





miss the working environment climate of previous employment. All carry out their work equally professional, responsible and empathetic than in the country from which they have come. 2 interviewees were competent to work in health care and have educated themselves further.

Discussion and conclusions

People's decisions for migration are not (always) a product of their ratio. Thus, the migration concerning the Slovenian health care, should not be considered only in narrow contexts for economic reasons. The migration process of nurses are formed and transformed by many complex factors of social and cultural context, as well as "the desire by individual experience is gained and something new exit from the indigenous environment, separation from family". The analysis of empirical data obtained us to realize that for a proper understanding of both, the causes and consequences of migration in health care we need to think outside the box and one-dimensional unambiguous and take into account the contradictions and desires (with) a chance, as a straight analysis of everyday life shows that people act contradictory and that "actions are not always in agreement with our ideas, ideals, expectations surrounding areas and real possibilities". Nurses are in a new environment facing various problems due to unfamiliarity with the language or technological inventions, although it is true that they are penetrating new society (at a time) opened up a whole new life chances.

Keywords: migration, nurse, Slovenian society, inculturation, nursing.

UVOD

Migracije oziroma selitve so kompleksen globalen pojav, s katerim se srečujejo vse države po svetu. Države so tako lahko izvor migracij, prehodni cilji potovanja ali mesto priselitve, po navadi celo vse troje hkrati (IOM, 2005:13). V vsaki državi se migracijska politika prepleta z vrsto kompleksnih vprašanj. Najpogosteje tistih, ki se tičejo zaposlovanja in bivanja tujcev, njihovih pravic in medetničnih odnosov. Temu se pogosto pridružuje odklonilen odnos delov domačega prebivalstva do priseljevanja in tujih priseljencev, ki ga je mogoče povezati z visokimi stopnjami brezposelnosti in strahom, da bi priseljenici lahko postali ekonomsko breme ali ogrožali politično ter družbenoekonomsko stabilnost. To hkrati odpira vprašanja sposobnosti integracije imigrantov v družbo priselitve; posledično pa še vprašanja civilnih, socialnih, ekonomskih, kulturnih in političnih pravic priseljencev, vključno z ukrepi, namenjenimi njihovi zaščiti.

Navedeno je doživljal tudi slovenski družbeni prostor. Še posebej zaradi njegove geografske lege, ki je (bil) blizu migracijsko občutljivemu okolju srednje Evrope, ki ji tovrstna družbena mobilnost ni (bila) tuja. Slovenija je bila dolgo časa tudi emigracijsko območje. V obdobju med letom 1890 in prvo svetovno vojno je bila celo med tistimi deli Evrope, ki so imeli največje emigracije (vir). Z višjo gospodarsko razvitostjo se je predznak migracijskega salda spremenil. Slovenija je, kot del jugoslovanske države, v času intenzivnih migracijskih procesov, uživala status najbolj razvitega dela države in bila zato pogost cilj migrantov iz drugih republik predvsem še v 2/2 60. let 20. stoletja, po intenzivni gospodarski reformi. Te selitve je (tiho) podpirala tudi uradna jugoslovanska politika, ki je v emigracijah videla način za zniževanje stopnje brezposelnosti. Neto selitve Slovenije z drugimi deli druge Jugoslavije so bile pozitivne v celotnem obdobju po letu 1955. Med letoma 1976 in 1981 je imela Slovenija pozitivne neto migracije z vsemi drugimi deli takratne federalne države (Malačič, 2006: 152). Takšno stanje se je obdržalo vse do razpada SFRJ. Po letu 1991 je imela Slovenija v krizi, ki je sledila razpadu nekdanje SFRJ, najprej dve leti negativen selitveni saldo, vendar to ni spremenilo imigracijske narave naše države. Tudi v kasnejših letih se je izjemoma pojavilo kakšno leto z negativnim selitvenim saldom; razen leta 1998 (SL-01: 103).



Tako danes priseljenci iz nekdanjih jugoslovanskih republik predstavljajo največji delež naturaliziranih slovenskih državljanov; pomenijo pa tudi tradicionalni izvor bodisi obmejne bodisi sezonske ali trajnejše delovne sile. Ironično lahko ugotovimo, da so ekstenzivni razvoj družbe znanja v Sloveniji navsezadnje v veliki meri omogočili prav ekonomski migranti, ki so se znašli v primežu »neželenih« tj. nizko plačanih in nevarnih delovnih mest.

Slovenija vprašanje migracijske politike v času skupne države ni obravnavala kot eno izmed osrednjih (notranje) političnih vprašanj. Pa bi to moral! Zato se danes srečuje s podobnimi težavami kot druge članice Evropske unije, ob tem pa tudi s posebnostmi, ki izhajajo iz statusa emocionalne navezanosti na prejšnjo državo, njene okorele državnوتornosti, internacionalizacije nekdanjih jugoslovanskih medrepubliških selitev in procesi akutne ekonomske krize, politične nestabilnosti in vprašanji medkulturnega dialoga.

MIGRACIJE - ZNAČILNOST XXI. STOLETJA

Theoretična razgabljanja o vzrokih za migracije najpogosteje izhajajo iz teorije o dejavnikih odbijanja in privlačevanja (*push-pull teorija*), čeprav ti dejavniki ne morejo pojasniti, zakaj se nekateri posamezniki iz določenega okolja odselijo, drugi pa ne. Različne subjektivne dejavnike lahko razdelimo na racionalne in emocionalne, upoštevati pa je treba tudi socialno-psihološke osebnostne lastnosti posameznikov. Migracije so s svojimi raznovrstnimi vzroki in posledicami postale eden izmed najbolj perečih izzivov sodobnega sveta, navaja Klinar (1976: 25-30), ki je vzroke oziroma motive migracij razdelil v tri velike skupine in sicer:

- ekonomske in demografske vzroke (zaradi reševanja eksistence, izboljšanja ekonomskega položaja, prenaseljenost itd.);
- politične in vojaške vzroke (npr. prisilno preseljevanje zaradi nevarnosti);
- osebne in družinske vzroke, ki so najbolj raznovrstni (npr. možnost pridobitve izobrazbe, zaposlitve, poroka itl.).

Komac in Medvešek (2006: 233) sam pojem »migracija« delita na *izselitev* oziroma emigracijo ter *priselitev* oziroma imigracijo; in poudarjata, da so takšna gibanja lahko notranja ali mednarodna. V

primeru Slovenije je šlo v večji meri za notranje migracije, saj so migranti prihajali večinoma iz držav nekdanje Jugoslavije (Komac, Medvešek, 2005: 641). Vendar pa pregled bolj uveljavljenih migracijskih teorij pokaže, da pristopi t.i. klasične migracijske teorije v največji meri poudarjajo ekonomske vidike migracije, manj poudarka je na vsebinah državljanstva, družbene vključenosti in izključenosti ter političnih in vsakodnevnih strategijah migrantov. Vendar je Anthias (2000) izpostavila, da je *push and pull* migracijski model, ki temelji na neo-liberalni ekonomski teoriji, in je med raziskovalci migracij dolgo predstavljal nekakšen standardni klasični model, po katerem naj bi posamezniki migrirali zlasti zaradi ekonomskih vzrokov, da bi sebi in svojim družinam zagotovili boljše življenje, nezadosten. Po tej ekonomistični predpostavki naj bi bila odločitev za migracijo racionalna izbira, delovanje migrantov so raziskovalci razumeli v idealno tipskem smislu kot racionalno ekonomsko delovanje pretehtavanja stroškov in koristi oziroma delovanja dejavnikov privlačnosti in odbijanja (Anthias 2000: 18). Kritike takega *homo economicus* pristopa so v največji meri, kot ocenjuje Brettell (2003), podali socialni in kulturni antropologi, ki so poudarili, da posameznik ni izključno racionalno bitje, ki migrira le zaradi ekonomskih razlogov, temveč da migracijski proces oblikujejo in preoblikujejo socialni in kulturni konteksti.

Eno bolj uveljavljenih stališč sta zastopala Castles in Kozack (v Kofman idr. 2000: 23), ki sta ocenila, da je delovna migracija način, s katerim revne države bogatim državam nudijo razvojno pomoč, nerealistično pa je predpostavljati, da imajo posamezniki glede na take globalne neenakosti v ekonomski in politični moči in glede na nadzor nad migracijami s strani dominantnih držav z namenom, da bi si te zagotovile nujno delovno silo, možnost svobodno odločati o migraciji.

Ženske, zdravstvena nega in migracije

Carling (2005:2) ugotavlja, da smo bili v zadnjih desetletjih priča naraščajočemu številu migracij žensk, saj danes na mednarodni ravni te predstavljajo že skoraj polovico vseh mednarodnih migrantov. Castles in Miller (1998:9) pa navajata, da zato nekateri raziskovalci govorijo celo o feminizaciji migracij na globalni ravni. Njihov priliv je pravzaprav konstanta; obstaja kontinuiteta v navezovanju stikov, tudi zaradi geografske bližine. Hasia Diner (v Pedraza 1991:314) je v svoji študiji opozorila, da so bile ženske že v zgodovini pogosto »nosilke migracij«, zlasti v feminiziranih,





skrbstvenih poklicih (medicinske sestre, delo v zasebnih gospodinjstvih). Svetovni primanjkljaj okoli 2,4 milijona zdravstvenih delavcev in migracijski tokovi, ki nakazujejo oz. so posledica »bega možganov« v zdravstvenih sistemih, so trendi in resna problematika tudi slovenske zdravstvene nege.

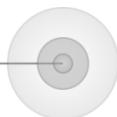
Trenutno je malo kakovostnih empiričnih podatkov, ki se nanašajo na migracije zdravstvenih delavcev v slovensko zdravstveno nego. Morokvašić je že leta 1984 v tematski številki revije International Migration Review presojala desetletje raziskovanja migracij žensk in opozorila, da pri proučevanju migracij žensk ni toliko problematično pomanjkanje raziskav v tem obdobju, temveč dejstvo, da so imele obstoječe študije majhen vpliv na oblikovanje politik in medije ter da so prevladujoče raziskave z vidika spola še vedno pristranske (Morokvašić, v Kofman 1999: 269–270). Evidenca imigrantk kaže tudi na potrebo po sistematičnem proučevanju spola in migracij oz. specifičnosti položaja žensk z epistemološkega izhodišča, ki je še vedno precej pomanjkljivo. Spol je kot pomembna kategorija družbenega razslojevanja, v raziskovanje vključen precej nesistematično in sporadično. Če upoštevamo ta primanjkljaj veljavnih, zanesljivih, kvantitativnih in kvalitativnih statističnih podatkov, predvidevamo, da je potrebna resna raziskava zadanega problema z ustreznim raziskovalnim raziskovalnimi kvalitativnim aparatom.

Sodobne migrantke namreč niso več zaposlene samo v poklicih, ki jih domačini ne želijo opravljati, ampak so vključene tudi v dejavnosti z visoko dodano vrednostjo, kot so deficitarni poklici, med katere zagotovo spada tudi poklic medicinske sestre. Kot opozarjajo nekatere bolj uveljavljene raziskovalke migracij žensk (Kofman idr. 2000:21), so tako klasična ekonomska teorija kot neomarksistični modeli politične ekonomije temeljili na modelu odnosov med spoloma, ki je (re)produciral odvisnost žensk. Hanh-Dam Truong (v Kofman idr. 2000:21) navaja, da »lahko ti dve paradigmgi v najboljšem primeru ženske vključita kot normativno kategorijo migracijskih tokov in njihovo migracijo razložita kot individualno racionalno odločitev, ki temelji na razlikah v plačilu (neoklasična teorija) ali na kolektivnih racionalnih odločitvah gospodinjstva in držav, ki temeljijo na interesu za dobrine, ki jih migranti 'vrnejo' v izvorno družbo (neomarksistični pristop)«. Hondagneu-Sotelo in Cranford (1999:108) pa sta dokazovali, da so spolno specifični vzorci migracij prav posledica povpraševanja po delovni sili glede na spol,

in njenega rekrutiranja, kar vpliva tudi na oblikovanje spolno določenih mrež.

Migracija zaposlenih v zdravstveni negi je v Sloveniji zadnja desetletja postala stalinca. Rekrutiranje medicinskih sester iz področij bivše države je bila vrsto let najhitrejša rešitev. Večina le-teh je imigrirala z namenom ostati dlje časa, saj so Slovenijo doživljale kot »svojo destinacijo«, kjer so pogostokrat že ele ostati do konca svoje delovne dobe; veliko si jih je ustvarilo tudi družino; bodisi s partnerjem iz svojega bodisi drugega etničnega okolja. Hkrati pa je za državo, od koder so emigrirale, to pomenilo odliv kulturnega in socialnega kapitala. Za kompetentno usposobljeno medicinsko sestro so namreč potrebna tri do štiri leta in za medicinske sestre specialistke še leto ter za magistrice zdravstvene nege še dodatna tri leta izobraževanja po srednji šoli ter seveda ustreznata finančna sredstva. Ugotavljam, da je proces njihovega odločanja za migracijo potekal tudi v družini in širših socialnih mrežah v izvorni in novi družbi. Tako je migracija potekala kot strategija celotnega gospodinjstva in ne le kot individualna strategija. Običajno so se zaposlike brez težav. Včasih so jim pri tem pomagali znanci in sorodniki (socialno omrežje), nekatere pa so preprosto »prišle vprašat« in dobine zaposlitev, Tiste, ki so v Slovenijo prišle pred osamosvojitvijo Slovenije, so se sorazmerno hitro in brez večjih težav vključile v novo družbo. V veliki meri tudi zato, ker so takoj ob prihodu v Slovenijo dobine dovoljenje za stalno prebivanje. Predvsem zaradi njihove od moških neodvisne migracijske strategije so se v priseljenški družbi pogosto zaposlike in soočile z novimi kulturnimi vzorci ter možnostmi, ki jih je nudilo sprejetje novih vlog (Razpotnik 2004: 105). Đonlić (2003) je opozorila na spolno specifično izvajanje skrbstvenega dela, ki je bilo za prisilno priseljene ženske dodatna obremenitev.

Medicinske sestre, ki so v Slovenijo prišle v obdobju po njeni osamosvojitvi, so imele več težav pri začetnem vključevanju v novo družbo kot pa tiste, ki so prišle v Slovenijo pred njenou osamosvojitvijo. V obdobju skupne jugoslovanske države je bila namreč migracija iz nekdanjih jugoslovenskih republik obravnavana kot notranja in ne kot mednarodna migracija. Ne nazadnje, migranti iz bivših republik so imeli veliko manj težav pri urejanju dokumentov za bivanje in pa hitra integracija na trg delovne sile, saj so povedale, da so delo dobine izjemno hitro. Kljub pomanjkanju sistematičnih in institucionalnih programov za vključevanje v novo okolje (npr. organizirano učenje slovenskega jezika) so





se dokaj nепroblematično vključevale v novo družbo in v delovno okolje. Z osamosvojitvijo Slovenije so se spremenile okoliščine tako na ekonomskem področju (prestrukturiranje gospodarstva in posledično povečana nezaposlenost, nezanesljive zaposlitve, neurejena stanovanjska politika) kot tudi v ideološko-političnem smislu. Z uveljavljanjem samostojne slovenske države se je v Sloveniji, bolj kot kdajkoli prej, razvilo razlikovanje med tuji in »domačim prebivalstvom«, kar se je pokazalo tudi v problematiki pridobivanja statusa državljanstva oz. aferi »izbrisanih. In, posledično, nemalokrat, družbeno izključenostjo.

Tudi po osamosvojitvi Slovenije so večinoma tudi brez težav pridobile slovensko državljanstvo. Status t.i. poročnih migrantk v Sloveniji je vezan na status njihovih partnerjev. Zaradi svoje etnične pripadnosti v Sloveniji niso imele posebnih težav. Vendarle pa so negativen odnos s strani lokalnega prebivalstva po osamosvojitvi Slovenije doživljale bolj pogosto kot pa v obdobju obstoja skupne države, ker se je po osamosvojitvi razvilo javno slabšalno gledanje na migrante oz. tuje, ne glede na njihovo etnično pripadnost. Le-ti so tudi (bili) v množičnih medijih prikazani kot kulturno tako različni od Slovencev, da bi bila njihova integracija v slovensko okolje otežena, saj je večina tiskanih medijev »sprejemala« zdravorazumno predstavo »izginjajočega slovenstva« v nevtralizirajoči obliki »slovenskega patriotizma« (Knežević Hočvar 2003a; 2003b; 2004). Tudi Jalušič (2001:13) ocenjuje, da je bil konec leta 2000 in v začetku leta 2001 v slovenskih medijih vedno bolj prisoten eksplizitno stigmatizirajoč govor o »ilegalnih migrantih«. Po njeni oceni je bil tak govor povezan zlasti z institucionalnim govorom nekaterih državnih uradnikov in govorom t.i. navadnih ljudi.

V slovenski družbi pa se je pojavil tudi diskurz o nepremostljivih kulturnih razlikah t.i. »muslimanskih žensk«, ker je pripadnost islamu v naši družbi v javnem govoru še vedno prepoznana kot znak domnevno nepremostljivih kulturnih razlik, na kar opozarjajo tudi Kofman idr. (2000:37). Navedeno pa naj bi »muslimanskim ženskam« onemogočalo vključevanje v našo družbo, ki temelj na krščanski tradiciji in izročilu. Ocenjena kulturna nezdružljivost islama s t.i. zahodnimi vrednotami na poseben način prizadene ženske, ki so prepoznane kot simbol domnevno zatiralske narave islamske vere. Islamofobija, ki jo je sprožil napad Al-Khaide na »dvojčka v Ameriki«, je tovrstno občutenje in obnašanje avtohtonega prebivalstva le še poglobil in opozarja na nevarnosti

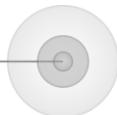
esencializacije migrantskih skupin. Tako so prikazane kot neke vrste žrtve, a hkrati tudi kot ogroževalke družbe, katero so se vselile.

Medicinske sestre in integracija

Integracijo razumemo kot »dinamičen in dvosmeren proces prilaganja priseljenke »manjšinske« družbe in večinske družbe. Kot taka je reakcija na trk in (hkrati potrebno) sobivanje z različnimi vrednotami, stališči, navadami, kulturo nove družbe in ohranjanjem le-teh iz avtohtone družbe. Glavni cilj integracijskih procesov (tudi medicinskih sester) je (bil) vključitev v slovensko (večinsko) družbo na eni in v zdravstveno nego na drugi strani. Želele so postati funkcionalno-profesionalno dejavne in kot enakopravne z vsemi osvojenimi kompetencami sodelovati v negi pacientov. Proses integracije navadno poteka skozi več dimenzij (npr. pravno, bivanjsko, socialno-ekonomsko, v izobraževalnem sistemu, kulturno družbeno, (samo)identifikacijsko idr.). Prepričani smo, da pri medicinskih sestrarjih ekonomska integracija predstavlja prvi pogoj vseh drugih integracij, saj jim (je) šele zaposlitev omogočila enakopravno vključitev v sociokulturni sistem slovenske družbe.

Upoštevajoč družbeno večkulturnost, s spoštovanjem različnosti, mirnega sožitja, družbene stabilnosti in kohezivnosti bo Republika Slovenija vodila integracijsko politiko, katere cilji so zasnovani na temeljnih načelih in vrednotah enakopravnosti, svobode in vzajemnega sodelovanja. Constant in Zimmermann (<http://ftp.iza.org/dp2040.pdf>) sta v raziskovanju imigrantske politike uvedla metodološki pristop t.i. ethnosinging, ki predstavlja »merilnik« jakosti etnične identitete posameznika in se oblikuje s pomočjo spremeljanja individualnih značilnosti imigrantov: jezika, kulture, spola, izobrazbe, verske pripadnosti, socialne interakcije, časa migriranja in etnične samoidentifikacije. Z analizo omenjenih spremenljivk je mogoče ugotavljati stopnje integracije, asimilacije, separacije in marginalizacije. Pri tem je:

- enakopravnost razumljena kot zagotavljanje enakih socialnih, ekonomskeh in civilnih pravic;
- svoboda kot pravica do izražanja kulturne identitete ob zagotovitvi spoštovanja integritete in dostojanstva vsakega posameznika in gojitve lastne kulture v skladu z zakoni in temeljnimi vrednotami Republike Slovenije;
- vzajemno sodelovanje kot pravica do udejstvovanja in odgovornosti vseh v





nepreklenjem procesu ustvarjanja skupne družbe.

Da bi omogočili čim večjo družbeno koherentnost, integracijska politika Republike Slovenije vsebuje določene pravne okvire in družbene ukrepe, ki spodbujajo integracijo priseljencev v slovensko družbo, preprečujejo diskriminacijo in družbeno obrobnost in omogočajo, da priseljeni izražajo in gojijo lastno kulturo in vrednote na podlagi spoštovanja osebne integritete in dostojanstva v skladu z zakoni Republike Slovenije.

V Slovenijo se priseljujejo po večini ekonomski migranti in njihove družine iz držav nekdanje Jugoslavije, iz drugih držav izven EU prihaja manj kot 6% vseh priseljencev v Sloveniji. Obseg priseljevanja v Slovenijo v zadnjih letih ni bil intenziven in je zaradi gospodarske krize v preteklih dveh letih celo upadel.

METODOLOGIJA

Namen in cilji raziskave

Predpostavka o medicinskih sestrarjih-migrantkah kot dejavnih družbenih akterkah v slovenski zdravstveni negi je bila osnova za proučevanje vprašanja, kako so se odzivale na spremenjene družbeno-politične okoliščine. Pristop, ki upošteva značilnosti družbenih struktur kot tudi individualno delovanje, je zlasti v zadnjih dveh desetletjih vedno bolj uveljavljen tudi v migracijskih študijah (Passerini in sod. 2004: 5).

Za potrebe empiričnega dela so nas posebej zanimali informacije o njihovih življenjskih okoliščinah, življenjskih potekih ter izkušnjah in pričakovanjih glede življenja v novi, slovenski družbi. Temeljne vsebine intervjujev so bile življenje v izvorni družbi, družinsko ozadje, delo in odnosi v zdravstveni negi, odločitev za migracijo, prihod v Slovenijo, neformalne in formalne socialne mreže, ekonomska, socialna in politična integracija v novo družbo, plačano delo, uspešnost integracije. Tako sta v analizo zajeti retrospektivna in prospektivna dimenzija. Naš cilj ni bil pridobiti informacije o izkušnjah medicinskih sestrarjih-migrantkah na reprezentativnem vzorcu, saj bo to predmet bolj razširjene raziskave.

Raziskovalna metoda in tehnika

Domnevali smo, da prav analiza izkušenj konkretnih medicinskih sester lahko pove veliko o širšem družbeno-političnem kontekstu oblikovanja migracijske politike. Zaradi želje prikazati mnogotere pomene migracijskega procesa in raznolike izkušnje migrantk

smo se odločili za uporabo metode individualno kvalitativno zasnovanega intervjuja. Prednost tako zasnovane empirične raziskave je v tem, da je temeljni poudarek na izkušnjah in perspektivah migrantk.

Vzorec

Opravili smo 3 poglobljene individualno vodene intervjuje z medicinskimi sestrami, ki smo jih dopolnili s posameznimi primeri opazovanja z udeležbo in zapisi v etnografskem dnevniku. Sogovornice smo pridobili na osnovi osebnega poznanstva, s katerimi je bilo vzpostavljeno potrebno zaupanje med nama kot raziskovalkama in njimi individualno. Intervjuji so potekali maja 2014. Vprašanja, ki smo jih zastavili intervjuvanim medicinskim sestram, so bila odprtega tipa in so se nanašala na njihovo migracijo. Poudarek pri tem je prav na zgodbah vsake izmed treh, ki so obravnavane kot akterke z lastnim načinom razmišljanja, vrednotenja in obnašanja. Pri tem sva se zavedali, da je vsako pripovedovanje, interpretiranje kot tudi poslušanje je vedno družbeno umeščeno, vključeno v kulturno specifično mrežo pomenov.

Opis merskega instrumenta

S poglobljenim individualnim vodenim intervjujem smo zbrali naslednje podatke: splošne podatke o intervjuvankah (spol, starost, izobrazba, narodnost), podatke o statusu in družini, veroizpovedi, državi rojstva, ekonomskem standardu. Zastavili pa smo si še 15 raziskovalnih vprašanja, saj nas je zanimalo:

- Kaj je bil vzrok prihoda v Republiko Slovenijo ?
- Kakšen je njihov partnerski in družinski status?
- Kdaj so ob prihodu v Republiko Slovenijo našle zaposlitev v zdravstveni negi ?
- Kje so (bile) zaposlene ?
- Ali so imele v Republiki Sloveniji pred prihodom poznane ljudi, ki so že bivali v Republiki Sloveniji?
- Ali ocenjujejo odnose na svojem delovnem mestu kot pozitivne, dobre, saj ne izpostavljajo svoje nacionalne pripadnosti?
- Ali so kdaj na delovnem mestu doživele konflikt, ker niso Slovenke?
- Ali so imele dovolj strokovnih znanj za delo v slovenski zdravstveni negi?
- Ali so zaznale razlike pri delu v zdravstveni negi med zaposlitvijo v prejšnji državi in v Sloveniji?





- Ali svoje delo opravljajo enako strokovno, odgovorno in empatično kot v državi, iz katere ste se preselile?
- Ali ocenjujete, da so vas sodelavci sprejeli kot sebi enakovredne?
- So se naučila slovenskega (vsaj pogovornega) jezika (in če, kako hitro)?
- V katerem jeziku se pogovarjajo s svojci (družino), s pacienti in s sodelavci ?.
- So sprejele vrednote in navade ter običaje navade okolja, v katerem sedaj živijo?
- Še negujejo navade in običaje svojega prvotnega okolja ali so jih opustile ?

18 vprašanj je bilo odprtrega tipa, 37 pa zgrajenih po modelu trditve lestvice Likertovega tipa. Stopnje lestvice so bile razporejene od 1 do 5, v logičnem kontinuumu od minimalnega do maksimalnega sprejemanja trditve.

REZULTATI IN INTERPRETACIJA

Intervjuvanki sta bili stari nad 61 let, ena pa manj kot 60; 2 sta redno zaposleni, ena je upokojena. Razlikovale so se po stopnji izobrazbe, saj je ena doktorica znanosti, 1 ima visoko in 1 srednjo izobrazbo in po narodnosti (Hrvatica, Bošnjakinja in Makedonka) ter po verskem prepričanju, (2 pravoslavne in 1 muslimanka). Vse so migrirale iz države, v kateri so bile rojene: Hrvaške, Bosne in Hercegovine in Makedonije, od tega 2 pred osamosvojitvijo Slovenije in 1 v sredini 90. let. Intervjuvanke živijo v razširjeni družini (1), sama z možem(1) in v enostarševski družini(1). Vzrok njihove preselitve so bili različni: združitev z družino, iskanje zaposlitve in osebni vzrok, ki so jih verjetno pogojevale tudi njihove življenjske razmere v državi, iz katere so se preselile, ki so jih ocenile kot slabe. Le-te pa so ob preselitvi za 2 niso (takoj) izboljšale. Sta pa 2 intervjuvanki svoje življenje danes ocenili kot dobro in 1 kot "ne dobro ne slabo". Vse so zaposlitev v zdravstveni negi našle v obdobju prvega leta oz. že po nekaj mesecih bodisi v bolnišnici (2) bodisi v domu upokojencev (1). Kljub temu, da sta 2 imeli v Sloveniji pred prihodom poznane ljudi, ki so že bivali v Republiki Sloveniji in 2 tudi (že) sorodnike, nobena ni imela pred prihodom že zagotovljenega delovnega mesta. Kljub (pre)njizki plači sta 2 za rešitev stanovanjske problematike vzeli kredit.

2 sta prepričani, da so priseljenci v Sloveniji družbeni problem, ki se ga ne rešuje oz. pasivno. Njihovi sedanji redni mesečni prejemki so (v primerjavi s prvimi) bistveno večji, a z njimi shajata 2 težko in 1 srednje. Vse so se naučile slovenskega (pogovornega) jezika, čeprav so za to potrebovale čas. S svojci komunicira 1 zgolj v materinščini, 1 včasih in 1 »kakor kdaj«. Pri svojem delu se s sodelavci vse pogovarjajo v slovenskem jeziku. Vse pa neredno spremljajo aktualno družbeno dogajanje bodisi v svoji domovini bodisi v Sloveniji. 2 sta ocenili odnose na delovnem mestu pozitivno, saj ne izpostavljajo njihove nacionalne pripadnosti, čeprav so vse doživelna konflikt, ker niso Slovenke. 2 sta izjavili, da ob prihodu nista imeli dovolj strokovnih znanj za delo v slovenski zdravstveni negi. Vse pa, da so zaznale razlike pri delu v zdravstveni negi med zaposlitvijo v prejšnji državi in v Sloveniji in da pogrešajo delovno klimo prejšnje zaposlitve, kot tudi, da opravljajo svoje delo enako strokovno, odgovorno in empatično kot v državi, iz katere so se preselile. 2 intervjuvanki sta se za kompetentno delo v zdravstveni negi še tudi dodatno izobraževali.

Intervjuvanke tudi različno obvladajo poznавanje ureditev posameznih področij v Republiki Sloveniji; še najbolje področje organizacije zdravstvene nege, manj zdravstvenega zavarovanja in socialnega skrbstva ter najbolj slabo normative za pridobitev državljanstva, dovoljenja za prebivanje in zakone in pravilniki o tujcih, kar nas je presenetilo.

Vse intervjuvanke imajo prijateljsko mrežo, ki ni sestavljena samo iz njihove (izvirne) nacionalne skupine, vse redno obiskujejo sorodnike in prijatelje v domovini. Nobena ni opustila navad in običajev svojega prvotnega okolja in 2 sta sprejeli navade okolja, v katerem sedaj živita, ki se jih trudita obogatiti z vrednotami svojega kulturnega kapitala. 2 intervjuvanki tudi redno preživljata svoj dopust zgolj v svoji prejšnji domovini, ena pa tudi drugod.

ZAKLJUČEK

Odločitve ljudi za migracije niso (vedno) le produkt racionalnega. Tako v migracijah, ki zadevajo slovensko zdravstveno nego ne gre razmišljati le v ozkih okvirih ekonomskih razlogov. Migracijski proces medicinskih sester so oblikovali in preoblikovali številni kompleksni dejavniki socialnega in kulturnega konteksta, pa tudi želja posameznice po pridobivanju izkušenj in nečesa novega, izstopu iz avtohtonega okolja, odcepitev od družine isl. Analiza dobljenih empiričnih podatkov nas je ozavestila, da moramo za ustrezno razumevanje tako





vzrokov kot posledic migracij v zdravstveni negi razmišljati izven okvirov enodimenzionalnega in enoznačnega ter upoštevati protislovja želja in (z)možnosti, saj nam ravno analize vsakdanjega življenja kažejo, da ljudje delujemo protislovno in da »dejanja niso vedno v soglasju z našimi idejami, ideali, pričakovanji okolice in realnimi možnostmi«. Medicinske sestre so se v novem okolju soočala z različnimi problemi zaradi nepoznavanja jezika ali tehnoloških novitet, čeprav je res, da jim je vživljanje v novo družbo (hkrati) odpiralo povsem nove življenjske možnosti.

Sedanja slovenska ureditev, ki vodi nadzor priseljevanja ter pravila, ki sledijo specializiranosti pristojnih ustanov, še niso razvita kot koherentni proces odločanja. To sicer ne pomeni, da je v pomanjkanju strateških konceptov, določenih organizacijskih neskladnosti, prekrivanj pristojnosti ali nedoslednosti, regulacija priseljevanja neuspešna; vendar je v sedanjem obdobju gospodarskega prehoda trenutno imigracijsko politiko težko razpoznati kot konsistentno.

Zaradi vseh teh razlogov kot tudi stopnje gospodarskega, družbenega in demokratičnega razvoja Slovenija potrebuje razpoznavno imigracijsko politiko, ki bo oblikovala integrativno in fleksibilno entiteto prebivalstvenega, gospodarskega, družbeno-kulturnega in političnega razvoja Republike Slovenije. In hkrati takšno imigracijsko politiko, ki bo v ravnotežju z imigracijskimi politikami drugih evropskih držav integralni del procesa vključevanja v Evropsko unijo. Resolucija o imigracijski politiki Republike Slovenije (ReIPRS) 4791 - Uradni list RS, št. 40/1999 z dne 28. 5. 1999.

Prav zaradi negotovosti in dilem, s katerimi so se srečevale intervjuvane medicinske sester v vsakdanjem življenju, pa opozarjajo na »njihovo reakcijo«. Spletle so namreč socialne mreže in vezi. Bodisi zaradi želje po spoznavanju novega bodisi iz strahu pred neuspehom, osamljenostjo, izoliranostjo v delovnem okolju in sicer. Čeprav so se preselile v neznano in kulturno drugačno okolje (ne le v drugo državo, ampak tudi iz ruralnega v urbano okolje), so v novih okoljih že živeli znanci in prijatelji. Z oblikovanjem socialnih mrež so se v novo okolje tudi hitreje uspešno vživele. Vsekakor so se (tudi) prilagajale, celo (v sebi) »pogajale« z novim in starim, drugačnim in želenim načinom življenja. Vse so igrale več vlog, z več identitetami, jeziki, z dvema domovinama, v več socialnih okoljih, ne da bi katerega koli ovrgle, zamenjale ali zapustile.

V skladu z dobljenimi empiričnimi podatki ugotavljamo še, da (vsaka) migracija ni izključno ali primarno proces, povzročen iz ekonomskih motivov. Nekatere so že ele boljšo zaposlitev in, posledično, boljši življenjski standard, druge izogniti patriarhalnemu življenju v avtohtonri družbi, zopet tretje so že ele »v življenju nekaj doseči«. Vsem pa ni bilo lahko, zato izpostavljamo nekatere njihove najpogosteje težave:

- uspešnost integracije na trg delovne sile;
- diskriminacijo na podlagi etnične pripadnosti in težave pri zaposlovanju tistih oseb, ki nimajo slovenskega državljanstva;
- ali jih, če so v Sloveniji že dlje časa, še sploh obravnavajo kot migrantke, ki imajo določene specifične potrebe;
- potrebo po nujno takih institucionalnih mehanizmih, ki bodo omogočali hitrejše in bolj učinkovito vključevanje medicinskih sester-migrantk v slovensko zdravstveno nego in družbo nasploh.

Na podlagi analize empiričnega materiala in primerjave zgodb sogovornic, ki so imigrirale pred in po osamosvojitvi Slovenije, lahko sklenemo, da je vsakokraten družbeno-politični kontekst pomembno pogojeval njihovo vdružbljanje v novo družbo.

LITERATURA

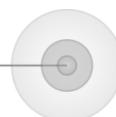
Anthias F. Metaphors of Home: Gendering New Migrations to Southern Europe. *Gender and Migration in Southern Europe: Women on the Move* (ur. Floya Anthias; Gabriella Lazaridis). Berg, New York; 2000.

Brettell C. Anthropology and Migration: Essays on Transnationalism, Ethnicity, and Identity. Walnut Creek: AltaMira Press; 2003.

Carling J. Gender dimensions of international migration. Global Migration Perspectives No. 35, Geneva: Global Commission on International Migration; 2005.

Castles S., Miller M.J. The age of migration: international population movements in the modern world. Houndsill: Macmillan; 2008

Cukut S. Spol in migracija: izkušnje migrantk v Sloveniji (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008.





- Černič Istenič M., Knežević Hočvar, D. Ali so stališča prebivalcev evropskih držav do priseljencev povezana s stališči, ki se nanašajo na odnose med spoloma, rodnostno vedenje in vrednotenje otrok?. *Dve domovini*, 24; 2006: 21–46.
- Đonlić H. Deset let samote: Izkušnje bosansko-hercegovskih begunk in beguncev v Sloveniji. Ljubljana: Društvo Kulturni vikend; 2003.
- Hondagneu-Sotelo P., Cranford C. Gender and Migration. *Handbook of the Sociology of Gender* (ur. Janet Saltzman Chafetz). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1991: 105–126.
- Jalušič V. Ksenofobija ali samozaščita?: O vzpostavljanju nove slovenske državljske identitete. *Poročilo Skupine za spremljanje nestrnosti*, 1(1); 2001: 12–4.
- Klemenc D., Ažman M. Aktualno v evropski uniji in kmalu tudi pri nas: medicinske sestre in migracije. *Uvodnik. Obzor Zdr N.*; 2008:42(2).
- Knežević Hočvar D. Medijska govorica o nacionalni reprodukciji v postsocialistični Sloveniji. *Teorija in praksa*, 40(2); 2003: 335–356.
- Knežević Hočvar D. Rodnost, etničnost in nacija: Razmisleki o preučevanju demografskih značilnosti nacionalnih populacij. *Razprave in gradivo*, 50/51; 2006: 184–210.
- Kofman E. The Invisibility of Skilled Female Migrants and Gender Relations in Studies of Skilled Migration in Europe. *International Journal of Population Geography*, 6(1); 2000: 45–59.
- Kofman E., Phizacklea A., Raghuram P., Sales R. Gender and International Migration in Europe: Employment, welfare and politics. London, New York: Routledge; 2000.
- Kofman E. Female »Birds of Passage« a Decade Later: Gender and Immigration in the European Union. *The International Migration Review*, 33(2); 1999: 269–299.
- Klinar P. Mednarodne migracije : sociološki vidiki mednarodnih migracij v luči odnosov med imigrantsko družbo in imigrantskimi skupnostmi, str. 26. Maribor: Obzorja; 1976
- Komac M., Medvešek M. Percepције slovenske integracijske politike: zaključno poročilo. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja; 2006
- Malačič J. Demografija. Teorija, analiza, metode in modeli, 6. izdaja, Ekonomski fakulteta, Ljubljana; 2006.
- Malačič J. Imigracije in trg dela v Sloveniji: Od priseljevanja sodržavljanov do zaposlovanja tujcev. Naše gospodarstvo. 1-2; 2008.
- Passerini L., Braidotti R., Gazsi J., Conradsen I.M., Alexsandrova N. (2004). Gender relationships in Europe at the turn of the millennium: Women as subjects in migration and marriage (GRINE, final report). ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/citizens/docs/kina21249ens1_grine.pdf (25.4.2014).
- Pedraza S. Women and Migration: The Social Consequences of Gender. *Annual Review of Sociology*; 17; 1991: 303–325.
- Razpotnik Š. Preseki odvečnosti. Nevidne identitete mladih priseljencev v družbi tranzicijski vic. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2004.
- Vrečer N. Integracija kot človekova pravica: Prisilni priseljenici iz Bosne in Hercegovine v Sloveniji. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, Andragoški center Republike Slovenije; 2007.
- Zavratnik Zimic S. Women and Trafficking. Ljubljana: Peace Institute, Institute for Contemporary Social and Political Studies; 2004.
- Žitnik J. Immigrants in Slovenia: Integration aspects. *Migracijske i etničke teme*. 20(2/3); 2004: 221–241.
- IOM – International Organization for Migration. World Migration: Costs and Benefits of International Migration. Report 2005, str. 13. http://www.iom.md/materials/10_iom_wmr2005.pdf (16. 4. 2014); 2005.
- Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. <http://www.ess.gov.si/SLO/Dejavnost/NovinarskoSredisce/NovinarskeKonference/OSPtuj/15-11-05-2.htm> (26. 4.2014).

IZKUSTVENA TEORIJA DUHOVNE OSKRBE V PRAKSI ZDRAVSTVENE NEGE AN EXPERIENTIAL THEORY OF SPIRITUAL CARE IN NURSING PRACTICE

MICHAELA MARKOVIĆ, TEUTA PERKOVIĆ, NADA PRLIĆ, MAJDA PAJNKHAR

SUMMARY

Introduction

Studies have shown that people who have high levels of spiritual well-being are physically, mentally and socially healthier. The selected theory is based on spirituality. It is necessary to describe, analyze and evaluate the theory prior to its acceptance.

Methods

The literature was searched through the center of the online database and search engines (EBSCO, MEDLINE, OVID), and available online articles and books. Given that there is no nursing literature nor published researches on Croatian language the keywords used while searching were English terms from MeSH „spirituality“ and „nursing theory“.

Results

By searching, 210 articles in PubMed were found, of which 13 available in complete form. During a search of databases, works on the subject of spirituality, and the importance of spirituality in health care have been found. However, there is a small number of articles directly concerning theoretical framework of spiritual care and the ways in which it can be provided. The initial theoretical framework of analyzed theory consists of a process composed of 7 categories and related subcategories.

Discussion and conclusion

The nursing researches of spiritual care had focused on fact what is spirituality and spiritual care in nursing practice and what are the these spiritual interventions. However there is a lack of literature on spiritual care and the ways of its application. Analysed theory has seven clearly elaborated categories which if followed allow application of theory to practice. The theory can be applied to all sites.

Keywords: *nursing theory, spirituality, spiritual care*

UVOD

Prema McKenna (1997) teorija ne bi trebala biti prihvaćena bespogovorno. U opisivanju teorije zapravo se radi o iznošenju činjenica o teoriji. To je korisno jer pokazuje strukturu teorije, njezine koncepte, probleme i prepostavke. Analiza teorije ide korak dalje, to je sistematičan proces koji provjerava je li teorija valjana u svom sastavu i funkciji.

Izabrana je Iskustvena teorija spiritualne njege u sestrinskoj praksi zato jer je spiritualnost bitna u sestrinskoj praksi, kao i u svakodnevnom životu. Potrebno ju je uključiti u svakodnevni rad medicinskih sestra te je potrebno proučiti teoriju koja se temelji upravo na spiritualnosti. Važno je opisati i evaluirati teoriju kako bi se mogla omogućiti primjena teorije u praksi.

Katoličke institucije (Burkhart, 2009) su uvijek znale važnost spiritualne njege. One su vidjele njezinu sposobnost mijenjanja života ljudi, posebno u trenutcima velikih potreba, u trenutcima teškoća, bolova i tuge ona im može pomoći pronaći spas. Istraživanja su pokazala kako ljudi koji imaju visoku razinu spiritualnog blagostanja su fizički, psihički i socijalno zdraviji. Spiritualno blagostanje je povezano sa boljim rezultatima terapije, slabijim osjećajem boli, sniženom anksioznosću, boljom kvalitetom života i sniženom razinom smrtnosti. Posebno kod onkoloških bolesnika viša razina spiritualnog blagostanja povezana je s višom razinom nade, boljim suočavanjem, socijalnim funkcioniranjem i boljom kvalitetom života te je povezana s sniženom razinom stresa, depresije i suicidalnosti. Ovi rezultati sugeriraju da spiritualnost nije samo važna za suočavanje s bolesti nego da povećanje spiritualnosti ima potencijal poboljšati kvalitetu života, smanjiti simptome i poboljšati zdravlje.

Koren i Papamiditriou (2013) navode kako sestrinski posao po prirodi ima spiritualnu dimenziju. Medicinske sestre uključene su u pacijentov život u mnogim značajnim trenutcima: rođenje dijeteta, kod akutnih i kronične boli i kod smrti, međutim malo se toga zna o

Michaela MARKOVIĆ, J J Strossmayer University Osijek, School of Medicine, HR; michaela.markovic1@gmail.com

Teuta PERKOVIĆ, J J Strossmayer University Osijek, School of Medicine, HR; teuta.perkovic@gmail.com

Assist Prof Nada PRLIĆ, J J Strossmayer University Osijek, School of Medicine, HR; nadaprlic26@gmail.com

Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; majda.pajnkhар@um.si

spiritualnosti medicinskih sestara. Nije lako definirati spiritualnost. Postoje mnoge definicije spiritualnosti.

Prema Barnum (2003) društvo pokazuje interes za spiritualnost što je vidljivo iz svega, televizije i novina. Knjige koje sadržavaju temu spiritualnosti i koje su imale malu čitanost te prodaju postaju najbolje prodavane knjige.

McKenna (1997) navodi kako nije pošteno da menadžeri i akademski obrazovani građani, iako s najboljim namjerama, nameću teorije, već trebaju vjerovati izboru medicinskih sestara koje se susreću sa stvarnošću iz dana u dan. Ako se praktikanti slažu s teorijom koja im se nameće, dužni su je provoditi i biti svjesni njenih prednosti te nedostataka, tada će biti u mogućnosti ilustrirati vrijednost teorije pacijentima, kolegama, učenicima i drugim članovima multidisciplinarnog tima.

Ciljevi

Opisati, analizirati i evaluirati „Iskustvenu teoriju spiritualne njege u sestrinskoj praksi“, utvrditi povezanost izabranih kriterija s praksom zdravstvene njege.

METODE

Literatura je pretraživana putem centra za online bazu podataka i pretraživača (EBSCO, MEDLINE, OVID), te internetski dostupnih članaka i knjiga. S obzirom da nema sestrinske literature niti objavljenih istraživanja na hrvatskom jeziku kao ključne riječi prilikom pretraživanja koristili smo engleske izraze iz MeSH-a

„spirituality“ i „nursing theory“. Prema Oxford-skom rječniku riječ „spiritual“ povezuje se s vjerom i vjerskim uvjerenjima ili s ljudskim duhom i dušom kao suprotnost materijalnim i fizičkim stanjima. Potječe od lat. „spiritualis“.

REZULTATI

Pretraživanjem je pronađeno u PubMed-u 210 članaka, od kojih je 13 bilo dostupno u cjelovitom obliku. Preko Google pretraživača pronađeno je tri knjige na temu spiritualnosti u sestrinstvu. Članak na temu teorije koja je analizirana nije dostupan u cjelovitom prikazu ni u jednoj bazi podataka. Nakon upućene zamolbe autorice su proslijedile članak.

Tijekom pretraživanja baza podataka pronađeni su radovi na temu spiritualnosti, te važnosti spiritualnosti u zdravstvenoj njezi. Međutim malo je članka koji se tiču izravno teorijskog okvira spiritualne njege i načina na koji se ona može pružiti.

Opis i analiza teorije

Početni teoretski okvir teorije (Burkhart, Hogan, 2008) sastavljen je od procesa koji se sastoji od 7 kategorija i povezanih podkategorija.

Prema Burkhart i Hogan (2008) kategorije su: smjernice od pacijenta, odluka uključivanja ili ne uključivanja spiritualnog susreta, intervencija spiritualne njege, neposredni emocionalni odgovor, traženje smisla susreta, formiranje spiritualne memorije i spiritualna dobrobit medicinske sestre (Slika 1.).



Slika 1: Kategorije teorije (preuzeto iz: Burkhart, Hogan, 2008,928-38)

Prva kategorija (Burkhart, Hogan, 2008) teorije su smjernice od pacijenta. Pacijent mora zatražiti medicinsku sestru kako bi mu ona mogla pružiti spiritualnu njegu. Medicinska sestra može stvoriti

atmosferu da poveća mogućnost pacijentove molbe za pružanjem spiritualne njege pružajući mu ljubav, nadu i suošjećanje.



Druga kategorija (Burkhart, Hogan, 2008) teorije označuje situaciju kada medicinska sestra odlučuje hoće li ili neće ući u spiritualni susret s pacijentom. Podaci pokazuju da neke medicinske sestre odluče ne ući u spiritualni susret ili kako osjećaju barijeru u pružanju spiritualne njege. Medicinske sestre navode kako ih vremenska ograničenja i zaposlenost spriječavaju u pružanju spiritualne njege. Ipak većina se odluči za ulazak u spiritualni susret.

Treća kategorija (Burkhart, Hogan, 2008) su intervencije koje se mogu pružiti u spiritualnoj njezi. Kategorija spiritualnih intervencija ima tri podkategorije, odnosno tipove spiritualnih intervencija: promicanje pacijentove samopercepције, promicanje veze između pacijenta i obitelji i promicanje pacijentove veze s Bogom/višim silama.

Četvrta kategorija (Burkhart, Hogan, 2008) ocrtava emocionalni odgovor medicinske sestre nakon spiritualnog susreta koji postaje uvod u petu kategoriju. Podaci pokazuju da medicinske sestre nakon spiritualnog susreta mogu odmah reagirati pozitivno ili negativno. Pozitivne reakcije su osjećale odmah nakon spiritualnog susreta kada bi vidjele da je pacijent osjetio pozitivno iskustvo spiritualnog susreta.

Peta kategorija (Burkhart, Hogan, 2008) je traženja smisla susreta. Identificale su se tri podkategorije dok su opisivane metode koje su korištene u traženju smisla spiritualnog susreta. Tri podkategorije su samopercepција, refleksija s ljudima koji su nam potpora i vjerski obredi.

Šesta kategorija (Burkhart, Hogan, 2008) je formiranje spiritualne memorije. Spiritualna memorija označuje dugoročno i značajno sjećanje na spiritualni susret.

Sedma kategorija (Burkhart, Hogan, 2008), spiritualna dobrobit je osobna dimenzija u kojem samostalno izražavamo značaj života, i ta dimenzija može pomoći u sposobnosti pružanja spiritualne njege drugima. Medicinske sestre imaju više razina spiritualne dobrobiti koje se mjenjaju s sestrinskim iskustvom i mogu pomoći u budućim spiritualnim susretima. Postoje dvije podkategorije: vjerski sustav vjerovanja i memorija značajnih iskustava.

Lisa Burkhart doktor filozofije i doktor javnog zdravstva, navodi se kao prvi autor ove teorije. Zaposlena je na Sveučilištu Loyola u Chicagu. Bavi se istraživanjem informatike i spiritualnosti u sestrinstvu. Obajvila je mnoge istraživačke rade na tu temu, te je dobila nekoliko nagrada.

Nancy Hogan je druga autorica ove teorije. Također je zaposlena na Sveučilištu Loyola u Chicagu. Objavila je mnoge članke. Njezino područje istraživanja vezano je uz suočavanje sa smrti, tragedijom, stresnim situacijama i teškim situacijama (prilikom bolesti) kod djece.

Teorijski izvori. Teorija pripada teorijama srednjeg opsega. Razvila se induktivno i deduktivnim rasuđivanjem. Teorija proizlazi iz teoretskih znanja i praktičnog iskustva. Utjecaj na teoriju imala je Florence Nightingale i Katoličke institucije.

Fenomen. Spiritualno i duhovno blagostanje poboljšava cijelokupno zdravlje pacijenta i ubrzava njegov opravak.

Koncepti. Ova teorija temelji se na dva koncepta: spiritualni i duhovni koncept. Spiritualni koncept označuje traženje smisla života, dok se duhovni koncept odražava kroz vjeru i vjerske rituale.

Propozicije. Sastavni dio svakog čovjeka su spiritualnost i duhovnost.

Predpostavke. Spiritualnost je sastavni dio ljudskog bića. Spiritualnost je bitna za postizanje blagostanja. Pacijent ima pravo na spiritualnu njegu, ali ju isto tako može i odbiti. Odgovornost je medicinske sestre informirati pacijenta i pružiti mu mogućnost za spiritualnom njegom.

Metaparadigme. Postoje četiri metaparadigme: čovjek/pacijent, okolina, zdravstvena njega i zdravlje. Čovjek/ pacijent u ovoj teoriji opisuje se kao spiritualno biće i ima spiritualne potrebe. Teoretičari upućuju na pacijente, ali i na njihovu povezanost s drugima. Naglašava se kako zdravlje nije samo odsustvo bolesti već svukupno i spiritualno blagostanje. Naglašava se da je zdravlje stanje dobrobiti, fizičkog statusa i psihosociološkog osjećaja. Okolina podrazumijeva razumjevanje pacijentovih spiritualnih potreba što je bitno u procesu skrbi. Pod pojmom okoline misli se i na unutarnju i na vanjsku okolinu. Zdravstvena njega se tumači kao pružanje zdravstvene njege brinući se o pacijentovim fiziološkim i spiritualnim potrebama.

EVALUACIJA TEORIJE

Jasnoća. Teorije je visoke jasnoće, postoji jasnoća i dosljednost u upotrebi jezika i tumačenju. Definirani su ključni pojmovi koji su primjenjivi i istiniti u navođenju. Ne postoji nepotrebno prekomjerno korištenje riječi. Postoji konstrukcijska jasnoća. Može se pratiti povezanost i dijagram toka koji predstavlja teoriju.

Jednostavnost. Teorija je jednostavna u svom sadržaju i formi. Razumljiva je i može zadobiti pažnju kliničara.



Također, dijagram toka koji je grafički prikazan je jednostavan i može ga se pratiti. Autori navode mnoge primjere iz prakse koji su vrlo jednostavni i razumljivi.

Važnost/značaj. Teorija utječe na kvalitetu zdravstvene njegе jer ako uključimo spiritualnu njegу u proces zdravstvene njegе pružiti ćemo pacijentu cijelokupnu skrb. Teorija također pridonosi profesiji zdravstvene njegе jer joj omogućuje napredak i poboljšanje u cijelokupnoj brizi za pacijenta, a također pomaže i medicinskim sestrama u snalaženju u situacijama koje su stresne. Teorija sadrži mnoge primjere iz prakse s kojima se medicinske sestre svakodnevno susreću te se mogu lako prepoznati u navedenim primjerima. Teorija se može koristiti u praksi, ali potrebno je razviti znanje o spiritualnoj njeli. I sami autori ove teorije navode kako je potrebno provesti još istraživanja na ovu temu jer ova teorija je dala samo okvir. Također autori navode kako nema dovoljno literature o spiritualnoj njeli, te kako bi se ona trebala razviti i uvesti u obrazovanje medicinskih sestara.

Adekvatnost. Teorija pokriva područje rada medicinskih sestra sa umirućim pacijentima i kronično bolesnim. Smatramo da se može koristiti pri radu s tim pacijentima, ali i sa svima ostalima koji osjećaju potrebu za spiritualnom njegom. Teorija se može koristiti u svim kulturama, no potrebno ju je prilagoditi potrebama pacijenta.

Mogućnost testiranja. U teoriji su navedeni upitnici koji su korišteni prilikom ispitivanja stavova medicinskih sestra o spiritualnoj njeli. Smatramo da se taj upitnik može provesti među svim sestrama kako bi se utvrdilo njihovo znanje i stavovi o spiritualnoj njeli. Također postoje istraživanja i moguće je ustvrditi koliko dobra spiritualna njega pomaže u zadovoljstvu i poboljšanju zdravlja bolesnika.

Prihvatljivost. Nismo našli objavljeni primjer izabrane teorije u praksi. Međutim djelove ove teorije možemo naći kako se svakodnevno koriste u praksi brojnih medicinskih sestara.

RASPRAVA

S razvijanjem holističke zdravstvene skrbi (O'Brien, 2013) zajedno se razvijala holistička zdravstvena njega te su se počele procjenjivati spiritualne potrebe bolesnika i u nekim slučajevima provodila se spiritualna njega te je ona prepoznata kao domena rade medicinskih sestara.

O'Brien (2013) navodi kako su se nedavno razvile tri teorije koje uključuju spiritualnu njegu, a to su: „An

Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice“ autora Burkhardt i Hogan ujedno i teorija koja je analizirana u ovom radu; „A Theory of Family Interdependence among Family Caregivers and Their Elders“, koja razmatra poveznicu između spiritualnosti i pružatelja njegе i spiritualnosti i primatelja njegе autora Kim, Reed, Hayward, Kang i Koenig; i „T.R.U.S.T.: An Affirming Model for Inclusive Spiritual Care“ autora Barss.

Sestrinska istraživanja spiritualne njegе fokusirala su se na to što je spiritualnost i spiritualna njega u sestrinskoj praksi i koje su to spiritualne intervencije. Iz sestrinske perspektive spiritualnost se definira kao dio čovjeka koji traži smisao života. Spiritualnost sadržava oboje i vjeru i smisao života, a spiritualna njega uključuje intervencije koje promiču pacijentovu spiritualnost. Spiritualne intervencije uključuju promicanje samopromatranja, promicanje odnosa s obitelji/prijateljima i promicanje prakticiranja vjere i molitve. Istraživanja su također pokazala da pružanje spiritualne njegе može dotaknuti i sestrino spiritualno blagostanje i može promjeniti sestrinsku sposobnost da pruži spiritualnu njegu u budućnosti (Burkhart, 2009).

Burkhart (2009) navodi kako dokumentiranje i dijeljenje elektroničnih informacija može pomoći u promicanju spiritualne njegе.

Radni okoliš (Koren et al., 2009) koji podupire profesionalnost medicinskih sestara kao i spiritualnost medicinskih sestra ili smisao koji sestre pronalaze u svome poslu može pomoći u kvaliteti pružanja zdravstvene njegе. Međutim kako se malo zna o radnoj okolini medicinskih sestara, a još manje o njihovoj spiritualnosti. Istraživanja su pokazala da je potrebno istražiti i proučiti specifične spiritualne potrebe medicinskih sestara. Spiritualnost medicinskih sestara može pomoći u podizanju kvalitete zdravstvene njegе.

Spiritualnost pogađa (Koren et al., 2009) sve dijelove zdravstvene njegе, a ne samo kada se izravno pruža spiritualna njega. Medicinske sestre koje bolje razumiju svoju spiritualnost mogu pružiti kvalitetniju njegu pacijentu.

Prema Koren i Papamiditriou (2013) u sestrinskoj literaturi nedostaje informacija kako medicinske sestre mogu poboljšati spiritualnost. Tvrde da ako medicinske sestre same nisu svjesne svojih spiritualnih potreba one neće moći zadovoljiti spiritualne potrebe pacijenta.



Alligood Raile (2014) navodi kako su Burkhart i Hogan te Wu i Lin proveli istraživanje kako bi identificirali spiritualnu njegu u sestrinskoj praksi kako ju je prvo opisala Florence Nightingale. Nightingale i njezine najbliže medicinske sestre (Connell, 2012) imale su duboki spiritualni pristup u zdravstvenoj njezi.

Prema Connell Meehan (2012) medicinske sestre izjavljuju kako tehnologija i ekonomski sistem nekih zdravstvenih sistema onemogućuje pružanje spiritualne njege. I autori analizirane teorije govore kako neke medicinske sestre izjavljuju da im ti problemi onemogućuju pružanje spiritualne njege, no ipak većina se odlučuje za pružanje spiritualne njege.

ZAKLJUČAK

Ova teorija ima jasno razrađenih sedam kategorija koji ako se slijede omogućuju primjenu teorije u praksi. Smatramo da se teorija može primjenjivati na svim radilištima. Važnost spiritualne njege vidna je u brojnim istraživanjima, jer spiritualno blagostanje pridonosi zdravlju i oporavku pacijenta. Potrebno je istražiti stav medicinskih sestara o spiritualnoj njezi prije upotrebe ove teorije te je potrebno detaljnije istražiti i identificirati konkretne intervencije koje bi medicinska sestra mogla provoditi prilikom pružanja spiritualne njege.

LITERATURA

- Alligood RM. *Nursing theorists and their work*. 8th ed. St. Louise: Elsevier mosby; 2014.
- Barnum BS. *Spirituality in Nursing: From Traditional to New Age*. Nd ed. New York: Springer Publishing Company;2003.
- Burkhart L. *Informatics: Capturing and measuring spiritual care*. Vision. 2009;19(4):4.
- Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qual Health Res*. 2008;18(7):928-38.
- Connell MT. Spirituality and spiritual care from a careful nursing perspective. *J Nurs Manag*. 2012;20(8):990-1001.
- Koren ME, Czurylo K, Empsom R, Gattuso M, Stark B, Zastrow P, et al. Nurses' Work Environment and Spirituality: A Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*. 2009;2(3):118-25.
- Koren ME, Papamiditriou C. Spirituality of Staff Nurses: Application of Modeling and Role Modeling Theory. *Holist Nurs Pract*. 2013;27(1):37-44.
- McKenna HP. *Nursing theories and Models*. Routledge Essentials for Nurses. London: Routledge;1997.
- O'Brien ME. *Spirituality in Nursing*. 5.izd. Burlington: Jones and Bartlett learning;2013.

DOJEMANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA FLEBITIS MED MEDICINSKIMI SESTRAMI NURSES' PERCEPTION OF RISK FACTORS FOR PHLEBITIS

DRAGANA MILUTINoviĆ, DRAGANA SIMIN, DAVOR ZEC

ABSTRACT

Introduction: Phlebitis is a common local complication of peripheral intravenous therapy, caused by a variety of risk factors. Nurses' knowledge and early recognition of risk factors for the development of phlebitis can reduce complications; therefore, the aim of this study was to assess the nurses' perception of risk factors for phlebitis.

Methods: The cross-sectional study was conducted in Serbia and Croatia and the modified questionnaire by Lanbeck, Odenholt and Paulsen (2004) was used as a research tool.

Results: Nurses recognized some factors that may reduce the incidence of phlebitis such as: good practice venipuncture, regular and adequate documentation and administering short-term infusion of medication; however, more than half of the nurses were not aware that the material and diameter of the cannula can affect the incidence rate and did not distinguish the phlebitic potentials of the flush solution on cannulas, such as heparin and 0.9% NaCL. Furthermore, high pH of medication or solution was identified as a potential risk factor, whereas low pH and low osmolality were not.

Discussion and Conclusion: The results of the present study indicate incomplete knowledge of risk factors and emphasize the need for more training and education. Periodic check of nurses' perceptions about risk factors for phlebitis, using a questionnaire that was applied in this study, can help managers to determine in which part of the administration intravenous therapy nurses should receive education or training courses.

Keywords: phlebitis, intravenous therapy, risk factors, nurses, questionnaire

INTRODUCTION

Phlebitis is a common local complication of peripheral intravenous therapy administered through a peripheral venous cannula. It is an inflammatory process resulting from the irritation of the endothelial cells of the interior vein wall. Other terms referring to this inflammatory process such as infusion phlebitis and thrombophlebitis are broadly used in literature (Tagalakis et al., 2002). The currently accepted model of the pathogenesis of phlebitis indicates that venous catheter-related inflammation causes platelets to adhere to the vein wall and form thrombus (Zingg, Pittet, 2009). However, specific interaction between inflammatory process and thrombus formation has still not been completely clarified (Tagalakis et al., 2002; Dychter et al., 2012), and the question remains: Are phlebitis and thrombophlebitis identical conditions? Since there is no current consensus about terminology and the review of literature shows frequent use of the term phlebitis, we have adopted this term in the present paper.

No generally accepted classification of predisposing factors for phlebitis exists. A large number of risk factors have been identified in various studies and they can be classified as those relating to: patient (age, gender, and underlying disease), cannula (material, diameter, insertion site, time of replacing, stabilization and securement), administered therapy (methods of administering, pH and osmolality of the medications and solutions, and the use of antibacterial drugs) and other factors (Cicolini et al., 2009; Do Rego Furtado, 2011a; Do Rego Furtado, 2011b; Jackson, 2012; Salgueiro-Oliveira et al., 2012; Washington, Barrett, 2012). One of the major risks for phlebitis incidence is related to the placement and maintenance of PVC by insufficiently trained staff and staff with less work experience (Solomon Palefski, Stoddard, 2001; Zingg, Pittet, 2009).

Nurses' knowledge and early recognition of risk factors for the development of phlebitis can reduce complications. This improves the quality of care,

Assist Prof Dragana MILUTINoviĆ, University of Novi Sad, Faculty of Medicine, Department of Nursing, RS; milutind@uns.ac.rs

Dragana SIMIN, University of Novi Sad, Faculty of Medicine, Department of Nursing, RS; simindra@gmail.com

Davor ZEC, Clinical Hospital Centre of Osijek, Department for Internal disease – Medical Critical Care Unit, HR; zecdavor@gmail.com



patients' safety, and their satisfaction ratings and at the same time reduces length of hospital stay and overall cost of health care. Therefore, the aim of this study was to assess the nurses' perception of risk factors for phlebitis.

METHODS

The study was conducted in three healthcare institutions in Serbia and Croatia (2 and 1, respectively) in the form of cross-sectional, descriptive studies. Structured, self-administered questionnaire was used as the data collection tool.

The study included $n = 102$ nurses working in the intensive care unit (ICU) for adults (surgical and internal medicine) and anaesthesia department (AD). As convenience sampling was used, all nurses employed in the ICU, and the AD for adults were invited to participate in the study. A total of 120 questionnaires were distributed to the three hospitals, and 102 of them were completed, returned and used for analysis. Overall response rate was 85%.

A modified questionnaire of Lanbeck, Odenholt and Paulsen (2004) was used as the survey instrument. As it was not copyrighted, permission was not needed to obtain in order to use and modify some of their items for our study. To assess the reliability of the questionnaire, a pilot test-retest study with a three-week interval check was performed. A Cohen's $k > 0.60$ determined the good level of item reliability. The final form of the questionnaire contained two sections and an introductory paragraph which provided the definition of phlebitis. The first section was used to collect general data (gender, age, and job data). The second section contained 17 close-ended questions regarding the risk factors for phlebitis.

The implementation of this study was approved by the Ethics Committee of the Medical Faculty of the University of Novi Sad and administration of all health institutions where the study was conducted.

The Statistical Package for the Social Sciences for Windows, version 19.00 was used for descriptive and inferential analysis (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTS

Demographic characteristics

Of the total number of nurses who participated in the study, 23 (22.5%) were male and 79 (77.5%) female. The mean age of nurses was 33.2 ($SD = 7.2$) years old. The youngest nurse was 20 and the oldest 56 years old. Most of the nurses 63 (61.8%) completed secondary medical school, while 36 of them (35.3%) graduated from college or university, and three (2.9%) had a master's degree in nursing. An almost equal number of nurses who participated in the study work in surgical and internal medicine intensive care units ($n = 43$, 42.1% and $n = 42$, 41.2%, respectively), while others work in the anesthesia care unit ($n = 17$, 16.7%). The mean work experience of nurses was 11.7 ($SD = 7.8$), with the span ranging from one to thirty-five years.

The perception of the risk factors for phlebitis

Most nurses considered phlebitis a great problem, whose prevalence indicated the quality of the nursing care ($n = 69$, 67.6%, $n = 67$, 65.7%, respectively), while one-third considered phlebitis a moderate problem in patient care.

Analysis of the other responses to the questionnaire is shown in Figure 1. The data show that nurses recognized some factors that may affect the reduction of the incidence of phlebitis such as: good practice venipuncture, regular and adequate documentation and administering short-term infusion of medication. However, more than half of nurses were not aware that the material and cannula's diameter may affect the incidence of phlebitis, and did not distinguish the phlebitic potentials of the flush solution on cannulas, such as heparin and 0.9% NaCl.

Do you think that a good practice (skill) of venipuncture and setting up IV cannula <i>reduces the risk</i> for phlebitis?				In your opinion, IV cannula placed in situ:			
Yes	83.3%	Should stay no longer than 24 hours	11.8%				
No	15.7%	Should stay no longer than 48 hours	25.5%				
I don't know	1%	Should stay no longer than 72 hours	27.5%				
Do you think that the choice of anaesthetic devices and manner of its application <i>affect the development</i> of phlebitis?				Should be replaced depending on clinical indications	35.3%		
Yes	46.1%	Should be replaced depending on the patient's wish	0%				
No	41.2%	Do you think that the proper documentation on setting up IV cannula <i>reduces the risk</i> of phlebitis?					
I don't know	12.7%	Yes	63.7%				
In your opinion, which of the following sizes of IV cannula application <i>reduces the risk</i> for phlebitis?				No	32.4%		
18G	41.2%	I don't know	3.9%				
20G	24.5%	If the medicine can be administered as a bolus injection and as a short-term infusion (30 minutes duration), which manner of administering do you believe will <i>reduce the development</i> of phlebitis?					
22G	21.6%	Bolus injection	5.9%				
I don't know	12.7%	Short-term	90.2%				
In your opinion, which material used to make cannulas <i>reduces the risk</i> for phlebitis?				I don't know	3.9%		
Teflon*	19.6%	Do you think that the use of infusion pumps <i>increases the risk</i> for phlebitis?					
Vialon*	22.5%	Yes	18.6%				
I don't know	57.8%	No	67.6%				
In your opinion, which vein should IV cannula be placed in <i>to reduce the risk</i> of phlebitis?				I don't know	13.7%		
Hand veins	43.6%	Feet veins	0%	Which of the following physicochemical properties of the solution or drug administered through a peripheral vein <i>increases the risk</i> for phlebitis?			
Wrist veins	3.2%	Calf veins	1.1%	Higher pH	28.4%	Low osmolarity	4.9%.
Forearm veins	39.4%	Elbow pit veins	12.8%	Lower pH	7.8%	Higher drug concentration	
Do you think that the choice of the device for fixing and covering IV cannula <i>influences the development</i> of phlebitis?				87.3%	High osmolarity	18.6%	
Yes	55.9%	Lower drug concentration	2.9%	A cold solution	20.6%		
No	37.3%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?		Solution at room temperature	0%		
I don't know	6.9%	Yes	18.6%				
Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?				No	67.6%		
Yes	54.9%	I don't know	13.7%				
No	38.2%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
I don't know	6.9%	5% glucose	5.2%				
Do you think that flushing of IV cannula with a solution of heparin <i>affects the development of phlebitis</i> ?				0.9% NaCl	57.3%		
Yes	34.3%	Aqua pro injectione	28.1%				
No	50%	I don't know	9.4%				
I don't know	15.7%	In your opinion, which of the following factors <i>increases the risk</i> of phlebitis?					
Do you think that flushing of IV cannula with 0.9% NaCl solution <i>affects the development of phlebitis</i> ?				Male gender	77.5%	Age	46.1%
Yes	32.4%	Female gender	19.6%	Obesity	28.4%		
No	57.8%	Malignity	46.1%	Cachexia	14.7%		
I don't know	9.8%	Rheumatic illnesses	25.5%	Venous insufficiency	56.9%		
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Arterial insufficiency	44.1%	Thromboembolic disease	71.6%
From 0 to 15 minutes	30.4%	Diabetes mellitus	59.8%	Children	13.7%		
From 16 to 30 minutes	14.7%	Infectious diseases	20.6%	Alcoholism	21.6%		
From 31 to 60 minutes	28.4%	Do you think that flushing of IV cannula with 0.9% NaCl solution <i>affects the development of phlebitis</i> ?		Immobilization	38.2%		
More than 60 minutes	26.5%	Yes	18.6%	Previous phlebitis	58.2%		
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				No	67.6%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	I don't know	13.7%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
From 31 to 60 minutes	28.4%	5% glucose	5.2%				
More than 60 minutes	26.5%	0.9% NaCl	57.3%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Aqua pro injectione	28.1%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	I don't know	9.4%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?					
From 31 to 60 minutes	28.4%	Yes	18.6%				
More than 60 minutes	26.5%	No	67.6%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	13.7%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
From 16 to 30 minutes	14.7%	5% glucose	5.2%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	0.9% NaCl	57.3%				
More than 60 minutes	26.5%	Aqua pro injectione	28.1%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	9.4%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?					
From 16 to 30 minutes	14.7%	Yes	18.6%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	No	67.6%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	13.7%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?			
From 0 to 15 minutes	30.4%	5% glucose	5.2%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	0.9% NaCl	57.3%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	9.4%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Yes	18.6%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	No	67.6%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	13.7%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
More than 60 minutes	26.5%	5% glucose	5.2%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				0.9% NaCl	57.3%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	9.4%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Yes	18.6%				
More than 60 minutes	26.5%	No	67.6%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	13.7%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?					
From 16 to 30 minutes	14.7%	Yes	18.6%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	No	67.6%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	13.7%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?			
From 0 to 15 minutes	30.4%	5% glucose	5.2%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	0.9% NaCl	57.3%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	9.4%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Yes	18.6%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	No	67.6%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	13.7%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
More than 60 minutes	26.5%	5% glucose	5.2%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				0.9% NaCl	57.3%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	9.4%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Yes	18.6%				
More than 60 minutes	26.5%	No	67.6%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	13.7%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?					
From 16 to 30 minutes	14.7%	Yes	18.6%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	No	67.6%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	13.7%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?			
From 0 to 15 minutes	30.4%	5% glucose	5.2%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	0.9% NaCl	57.3%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	9.4%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Yes	18.6%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	No	67.6%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	13.7%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
More than 60 minutes	26.5%	5% glucose	5.2%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				0.9% NaCl	57.3%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	9.4%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Yes	18.6%				
More than 60 minutes	26.5%	No	67.6%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	13.7%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?					
From 16 to 30 minutes	14.7%	Yes	18.6%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	No	67.6%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	13.7%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?			
From 0 to 15 minutes	30.4%	5% glucose	5.2%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	0.9% NaCl	57.3%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	9.4%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Yes	18.6%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	No	67.6%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	13.7%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
More than 60 minutes	26.5%	5% glucose	5.2%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				0.9% NaCl	57.3%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	9.4%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Yes	18.6%				
More than 60 minutes	26.5%	No	67.6%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	13.7%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?					
From 16 to 30 minutes	14.7%	Yes	18.6%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	No	67.6%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	13.7%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?			
From 0 to 15 minutes	30.4%	5% glucose	5.2%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	0.9% NaCl	57.3%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	9.4%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Yes	18.6%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	No	67.6%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	13.7%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
More than 60 minutes	26.5%	5% glucose	5.2%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				0.9% NaCl	57.3%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	9.4%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Yes	18.6%				
More than 60 minutes	26.5%	No	67.6%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	13.7%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Do you think that the replacement time of infusion system <i>influences the development</i> of phlebitis?					
From 16 to 30 minutes	14.7%	Yes	18.6%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	No	67.6%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	13.7%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?			
From 0 to 15 minutes	30.4%	5% glucose	5.2%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	0.9% NaCl	57.3%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
More than 60 minutes	26.5%	I don't know	9.4%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				Yes	18.6%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	No	67.6%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	13.7%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	In your opinion, application of which drug solvent acting irritant to peripheral veins <i>reduces the risk</i> for phlebitis?					
More than 60 minutes	26.5%	5% glucose	5.2%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				0.9% NaCl	57.3%		
From 0 to 15 minutes	30.4%	Aqua pro injectione	28.1%				
From 16 to 30 minutes	14.7%	I don't know	9.4%				
From 31 to 60 minutes	28.4%	Yes	18.6%				
More than 60 minutes	26.5%	No	67.6%				
In your opinion, <i>the time recommended for IV medication administration</i> which often causes phlebitis is:				I don't know	13.7%		

The nurses also recognized the factors that influence the development of phlebitis, such as choice of devices which facilitate covering and fixing of the intravenous cannula and the length of time for infusion system replacement. Nurses' perceptions were mostly divided in relation to the recommended time of IV medication administration, setting cannula in situ, and the impact of the choice and methods of local anesthetic administration on the reduction of the incidence of phlebitis.

In nurses' opinion, factors that can lead to phlebitis are: higher medication concentration and the medication or solution with a higher pH, as well as thromboembolic diseases.

With regard to educational level and work experience there was a significant difference in the nurses' perception about some risk factors ($p < 0.05$).

DISCUSSION

Comparing the current standards of infusion therapy (Royal College of Nursing, 2010; Infusion Nurses Society, 2011) and the nurses' knowledge about risk factors for phlebitis with our findings, we observed a large gap between the two. Namely, although several studies have confirmed that cannula material influence the development of phlebitis (Maki, Ringer 1991, Gupta et al., 2007; Zingg, Pittet 2009), nurses in our study did not recognize this as a predisposing factor. The reason for misperception could be interpreted by the increased availability of Teflon® cannulas. Despite the wide variety of types of intravenous cannula in the European market, the main discriminator in selecting them is their price (Strauss, Onia, Van Zundert, 2008). Therefore, institution management often opt for Teflon® cannula with a more favorable price, as they do in Serbia and Croatia.

For a successful and safe use of intravenous therapy and reduction of complication rates, it is important to respect the golden rule: "The catheter selected shall be of the smallest gauge and length with the fewest number of lumens and shall be the least invasive device needed to accommodate and manage the prescribed therapy" (Infusion Nurses Society, 2011, p S37). Taking into account that 41.2% of nurses chose the largest offered diameter cannula (18G) as a dimension that reduces the risk of phlebitis, while only 21.6% opted for the lowest offered diameter (22G), it could be concluded that the golden rule is not followed by all nurses involved in the study. Since the study was conducted in the intensive care units we assume that

nurses based this decision on their perception that the rapid volume restoration, which is often needed by critically ill, requires a larger cannula diameter, regardless of the possible risk of adverse complications.

Flushing and locking are important procedures that influence both the effectiveness and safety of therapy administered through an intravenous cannula (Royal College of Nursing, 2010, Infusion Nurses Society, 2011). Therefore, it is important to select the appropriate solution. Comparing the effectiveness and safety of 0.9% sodium chloride solution versus heparin saline solution as flushing and locking solutions for peripheral intravenous access devices in a prospective controlled trial, Wang et al., (2012) concluded that both agents are equally effective and safe. This was confirmed in our study, where a difference in the phlebitic effect of these two solutions was not perceived by nurses, either. In contrast, Bertolino et al., (2012) found that the rate of cannula-related phlebitis/occlusions was significantly lower in the group of patients who used heparin as a flushing solution. At the same time, Bertolino et al., (2012) recommend that cost / benefit analyses should be done before making the final decision on the choice of agents.

In terms of retaining intravenous cannula in situ, nurses' perceptions were greatly divided. Therefore, for successful intravenous medicine management and reduction in associated complications, it is essential to address the issue of the time of cannula replacement. Taking into account that globally a large number of patients require intravenous cannulation, clinically indicated versus routine replacement in 72 to 96 hours would have a positive effect on health care costs worldwide (Rickard et al., 2012). Routine replacement of the cannula was and still is the source for overwhelming expenditure and burden on patients and nurses.

There is still another dilemma to be resolved for successful intravenous medicine management. Namely, the nurses in clinical practice are faced with a variety of recommendations regarding site selection. Recommendations of Royal College of Nursing (2010) and Infusion Nurses Society (2011) suggest that initial cannulation should be in the veins of the upper extremity in the distal areas, while subsequent cannulation should be made proximal to the previous one. In our study, nurses' perception that the hand veins have a lower risk for phlebitis are probably due to



the influence of previous CDC recommendations for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (O'Grady et al., 2002).

LIMITATIONS OF THE STUDY

Results from this study add information to the body of knowledge on nurses' perception about risk factors for phlebitis. However, some limitations should be noted. The use of a convenience sampling, drawn only from the intensive care unit and anesthesiology department from 2 hospitals in Serbia and one from Croatia limits the generalizability of the findings. Future studies should recruit larger random samples of nurses from different settings and across a broader geographical area.

CONCLUSION

Results of the study indicate incomplete knowledge of the risk factors that contribute to the incidence of phlebitis. The results are a good basis for the design of educational activities.

Periodical check of nurses' perceptions about risk factors for the development of phlebitis, using a questionnaire that was applied in this study, can help nursing managers to determine in which part of the process of administering intravenous therapy (preparation, administration or monitoring) nurse should receive education or training courses. Improving knowledge regarding risk factors and altering nurses' practices could significantly reduce the risk for phlebitis. As well as being valuable for further research, the results of this study can become the basis for improving the concept of nursing care quality and patient safety.

REFERENCES

- Bertolino G, Pitassi A, Tinelli C, Staniscia A, Guglielmana B, Scudeller L, et al. Intermittent Flushing with Heparin Versus Saline for Maintenance of Peripheral Intravenous Catheters in a Medical Department: A Pragmatic Cluster-Randomized Controlled Study. *Worldv Evid-Based Nu.* 2012; 9(4): 221-6.
- Cicolini G, Bonghi AP, Di Labio L, Di Mascio R. Position of peripheral venous cannulae and the incidence of thrombophlebitis: An observational study. *J Adv Nurs.* 2009; 65(6): 1268-73.
- Do Rego Furtado LC. Incidence and predisposing factors of phlebitis in a surgery department. *Br J Nurs.* 2011a; 20(14 suppl): S16-S25.
- Do Rego Furtado LC. Maintenance of peripheral venous access and its impact on the development of phlebitis: A survey of 186 catheters in a general surgery department in Portugal. *J Infus Nurs.* 2011b; 34(6): 382-90.
- Dychter SS, Gold DA, Carson D, Haller M. Intravenous therapy: A review of complications and economic considerations of peripheral access. *J Infus Nurs.* 2012; 35(2): 84-91.
- Gupta A, Mehta Y, Juneja R, Trehan N. The effect of cannula material on the incidence of peripheral venous thrombophlebitis. *Anaesthesia.* 2007; 62(11): 1139-42.
- Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs.* 2011; 34(suppl.18): S1-109.
- Jackson A. Retrospective comparative audit of two peripheral IV securement dressings. *Br J Nurs.* 2012; 21(2 suppl): 10-5.
- Lanbeck P, Odenholt I, Paulsen O. Perception of risk factors for infusion phlebitis among Swedish nurses: a questionnaire study. *J Infus Nurs.* 2004; 27(1): 25-30.
- Maki DG, Ringer M. Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters: A randomized controlled trial. *Ann Intern Med.* 1991; 114(10): 845-54.
- O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis.* 2002; 35(11): 1281-1307.
- Rickard CM, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail MR, French V, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: A randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2012; 380(9847): 1066-74.
- Royal College of Nursing. Standard for infusion therapy, 3rd ed. London: Royal College of Nursing, 2010. Available from: <http://www.rcn.org.uk>
- Salgueiro-Oliveira A, Parreira P, Veiga P. Incidence of phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: The influence of some risk factors. *Aust J Adv Nurs.* 2012; 30(2): 32-9.
- Solomon Palefski S, Stoddard GJ. The infusion nurse and patient complication rates of peripheral-short catheters. *J Intraven Nurs.* 2001; 24(2): 113-23.

Strauss KW, Onia R, Van Zundert AAJ. Peripheral intravenous catheter use in Europe: Towards the use of safety devices. *Acta Anaesth Scand.* 2008; 52(6): 798-804.

Tagalakis V, Kahn SR, Libman M, Blostein M. The epidemiology of peripheral vein infusion thrombophlebitis: A critical review. *Am J Med.* 2002; 113(2), 146-51.

Wang R, Luo O, He L, Li J.-, Zhang M.-. Preservative-free 0.9% sodium chloride for flushing and locking

peripheral intravenous access device: A prospective controlled trial. *J Evid Based Med.* 2012; 5(4): 205-8.

Washington GT, Barrett R. Peripheral phlebitis: A point-prevalence study. *J Infus Nurs.* 2012; 35(4): 252-58.

Zingg W, Pittet D. Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. *Int J Antimicrob Ag.* 2009; 34(Suppl 4): S38-42.



ANTROPODINAMIČNA BIOMEHANIKA MEDICINSKE SESTRE ANTROPODYNAMIC BIOMECHANICS OF A NURSE

DAVID HALOŽAN, JADRANKA STRIČEVIC, ANA HABJANIČ, ALEŠ FAJMUT, MILAN BRUMEN

IZVLEČEK

Z načeli biomehanike in anatomije opišemo delovanje hrbtnice za optimalno prenašanje bremen in premikanje telesa. Hrbtnica je sestavljena iz vretenc, ki so med seboj povezana z medvretenčnimi sklepi in ploščico, vezmi, žilami ter živci. Ocena obremenitve hrbtnice temelji na meritvah sil na L5/S1. Razpon obremenitev hrbtnice je posledica številnih dejavnikov. Z ergonomskimi pristopi zmanjšamo obremenitve hrbtnice in posledično tudi stroške iz ekonomskega vidika.

Ključne besede: antropometrija, biomehanika, zdravstvena nega

ABSTRACT

The principles of biomechanics and anatomy describe the functioning of the spine in order to achieve the optimum carrying of loads and movement of the body. The spine is composed of vertebrae that are connected to each other by joints and intervertebral disc, bonds, veins and nerves. The load estimate of the spine is based on the measurement of forces at L5/S1. Spread of the spine load is the result of many factors. The ergonomic approaches achieve to reduce the burden of the spine and consequently the costs from an economic point of view.

Keywords: Antropometry, biomechanics, health care

IZHODIŠČA

Glavna funkcija hrbtnice je prenašanje bremen, gibanje telesa in glave ter zaščita kostnega mozga in živčnih končičev, ki izhajajo iz mozgovine proti mišicam in krvnim organom. Skladno z načeli biomehanike, anatomija hrbtnice omogoča optimalno izvršitev navedenih funkcij. Hrbtnica je sestavljena iz vretenc, ki so med seboj povezana z medvretenčnimi sklepi in ploščico, vezmi, žilami ter živci. Vretanca imajo več izrastkov (trnasti, stranski, sklepni), ki so narastiča in opora za vezi in mišice med enim ali več gibalnimi segmenti. Hrbtnica deluje kot elastična palica s sposobnostjo tridimenzionalne gibljivosti (Zupanc, Šarabon, 2004). Skozi življenje se funkcija hrbtnice lahko menja s staranjem, boleznjijo in možnimi poškodbami. Vse to so razlogi našega zanimanja in želje boljšega razumevanja biomehanike hrbtnice, vpliva patoloških sprememb na anatomske strukture in njihove funkcije (Muftić, 2006).

Biomehanični pristop ocenitve vpliva ali obremenitve hrbtnice temelji na meritvi kompresije in neposrednih sil ustvarjenih na L5/S1 ali med petim ledvenim in prvim križnim vretencem hrbtnice (slika 1). Merilna tehnika zahteva, da se človeško telo obravnava kot sistem členkov in povezanih spojev. Za meritev potrebujemo video kamere, talno platformo za merjenje sil (angl. force platform) in računalniški program za obdelavo slikovnega gradiva (Zhuang et al., 1999). V biomehaničnih modelih členki simulirajo točke obremenitve, kjer je vsak členek modeliran z enako velikostjo, maso in momentom vztrajnosti kot pripadajoči del človeškega skeleta. Biomehanične modele ločimo glede na število členkov in tehniko analize, ki je lahko 2-D ali 3-D, pri slednji uporabljamo več kamer in lahko analiziramo večjo število členkov (Muftić, 2006).

Doc. dr. David HALOŽAN, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; david.halozan@um.si

Doc. dr. Jadranka STRIČEVIC, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; jadranka.stricevic@um.si

Doc. dr. Ana HABJANIČ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; ana.habjanic@um.si

Doc. dr. Aleš FAJMUT, Univerza v Mariboru, Fakulteta za naravoslovje in matematiko in Fakulteta za zdravstvene vede, SI; ales.fajmut@um.si

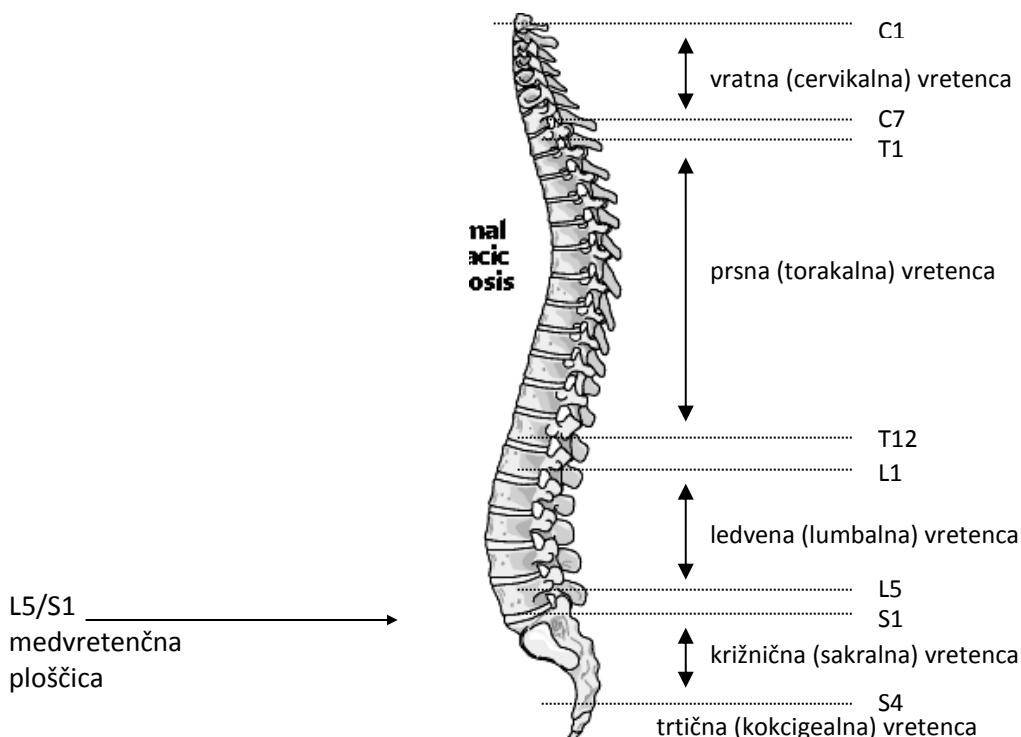
Prof. dr. Milan BRUMEN, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Fakulteta za naravoslovje in matematiko in Fakulteta za zdravstvene vede, SI; milan.brumen@um.si



METODE

Obremenitev hrbtenice merimo na petem ledvenem vretencu, ker je identificirano kot najšibkejše vretence hrbtenične strukture (Ayoub, Mital, 1989). Tudi dodatne raziskave omenjajo, da je pri poškodbah hrbtenice najpogosteje prizadeto peto ledveno vretenec in redkeje druga (Wiltse, Jackson, 1976). Raziskave so pokazale največjo obremenitev hrbtenice

pri delu med 3,0 kN in 12,0 kN (Hutton, Adams, 1982; Brinckmann et al., 1988). Velik razpon obremenitev hrbtenice pri delu je posledica številnih faktorjev, kot so starost, spol, površina krovne ploskve vretenca, ledveni nivo in struktura hrbtenice. Sinteza raznih raziskav o največji obremenitvi hrbtenice pri delu je pokazala srednje vrednosti $5,7 \pm 2,6$ kN za moški spol in $3,9 \pm 1,5$ kN za ženski spol (Jager, Luttmann, 1991).



Vir: Martini, Bartholomew, 2003.

Slika 1: Struktura hrbtenice in oznaka vretenc.

REZULTATI

Teža zgornjega dela telesa in zunanjega bremena se v celoti prenese na ledveni del hrbtenice, ker je to edina struktura, ki prenaša obremenitev na medenico in preko spodnjih udov na podlago. Če je teža zgornjega dela telesa večja, je večja tudi obremenjenost hrbtenice. Bremena, ki jih prenašamo z rokami, še

dodatno obremenjujejo hrbtenico. V primerjavi s pokončno držo in hojo se pri predklonu in rotaciji telesa sile, ki delujejo na hrbtenico, povečajo (Muftić, 2006). V tabeli 1 so predstavljene obremenitve na medvretenčne ploščice ledvene hrbtenice pri različnih položajih telesa.



Tabela 1: Obremenitev medvretenčnih ploščic ledvene hrbtenice pri različnih telesnih položajih in obremenitvah.

Položaji telesa	Obremenitev medvretenčnih ploščic (N/cm^2)
Ravna drža	860
Počasna hoja	920
Upogibanje telesa na stran za 20°	1140
Rotiranje telesa za 45°	1140
Upogibanje telesa naprej za 30°	1470
Pokončna drža z dvigom bremena 20 kg (10 kg v vsaki roki)	1220
Dvigovanje 20 kg bremena z ravnim hrbotom in upognjenimi koleni	2100
Upogibanje telesa naprej za 30° z dviganjem bremena 20 kg	2400
Dvigovanje 20 kg z upognjenim hrbotom in ravnimi koleni	3270

Vir: Sušnik, Bizjak, Cestnik, 1995.

DISKUSIJA

Pri obremenitvenem delu je storilnostna kapaciteta omejena predvsem na to, kako dobro je mišica preskrbljena z energijo, kar pa je odvisno od intenzitete in trajanja dela oz. obremenitve. Pri tem veljajo naslednja osnovna načela: krajši je čas trajanja obremenitve, močnejši je učinek oz. večja je storilnost ter nižja je potreba po relativnem aerobnem energijskem doprinosu. Dobro je upoštevati kategorije trajanja obremenitve, četudi so meje relativno zarisane (Strojnik, 2005):

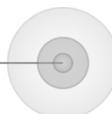
- kratkotrajna obremenitev (angl. short – term performance),
- srednje dolga obremenitev (angl. intermediate – term performance),
- trajna obremenitev (angl. long – term ali endurance performance).

Kratkotrajna obremenitev (cca. 20 sek): v takšnih situacijah je odločilna intracelularna zaloga ATP in kreatin fosfata. Te energijsko bogate molekule lahko nudijo oskrbo z energijo pri maksimalni obremenitvi le v prvih 15 – 20 sek (Sušnik, Bizjak, Cestnik, 1995). Srednje dolga obremenitev (približno 1 – 6 min): razlikuje se krajši čas in daljši čas trajanja obremenitve; pri krajši obremenitvi, cca. 1 min, se v prvih nekaj sekundah porablja energija iz anaerobne glikolize; torej na stopnjo obremenitve vplivata dva omejujoča dejavnika: metabolna kapaciteta mišic (glikoliza) in toleranca na zakisanost mišic z laktatom. Pri daljši obremenitvi (cca. 6 min) pa sodeluje tudi aerobni energijski doprinos, torej sta tu omejujoča dejavnika anaerobna in aerobna stopnja metabolizma (Strojnik, 2005).

Pri zelo dolgem trajanju obremenitve oz. trajni obremenitvi (6 min in več) pa prevladuje aerobni energijski metabolizem. Storilnostna kapaciteta je primarno omejena z metabolno kapaciteto in glikogenskimi zalogami v mišičnih celicah ter s preskrbo s kisikom in substrati. Zaradi tega je prekrvavljenost mišic pri trajni obremenitvi odločilnega pomena. Le kadar se delo vrši več ur, a pri zmernih intenzitetah, je storilnost omejena z izčrpanostjo in porabo glikogenskih zalog (Strojnik, 2005). Ko je breme dela preveliko, ne glede na delovno naravo, je telo preobremenjeno in lahko zbolimo.

Pogosto je posledica fizične utrujenosti tudi psihična utrujenost, ki povzroči padec storilnosti, zaradi motenj v centralnem živčnem sistemu. Tipični simptomi psihične utrujenosti so: počasnejši prenos informacij, upočasnjen razmišljjanje in odločanje, sklepanje, oslabljena je percepcija in senzomotorika. Takšna utrujenost lahko včasih vodi v depresivnost, anksioznost, zmanjšanje motivacije, iritabilnost (razdražljivost) in čustveno labilnost (Rakovec-Felser, 1998).

Dolgotrajno psihično delo lahko vodi k psihični utrujenosti, zaradi: visokega nivoja koncentracije, ekstremnega mentalnega napora, enoličnega dela pri monotonih pogojih, dela pri šibki svetlobi, neustrezni temperaturi in močnem hrupu, konflikta, stresa, pomanjkanja interesa, bolezni, bolečine in podhranjenosti. Do psihične utrujenosti, zaradi fizičnega dela lahko pride, zaradi neprestanega dovajanja informacij delujočih mišic v možgane, kar generira zavedanje, da se mišice utrujajo ali generira zavedanje bolečine in hkrati zavre kortikalne funkcije (Retsas, 2000).





Stopnja metabolizma narašča tudi pri psihološkem delu, vendar je razlog naraščanja mišični tonus in ne povečanje metabolizma centralnega živčnega sistema. V veliko primerih se tudi pri psihični obremenitvi pojavijo avtonomni odgovori, značilni za fizično obremenitev: povisan srčni utrip, minutni respiratorni volumen, večja kožna prekravitev, upad električne upornosti kože, naraščanje znojenja in sproščanje večjih količin adrenalina (skladno s tem je tudi povečana ekskrecija vanilimandlične kisline v urinu) (Maher, 2000).

Ekonomski evalvaciji ponuja pomembno informacijo odgovornim, da odločijo ali je implementacija določene strategije smiselna (Hoeijenbos et al., 2005). Stroški, ki nastanejo za organizacijo z vzpostavitvijo ergonomskega programa, so v prvi meri povezani z nakupom pripomočkov, vzdrževanjem, tehničnimi okvarami in obratovalnimi stroški. Nasprotno pa lahko pričakujemo dobiček zaradi neplačevanja nadomestil za bolniško odsotnost. Do 30 dni bolniško odsotnost plačuje delovna organizacija, kasneje plačuje nadomestila Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pozitivno lahko učinkuje tudi manjše število tožb zaradi delovnih poškodb. Glede na to, da imajo bolnišnice lastno ekipo vzdrževalcev, lahko stroške za vzdrževanje zanemarimo, tudi manjše okvare ne bi smele predstavljati večjega stroška, v primeru večjih okvar pa se stroški lahko krijejo iz naslova garancije. Najvišji obratovalni strošek predstavlja poraba električne energije.

Bolniška odsotnost z dela predstavlja za zavarovalnico strošek zdravljenja in strošek nadomestil v času izostanka od dela (če je bolniška odsotnost daljša od 30 dni) ali invalidske upokojitve. Nastanejo lahko še individualni stroški posameznika za nakup zdravil, alternativna zdravljenja in potne stroške. Navedeni stroški so se v preteklosti že ocenjevali v višini med 1300 in 1500 EUR (Turk, 2005; Wenig et al., 2009). Druga skupina stroškov ali učinkov, ki vsebuje psihične obremenitve in izgubo kakovosti življenja, ki jih je posameznik deležen, še posebej ko zdravstvene težave postanejo kronične oz. ponavljajoče, je finančno težje ocenljiva. Izgublja tudi organizacija, ki mora s preostalim negovalnim osebjem nadomestiti znanje in spretnosti odsotnega z dela, kar privede do

nezadovoljstva z delovnimi razmerami, še posebej, če se bolniške odsotnosti ponavljajo.

Vzpostavitev ergonomskega programa je povezana z visokimi enkratnimi stroški nabave pripomočkov. Pacient, ki je nepomičen, mora ležati v mehansko dvižni ali električno nastavljivi postelji. Postelje tako predstavljajo največje stroške na oddelkih v bolnišnici, ker so potrebne v velikem številu. Posamezno prostostoječe premično dvigalo lahko zadostuje za več pacientov, odvisno od organizacije dela. Ergonomsko tehnični pripomočki za osebno higieno pacientov so cenejši od prostostoječih premičnih dvigal in jih je smiseln kupiti večje število. Določeni pripomočki se tudi izključujejo, na primer, če imamo posebno kad na višini postelje ne potrebujemo dvigala za kopalno kad. Invalidski vozički danes predstavljajo že običajen ergonomsko tehnični pripomoček in so oddelki z njimi dobro opremljeni. Paziti je treba le, da so tehnološko sodobni in olajšajo posedanje in transfer pacientov. Številni ergonomsko tehnični pripomočki, kot so držala in nastavki, ne predstavljajo posebnega stroška nabave in jih tudi ne upoštevamo v preračunu. V takšnem primeru najvišji strošek predstavlja montaža.

ZAKLJUČEK

V sodobnih organizacijskih sistemih zdravstvene nege mora biti opredeljen tudi model strateškega razvoja zdravstvene nege, ki omogoča temeljito preobrazbo sedanje organiziranoosti zdravstvene nege, njeno sodobno zasnova, obvladovanje in usmerjanje njenega dolgoročnega razvoja. Vpeljava ergonomskega programa je odvisna predvsem od pričakovanega razmerja med dobičkom (finančna korist) in stroški. Običajno pričakuje vodstvo že kratkoročni učinek. Glavni del stroškov predstavlja nakup ergonomskih opreme oz. odpravljanje arhitektonskih pregrad, ki onemogočajo varno delo. Tudi izobraževanje in nadzor ergonomskega programa lahko povečata stroške. Največjo finančno korist ima Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in delavec, ki ohrani zdravje in denar za rehabilitacijo in zdravila. Organizacija ustvari dobiček na podlagi manjšega števila bolniške odsotnosti zaposlenih in s tem povezanim večjim zadovoljstvom med zaposlenimi, boljšo fizično zmogljivostjo oz. večjo storilnostjo zaradi ohranitve zdravja in povečano varnostjo za paciente.





LITERATURA

- Ayoub MM, Mital A. Manual Materials Handling. London: Taylor and Francis; 1989: 117-28.
- Brinckmann P, Biggeman M, Hilweg D. Fatigue fracture of human lumbar vertebrae. Clin Biomech. 1988; 3(supl. 1): 1-23.
- Hoeijenbos M, Bekkering T, Lamers L, Hendriks E, van Tulder M, Koopmanschap M. Cost-effectiveness of an active implementation strategy for the Dutch physiotherapy guideline for low back pain, Health Policy. 2005; 75(1): 85-98.
- Hutton WC, Adams MA. Can the lumbar spine be crushed in heavy lifting?. Spine. 1982; 7(6):586-90.
- Jager M, Luttmann A. Compressive strength of lumbar spine elements related to age, gender, and other influencing factors. In: Anderson PA, Hobart DJ, Danoff JV, eds. Electromyographical Kinesiology, Elsevier Science, Amsterdam; 1991: 291-94.
- Maher CG. A systematic review of workplace interventions to prevent low back pain, The Aust J Physiother. 2000; 46(4): 259-69.
- Martini HF, Bartholomew EF. Essentials of Anatomy & Physiology (3rd ed.). Upper Saddle River: Pearson Education; 2003: 320-76.
- Muftić O. Biomehanička ergonomija, Zagreb: Sveučilišće u Zagrebu, Fakultet strojarstva i brodogradnje; 2006: 200-7.
- Rakovec-Felser Z. Stres in tegoba - pomen stresnih teorij za celostno razumevanje bolnika. In: Rakovec-Felser, Z. ed. Celostni pogled na bolnika: človek kot biopsihosocialno bitje: zbornik predavanj in praktikum. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 1998. 29-38.
- Retsas A. Barriers to Using Research Evidence in Nursing Practice, J Adv Nurs. 2000; 31(3): 599-606.
- Strojnik V. Vadba za zaščito ledvenega dela hrbtenice. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Inštitut za šport; 2005: 14-25.
- Sušnik J, Bizjak B, Cestnik B. Računalniško podprta ocena združljivosti obremenitev pri delu z obremenjenostjo delavca: razvojno-raziskovalna naloga. Ljubljana: IVZ; 1995: 256-8.
- Turk Z. Socialnomedicinski vidiki bolečine v križu, Rehabilitacija. 2005; 4(3-4): 9-12.
- Zupanc O, Šarabon N. Bolečina v križu pri športniku. Šport. 2004; 52(1): 24-8.
- Zhuang Z, Stobbe TJ, Hsiao H, Collins JW, Hobbs GR. Biomechanical evaluation of assistive devices for transferring residents. Appl Ergon. 1999; 30(4): 285-94.
- Wenig, CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany, Eur J Pain. 2009; 13(3): 280-86.
- Wiltse LL, Jackson DW. Treatment of spondylolisthesis and spondylolysis in children. Clin Orthop Relat Res. 1976; 117(3): 92-100.



VREDNOTE ZDRAVSTVENE NEGE V KLINIČNI PRAKSI

NURSING CARE VALUES IN CLINICAL PRACTICE

JASENKA VUJANIĆ, NADA PRLIĆ

SUMMARY

Introduction

The aim of this study was to investigate to what extent nurses accept nursing care values in clinical practice. It was investigated with regard to years of their work experience.

Methods

The study included 697 nurses working at Clinic of Surgery, Clinical Hospital Centre Osijek. The research instrument was a standardised Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item Version (Nurse Version), (CNPI-70). To determine the difference in measured parameters between two groups of subjects Mann-Whitney test was used, while Kruskal Wallis test was used to determine the differences between three and more groups. To determine the significance of the obtained results, significance level $\alpha = 0.05$ was chosen.

Results

The subjects' average age was 37 years and their average work experience was 17 years. The highest scores were given to items: Assistance with the gratification of human needs (4.7), Environment (4.7) and Teaching (4.3), while the lowest score was given to Cultivation of sensitivity to one's self and others (3.8). Nurses who have less work experience gave lower scores to subscales Humanism ($p < 0.001$), Cultivation of sensitivity to one's self and others ($p = 0.009$), Expression of emotions ($p = 0.001$). Nurses who have many years of work experience gave higher scores to Systematic use of a creative problem-solving caring process ($p < 0.001$) and Allowance for Existential-Phenomenological-Spiritual Forces ($p < 0.001$),

Conclusion

This study showed that nurses attach greatest value to Assistance with the gratification of human needs and lowest value to Cultivation of sensitivity to one's self and others. There are significant differences in scores given to subscales Humanism, Cultivation of sensitivity to one's self and others, Expression of emotions,

Problem-Solving and Spirituality with regard to nurses' years of work experience.

Keywords: caring, nurse-patient interaction

SAŽETAK

Cilj

Cilj je istraživačkog rada ispitati koliko medicinske sestre prihvataju vrijednosti skrbi u kliničkoj praksi.

Ispitati postoje li razlike u prihvatanju stavova i vrijednosti skrbi u kliničkoj praksi s obzirom na godine radnog iskustva.

Metode

U istraživanje je sudjelovalo 697 medicinskih sestara – medicinskih tehničara stacionarnog dijela Kliničkog bolničkog centra Osijek, a provedeno je tijekom 2012. godine. Korišten je standardizirani upitnik Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item Version (Nurse Version), (CNPI-70). Za utvrđivanje razlika u mjeranim parametrima između dviju skupina upotrijebljen je Mann-Whitney test, a između tri i više skupina Kruskal Wallis test. Za ocjenu značajnosti dobivenih rezultata odabrana je razina značajnosti $\alpha = 0.05$.

Rezultati

Središnja vrijednost dobi je 37, a središnja vrijednost staža u sestrinstvu je 17 godina. Najvišu ocjenu dali su ispitanici za dostojanstvena pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba (4,7), zatim okolini (4,7) i poučavanju (4,3), a najnižu njegovanju osjetljivosti prema sebi i drugima (3,8). Ispitanici s manje godina staža imaju značajno nižu vrijednost skale humanizma ($p < 0,001$), njegovanja osjetljivosti ($p = 0,009$), izražavanja osjećaja ($p = 0,001$). Ispitanici s najduljim stažem značajno više upotrebljavaju kreativna rješenja kod rješavanja problema ($p < 0,001$) i više omogućavaju postojanje fenomenoloških duhovnih sila ($p < 0,001$)

Zaključak

Medicinske sestre najveću vrijednost pridaju zadovoljavanju ljudskih potreba, a najniže su ocijenile



njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima. U ocjenama skala humanizma, njegovanje osjetljivosti, izražavanje osjećaja, rješavanje problema i duhovnosti postoje značajne razlike obzirom na godine radnog iskustva.

Ključne riječi: skrb, međuodnos sestra-pacijent

UVOD

Promjene u sustavu pružanja zdravstvene zaštite u svijetu dovele su do povećanja djelokruga rada medicinske sestre kao i do povećanog opsega poslova koje obavlja. Usprkos takvim poteškoćama, sestre moraju pronaći način kako očuvati pružanje skrbi u sklopu zbrinjavanja pacijenta, a *Teorija skrbi* koju je postavila Jean Watson nezaobilazna je u ostvarivanju toga cilja. Informiranost putem *Teorije skrbi* J. Skrb (caring) podržava profesionalni identitet u kontekstu modernog svijeta u kojem se humanističke vrednote neprestano propituju (Duquete, Cara, 2000). Watson je jedna od rijetkih teoretičara sestrinstva koja promišlja ne samo o onima o kojima se skrbi nego i o onima koji pružaju skrb. Promocija i primjena vrednota skrbi u našoj praksi nije bitna samo za naše vlastito zdravlje kao sestara, nego je njihov značaj temelj koji doprinosi pronalaženju značenja u našem poslu (Chantal, 2003). Bit teorijskog doprinosa J. Watson sadržana je u deset čimbenika njege "*carative factors*" od kojih prva tri, po njezinim vlastitim riječima predstavljaju filozofiski temelj za znanost o njezi. Svaki od čimbenika sadrži dinamičnu fenomenološku komponentu koja se odnosi na svakog pojedinca obuhvaćenog sestrinskom njegovom. Kroz čimbenike njege sestre obavljaju svoju temeljnu profesionalnu dužnost: olakšavaju pacijentima vlastitu zdravstvenu promociju kroz poučavanje, podršku, upoznavanje s tehnikama rješavanja problema, te razvijanjem vještina za nošenje s problemima i vještina za prilagodbu na gubitak (Neil, Watson, 2002).

Deset čimbenika sestrinske skrb "*carative factors*" (Neil, Watson, 2002):

- formuliranje humanističko-altruističkog sustava vrijednosti
- ulijevanje nade i vjerovanja
- njegovanje osjetljivosti za sebe i druge
- razvoj odnosa pomoći i povjerenja između sestre i pacijenta

- promicanje i prihvatanje izričanja pozitivnih i negativnih osjećaja
- sustavna uporaba kreativnih znanstvenih metoda rješavanja problema
- promicanje međusobnog poučavanja i učenja
- osiguravanje zaštitničkog i korektivnog, mentalnog, fizičkog, sociokulturalnog i spiritualnog okruženja
- dostojanstvena pomoći pri zadovoljavanju ljudskih potreba
- uključivanje egzistencijalističkih, fenomenoloških i spiritualnih snaga (Neil, Watson, 2002).

Promocija i primjena vrednota skrbi sadržanih u čimbenicima njege J. Watson je temelj koji doprinosi pronalaženju značenja našega posla u svakodnevnoj kliničkoj praksi. U Republici Hrvatskoj je nedovoljno istraženo koliko medicinske sestre, usprkos promjenama u sustavu pružanja zdravstvene zaštite i povećanju opsega poslova koje obavljaju, pronalaze način kako očuvati pružanje skrbi u sklopu zbrinjavanja pacijenta.

CILJ

Cilj je istraživačkog rada ispitati koliko medicinske sestre prihvataju vrijednosti skrbi u kliničkoj praksi.

- Ispitati postoje li razlike u prihvatanju stavova i vrijednosti skrbi u kliničkoj praksi s obzirom na godine radnog iskustva.

ISPITANICI I METODE

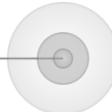
Ispitanici

U istraživanju su bile uključene medicinske sestre – medicinski tehničari stacionarnog dijela Kliničkog bolničkog centra Osijek. Ukupno je sudjelovalo 697 ispitanika na 17 klinika/odjela. Medicinske sestre – medicinski tehničari ispitivani su na kliničkim odjelima na kojima rade.

Instrument istraživanja

U istraživanju je korišten standardizirani upitnik Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 70-item Version (Nurse Version), (CNPI-70) (Watson, 2002). Upitnik je preveden na hrvatski jezik i korišten kao CNPI-HR. Koeficijent pouzdanosti (Cronbach Alpha) cijele skale je 0,920.

Kako bi se mjerilo koliko prihvataju vrijednosti skrbi u kliničkoj praksi, na početku upitnika umetnuto je





pitanje: Koliko često primjenjujete stavove i ponašanja u svakoj od slijedećih izjava? Ispitanici su trebali zaokružiti broj od 1 do 5 (1 – gotovo nikad, 2 – ponekad, 3 – često, 4 – vrlo često, 5 – gotovo uvijek) koji najbolje odgovara onome što ispitanici misle o svakom od ovih stavova i ponašanja.

Metode analize podataka

Brojčani podatci opisani su osnovnim mjerama sredine i raspršenja. Normalnost raspodjele promatranih numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Kategoričke varijable opisane su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Za utvrđivanje razlika u mjenjenim parametrima između dviju skupina upotrijebljen je Mann-Whitney test, a između triju i više skupina Kruskal Wallis test. Povezanost između pojedinih parametara testirala se Spearmanovim koeficijentom korelacije. Za ocjenu značajnosti dobivenih rezultata odabrana je razina značajnosti $\alpha = 0.05$. Statistička analiza učinjena je programskim paketom SPSS for Windows (inačica 9.0, Carry, NY, SAD).

Etička načela

Za istraživanje je dobivena suglasnost Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Osijeku. Svi su

ispitanici obaviješteni o cilju istraživanja, dobili su pisani Obavijest za ispitanike i Izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje, dragovoljno su pristali sudjelovati u njemu, što su potvrdili svojim potpisom. Ispitanicima je tijekom i nakon istraživanja osigurana anonimnost.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Osnovna obilježja ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 697 ispitanika zaposlenih na 17 klinika / odjela Kliničkog bolničkog centra u Osijeku. Središnja vrijednost dobi (medijan) je 37 (interkvartilnog raspona 30 – 48) godina. Središnje vrijednosti staža u sestrinstvu su 17 (interkvartilnog raspona 9 – 27) godina, a rada na matičnom odjelu 13 (interkvartilnog raspona 5 – 22) godina.

Vrijednosti skrbi prema godinama radnog iskustva

Ispitanici s radnim iskustvom do 15 godina značajno su niže ocijenili vrijednosti skrbi koje se odnose na humanizam, njegovanje osjetljivosti, izražavanje osjećaja, rješavanje problema i duhovnosti. Najvišu ocjenu dali su ispitanici za dostojanstvenu pomoći pri zadovoljavanju ljudskih potreba, a najnižu za njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima (Tablica 1).

Tablica 1. Vrijednosti skrbi prema godinama radnog iskustva

Podskale	Radni staž (godine)			Ukupno Me (25%-75%)	p^t
	≤ 15	16 – 30	> 30		
	Me (25%-75%) [*]	Me (25%-75%)	Me (25%-75%)		
Humanizam	4,2 (3,5-4,7)	4,3 (3,8-4,7)	4,3 (4-4,8)	4,3 (3,7-4,7)	<0,001
Nada	4,4 (3,9-4,9)	4,4 (4,1-4,9)	4,6 (4-4,9)	4,4 (4-4,9)	0,072
Njegovanje osjetljivosti	3,7 (3,2-4,3)	3,8 (3,3-4,3)	4,2 (3,5-4,3)	3,8 (3,2-4,3)	0,009
Odnos pomaganja	4,3 (3,6-4,7)	4,4 (3,8-4,7)	4,4 (3,9-4,7)	4,3 (3,7-4,7)	0,128
Izražavanje osjećaja	4 (3,5-4,7)	4,3 (3,7-4,7)	4,3 (4-4,8)	4,2 (3,7-4,7)	0,001
Rješavanje problema	3,8 (3,3-4,5)	4 (3,5-4,7)	4,2 (3,7-4,7)	4 (3,5-4,7)	0,008
Poučavanje	4,2 (3,6-4,7)	4,3 (3,8-4,7)	4,4 (4-4,7)	4,2 (3,7-4,7)	0,055
Okolina	4,6 (4,1-5)	4,6 (4-4,9)	4,7 (4,3-5)	4,6 (4,1-4,9)	0,491
Potrebe	4,7 (4,3-4,9)	4,7 (4,4-4,9)	4,7 (4,5-4,9)	4,7 (4,4-4,9)	0,311
Duhovnost	4,2 (3,5-4,7)	4,5 (3,8-4,8)	4,4 (4-4,8)	4,3 (3,8-4,8)	<0,001

*Medijan (interkvartilni raspon); †Kruskal Wallis test



RASPRAVA

Skala CNPI-70 odgovara čimbenicima njege koje je opisala Watson (1979, 1988) i olakšava istraživanje veza stavova i ponašanja prema teoriji skrbi (Watson, 2002). Najvišu ocjenu Medicinske sestre-medicinski tehničari Kliničkog bolničkog centra Osijek dali su za dostojanstvenu pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba, a najniže su ocijenili njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima. Studija Cossete i suradnici koja je provedena u Kanadi, pomoću upitnika CNPI, istraživala je koliko medicinske sestre smatraju realističnim odnose skrbi. Očekivano, sestre su se izjasnile kako smatraju manje realističnim odnose skrbi u području osjetljivosti, razvoju odnosa pomaganja, izražavanje osjećaja, rješavanje problema, osiguravanje okoline koja pruža zaštitu ali i duhovnosti (Cossete i sur., 2005). Sukladno tomu, autori navode situaciju u Sjevernoj Americi o velikom nedostatku sestara. Hospitalizirani pacijenti ostaju u bolnici kraće vrijeme nego prije deset godina za slična stanja ili bolesti. To pokazuje da, iako su stavovi skrbi važni, sestre ih ne mogu primjenjivati u praksi, što može dovesti i do zdravstvenih problema kod sestara (Cossete i sur., 2005). Medicinske sestre/tehnicičari KBC Osijek s radnim iskustvom do 15 godina značajno niže su ocijenili vrijednosti skrbi koje se odnose na humanizam, njegovanje osjetljivosti, izražavanje osjećaja, rješavanje problema i duhovnosti.

Važno je naglasiti kako je vrlo važan element dobrog komuniciranja suosjećanje. Kako koristiti taj element, stvar je znanja, vještine i umijeća koje se uglavnom stjecalo iskustvom, s osloncem na metodu pokušaja i pogrešaka. No kako je ta metoda u svakom učenju najsporija i ujedno najskuplja od svih drugih, dok su potrebe za korištenjem empatije u komuniciranju u zdravstvu sve veće, to se i u tom pogledu postavljaju zahtjevi za sustavnom komunikološkom edukacijom (Vance, 2001). U empatiji se, međutim, radi o pokazivanju osjećaja koja nisu emotivna već racionalna. Upravo je za tako nešto potrebno veliko umijeće i vještina, jer se ne radi o spontanom ponašanju, već naučenom. No dok je glumcima, političarima, svećenicima i nekim drugim profesijama potrebna sposobnost iskazivanja suosjećanja bez obzira na njegovu stvarnu pozadinu, medicinskim sestrama je važnija od toga sama sposobnost suosjećanja. A to više nije puka vještina već umijeće kao i sama medicina. Suosjećanje je temelj na kojem su sazidani međuodnosi pacijenata i zdravstvenih skrbnika (Vance, 2001).

Dok istraživanja podupiru povezanost između osobne duhovnosti sestara i njihove percepcije koliko je ona

važna pacijentima, malo je pozornosti pridano tome kako sestre djeluju duhovno (Vance, 2001). Pregled literature autora Boutell & Bozett i Narayansamy, otkriva nekoliko izvora koji navode da pružanje duhovne njege od strane sestara ne postoji, nije prikladno ili se rijetko pruža (Boutell, Bozett, 1990; Narayanasamy, 1993).

Rezultati studije Cossete i suradnici pokazuju kako studenti diplomskog studija sestrinstva, ali i medicinske sestre, kompetentnosti za terapeutski odnos s pacijentom ne pridaju važnost ni na diplomskom studiju, a ni u kliničkom okruženju u kojem sestre rade. Veća se važnost pridaje kliničkim vještinama. Autori to povezuju što opće i specijalne bolnice naglašavaju razvoj kliničkih vještina, a ne kompetentnost za terapeutski odnos posebice tijekom prve godine rada na kliničkom okruženju (Cossete i sur., 2006).

ZAKLJUČAK

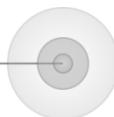
Medicinske sestre – medicinski tehničari KBC-a Osijek od deset čimbenika njege Jean Watson kroz koje obavljaju svoju temeljnu profesionalnu dužnost, najvišu su ocjenu dali za dostojanstvenu pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba, a najmanje prihvaćena vrijednost skrbi je njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima. Razlike postoje u prihvatanju stavova i vrijednosti skrbi u kliničkoj praksi prema godinama radnog iskustva. Ispitanici s radnim iskustvom do 15 godina značajno niže su ocijenili vrijednosti skrbi koje se odnose na oblikovanje sustava humanističko-nesebičnih vrijednosti, njegovanje osjetljivosti prema sebi i drugima, izražavanje osjećaja te duhovnosti.

LITERATURA:

- Boutell K. A, Bozett F. W. Nurses' assessment of patients' spirituality: Continuing education implications. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 1990, 21(4):172-6.
- Chantal C. Continuing Education. A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory.
- International Journal for Human Caring. 2003, 7(3):51-61.
- Cossete S, Cote J K, Pepin J, Richard N, DAoust L-X. A dimensional structure of nurse-patient interaction from a caring perspective: Refinement of the Caring-Nurse Patient Interaction



- Scale (CNPI-ShortScale. *Journal of Advanced Nursing*, 2006;55(2):198-214.
- Cossette S, Cara C, Richard N, Pepin J. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42:673-86.
- Duquette A, Cara C. Le caringe et la sante de l'infirmiere (Caring and nurses health). *The Canadian Nurse*. 2000;1(2):10-1.
- Narayanasamy A. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. *Nurse Education Today*. 1993; 13(3):196-201.
- Neil R, Watson J. Philosophy and Science of Caring. In: Tomey A. M. M. R. *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby; 2002 145-164.
- Vance D. L. Nurses attitudes towards spirituality patient care. *Medsurg Nursing*. 2001; 10(5):264-278.
- Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston. M A: Little&Brown; 1979 243-261.
- Watson J. New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*. 1988 175-81.
- Watson J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. NewYork. Springer; 2002 240-256.





POMEN ZNANJA IN RAZISKOVANJA V ZDRAVSTVENI NEGI

THE IMPORTANCE OF KNOWLEDGE AND RESEARCH IN HEALTH CARE

MOJCA DOBNIK, MATEJA LORBER

IZVLEČEK

Izhodišča

V zdravstveni negi se vsakodnevno zahteva visoka stopnja znanja in izkušenj za izboljšanje oskrbe pacientov, kar pa je mogoče doseči le s kontinuiranim izobraževanjem in raziskovanjem. Namen raziskave je bil ugotoviti vpliv izobrazbe in motivacije na zaznavanje izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabljena je bila opisna raziskovalna metoda, za metodo zbiranja podatkov pa smo uporabili vprašalnik, ki je vseboval 42 vprašanj zaprtega tipa. V raziskavo so bili vključeni zaposleni v zdravstveni negi v eni od bolnišnic v Sloveniji. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom SPSS 20.0. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med posameznimi spremenljivkami smo uporabili t-test, ANOVA in linearno regresijsko analizo, za ugotavljanje vpliva neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko.

Rezultati

Ugotovljene so bile statistično pomembne razlike v oceni zaznavanja izobraževanja ($t=-6,312$; $p<0,001$), raziskovanja ($t=-6,623$; $p<0,001$) in motivacije ($t=-2,527$; $p=0,012$) zaposlenih v zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe. Z regresijsko analizo je bilo ugotovljeno, da tako motivacija ($\beta=0,495$; $p<0,001$) kot izobrazba ($\beta=0,445$; $p<0,01$) statistično pomembno vplivata na izobraževanje zaposlenih. Prav tako motivacija ($\beta=0,259$; $p=0,001$), kot izobrazba ($\beta=0,468$; $p<0,001$) statistično pomembno vplivata na raziskovanje zaposlenih. Hkrati je bilo ugotovljeno, da lahko z izobrazbo in motivacijo pojasnimo 45 % celotne variabilnosti izobraževanja in 29 % celotne variabilnosti raziskovanja.

Diskusija in zaključek

Znano je, da imata znanje in raziskovanje pomemben vpliv na razvoj zdravstvene nege. Dokazali smo, da več raziskujejo zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe, kar gre pripisati njihovi lastni motivaciji in znanju, ki ga tekom

študija pridobijo za raziskovanje. Vse ostale zaposlene, ki imajo željo raziskovati pa je potrebno motivirati ter jim nuditi strokovno podporo znotraj delovne organizacije.

Ključne besede: kakovost, razvoj stroke, raziskovanje

ABSTRACT

Introduction

In nursing care level of high demanding level of skill and experience is used daily for improving patient treatment, which can only be achieved with continuous education and research. The aim of the research was to find out the influence of level of education and motivation on awareness of the education and research in nursing care.

Methods

The research was based on quantitative methodology. A descriptive research method was used, for method of collecting data a questionnaire was used that included 42 closed questions. Employees in health care from one of the hospitals in Slovenia were included. We used SPSS 20.0 computer program. For finding out statistically relevant differences between individual variables we used a t-test, ANOVA and linear regression analysis, for establishing influence of single independent variables on dependent variable.

Results

Statistically significant differences were found in grading awareness of the education ($t=-6.312$; $p<0,001$), research ($t=-6.623$; $p<0.001$) and motivation ($t=-2.527$; $p=0.012$) of employees in health care because of the level of education. With regression analysis we found that motivation ($\beta=0.495$; $p<0.001$) as well as level of education ($\beta=0.445$; $p<0.001$) statistically influence on the education of employees. Motivation ($\beta=0.259$; $p=0.001$), as well as level of education ($\beta=0.468$; $p<0.001$) statistically significant influence on the research of employees. It was also found that with the level of education and motivation



we can explain 45% of the whole variability of education and 29% of the whole variability of research.

Discussion and conclusion: *It is known that knowledge and research have an important influence of nursing care development. We have proved, that research is conducted by employees with higher level of education which can be described to their own motivation and knowledge that they acquire during their studies. All other employees that have the desire should be motivated and offered professional within the working organization.*

Keywords: quality, development of the profession, research

UVOD

Medicinske sestre uporabljajo široko paletto teoretičnega in praktičnega znanja pri svojem delu. V zadnjih letih je potrebnih precej novih znanj za zagotavljanje kakovostne oskrbe in zadovoljstvo pacientov (Hall, 2005; Woodward, 2003; Hardie, Leary, 2010). Raziskovanje in izobraževanje v zdravstveni negi predstavlja temelj razvoja oz. pridobivanja različnih znanj medicinskih sester.

Medicinske sestre kot strokovnjaki so osebe, ki imajo bogate izkušnje in visoko stopnjo znanja na določenem področju. Strokovnjaki sledijo intuiciji, za razliko od začetnika, ki sledi le strogim pravilom (Benner, Tanner, Chesla, 2009). Yates, Evans in Luxford (2007) izpostavljajo, da morajo medicinske sestre pri svojem delu uporabljati napredna znanja, da lahko optimalno delujejo tako v skrbi za zdravje kot v skrbi za dobro počutje posameznikov v procesu oskrbe. Tingen in sodelavci (2009) navajajo, da ima raziskovanje v zdravstveni negi izjemen vpliv na zdravstveno nego sedaj in v prihodnosti, zato je raziskovanje postalo tudi sestavni del izobraževanja. Polit in Beck (2008) opredelita, da je raziskovanje v zdravstveni negi sistematično poizvedovanje za razvoj zaupanja vrednih dokazov o stvareh, ki so pomembne za zdravstveno nego in vključujejo klinično prakso, izobraževanje, administracijo ter informatiko. Skela Savič (2009a) ugotavlja, da slovenski avtorji usmerjajo pozornost predvsem na pomen raziskovanja v zdravstveni negi, saj želijo s prispevki opozoriti na pomembnost razvoja raziskovanja v zdravstveni negi in zavedanje pomena raziskovanja pri medicinskih sestrach. Prav tako Skela Savič (2009a) navaja, da so pa tuji avtorji usmerjeni predvsem v prikaz rezultatov kliničnega raziskovanja in

analizo pogojev za nadaljnji razvoj raziskovanja in hkrati poudarjajo koristi raziskovanja. Happell in Martin (2004) ugotavljata pozitivne učinke oblikovanja razvojnih kliničnih oddelkov v zdravstveni negi, katerih delovanje se povezuje z večjim osredotočanjem na razvoj, raziskovanje, na z dokazi podprtlo delovanje in na povečane aktivnosti za razvoj zdravstvene nege. Hkrati na drugi strani Derbyshire s sodelavci (2005) izpostavijo probleme raziskovanja v zdravstveni negi, ki so povezani predvsem s pomanjkanjem sredstev s strani vodstva.

Od medicinskih sester se vsakodnevno zahteva visoka stopnja kakovostnega znanja in izkušenj, da lahko dosežejo zahtevane kompetence (Yates, Evans, Luxford, 2007), hkrati pa je za izboljšanje oskrbe pacientov potrebno tudi stalno izboljševanje kakovosti, kar pa je mogoče doseči z kontinuiranim izobraževanjem in raziskovanjem. Retsas (2000) je ugotovil, da se zaposleni v zdravstveni negi že dolgo zavedajo pomena raziskovanja, ki predstavlja temelj za njen razvoj, vendar je kljub temu še vedno veliko dejavnikov oz. ovir, ki zavirajo raziskovanje in vključitev rezultatov v prakso zdravstvene nege. Burns in Grove (2010) ugotavljata, da se avtorji zavedajo, da je osnovni cilj kakovostne zdravstvene nege praksa osnovana na podlagi dokazov, ki spodbuja kakovost, stroškovno učinkovite rezultate za paciente, družine, zdravstveno osebje in celoten zdravstveni sistem, za kar pa je potrebno stalno spodbujanje raziskovanja in kontinuiranega izobraževanja zaposlenih.

Namen raziskave je bil ugotoviti zaznavanje izobraževanja in raziskovanja s strani zaposlenih v zdravstveni negi. V ta namen smo si zastavili dve hipotezi:

Hipoteza 1: Glede na stopnjo izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi obstaja statistično značilna razlika glede zaznavanja izobraževanja in raziskovanja.

Hipoteza 2: Motivacija zaposlenih ima statistično pomemben vpliv na zaznavanje izobraževanja in raziskovanja.

METODOLOGIJA

V okviru raziskovalnega procesa smo uporabili kvantitativni pristop raziskovanja, kot metodo smo uporabili poizvedovanje, za metodo zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. Vprašalnik je poleg demografskih podatkov vseboval 19 trditev, ki so se nanašale na izobraževanje, 13 trditev, ki so se nanašale na raziskovanje in 10



trditev, ki so se nanašale na motivacijo zaposlenih. Raziskavo smo izvedli v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje vodstva Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Razdelili smo 200 anketnih vprašalnikov, kar je predstavlja 14,8 % populacije med 1400 zaposlenimi v zdravstveni negi Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Vrnjenih in popolno izpolnjenih je bilo 158, kar je predstavlja 79 % odziv. V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi, do trditev so se opredeljevali na 5-stopenjski Likertovi lestvici, kjer je 1 pomenilo popolnoma ne drži in 5 popolnoma drži. Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 20,0. Z uporabo opisne statistike smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami. Uporabili smo t test,

ANOVO in z regresijsko analizo analizirali vpliv neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 158 zaposlenih v zdravstveni negi, od tega je bilo 26 (16,5 %) moških in 132 (83,5 %) žensk. Sodelujoče smo glede na stopnjo izobrazbe razdelili v dve skupini. Prvo skupino (S1) so predstavljali zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo, teh je bilo 86 (54 %), v drugo skupino (S2) pa smo vključili vse zaposlene, ki imajo najmanj visokošolsko strokovno izobrazbo (tudi univerzitetno in magisterij), teh je bilo 72 (46 %). Povprečna starost zaposlenih je bila 38,5 let.

V Razpredelnici 1 so prikazani rezultati povprečnih vrednosti, standardnega odklona ter statistično pomembne razlike povprečnih vrednosti proučevanih spremenljivk glede na dve skupini zaposlenih.

Razpredelnica 1: Rezultati t-testa proučevanih spremenljivk

	\bar{x} (S1)	s (S1)	\bar{x} (S2)	s (S2)	t	p
IZOBRAŽEVANJE	3,04	0,591	3,43	0,539	-6,312	<0,001
RAZISKOVANJE	2,95	0,434	3,43	0,475	-6,623	<0,001
MOTIVACIJA	3,10	0,508	3,31	0,524	-2,527	0,012

\bar{x} =povprečna vrednost; s=standardni odklon; t=vrednost Student t – testa neodvisnih vzorcev; p=statistična značilnost; S1= zaposleni s srednješolsko izobrazbo; S2= zaposleni z najmanj visokošolsko izobrazbo

Iz Razpredelnice 1 je razvidno, da obstajajo statistično pomembne razlike v oceni zaznavanja izobraževanja ($t=-6,312$; $p<0,001$), raziskovanja ($t=-6,623$; $p<0,001$) in motivacije ($t=-2,527$; $p=0,012$) zaposlenih v zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe. Vse proučevane spremenljivke zaposleni z najmanj visokošolsko

izobrazbo ocenjujejo statistično pomembno višje, kot zaposleni s srednješolsko izobrazbo.

V nadaljevanju smo z ANOVO ugotavljali še statistično pomembne razlike v zaznavanju izobraževanja, raziskovanja in motivacije glede na delovno dobo in stopnjo izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi. Rezultati so prikazani v Razpredelnici 2.

Razpredelnica 2: Rezultati ANOVE za proučevane spremenljivke

Spremenljivke	Izobrazba		Delovna doba	
	F	p	F	p
Izobraževanje	10,658	<0,001	1,189	0,315
Raziskovanje	12,399	<0,001	1,304	0,258
Motivacija	3,516	0,039	1,762	0,111



Ugotovili smo, da glede na leta delovne dobe in delovne izkušnje ne prihaja do statistično pomembnih razlik pri proučevanih spremenljivkah, kot so izobraževanje, raziskovanje in motivacija. Hkrati pa smo ugotovili, da glede na stopnjo izobrazbo prihaja do statistično pomembnih razlik pri vseh treh proučevanih spremenljivkah.

V Razpredelnici 3 so predstavljeni rezultati linearne regresijske analize, s katero smo ugotavljali vpliv izobrazbe in motivacije na izobraževanje

Razpredelnica 3: Rezultati linearne regresijske analize za spremenljivko izobraževanje

IZOBRAŽEVANJE	R ²	b	B	p
Izobrazba	0,198	0,259	0,445	<0,001
Motivacija	0,247	0,602	0,495	<0,001

R²=determinacijski koeficient; b= nestandardiziran regresijski koeficient; β=standardiziran regresijski koeficient; p= statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Z regresijsko analizo smo ugotovili, da tako motivacija ($\beta=0,495$; $p<0,01$) kot izobrazba ($\beta=0,445$; $p<0,01$) statistično pomembno vplivata na izobraževanje zaposlenih. Z izobrazbo lahko pojasnimo 20 % celotne variabilnosti izobraževanja, medtem, ko lahko z motivacijo 25 %, kar pomeni, da lahko obema

proučevanima spremenljivkama pojasnimo 45 % celotne variabilnosti zaznavanja izobraževanja.

V nadaljevanju smo z regresijsko analizo žeeli še ugotoviti vpliv izobrazbe in motivacije na zaznavanje raziskovanja, kar prikazuje razpredelnica 4.

Razpredelnica 4: Rezultati linearne regresijske analize za spremenljivko raziskovanje

RAZISKOVANJE	R ²	b	β	P
Izobrazba	0,219	0,220	0,468	<0,001
Motivacija	0,067	0,253	0,259	0,001

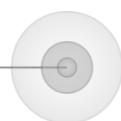
R²=determinacijski koeficient; b= nestandardiziran regresijski koeficient; β=standardiziran regresijski koeficient; p= statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Z regresijsko analizo smo prav tako ugotovili, da tako motivacija ($\beta=0,259$; $p=0,001$), kot izobrazba ($\beta=0,468$; $p<0,001$) statistično pomembno vplivata na zaznavanje raziskovanja zaposlenih. Z izobrazbo lahko pojasnimo 22 % celotne variabilnosti raziskovanja, medtem, ko z motivacijo le 7 %, kar pomeni, da lahko obema proučevanima spremenljivkama pojasnimo 29 % celotne variabilnosti zaznavanja raziskovanja. Iz rezultata ugotovimo, da na raziskovanje zaposlenih v zdravstveni negi vplivajo tudi drugi dejavniki, ki pa niso bili predmet dane raziskave.

RAZPRAVA

Z raziskavo smo ugotovili, da obstajajo statistično pomembne razlike v oceni zaznavanja izobraževanja,

raziskovanja in motivacije s strani zaposlenih v zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe. Vse proučevane spremenljivke so zaposleni z najmanj visokošolsko izobrazbo ocenili statistično pomembno više, kot zaposleni s srednješolsko izobrazbo, s čemer lahko prvo zastavljeno hipotezo potrdimo. Več raziskav je pokazalo, da so medicinske sestre z magisterijem pokazale več pozitivnega odnosa do raziskovanja v zdravstveni negi (Ehrenfeld, Eckerling, 1991; Bonner, Sando, 2008; McCloskey, 2008). Prav tako McCleary in Brown (2003) ter Karkos in Peters (2006) ugotavljajo, bolj kot so medicinske sestre izobražene, boljša je njihova percepција o potrebnosti raziskovanja. Tudi Strojan, Zurc in Skela Savič (2012) so ugotovile, da se





medicinske sestre v zdravstveni ustanovi, v kateri so izvedle raziskavo, zavedajo pomena raziskovanja.

Nadalje smo ugotovili, da leta delovne dobe in izkušnje statistično pomembno ne vplivajo na proučevane spremenljivke, kot so izobraževanje, raziskovanje in motivacija. Ugotovljeno je bilo, da lahko z izobrazbo pojasnimo 20 % celotne variabilnosti izobraževanja in 22 % celotne variabilnosti raziskovanja v zdravstveni negi. Prav tako lahko z motivacijo pojasnimo 25 % celotne variabilnosti izobraževanja in 7 % celotne variabilnosti raziskovanja, s čemer lahko potrdimo tudi drugo zastavljeni hipotezo. Glede na dobljene ugotovitve lahko rečemo, da ima pri spodbujanju izobraževanja in raziskovanja najpomembnejši vlogo prav srednji management, tako z motiviranjem, kot tudi spodbujanjem zaposlenih za kontinuirano izobraževanje in raziskovanje. Tudi Skela Savič (2009b) navaja, da je po vzoru razvitih držav vedno bolj pomembno specialno znanje in delovanje zdravstvene nege na dokazih. Prav tako Polit in Beck (2008) ugotavlja, da raziskujejo le tiste medicinske sestre, ki jih k temu spodbudijo in imajo tudi ustrezno znanje. Istočasno Polit in Beck (2008) navajata, da so diplomirane medicinske sestre dolžne prebirati strokovne in znanstvene članke, deliti spoznanja in jih uporabljati v svoji praksi. Prav tako so diplomirane medicinske sestre z magisteriji in doktorati znanosti dolžne spodbujati, voditi in izvajati raziskovanje. Tudi mi smo v raziskavi ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi z najmanj visokošolsko strokovno izobrazbo statistično pomembno višje ocenjujejo pogostost branja strokovnih in znanstvenih člankov, sodelovanje in udeležbo na strokovnih ter znanstvenih srečanjih, prav tako ocenjujejo statistično pomembno višje tudi željo po sodelovanju ter osebno vključenost v raziskovanje v zdravstveni negi. Egerod in Hansen (2005) ugotavlja, da medicinskim sestram predstavljajo ovire za raziskovanje pri kliničnem delu predvsem neustrezna izobrazba, neznanje angleškega jezika in nizko delovno mesto v organizacijski strukturi.

ZAKLJUČEK

Vsakodnevno moramo povezovati na dokazih temelječo zdravstveno nego, klinične izkušnje ter v ospredje postaviti značilnosti oz. potrebe pacienta. Zavedati se moramo, da je za zdravstveno nego ključnega pomena, da so zaposleni zadovoljni, vključeni v raziskovanje, seznanjeni z rezultati raziskav ter rezultate raziskav nato prenašajo v prakso, saj lahko le s tem zagotovijo doseganje najvišje kakovosti zdravstvene nege.

LITERATURA

- Benner P, Tanner, C., Chesla, C. Expertise in nursing practice, caring, clinical judgment and ethics. 2nd edition. Springer Publishing Company; 2009: 31-8.
- Bonner A, Sando J. Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *J Nurs Manag.* 2008; 16(3): 334-43.
- Burns N, Grove S K. Understanding nursing research: Building an evidence-based practice. Elsevier Health Sciences; 2010.
- Darbyshire P, Downes M, Collins C, Dyer S. Moving from institutional dependence to entrepreneurialism. Creating and funding a collaborative research and practice development position. *J Clin Nurs.* 2005;14(8): 926-34.
- Egerod I, Hansen G. M. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *J Adv Nurs.* 2005;51(5): 465-73.
- Ehrenfeld M, Eckerling S. Perceptions and attitudes of registered nurses to research: a comparison to a previous study. *J Adv Nurs.* 1991;16(2): 224-32.
- Hall A. Defining nursing knowledge. *Nurs Times.* 2005;101:48: 34-7.
- Happell B, Martin T. Exploring the impact of the implementation of a nursing clinical development unit program: what outcomes are evident? *Int J Ment Health Nurs.* 2004; 13(3): 177-84.
- Hardie H, Leary A. Value to patients of a breast cancer clinical nurse specialist. *Nurs Stand.* 2010; 24(34): 42-7.
- Karkos B, Peters K. A magnet community hospital: fewer barriers to nursing research utilization. *J Nurs Adm.* 2006; 36(7/8): 377-82.
- McCleary L, Brown G. Association between nurses' education about research and their research use. *Nurs Educ Today.* 2003; 23(3): 556-65.
- McCloskey DJ. Nurses perceptions of research utilization in a corporate health care system. *J Nurs Scholarsh.* 2008; 40(1): 39-45.
- Polit DF, Beck TC. Nursing research: principles and methods. 7th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008: 3-167.
- Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2000;31(3): 599-606.



Skelo Savič B. 2009a. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. Obzor Zdr N. 2009a; 43(3): 209–22.

Skelo Savič B. Dejavniki in kriteriji ustanavljanja novih srednjih zdravstvenih šol in visoko strokovnih zdravstvenih šol s programi zdravstvena nega: vidik širše odgovornost. In: Skela Savič B, Kaučič BM, eds. Moja kariera – quo vadis: izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji: posvet z okroglo mizo, Ljubljana, 30. januar 2009b. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009b: 33–9.

Strojan N, Zurb J, Skela Savič B. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi = Nurses' attitudes towards research in nursing. Obzor. Zdr. N. 2012; (46)1: 47-55.

Tingen MS, Burnett AH, Murchison RB, Zhu H. The importance of nursing research. J Nurs Educ. 2009; 48(3): 167-70.

Yates P, Evans A, Luxford K. Competency Standards and Educational Requirements for Specialist Breast Nurses in Australia. Royal College of Nursing, Australia: Published by Elsevier Ltd, 2007.

Woodward W. Preparing a new workforce. Nurs Adm Q. 2003; 27(3): 215–22.



PREDAVANJA LECTURES



OMEJITVE IN KORISTI TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE LIMITATIONS AND BENEFITS OF NURSING CARE THEORIES

MATEJ FESEL, DORIS HORVAT, SILVANA RAFOLT, JANJA RUKELJ, ALEKSANDRA TOPOLŠEK, MAJDA PAJNKHAR, MATEJA LORBER

IZVLEČEK

Izhodišča

Profesija zdravstvene nege se skozi čas izjemno spreminja v znanstveni pristop. V klinični praksi zasledimo še pomanjkanje uporabe teorij zdravstvene nege. Različni teoretiki prispevajo k razvoju teorij, a le te imajo pogostokrat poleg koristi tudi omejitve. Namenski prispevki je z analizo predstaviti omejitve in koristi teorij v zdravstveni negi.

Metode

Opravljena je bila opisno raziskovalna metoda s pregledom literature in analizo ter sintezo besedil, ki se navezujejo na teorije zdravstvene nege. Literatura je bila zbrana na osnovi zbirk podatkov Cobiss.si, Web of Science, Cinahl, Medline, Pubmed in Wiley.

Rezultati

Pri pregledu literature je spoznano, da so izpostavljene tako koristi kot uporabnost teorij ter kritični pogled na njihovo uporabnost in omejitve le teh. Ugotovljeno je, da se na slovenskem področju sicer o teorijah učijo, a v praksi nanje pozabijo in jih le redko uporabijo kar lahko pripisemo dejству, da je o sami teoriji premalo znanja in da bi dodatno izobraževanje bilo dobrodošlo in potrebno.

Diskusija in zaključki

Medicinske sestre v slovenskem prostoru se tudi s pomočjo izobraževalnega sistema, ki ponuja boljši vpogled v poznavanje teorij, vedno bolj pridružujejo kritičnemu vpogledu o uporabnosti teorij in s tem k izboljšanju kakovosti same zdravstvene nege. Teorije pogosto ostajajo v akademskem okolju, na kar opozarjajo študenti na podlagi izkušenj v klinični praksi.

Matej FESEL, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; matej.fesel@gmail.com

Doris HORVAT, Alten und Betreuungsheim Anna Krottmaier, AT; doris19.horvat@gmail.com

Silvana RAFOLT, Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihijatrijo, SI; rafoltsilvana@gmail.com

Janja RUKELJ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; bambuchaa88@gmail.com

Aleksandra TOPOLŠEK, Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za kirurgijo, SI; topolsekssandra@gmail.com

Izr. prof. dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; majda.pajnkhар@um.si

Viš. predav. mag. Mateja LORBER, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; mateja.lorber@um.si

Ključne besede: zdravstvena nega, teorije, modeli, omejitve, koristi, slabosti

ABSTRACT

Introduction

Profession of nursing is changing over time in a very scientific approach. In clinical practice is traced a lack of use theories in nursing. Different theorists contribute to the development of theories but only in addition to this they often have beside benefits also restrictions and limitations. The aim of this paper is to present an analysis of the benefits and limitations of theories in nursing care.

Methods

Descriptive research method was used with review of literature, analysis and synthesis of text relating to the theories of nursing care. The literature was collected by databases of Cobiss.si, Web of Science, Cinahl, Medline, Pubmed and Wiley.

Results

In reviewing of literature it was recognized that they are exposed the benefits and applicability of nursing care theories, furthermore they found also critical view of their usefulness and limitations. In Slovenian area is learning about nursing care theories, but then in practice forgotten and rarely used which can be attributed to the fact that there is lack of knowledge about nursing care theories. Thus it can be concluded that the additional education about nursing care theories is necessary.





Discussion and conclusions

Nurses in Slovenian territory are also through the educational system, which offers a better insight into the knowledge of theories, increasingly associating critical insight on the applicability of theories and help to improve the quality of nursing. Theories often remain in the academic environment, which can be identified by students based on experience in clinical practice.

Keywords: *nursing, theories, nursing models, advantages, disadvantages*

IZHODIŠČA

»Teorije zdravstvene nege so postale del vsakodnevnega razmišljanja in osnova za delo v praksi zdravstvene nege. Prepoznavajo in cenijo jih medicinske sestre v praksi, prav tako študenti tekom izobraževanja, ter raziskovalci, ki jim teorije nudijo osnovo za raziskovanje« (Pajnkihar, 2012, str. 78). Stemmer (2003) ugotavlja, da se vedno bolj spodbuja uporaba teorij srednjega obsega v upanju, da bi te lahko pripomogle k reševanju problemov v praksi zdravstvene nege. Zaslediti je, da so v anglosaksonskem okolju v ospredju predvsem opisovanje koristi teorij (Brazil et al., 2005; Meleis, 2012; McKenna, Slevin, 2008), v slovenskem okolju pa kritike le-teh, vendar ne med raziskovalci ampak med medicinskimi sestrami v praksi.

Namen prispevka je s pomočjo literature ugotoviti tako prednosti kot slabosti teorij zdravstvene nege in predstaviti primere uporabe teorij v kliničnem okolju.

METODE

Teoretični del prispevka temelji na preučevanju in pregledu teoretičnih spoznanj s področja zdravstvene nege s poudarkom na teorijah zdravstvene nege. Uporabljene so bile deskriptivne metode, povzemanja sklepov stališč kot metoda komplikacije, ter sintetizacija kot metoda združevanja. Temelj tega članka je bil pregled strokovne literature domačih in tujih avtorjev ter članki, ki so objavljeni v strokovnih publikacijah in na svetovnem spletu. Strokovno literaturo smo iskali s pomočjo ključnih besed (zdravstvena nega, teorije, modeli, omejitve teorij, koristi teorij). Literatura je bila zbrana na osnovi zbirk podatkov Cobiss.si, Web of Science, Cinahl, Medline, Pubmed in Wiley. Iskanje literature je potekalo od oktobra 2012 do decembra 2012 in maja 2014.

REZULTATI

Razvoj teorij zdravstvene nege, znanje zdravstvene nege in raziskave so bile pod vplivom številnih idej in dogodkov, na katere medicinske sestre niso imele vpliva (Johnson, Webber, 2010), kajti zdravstvena nega, predvsem njene teorije so še pred kratkim bile v senci biomedicinskega modela. Še vedno obstaja nevarnost, da bi medicinske sestre pretirano povzemale znanja iz psihologije in sociologije, pozabile pa bi na razvoj lastnega znanja in znanosti (Meleis, 2012).

Omejitve teorij zdravstvene nege

Teorije zdravstvene nege, ki jih oblikujejo teoretiki, so pogostokrat kritizirane kot nepraktične in premalo usmerjajo medicinske sestre v praksi. Še več, nekatere medicinske sestre celo razmišljajo, da je uporaba teorij v praksi nemogoča (Rizzo Parse, 2006). Večja uporaba različne dokumentacije pri aplikaciji teorij je marsikaterega praktika oddaljila od uporabe le te. Nekateri teoretiki celo predpišejo koliko strani bi bilo potrebnih za pravilno uporabo teorij.

Zaradi začetnega razvoja znanosti zdravstvene nege v ZDA, so se tam začele razvijati tudi prve teorije. McKenna, Slevin (2008) se tako sprašujeta ali so te teorije primerne za prenos v tuje okolje. Kljub temu, da so nekateri avtorji obravnavali menjavo idej med državami, McKenna, Slevin (2008) menita, da aplikacija prakse ene skupine v drugo skupino vedno ne bi bila primerna. Glede na to, da britanske medicinske sestre nenehno iščejo usmeritve od ameriških teorij in ameriških medicinskih sester, je smiselno te teorije validirati za novo okolje. Namreč ameriške teorije zdravstvene nege izhajajo iz drugačnega družbenega okolja, drugačne kulture, drugačnega zdravstvenega sistema ter svojevrstnega načina izobraževanja za medicinske sestre. Medicinske sestre, ki niso dobre poznavalke angleškega jezika, imajo pri branju teorij izkušnjo strahu, zmede in anksioznosti (Richman, Mercer, 2004). Nerazumevanje jezika teorij veliko prispeva pri težavah, kadar medicinske sestre želijo prenesti teorijo v prakso. Medicinske sestre, katerim angleščina ni materni jezik in težje dojemajo termine, kot so elementi, konstrukt, konceptualni okvir, paradigma, fenomen in propozicija, ki so ključni elementi teorij zdravstvene nege ter tudi običajen jezik teorije imajo težave s sprejemanjem in razumevanjem teorij (Theofanidis, Fountouki, 2008). Za slovensko okolje je prav tako problematično, ker ne premoremo





celotnih teorij zdravstvene nege v slovenskem jeziku, ampak le povzetke, kar pa vedno ne omogoča razumevanja teorije in aplikacijo le te v praksu.

Medicinske sestre, ki predavajo študentom zdravstvene nege, se soočajo z razlikami med teorijami in izkušnjami, ki jih študentje pridobijo med klinično praksjo o teorijah zdravstvene nege (Marjorie Parks, Tucker Longsworth, Espadas, 2011), kar nam pove, da se študenti o teorijah veliko učijo, a jih na kliničnih vajah ne uporabljajo, saj kot sami povedo, v zdravstvenem okolju le redko slišijo, da bi se katera od teorij aplicirala v zdravstveno nego. To pripisujejo rutinskemu delu, strahu pri uvajanju novega in seveda tudi neznanju. Vendar je kot ugotavlja Pajnkhár (2012), v ZDA za akreditacijo študija potrebno predložiti teorijo, ki podpira izobraževalni proces.

KORISTI TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE

Za sodobno strokovno delo medicinske sestre je poznавanje teoretičnih osnov zelo pomembno, saj omogoča varno in strokovno delo, s tem pa zagotavlja kakovost zdravstvene nege. Splošne teorije se torej lahko uporabijo na katerem koli področju delovanja medicinske sestre, saj so zelo obširne po načinu dela, ki ga predstavljajo (Žlak, Popović, Podhostnik, 2010). Uporaba teorij kot osnova za praks zdravstvene nege je ena od karakteristik profesionalizacije prakse zdravstvene nege (McKenna, Slevin, 2008). »Podajajo osnovo za profesijo in disciplino ter znanost zdravstvene nege. Teorije in raziskovanje v zdravstveni negi pomaga pri opisu, razvoju in delovanju prakse zdravstvene nege. Z aplikacijo teorije, znanja in raziskovanja zdravstvene nege se pojavljajo nova vprašanja, problemi, fenomeni, ki podajajo osnovo za razvijanje nove teorije« (Pajnkhár, 2009, str. 74). Uporabnost teorij zdravstvene nege slikovito ponazorijo) kot zemljevide, ki kompleksne stvari prikažejo v preprostejši obliki. Teorije so nam tako smernice za delo s pacienti (McKenna, Pajnkhár, Murphy, 2014).

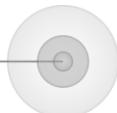
Teorije so potrebne za »razvoj teoretičnega in kritičnega razmišljanja, obogatitev in razširitev delovanja na področju razvoja teoretičnega znanja, profesionalni razvoj in avtonomijo, zagotavljanje smeri v praksi, izobraževanju in raziskovanju, razvoj zdravstvene nege in kakovosti, pomagajo pri terminologiji in izražanju v zdravstveni negi, humano in individualno zdravstveno nego, ki postavlja pacienta v

središče obravnave, pomoč pri oblikovanju negovalnih diagnoz« (Pajnkhár, 2009, str. 77).

Zagovorniki teorij zdravstvene nege imajo za uporabo teorij veliko razlogov. Glavna razloga sta nadomestitev teorij zdravstvene nege z medicinskim modelom za zagotavljanje oskrbe, ter ustvarjanje novega znanja zdravstvene nege, ki ga lahko pridobimo le takrat, ko razumemo teorijo, kajti teorije imajo koristi tako za medicinske sestre, kot tudi za paciente (McKenna, Slevin, 2008). McKenna, Slevin (2008) navajata, da uporaba teorij zdravstvene nege vpliva na kakovost zdravstvene nege, tako da pridobimo na stroškovni učinkovitosti, zmanjšajo odvisnost pacientov, spodbujajo samooskrbo pacientov, ter hitreje ugotavljamo pacienteve potrebe in probleme. Poleg tega omogočajo osebju večjo artikulacijo ciljev zdravstvene nege, ter učinkovitejšo izrabo virov in svojih sposobnosti.

Teorije zdravstvene nege uvajajo k obravnavi pacienta humanistični pristop. American Society of Registered Nurses (Ameriško združenje medicinskih sester) (2007) navaja, da so teoretični modeli v Združenih državah Amerike ogrodje za kurikulum izobraževanja. Še posebej izpostavijo teorije Oremove (1971), Royeve (1970) in Caseyeve (1988), ki so primerni na posameznih področjih zdravstvene nege. Oremovo tako priporočajo za oskrbo odraslih pacientov, Caseyevo v pediatrični zdravstveni negi, Royeve pretežno v psihiatrični zdravstveni negi. Vse te naštete teorije medicinski sestri omogočijo bolje spoznati pacienta, zbirati in organizirati podatke, analizo in interpretacijo. Prav tako omogočajo, da medicinska sestra bolje razume svojo vlogo v povezavi z aktivnostmi, ki jih izvaja pri pacientu. Kot glavno prednost navajajo povezave teorije in prakse, ki se osredotoča na dogodke in fenomene v zdravstveni negi.

Zadnja tri desetletja teoretiki zdravstvene nege zagovarjajo uporabo teorij kot vodilo za medicinske sestre v praksi (Timmins, Horan, 2006). Kot široko uporabljeni teoriji je model samooskrbe po Oremovi iz leta 1980. Na Irskem se uporablja predvsem na področju splošne zdravstvene nege. Prednosti slednjega modela so za znotraj poklicno delovanje (razvoj profesije), za načrtovanje izvajanja zdravstvene nege ter povečane koristi za paciente. S tem se skrajša ležalna doba v bolnišnicah in zmanjšajo strokovne napake ter zapleti v zdravstveni negi (Timmins, 2005). Pri Trauma Outcomes modelu, ki je bil razvit posebej za





področje travmatologije so kot koristi modela povečano preživetje, humanost ter dostenjanstvo pacienta, hkrati tudi izboljšanje kakovosti življenja (Richmond, Aitken, 2011). Teorije zdravstvene nege so aplikabilne tudi v promociji zdravja in preventivi, kjer je poudarek na skupnosti. Primer take je tudi teorije Florence Nightingale (Raingruber, 2013).

V slovenskem okolju je bila izvedena študija aplikacije adaptacijske teorije Caliste Roy v onkološko zdravstveno nego (pri pacientu z rakom in s kronično bolečino), ki se lahko dopolnjuje z uveljavljenim modelom Virginie Henderson (Čaušević, Ramšak Pajk, 2014). V Psihatrični bolnišnici Idrija pa so ob uvajanju novega kadra začeli z uporabo kombinacije modela Virginie Henderson ter nekaterih elementov teoretičnega modela Hildegard Peplau (Čuk, 2007).

DISKUSIJA

Pri iskanju literature je zaslediti pomanjkanje raziskav, ki bi se ukvarjale s problemom prednosti in omejitv uporabe teorij. Večina slovenskih člankov in ostale literature opredeljuje uporabo teorij v praksi s poudarkom na prednostih. O omejitvah različnih teorij se avtorji večinoma izognejo ali pa o le teh razpravljajo zgolj kot lastno mnenje. Razmišljamo, ali je razlog temu nepoznavanje možnosti izbire teorije ali tradicionalna negotovost medicinskih sester v suverenem odločanju. Nekaj verjetno prispeva tudi kratka zgodovina teoretičnega uvajanja zdravstvene nege in pomanjkanje raziskav v našem slovenskem prostoru. Brazil et al. (2005) ugotavljajo, da v zadnjih letih veliko raziskovalcev v zdravstveni negi zagovarja večjo vlogo uporabe teorij in večji pomen raziskovanja teorij. Zanimivo je, da je možna uporaba teorij tudi v okoljih, za katere bi na prvi pogled pomislili, da niso primerna. Primer tega je uporaba teorije v urgentnem okolju (npr. Trauma Outcome model). Da so lahko teorije koristne tudi v urgentnem okolju ugotavlja Jus, Lešnik (2008), saj bi s tem prišlo do poenotenja dokumentacije po celotni državi in lažje izmenjave informacij. Mnenja smo, da bi med medicinskimi sestrami uporaba drugih znanj in teorij (npr. sociološke teorije) povzročila odpor do tega znanja, še posebej če tega znanja ne bi razumele. Takšni upori pa so v zdravstveni negi že znani. Tako McKenna, Slevin (2008) opozarjata na odpor med praktiki do uporabe teorij v praksi, ki so po njihovem mnenju preveč akademske. Kot področje v katerega bi lahko aplicirali teorije je tisto, kjer se zaposlujejo novi kadri ali je še relativno novo (npr. referenčne ambulante), saj so pripravljeni

na nove izzive in niso uokvirjeni v stara prepričanja ter navade. Kot uspešno izvedbo lahko uporabimo Psihatrično bolnišnico Idrija, kjer so aplicirali teorijo Hildegard Peplau v praksu. Šmitek (2009) še trdi, da le znanje, ki je napisano in tako dostopno širši javnosti omogoči, da bodo tako tudi drugi spoznali znanje zdravstvene nege. Tako bi torej tudi druge discipline od katerih medicinske sestre prevzemajo veliko znanja začele črpati znanje medicinskih sester. Še posebej v disciplinah, kot so sociologija in psihologija, ki se kakor zdravstvena nega ukvarjajo s človekom in njegovo kompleksnostjo.

Teorije zdravstvene nege zagotavljajo okvir raziskovalcem, predavateljem in medicinskim sestrar v praksi (Alligood, 2011). S pomočjo teorij je mogoče razvijati in določiti vlogo medicinske sestre znotraj sistema zdravstvenega varstva (Bultemeier, 2012). Barret (2002) kot prednost uporabe teorij vidi v razvoju analitičnega mišljenja, ki ga medicinske sestre še potrebujejo v klinični praksi. Kot glavno korist teorij zdravstvene nege lahko izpostavimo to, da so preusmerile pozornost medicinskih sester iz izvajanja intervencij zdravstvene nege na osebo oz. pacienta (Alligood, 2011). S tem je zdravstvena nega postala individualizirana, osredotočena na posameznega pacienta pri katerem se uporablja celosten pristop obravnave. Tako se tudi zmanjša možnost rutinskega dela in obravnave pacientov.

Mnogo medicinskih sester je mnenja, da je za uspešno zdravstveno nego pomembna povezava med teorijo in praksjo. Vendar se tako izkušene medicinske sestre kot študenti sprašujejo ali obstaja neposredna relevantnost teoretskih spoznanj, ki se lahko prenesejo v praksjo zdravstvene nege (Ousey, Gallagher, 2007). Teorije nam omogočajo, da lahko sami izberemo svoj pristop v zdravstveni negi in določimo negovalne diagnoze. Teoretični modeli zdravstvene nege dajejo vsebino našemu samostojnemu delovanju in so bistvenega pomena za sodobno zdravstveno nego.

ZAKLJUČEK

Namen znanosti zdravstvene nege je razvoj teorij. Namen teorij je različen, saj nam pomagajo pri negovanju pacientov, raziskovalnem delu, teoretičnemu in kritičnemu razmišljanju, ter pripomorejo k razvoju in avtonomnosti zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Teorije zdravstvene nege so odraz družbe, kulture in izobraževalnega sistema iz katerega izhajajo. Medicinskim sestrar





prenos teorij v vsakodnevno prakso predstavlja oviro, zato je za strokovno delo medicinskih sester zelo pomembno poznavanje teoretičnih modelov. S tem je omogočeno varno in strokovno delo ter kakovost zdravstvene nege. Raziskovanje na področju zdravstvene nege je zelo pomembno za razvoj stroke zdravstvene nege. Vodje zdravstvene nege se morajo zavedati pomembnosti raziskovanja na tem področju in podpirati medicinske sestre pri izobraževanju in izpopolnjevanju znanja o teorijah zdravstvene nege.

LITERATURA

- Alligood MR. The power of theoretical knowledge. *Nurs Sci Q.* 2011; 24(4):304-5.
- American Society of Registered Nurses, ASRN. The biomedical model vs. social model in american nursing practice. *Journal of nursing.* 2007. Dostopno na: <http://www.asrn.org/journal-nursing/250-the-biomedical-model-vs-social-model-in-american-nursing-practice.html>. (20. 05.2014).
- Barret EA. What is nursing science? *Nurs Sci Q.* 2002; 15(1): 51-60.
- Brazil K, Ozer E, Cloutier MM, Levine R, Stryer D. From theory to practice: improving the impact of health services research. *BMC Health services research.* 2005;5(1): 1-5. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC545971/> (20. 05. 2014).
- Bultemeier Kl. Nursing in Malawi: nursing theory in the movement to professionalize nursing. *Nurs Sci Q.* 2012;25(2): 184-6.
- Čaušević M, Ramšak Pajk J. Aplikacija adaptacijskega modela Calliste Roy pri pacientu z rakom in s kronično bolečino. *Obz Zdrav Nege.* 2014;48(1):40-9.
- Čuk V. Predstavitev zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija. In: Čuk V, eds. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji: zbornik prispevkov. Strokovno srečanje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2007: 7-9.
- Johnson BM, Webber PB. An introduction to theory and reasoning nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2010.
- Jus A, Lešnik D. Uporaba negovalnih diagnoz v reševalni službi. In: Skela-Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. Teorija, raziskovanje in praksa - trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 433-38.
- Marjorie Parks E, Tucker Longsworth L, Espadas I. Harmonizing nursing education: theory and practice. Mona: University of the West Indies; 2011. Dostopno na: http://www.open.uwi.edu/sites/default/files/bncc_de/belize/conference/papers2010/parksetal.html. (20. 05. 2014)
- McKenna H, Slevin O. Vital Notes for Nurses: Nursing Models, Theories and Practice. Oxford: Blackwell Publishing; 2008: 107-22.
- McKenna H, Pajnkihar M, Murphy F. Nursing Models, Theories and Practice. Chister: Willey Blackwell; 2014: 2. Dostopno na: <http://www.amazon.com/Fundamentals-Nursing-Models-Theories-Practice/dp/0470657766> (20. 05. 2014)
- Meleis A. Theoretical Nursing: Development & Progress. 5 th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012: 64, 153-62, 240, 454.
- Ousey K, Gallagher P. The theory-practice relationship in nursing: debate. *Nurse Edc Pract.* 2007; 7(4): 199-205. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2007.02.001> (20. 05. 2014).
- Pajnkihar M. Analiza in vrednotenje teorij zdravstvene nege. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, eds. Novi trendi v sodobni zdravstveni negi - razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja: zbornik predavanj z recenzijo. 2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 17. in 18. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2009: 73-80.





Pajnkihar M. Modeli in kriteriji za analizo in vrednotenje teorij zdravstvene nege. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Skinder Savić K, Zurec J, eds. Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe. 5. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana 7. in 8. junij 2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012: 77-84.

Raingruber B. Contemporary Health Promotion In Nursing Practice. Burlington: Jones & Barlett Learning; 2013: 71.

Richman J in Mercer D. Modern language or spin? Nursing newspeak and organizational culture: new health scriptures. *J Nurs Manag.* 2004;12(5):290-8.

Richmond ST in Aitken ML. A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcome research. *J Adv Nurs.* 2011;67(12):2741-53.

Rizzo Parse R. Research findings evince benefits of nursing theory-guided practice. *Nurs Sci Q.* 2006;19(2):87.

Stemmer R. Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen. Pflege und Gesellschaft. 2003;2(8): 51-8. Dostopno na: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0203stemmer.pdf> (20. 05. 2014).

Šmitek J. Zdravstvena nega: znanstvena veda, umetnost ali obrt. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege in babiške nege Slovenija; 2009.

Theofanidis D, Fountouki A. Nursing theory a discussion on an ambiguous concept. *International journal of caring sciences.* 2008;1(1):15-2. Dostopno na: http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/Vol1_Issue1_02_Theofanidis.pdf (20. 05. 2014).

Timmins F. Contemporary issues in coronary care nursing. London: Routledge; 2005.

Timmins F, Horan P. A critical analysis of the potential contribution of Orem's (2001) self-care deficit nursing theory to contemporary care nursing practice. *Eur J Cardiovasc nurs.* 2006;6 (1): 32-9. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713359>. (20. 05. 2014).

Žlak P, Popović L, Podhostnik A. Povezava med grand in mikro teorijami s primerom v praksi. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 22-3.





POJAVNOST ČUSTVENIH IN TELESNIH ZNAKOV, KI NAKAZUJEJO IZGORELOST PRI ZAPOSLENIH V NUJNI MEDICINSKI POMOČI

INCIDENCE OF EMOTIONAL AND PHYSICAL SIGNS THAT INDICATE BURN-OUT IN EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE TEAM

NIKA KUGONIČ, MAŠA ČERNELIČ BIZJAK

IZVLEČEK**Izhodšča**

Poznavanje čustvenih in telesnih simptomov je ključno za pomoč zaposlenim v nujni medicinski pomoči. V literaturi so ti zaposleni opredeljeni kot zelo tvegana skupina za doživljanje škodljivega stresa, ki ga najverjetneje povzroča splet številnih dejavnikov. Le-ti pomembno vplivajo na stopnjo stresa in posledično tudi na pojav sindroma izgorevanja. Namen raziskave je bil ugotoviti značilnosti telesnih in čustvenih simptomov pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči, ki lahko kažejo na pojav izgorelosti.

Metode

V raziskavo je bilo vključenih 60 naključno izbranih oseb obeh spolov, zaposlenih v štirih različnih enotah nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji. Uporabljen je bil nestandardizirani vprašalnik, ki je vseboval dvanajst vprašanj. Izbrani podatki so bili statistično obdelani na nivoju deskriptivne statistike.

Rezultati

Ugotovili smo, da so zaposleni v nujni medicinski pomoči obremenjeni in posledično doživljajo kronični stres. To trdi 73,4 % zaposlenih. Večina jih svoje delo ocenjuje kot stresno. Kot najbolj stresno navajajo soočanje s tragičnimi dogodki (88,4 %) in pomanjkanje osebja (86,6 %). Najpomembnejši simptomi pri pojavu izgorelosti so utrujenost, nespečnost, glavobol, bolečine v križu in ramenih ter občutki jeze.

Diskusija in zaključek

Kljudno je, da zaposleni ne doživljajo telesnih in čustvenih znakov oz. simptomov, ki bi lahko kazali na prisotnost sindroma izgorevanja. Poročajo pa o znakih, ki bi lahko deloma kazali na pojavnost izgorelosti in bi se s časoma lahko razvili v sindrom izgorevanja.

Opomba: Prispevek za konferenco je krajši povzetek objavljenega prispevka, ki je bil objavljen v Obzorniku zdravstvene nege: Kugonič N. Sindrom izgorevanja pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči. Obzor Zdrav neg. 2013;47(3):268–75.

Nika KUGONIČ, Splošna bolnišnica Celje, SI; nika.kugonic@gmail.com

Doc. dr. Maša ČERNELIČ BIZJAK, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, SI;

ABSTRACT**Introduction**

Knowing the emotional and physical symptoms is essential to help the members of the emergency medical assistance team that have been recognized as a high-risk group for experiencing adverse health effects of stress caused by a number of intertwined factors. Excessive, prolonged and unrelenting stress can have serious health consequences and may lead to a burnout syndrome. The purpose of this research was to determine the physical and emotional signs and symptoms of stress overload leading to a burnout syndrome.

Methods

The study included 60 randomly selected males and females working in one of the four emergency medical assistance units in the Republic of Slovenia. An extensive non-standardized questionnaire consisting of 12 questions was used in the study as a data collection instrument. The data gathered were statistically analysed.

Results

Results of the study show that the majority (73.4%) of members of the emergency medical assistance team experience chronic stress overload due to the nature and amount of work. The most stressful is the management of emotional reactions to traumatic situations (88.4%) and the lack of staff (86.6%). The most common burnout signs and symptoms are emotional, mental, and physical exhaustion manifested as fatigue, insomnia, frequent headaches, back and shoulder pain, muscle aches and angry feelings.



Discussion and conclusion

Despite heavy stress at work, the duration and frequency of physical, emotional and behavioural signs and/or symptoms experienced by the study participants do not indicate the presence of a burnout syndrome. The participants do, however, report of experiencing some warning signs of impending burnout.

IZHODIŠČA

Pojav izgorelosti (angl. *burnout syndrome*) je prvi natančno predstavil Freudenbergr leta 1974 (Rakovec - Felser, 2006). Pogosteje je prisoten tam, kjer se delo odvija z ljudmi oziroma za ljudi, še posebno za ljudi, ki so bolni ali se tako le počutijo. Maslach (2011) izgrevanje opredeljuje kot pojav telesne in čustvene uvelosti, ki v končni fazi vodi k negativnemu odnosu do sebe, lastnega poklica in k izgubljeni možnosti prisluhniti sočloveku. Je kronično stanje skrajne psihofizične in čustvene izčrpanosti (Pšeničny, 2006), ki nastane zaradi dolgotrajnih nevzajemnih odnosov pri delu ali v zasebnem življenju, lahko pa tudi kot splet delovnih in zasebnih okoliščin. Zadovoljstvo z delom ima izjemenvpliv na zdravje in počutje zaposlenih. Vse to vpliva tudi na njihovo splošno zadovoljstvo z življenjem, ter na fluktuacijo in absentizem (Černelič Bizjak, 2009a). Izgoreli ljudje so kronično utrujeni, veliko manj delovno učinkoviti kot prej, razdražljivi, cinični in nemotivirani za delo, čeprav so ga imeli nekoč radi in so ga z veseljem opravljali. V skrajnem primeru lahko doživijo tudi popoln psihofizični zlom (adrenalni zlom), ki po znakih spominja na hudo depresijo, čeprav to ni. Ob tem se lahko pojavijo številna boleznska znamenja, celo možganska kap ali infarkt, poveča pa se tveganje za rakava in druga obolenja (Pšeničny, 2006).

Od izgrevanja do izgorelosti

Izgrevanje je kroničen proces in poteka v zaporednih stopnjah od stanja izčrpanosti, prek stanja ujetosti do stanja adrenalne izgorelosti (Pšeničny, 2007). Prva stopnja izgrevanja, izčrpanost, se kaže kot občutek kronične utrujenosti, ki po počitku ne mine, prisotne so tudi motnje koncentracije. Najbolj tipičen znak je deloholizem (pretirana delovna angažiranost), ki se izmenjuje s preutrujenostjo. Traja lahko dvajset let. Za drugo stopnjo, utrujenost, je značilen občutek ujetosti v način življenja, dela in odnosov. Ta občutek spremiha preizčrpanost, na katero posameznik pogosto reagira aktivno, z menjavo delovnega ali življenjskega okolja, vendar vanje prenaša svoje stare notranje prisile in s tem tudi vzroke za nadaljnje izgrevanje. Najbolj tipičen znak je občutek ujetosti ter nemoči, da bi

karkoli spremenili, najbolj značilni simptom pa je nihanje samopodobe, ki jo spremiha huda tesnoba (leta se lahko stopnjuje do paničnih napadov) ali depresivni občutki. Ta faza lahko traja do dveh let. V tretjo stopnjo uvrščamo stanje tik pred adrenalnim zlomom, ko so vsi simptomi na višku, to stopnjo imenujemo sindrom adrenalne izgorelosti. Značilni so skoraj popolna izguba energije, velik psihofizični in nevrološki zlom, nenehno spanje, lahko tudi infarkt, možganska kap. Značilni so akutni močni depresivni znaki, zato se to motnjo pogosto zamenja z depresijo ali akutno anksioznostjo. Ti simptomi so poleg občutka popolne izčrpanosti najpogosteji, zato je zelo veliko tistih, ki doživijo adrenalni zlom, hospitaliziranih v psihiatrični ustanovi. Akutno stanje traja nekaj tednov, odpravljanje posledic pa od pol leta do dveh ali štirih let (Maslach, 2011; Pšeničny, 2007).

Stres in sindrom izgrevanja v službi nujne medicinske pomoči

Področje dela v nujni medicinski pomoči je zelo zahtevno in stresno. Delo zahteva, da so zaposleni ves čas v optimalni telesni in čustveni kondiciji, zato je stres potrebno aktivno obvladovati (Campbell, 2007). Situacije, v katerih obstaja nevarnost pojava izgrevanja na delovnem mestu, so preobremenjenost z delom, ki narašča z vedno hitrejšim delovnim ritmom, intenzivnim in zapletenim delom, pomanjkljivim ali strogim nadzorom nad delom, nezadostnim nagrajevanjem dela, ki vodi v nezadovoljstvo in upad veselja do dela, razpad skupnosti na delovnem mestu, kar ima za posledico trganje osebnih odnosov in pomanjkanje poštenosti na delovnem mestu (Kočan, Kernc, 2010). Dogodki, ki so močno obremenjujoči za zaposlene v nujni medicinski pomoči, so naslednji: množična nesreča, smrt dojenčka ali otroka, poškodba ali smrt kolega reševalca, dolgotrajno reševanje, potreba po hkratnem reševanju večjega števila poškodovanih (Kramar, 2007). Študije v glavnem poudarjajo in potrjujejo potrebo medicinskega osebja po učenju večin za premagovanje stresa, saj le-te delujejo kot zaščita pred čustveno izčrpanostjo, stresom in izgorelostjo, ki je pogosto omenjena posledica dela na delovnem mestu medicinske sestre (Černelič Bizjak, 2009a).

Namen raziskave je bil ugotoviti značilnosti simptomov (telesnih in čustvenih), ki jih doživljajo zaposleni ter ugotoviti stopnjo doživljanja stresa. Cilj je bil ugotoviti doživljjanje stresa in z delom povezanega stresa, izraženost s stresom povezane simptomatike in pojavnost doživljanja že kroničnega stresa, ki bi lahko





kazal na pojav izgorelosti med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči. Zanimalo nas je, v kolikšni meri zaposleni v enoti nujne medicinske pomoči obremenjeni in doživljajo kronični stres in v kolikšni meri zaposleni v enoti nujne medicinske pomoči ocenjujejo svoje delo kot stresno. Nadalje nas je še zanimalo, v kolikšni meri zaposleni v enoti nujne medicinske pomoči poročajo o znakih, ki bi lahko kazali tudi na pojavnost izgorelosti.

METODE

Uporabili smo deskriptivno raziskovalno metodo. Izvedli smo presečno študijo in uporabili kvantitativen pristop.

Opis instrumenta

Za potrebe raziskave je bil sestavljen strukturiran vprašalnik, ki je zajemal dvanajst vprašanj. Vprašalnik je bil oblikovan po vzoru referenčnih vprašalnikov različnih avtorjev (Pšeničny, 2006; Maslach, 2003) in po vzoru vprašalnika SAI – Sindrom adrenalne izgorelosti (Pšeničny, 2007). Vprašanja so se nanašala na stresnost dela in na to kako močno določena značilnost dela predstavlja stresno situacijo. Pri delu prisotne stresne dejavnike, so vprašani ocenjevali s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice. Osmo vprašanje je imelo 42 podvprašanj, ki so se nanašala na telesne in čustvene simptome izgorevanja. Vprašani so poročali o tem, kakšne težave imajo zaradi preobremenitve na delovnem mestu, prisotnost vsakega simptoma in znaka so ocenjevali stopenjsko. Pri vsakem od 42 simptomov so morali tudi časovno opredeliti. Sledilo je še vprašanje o psihofizični izčrpanosti in kronični utrujenosti. Zanesljivost vprašalnika ni bila testirana.

Opis vzorca

V raziskavo so bili zajeti posamezniki, ki so bili v času poteka raziskave zaposleni v različnih enotah nujne medicinske pomoči. Razdeljenih je bilo 69 vprašalnikov, izpolnjenih in vrnjenih jih je bilo 60, kar predstavlja 87 % odziv. Populacija je bila namensko in naključno izbrana. Na vprašalnik je odgovarjalo 43 žensk (71,7 %) in 17 moških (28,3 %). 45,0 % vprašanih je bilo starih od 36 do 45 let, četrtnina (25 %) je bila starih 46 let in več, 21,7 % jih je bilo starih 26 do 35 let, 8,3 % vprašanih je bilo starih do 25 let. Glede delovne dobe v nujni medicinski pomoči je 36,7 % vprašanih zaposlenih od 15 do 25 let, 31,7 % jih je zaposlenih od 5 do 15 let. Petina (20 %) nad 25 let in najmanj (11,7 %) manj kot 5 let. Le 5 % je višjih medicinskih sester/višjih medicinskih tehnikov, največ je zdravstvenih

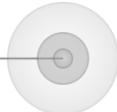
tehnikov/tehnikov zdravstvene nege (65 %) in tretjina je diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov (30 %).

Opis poteka raziskave

Raziskava je potekala v letu 2012. Za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno soglasje vodstva vseh zavodov. Vsi sodelujoči so bili seznanjeni z namenom raziskave. Udeležba v raziskavi je bila prostovoljna in anonimna. Raziskava je bila opravljena skladno z načeli Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Helsinške deklaracije. Podatki anketiranja so bili obdelani s pomočjo računalniških programov Microsoft Office Word 2010, SPSS 20.0 in Microsoft Office Excel 2010

REZULTATI

Tri četrtine (73,4 %) vprašanih poroča, da je njihovo delo stresno ali zelo stresno. Petina jih meni, da je izjemno stresno (21,7 %). Najvišje ocenjen stresni dejavnik je soočanje s tragičnimi dogodki in to v 66,7 %. Sledijo odgovori: pogosta odsotnost z doma, nezadostno nagrajevanje, delovne obremenitve, velika odgovornost, natrpan urnik, pomanjkanje časa, težki delovni pogoji in dežurstvo. Med najvišje ocenjene stresne dejavnike spadajo odnosi s sodelavci, pomanjkanje poštenosti in zahtevna tehnologija. V nadaljevanju smo preiskovance spraševali o težavah, ki jih imajo zaradi preobremenjenosti na delovnem mestu, pogostost ter koliko časa je to prisotno. Z različnimi barvami so bili označeni simptomi in znaki, ki so značilni za prvo, drugo in tretjo stopnjo izgorevanja. Kot najpogosteji simptom se pojavlja utrujenost, ki se razvršča v drugo stopnjo izgorelosti. Tisti (52,5 %), ki so poročajo o pogosti ali zelo pogosti utrujenosti je bila ta prisotna leto ali več pri polovici vprašanih. Drugi najpogosteji simptom, o katerem poročajo vprašani je bolečina v križu in ramenih, ki se uvršča v prvo stopnjo izgorelosti. Kot pogosto ali zelo pogosto se pojavlja pri 38,3 % vprašanih ter pri 71,4 % vprašanih traja kar leto ali več. Med bolj izpostavljenimi simptomi in znaki so poročali še o pospešenem utripu srca, glavobolih in prebavnih motnjah, ki se pogosto pojavljajo zaradi preobremenitve na delovnem mestu. Pri telesnih simptomih in znakih ugotovimo, da se v povprečju najbolj pojavljajo tisti, ki jih lahko uvrstimo v drugo stopnjo izgorelosti. To so utrujenost, glavobol, nihanje krvnega tlaka in nazadnje še pojavljanje gripe. Najmanj pa so poročali o slabosti in bruhanju ter mravljinčavosti po telesu. V drugem sklopu vprašalnika smo



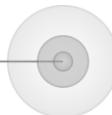


udeležence povprašali o čustvenih simptomih in znakih. Kot najpogostejši simptom se pojavlja občutek jeze, ki ga uvrščamo v prvo stopnjo izgorelosti. Ugotovili smo, da pri tistih vprašanih, ki poročajo o pogosten ali zelo pogosten občutku jeze (18,3%), je le-ta prisotna leto ali več pri 36,4 % vprašanih. Čustvena izčrpanost je drugi najpogostejši simptom in jo uvrščamo v drugo stopnjo izgorelosti. Pogosto in zelo pogosto se pojavlja pri 16,7 % vprašanih, od tega jih 70 % vprašanih čustveno izčrpanost doživlja leto ali več. V tem sklopu se v povprečju najpogosteje pojavljajo znaki in simptomi, ki jih uvrščamo v drugo stopnjo izgorelosti. Le ti so čustvena izčrpanost, občutki nemoči, brezsmiselnost in žalost. Udeležence smo povprašali, ali so že kdaj doživeli tako močan stres, da so bili psihofizično izčrpani. 66,7 % odstotkov jih je odgovorilo, da tako močnega stresa še ni doživel. Tretjina tistih, ki pa so o tem doživetju poročali, so si pri premagovanju stresa pomagali s počitkom, fizično aktivnostjo, dopustom, pogovorom, strokovnim svetovanjem in ukvarjanjem s prostočasnimi aktivnostmi. 95 % vprašanih je povedalo, da zaradi kronične utrujenosti še niso bili na bolniški.

DISKUSIJA

Na podlagi dobljenih rezultatov raziskave smo ugotovili, da preiskovanci poročajo o največjih spremembah o naslednjih telesnih znakih: utrujenost, glavobol, bolečine v želodcu, križu in ramenih, pospešen utrip srca, prebavne motnje. Rezultat je primerljiv z novejšo raziskavo (Stričević et al., 2012), kjer so avtorji ugotovili, da je problem bolečine v hrbtenici pri negovalnem osebju v bolnišnici pereč problem in da skoraj 80% preiskovancev navaja pogoste bolečine v ledvenem predelu hrbtenice in več kot 65% pogoste bolečine v vratnem predelu hrbtenice. Na področju čustvenih simptomov so najpogostejši čustveni znaki, o katerih poročajo preiskovanci, čustvena izčrpanost, občutek jeze in slabo počutje. Čustvena izčrpanost lahko povezujemo s soočanjem s tragičnimi dogodki, ta situacija je namreč najbolj stresna situacija po mnenju preiskovancev. Zaposleni v nujni medicinski pomoči torej poročajo o znakih, ki bi lahko kazali pojavnost izgorelosti. Iz dobljenih podatkov in rezultatov lahko sklepamo, da se pogosto doživljanja te simptomatične in znakov sčasoma lahko razvije v sindrom izgorevanja. S tem lahko le delno potrdimo našo tretje raziskovalno vprašanje, ki smo si go postavili, in sicer da zaposleni v nujni medicinski pomoči poročajo o znakih, ki bi lahko kazali pojavnost izgorelosti, torej poročajo o znakih, ki bi

lahko deloma kazali na pojavnost izgorelosti, vendar tega zagotovo ne moremo trditi. Lahko sklepamo, da se pri posamezniku, ki pogosto doživlja znake s časoma lahko razvije sindrom izgorevanja. Leta 2007 je Inštitut za razvoj človeških virov Ljubljana izvedel edino raziskavo o izgorelosti v Sloveniji na splošni populaciji. Zajeli so starostne skupine od srednješolcev do upokojencev, vse izobrazbene stopnje ter različne statuse zaposlitve. Rezultati so bili zaskrbljujoči, saj je samo 40 % oseb, ki so bile zajete v raziskavo, ne kazalo znakov izgorevanja. Ostali so poročali o nekaterih znakih izgorevanja ali pa so že izgoreli (Pšeničny, 2007). Primerljivo, v naši raziskavi rezultati kažejo na prisotnost simptomov in znakov sindroma izgorevanja, ne moremo pa z gotovostjo trditi, da so zaposleni v nujni medicinski pomoči že v fazi izgorevanja. Prisotnost nekaterih simptomov in znakov pri kar precejšnjem številu zaposlenih pa nakazuje veliko ogroženost pri tej skupini zaposlenih za morebitno pojavnost sindroma izgorevanja. Nadalje je iz rezultatov razvidno, da kar 3/4 vprašanih meni, da je delo, ki ga opravlja, stresno oz. zelo stresno. Samo 5 % vprašanih meni, da je malo stresno oz. ni stresno. Tretjina zaposlenih poroča, da so bili zaradi močnega stresa že psihofizično izčrpani. Iz tega lahko sklepamo, da je močan stres prisoten pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči in lahko pripelje do psihofizične izgorelosti, kar v kombinaciji s pojavljanjem simptomov in znakov pri tej skupini predstavlja veliko tveganje za pojavljanje izgorelosti. S tem lahko pritrdirilno odgovorimo našo drugo zastavljeni raziskovalno vprašanje, da zaposleni v nujni medicinski pomoči v večini ocenjujejo svoje delo kot stresno. Najbolj obremenjena področja dela v nujni medicinski pomoči so sodeč po dobljenih rezultatih soočanje s tragičnimi dogodki, pomanjkanje osebja, pogosta odsotnost z doma in velika odgovornost. Iz analize odgovorov je tudi opaziti, da so zaposleni v nujni medicinski pomoči vsakodnevno izpostavljeni doživljanju stresa in obremenjenosti na delovnem mestu. Pri tej skupini zaposlenih je ob neustrezni razbremenitvi in neustrezni soočanju s stresom in kronični utrujenosti veliko tveganje, da se razvijejo simptomi izgorevanja, ki ga lahko v končni fazi diagnosticiramo kot sindrom izgorevanja. Iz analize odgovorov je tudi opaziti, da so zaposleni v nujni medicinski pomoči vsakodnevno izpostavljeni doživljanju stresa in obremenjenosti na delovnem mestu. S tem lahko pritrdirilno odgovorimo na naše prvo raziskovalno vprašanje, da so zaposleni obremenjeni in da doživljajo kronični stres. Iz raziskave Inštituta za znanost in tehnologijo Univerze v





Manchestru (Požarnik, 2002) je razvidno, da je poklic medicinske sestre eden najbolj stresnih. Glavni vzroki za stresnost so trije: obremenjenost, neprimerni odnosi nadrejenih in sodelavci. To potrjujejo tudi odgovori udeleženih v naši raziskavi, saj navajajo, da je ravno obremenjenost glavni vzrok stresa pri njihovem delu. Kar 70 % jih je potrdilo, da so delovne obremenitve stresne oz. zelo stresne, najbolj stresno pa je po njihovem mnenju soočanje s tragičnimi dogodki. Soočanje s smrtjo in umiranjem se izpostavlja kot glavni vzrok stresa pri medicinskih sestrar (Oblak, 2003), kar potrjujejo tudi naši podatki. Zaposleni v nujno medicinski pomoči so izučeni, da rešujejo življenja, zato vsako smrt pacienta ali poškodovanca jemljejo kot oseben neuspeh. Vprašanja na katere nihče ne pozna odgovora, v smislu, kaj sem naredil narobe ali kaj bi lahko storil drugače, so vsakodnevna in lahko povzročajo hude travme. Te so najpogosteje, kadar v službi nimajo organiziranih timskih sestankov, kjer lahko vsak pove svoja razmišljanja (Kramar, 2007). V tem primeru, bi bilo koristno organizirati delavnice za zaposlene, kjer bi si lahko izmenjali izkušnje in se pogovorili o svojih občutijih. Vprašanim smo postavili vprašanje, ali bi se udeležili delavnice proti izgorelosti, če bi bila organizirana na njihovem delovnem mestu in kar 88,3% vprašanih, bi se take delavnice udeležili. Kaučič (2002) navaja in povzema po tuji literaturi različne načine preprečevanja izgorelosti: podpora okolja, osebni pristop, sproščanje, šport, hobiji izven službe. Vprašani v naši raziskavi prav tako navajajo, da si od psihofizične izčrpanosti najpogosteje opomorejo s pogovorom z družino, fizično aktivnostjo in počitkom (dopust), nekateri pa tudi poiščejo pomoč pri psihologu in z obiskom avtogenega treninga.

LITERATURA

- Campbell PM. Self-care for the caregiver. In: Oman KS, Koziol-McLain J, eds. Emergency nursing secrets. 2nd ed. St. Louis: MosbyElsevier; 2007: 61-5.
- Černelič Bizjak M. Od stanja izčrpanosti do stanja adrenalne izgorelosti. Isis. 2009a;18(1):53.
- Kaučič BM. Proces izgorevanja pri članih negovalnega tima v patronažnem varstvu. Obzor Zdr N. 2002; 36(2):101-4.
- Kočan E, Kernc M. Reševalcev in stres, naše izkušnje. In: Posavec A, eds. Zbornik predavanj
- Od reševalca do reševalca v zdravstvu. 20-letnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu., Gozd Martuljek, 26. in 27. marec 2010. Ljubljana:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2010: 197.

Kramar J. Ali reševalci bolj izgorevamo kot drugi poklici v zdravstvu? In: Posavec A, ed. Zbornik predavanj. Strokovni seminar Zdravstveni reševalci - poklic, poslanstvo ali izviv, Ig, 26. oktober 2007 Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, 2007: 31-7.

Maslach, C. Job burnout: new directions in research and intervention. Curr Dir Psychol Sci. 2003;12(5):189-92. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.01258> (14.9.2012)

Maslach C. Engagement research: some thoughts from a burnout perspective. Eur J Work

Organ.Psychol.2011;20(1):47-52.Dostopnona: <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2010.537034> (14.9.2012)

Oblak T. Stresni dejavniki pri operacijskih sestrarh ob odvzemu organov in tkiv. Obzor Zdr N. 2003;37(4):287-97.

Pečnik Vavpotič T. Izgorelost pri medicinskih sestrarh. In: Skela Savič B, eds. Zbornik

strokovnega seminarja Starost in rak. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2003: 88-95.

Požarnik T. Prisotnost sindroma "burnout" ali sindroma izgorelosti med operacijskimi

medicinskimi sestrami. In: Rebernik Milić M, eds. Zbornik XIII Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutr. Portorož, 22.-25. 5. 2002. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije; 2002: 12-8.

Pšeničny A. Sindrom adrenalne izgorelosti in recipročni model sindroma izgorelosti.

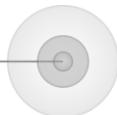
Ljubljana: Inštitut za razvoj človeških virov; 2006: 6-7.

Pšeničny A. Razvoj vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI) in preverjanje izhodišča



recipročnega modela izgorelosti. Psihol Obz. Stričević J, Balantič Z, Turk Z, Čelan D, Kegl B, Pajnkihar M. Dejavniki tveganja za pojav bolečine v vratnem in ledvenem predelu hrbtnice pri negovalnem osebju v bolnišnici. Obzor Zdrav Neg. 2012;46(3):195-207.

Rakovec-Felser Z. Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem. Obzor Zdr N. 2006;40 (3):143-8.



**ZGODOVINA VPISA V PODIPLOMSKE ŠTUDIJSKE PROGRAME NA FAKULTETI ZA ZDRAVSTVENE VEDE****ENROLLMENT HISTORY IN POSTGRADUATE STUDY AT THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

NINA ŽUPAN

IZVLEČEK

Bolonjski sistem je prinesel širjenje programov, uvedel novosti v programe, prinesel več sodelovanja med študenti in profesorji ter mlajšimi študenti s starejšimi. Prinesel bi naj višjo kakovost kadra, ki prihaja iz študijskih smeri, in lažjo zaposljivost. Na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru ponujajo tri smeri podiplomskega študija. Fakulteta deluje v obnovljeni in sodobno opremljeni zgradbi. Študijski programi 2. stopnje študentom omogočajo poglabljanje znanja na širšem strokovnem področju.

Ključne besede: Bolonjska reforma, podiplomski študij, študijski program, diplomant

ABSTRACT

Bologna school system contributed to expansion of education programs, as well as improvements in them. With that, there is now more professor to student and also collaboration between students of different ages. The system is supposed to raise the overall future staff quality and easier employment. Faculty of Health Sciences Maribor offers three postgraduate studies. Second level programs offer expansion of knowledge on a wider professional area. The Faculty itself was recently renovated and its equipment is very high standard.

Keywords: Bologna reform, post-graduate studies, study program, the graduate

UVOD

Pred devetimi leti se je v Sloveniji uveljavila bolonjska reforma. V študijskem letu 2009/10 so vse fakultete začele izvajati nov program. Omogoča študentu, da osvoji kompetence, ki so potrebne za zaposlitev. Študent bo lahko prej končal študij in se tako uspešno ter čim prej vključil na trg dela. Po novem je mogoče diplomirati po treh letih študija, ter magistrirati po petih letih študija. Na ta način so slovenski študiji primerljivi z ostalimi evropskimi študiji. Vsi študenti, ki

so se vpisali na študij po starem programu, ko se je ta še izvajal, imajo pravico dokončati študij po starem programu.

Slovenija je bila ena prvih podpisnic bolonjske deklaracije, a hkrati ena zadnjih držav, ki je prenovila vse študijske programe. Pred desetimi leti so začeli delovati prvi prenovljeni študijski programi, zadnji pa šele lani. Kljub temu, da ima težave celotna družba, je bolonjska prenova slovenskemu visokošolskemu prostoru prinesla ogromno modernizacijo, ki bo v prihodnosti prinesla še več (Mlakar, 2014).

V študijskem letu 2012/2013 je na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru upadel vpis v študijski program Zdravstvena nega 2. stopnje za 52,9 %. Razlog za to je vpis študentov na študijski program 2. stopnje Management v zdravstvu in socialnem varstvu (Golob, Sajko, Frumen, 2013).

Diplomant študijskega programa 2. stopnje na Fakulteti za zdravstvene vede se lahko zaposli v gospodarski dejavnosti in zdravstvenih institucijah. Zaradi varstva osebnih podatkov diplomatov je informacije o zaposlitvi težje pridobiti. Delne informacije se lahko dobijo na Zavodu za zaposlovanje in pri delodajalcih.

ZGODOVINA RAZVOJA FAKULTETE ZA ZDRAVSTVENE VEDE UNIVERZE V MARIBORU

Pred skoraj enaindvajsetimi leti, natančneje 17.6.1993, se je v Mariboru ustanovila Višja zdravstvena šola, ki je morala zaradi spremembe visokošolskega izobraževanja spremeniti ime v Visoka zdravstvena šola Univerze v Mariboru, dne 30.12.1994. Kot prva v Sloveniji se je preoblikovala v sodobno fakulteto. Državni zbor Republike Slovenije je z odlokom 27.12.2006 preoblikoval Visoko zdravstveno šolo v Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru (Pajnkihar, 2013).

Fakulteta za zdravstvene vede je v enaindvajsetih letih delovanja šla čez tri obdobja razvoja in je od stroke počasi prehajala v profesijo. V prvem obdobju, ko je delovala Višja zdravstvena šola in Visoka zdravstvena šola je bil poudarek na razvoju in izvajanju izobraževalne dejavnosti dodiplomskega rednega in izrednega študija ter podiplomski specialistični programi. V drugem obdobju, ko je delovala Visoka



zdravstvena šola in Fakulteta za zdravstvene vede, je bil poudarek na razvoju študijskega programa 1. stopnje in podiplomskih študijskih programov 2. stopnje. Ter v tretjem obdobju, ko deluje Fakulteta za zdravstvene vede, bo poudarek na oblikovanju sodobnega študijskega programa 3. stopnje (Pajnkihar, 2013).

Prvi študenti na Višji zdravstveni šoli so študirali v dveh nadstropjih Zdravstvenega doma Maribor in predavalnici na Srednji zdravstveni šoli Juge Polak. Razmere za učenje študentov so bile takrat zelo težke.

V delovanju Visoke zdravstvene šole je bil v študijskem letu 1999/2000 prvič razpisani podiplomski specialistični program Gerontološka zdravstvena nega.

PODIPLOMSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM ZDRAVSTVENA NEGA 2. STOPNJA

Namenjen je diplomantom, ki želijo poglobiti svoje znanje na strokovnem področju. Ta študijski program diplomantu omogoča veliko samostojnega dela in raziskovanja s področja zdravstvene nege. Študijski program pripravlja diplomanta na odgovornost pri vodenju zahtevnih sistemov ter komunikacijske veščine za dobro vodenje tima.

Podiplomski študijski program Zdravstvena nega 2. stopnja se je na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru pričel izvajati v šolskem letu 2007/2008. Prvi diplomant tega študijskega programa je magistriral leta 2009.

Od prvega vpisa v redni študijski program Zdravstvena nega 2. stopnja do danes, je bil vpis vsako leto omejen. Minimalno je bilo potrebnih za vpis v študijskem letu 2009/2010 7,8 točk. V študijskem letu 2010/2011 je bilo potrebnih 8,2 točk. Naslednje šolsko leto je minimalno število točk padlo na 7,6 in se v študijskem letu 2011/2012 dvignilo na 7,936 točk. Na izrednem študiju ni bilo nobeno leto omejitve vpisa (KOK FZV UM, 2013).

V šolskem letu 2009/2010 je bilo vpisanih v študijski program Zdravstvena nega 2. stopnja 61 rednih študentov in 19 izrednih študentov. Naslednje šolsko leto je bilo vpisanih 32 rednih študentov ter 0 izrednih študentov. Iz leta v leto upada vpis rednih študentov, izrednih študentov pa več ni. V šolskem letu 2011/2012 je bilo vpisanih 30 rednih študentov, ter 2012/2013 35 rednih študentov (KOK FZV UM, 2013).

PODIPLOMSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM MANAGEMENT V ZDRAVSTVU IN SOCIALNEM VARSTVU 2. STOPNJA

Namenjen je diplomantom, ki se želijo zaposliti v socialnih in zdravstvenih organizacijah. S tem študijem si diplomant pridobi določene kompetence; prepoznavajo nove vloge menedžerjev, razumevanje pravne ureditve zdravstvenih zavodov, organiziranost socialno varstvenih in zdravstvenih zavodov.

Podiplomski študijski program Management v zdravstvu in socialnem varstvu 2. stopnja se je na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru pričel izvajati v šolskem letu 2009/2010. Prvi diplomant tega študijskega programa je magistriral leta 2011.

Redni in izredni študij študijskega programa Management v zdravstvu in socialnem varstvu 2. stopnje se izvaja na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru vsake dve leti. Študijski program traja dve leti in se zaključi z magistrsko nalogo. Prvi vpis v ta študijski program je bil v šolskem letu 2009/2010, takrat se je vpisalo 30 rednih in 47 izrednih diplomantov. V študijskem letu 2011/2012 je bilo vpisanih 30 rednih in 31 izrednih diplomantov (KOK FZV UM, 2013).

V študijskem letu 2009/2010 je bila omejitev vpisa v redni študij in sicer 8,068 točk. Za izredni študij te omejitve ni bilo. Za sprejem v študijskem letu 2011/2012 v redni študij je bilo potrebnih 7,9 točk. V izrednem študiju ni bilo omejitve (KOK FZV UM, 2013).

PODIPLOMSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM BIOINFORMATIKA 2. STOPNJA

Diplomant Bioinformatike pridobi kompetence za uporabo informacijsko komunikacijskih tehnologij pri preučevanju genomike in proteomike z namenom preprečevanja bolezni ter sposobnost pravilne aplikacije temeljnih znanj s področja znanstvenih metod in laboratorijskih tehnik (KOK FZV UM, 2013).

Podiplomski študijski program Bioinformatika 2. stopnja se je najprej izvajal na treh fakultetah: Fakulteti za elektrotehniko, računalništvo in informatiko, Fakulteti za zdravstvene vede in Fakulteti za naravoslovje in matematiko. Na Fakulteti za zdravstvene vede se je pričel izvajati v šolskem letu 2012/2013 glede na željo študentov. Prvi diplomant tega študijskega programa je magistriral leta 2010.





V podiplomski študijski program Bioinformatika 2. stopnja se je v študijskem letu 2009/2010 vpisalo 9 diplomatov. V študijskem letu 2010/2010 se je število povečalo na 19 diplomantov. Naslednje leto je upadlo na 12 diplomantov. V študijskem letu 2012/2013 se je v ta študijski program vpisalo 13 diplomantov. V vseh letih vpisa v ta študijski program ni bilo omejitve vpisa (KOK FZV UM, 2013).

DISKUSIJA

Leto 2003 je bilo prelomno leto za slovensko visoko šolstvo, ker je stopilo v bolonjski proces. S tem so tudi delodajalci dobili svoje mesto in s tem priložnost sooblikovati šolstvo v Sloveniji. Slovenija je bolonjsko reformo uveljavila zato, da bi študentu omogočila, da osvoji kompetence, potrebne za zaposlitev, čim prej konča študij in se tako uspešno ter čim prej zaposli. Vendar Sloveniji ti cilji niso uspeli. Zaposlovanje po prvi stopnji bolonjskega študija je zelo oteženo. Zato se jih velika večina odloči nadaljevati študij na drugi stopnji ali si poišče zaposlitev, za katero se sploh ni izšolal. Če bi v Sloveniji sistem deloval pravilno, bi se lahko bolonjski diplomanti zaposlili povsod, kjer so se lahko do zdaj njihovi kolegi iz starih programov, saj imajo oboji enake kompetence, vendar v realnosti ni tako saj delodajalci pogosto zahtevajo sedmo stopnjo izobrazbe, ki jo imajo diplomanti po starih študijskih programih.

Veliko krat se pojavlja vprašanje, ali je visoka izobrazba še prednost pri iskanju zaposlitve. V bolnišnicah primanjuje medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, šole zanje se množijo, varčevanje pri zaposlovanju pa prinaša tveganje za paciente.

Študij se v Sloveniji ni spremenil tako, kot je obljubljala bolonjska reforma. Formalno smo dobili veliko novih programov, ki so predvsem drugače časovno razporejeni od starih, a njihova vsebina ostaja enaka. Študentje, ki končajo prvo bolonjsko stopnjo študija, nimajo pravih možnosti za zaposlitev, zato se jih veliko odloči za študij na drugi stopnji. Vse več pa je tudi doktorskih študentov, čeprav nacionalnih ciljev, kaj natančno naj bi bil cilj doktorskega študija, nimamo. Diplomanti menijo, da je bolonjska reforma študijske programe prenovila samo na papirju. Vsebina študijskih programov se v resnici bistveno ni spremenila. V Sloveniji na področju zdravstvene nege še nimamo doktorskega študija.

ZAKLJUČEK

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru se lahko pohvali, ker se je prva v Sloveniji preimenovala iz Visoke zdravstvene šole v Fakulteto za zdravstvene vede leta 2006. Na začetku delovanja podiplomskih študijev se je vpisovalo veliko diplomantov, danes vedno manj. Število rednih in izrednih študentov na študijskih programih 2. stopnje se iz študijskega leta v študijsko leto zmanjšuje. Zmanjšuje se večinoma vpis študentov na izredni študij, saj je študij zelo drag, diplomanti pa nimajo redne zaposlitve in si šolanja ne morejo privoščiti.

Kot velika novost je na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru uvedena nova študijska smer Urgentna stanja v zdravstvu, ki bo omogočila študentom dodatno izobraževanje s področja urgentnih stanj. Nova študijska smer 2. stopnje bo pričela delovati v študijskem letu 2014/2015.

LITERATURA

Golob A, Sajko N, Frumen S. Analiza vpisa v podiplomske študijske programe Univerze v Mariboru v študijskem letu 2012/2013. Dostopno na: <http://www.um.si/studij/podiplomski-studij/Documents/Analiza%20vpisa%20-%20besedilo%202012.pdf> (3.5.2014).

Mlakar P. Kaj smo že hoteli z bolonjsko reformo... Dostopno na: <http://www.dnevnik.si/slovenija/kaj-smo-ze-hoteli-z-bolonjsko-reformo> (4.5.2014).

Pajnkihar M. Uvodna beseda dekanice. V: Šoštar Turk S, Lahe M. eds. 20 let Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2013:7-9.

Komisija za ocenjevanje kakovosti Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru [KOK FZV UM]. Spremljanje, ugotavljanje in zagotavljanje kakovosti. Poročilo za študijsko leto 2012/2013. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Dostopno na: <http://www.fzv.unim.si/page/images/stories/File/Gradiva/KOK/SA MOEVALVACIJA%20FZV%20UM%202012-2013.pdf> (4.5.2014).





OHRANJANJE ZDRAVJA ZAPOSLENIH NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE PRESERVING HEALTH OF EMPLOYEES IN HEALTH CARE

LJILJANA LESKOVIC, ROBERT LESKOVAR, GORAN VUKOVIČ

IZVLEČEK

Teoretična Izhodišča

Prispevek obravnava področje varnosti in zdravja pri delu zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše občane v slovenskem prostoru. Opisuje tudi najpogosteje dejavnike tveganja za nastanek sindroma izgorevanja. Težišče raziskave je usmerjeno v identifikacijo vpliva delovnih in organizacijskih dejavnikov na pojav in razširjenost izgorevanja. S hipotezami smo preverjali korelacijo med doživljjanjem izčrpanosti glede na spol, starost in osnovni poklic. Po izračunu komponent izčrpanosti smo najprej testirali normalnost porazdelitve treh komponent izčrpanosti. Kolmogorov-Smirnov test normalnosti porazdelitve spremenljivk je pokazal, da se komponente izčrpanosti ne porazdeljujejo normalno čustvena izčrpanost: $Z = 6,86, p = 0,00$; depersonalizacija: $Z = 1,86, p = 0,000$ in znižana osebnostna izpolnitve: $Z = 2,43, p = 0,000$.

Metode

Za pridobivanje primarnih podatkov smo razvili dva anketna vprašalnika: ki obravnavata izgorelost pri delu in zadovoljstvo pri delu. Poleg vprašalnika smo kot instrumentarij uporabili Kontrolno listo psihosomatskih motenj in strukturiran intervju. Koeficient Cronbach alfa je pri vseh agregatnih dimenzijah presegel 0.70, kar je pogoj za tak model agregacije.

Rezultati

Testiranje hipotez o nepomembnosti razlik glede na spol in starost je pokazalo, da se vse tri komponente izčrpanosti nepomembno razlikujejo glede na spol. Nivoji signifikantnosti so med 0,174 in 0,716. Pri testiranju treh komponent izčrpanosti glede na starostno skupino (do 33 let starosti in nad 33 let) so nivoji signifikantnosti med 0,226 in 0,558. Pri merjenju zadovoljstva z delom smo ugotovili, da si 84,4 % anketiranih želi spremembe na delovnem mestu, le 16,0 % pa jih je odgovorilo, da bi stvari pustili enake. Povezanost med številom psihosomatskih simptomov in doživljjanjem izčrpanosti je tudi statistično pomembna.

Diskusija in zaključki

Rezultati raziskave prinašajo celovit vpogled v problematiko izgorevanja kot posledico delovnih in organizacijskih dejavnikov. Zaradi psihičnih in fizičnih preobremenitev, ki že predstavljajo znake izgorevanja ali pa so njegovi predhodniki. Prikazuje predloge za ureditev delovnih in kadrovskih problemov v domovih za starejše občane, ki jih lahko uporabijo pristojna ministrstva.

Ključne besede: zdravje, zdravstvena nega, izgorevanje

ABSTRACT

Introduction

This paper deals with the field of safety and health at work of employees in nursing and care homes for the elderly in the Slovenian area. It also describes the most common risk factors for burn-out syndrome.

Methods

In order to obtain primary data, we organized the survey questionnaire : the questionnaire deals with the MBI burnout at work JDI questionnaire deals with job satisfaction. Checklist psychosomatic disorders based on the International Classification of psychosomatic disorders . The respondents were also carried out a structured interview consisting of questions about the experience of working situations , interpersonal relationships with care receivers and their relatives as well as experiencing the age specific life span. Cronbach alpha coefficient is the aggregate of all sizes exceeded 0.70 , which is a prerequisite for such a model of aggregation.

Results

The testing of the hypotheses about the insignificance of differences with respect to gender and age has shown that, with respect to gender, all three exhaustion components differ insignificantly. Significance levels range from 0.174 to 0.716. On average, men exhibit greater emotional exhaustion and





decreased personal fulfilment, while women exhibit greater depersonalisation. Testing of the three exhaustion components in terms of age groups (up to the age of 33 and over the age of 33) revealed significance levels between 0.226 and 0.558.

Discussion and conclusions

The results of research provides a comprehensive insight into the problems of combustion as a result of job and organizational factors. Due to mental and physical overload, which already represent signs of combustion or his predecessors. Displays suggestions for the design of work and staffing problems in homes for the elderly, which can be used by the competent ministries.

Keywords : health, health care, burnout

UVOD

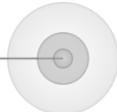
Področje varnosti in zdravja pri delu obsega pravice in obveznosti delodajalcev in delavcev. Delavci pričakujejo, da jim bo zagotovljeno zdravju neškodljivo delovno okolje in socialna varnost. Delodajalci si želijo imeti visoko produktivne in zdrave delavce. Nacionalno gospodarstvo je odvisno od razpoložljive delovne sile in zdravja le-te. (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu Uradni list RS, št. 126/2003). Bregar (2010) meni, da se delovne obremenitve zaposlenih povečujejo. Ugotavlja, da poprečno primanjkuje od 19 % do 22 % medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Sindrom izgorevanja pri zaposlenih v domovih za starejše občane ima izjemno zaskrbljujoče dimenzijske. Neposredne posledice za zaposlene so bolezni, trajne ali prehodne okvare zdravja in zmanjšana plačila zaradi bolniških odsotnosti (Leskovic, Leskovar, Miglič, 2012). Delodajalci zaznavajo s pojavom povezane večje stroške dela, težje zagotavljanje nivoja storitev zaradi odsotnosti ali bistveno manjše zavzetosti za delo ter povečano število napak ali malomarnosti pri delu (Leskovic, 2014). Četrta evropska raziskava o delovnih razmerah obravnava pomembne teme o politiki zaposlovanja v Evropski uniji. Med drugim sta bila podrobno raziskana tudi delovni čas in intenzivnost dela ter njun vpliv na družbo in trg dela na splošno. Ugotovili so, da se pojavlja močna povezava med intenzivnostjo dela ter slabimi fizičnimi in psihološkimi delovnimi pogoji. Najvišjo stopnjo stresa so zaznali v Grčiji (55 %), sledi Slovenija in Švedska (38 %) ter Latvija s (37 %). Najnižje ravnih stresa so imeli v Združenem kraljestvu (12 %)

pogoji (Eurofound, 2009) Preprečevanje izgorevanja in izgorelosti

Področje psihosocialnih in zdravstvenih dejavnikov tveganj, ki se neposredno navezujejo na poklicni stres in z njim povezane pojave (absentizem, prezentizem, fluktuacije, izgorevanje, usklajevanje poklicnega in družinskega življenja) je slabo raziskano, še posebej na področju razumevanja povezanosti in prepletjenosti okoliščin, ki izvirajo neposredno iz značilnosti delovnega okolja ter širih družbeno kulturnih ozadij (Leskovic, 2012). Ker pa je ustrezno prepoznavanje dejavnikov tveganj, ki povečujejo dovzetnost posameznika za poklicni stres, ključnega pomena pri oblikovanju učinkovitih strategij za zmanjševanje inomejevanje njegovih posledic.

Glasberg, Eriksson, Norberg, (2007) v raziskavi o izgorelosti med zdravstvenimi delavci navajajo, da trenutna turbulentna zdravstvena reorganizacija povzroča strukturno nestabilnost, več konfliktov in nejasne odgovornosti, kar vse prispeva k povečanju števila dni bolniške odsotnosti, ki jo povzročajo simptomi izgorelosti. (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001) sugerirajo, da je najučinkovitejši način preventive in odpravljanja izgorelosti kombinacija sprememb na upravno-vodstvenem področju z edukacijskimi intervencijami pri posameznikih Organizacijske spremembe na delovnih področjih, vendar so neučinkovite, če se posameznik ne nauči zahtevanih tehnik vedenja. Prednost preventivnega pristopa je tudi v tem, da pospešuje pozitivno predanost delu. Pomemben cilj ni le reševanje problemov, temveč tudi ustvarjanje novih možnosti Stanković (2004) meni, da bi se izgorelost morala znižati takrat, ko organizacija uvede ustrezne spremembe, s katerimi se zvišuje prilagojenost in predanost delu. Pri tem mora organizacija omogočati znosno obremenjenost z delom, delavcem vzbujati občutek za možnost izbiranja in nadzora nad delom, delavce nagrajevati in jim dajati priznanja, vzbujati občutek pripadnosti v skupini, graditi na poštenosti, spoštovanju in pravičnosti, delavcu vzbujati občutek, da je njegovo delo smiselno in cenjeno.

Laschinger, Leiter (2006) so mnenja, da je zagotavljanje varnosti pacientov povezana s kakovostjo storitev zdravstvene nege, delovnega okolja in kakovostjo vodenja. Priporočata sistematično spremeljanje potreb pacientov in prilagajanje delovnega okolja zaposlenim glede na preobremenjenost, kar vodi v zmanjšanje izgorelosti. Raziskava Pšeničny (2006) je pokazala, da izobraževanje lahko zviša posameznikove sposobnosti





za obvladovanje službenih zahtev. Če se situacija kljub posameznikovim naporom ne spremeni, je zanj najbolje, da razmisli o zamenjavi službe (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

METODE

V raziskavi smo iskali odgovore na raziskovalna vprašanja, povezana z izčrpanostjo, in sicer:

- Ali se doživljjanje izčrpanosti pomembno razlikuje glede na spol in starost negovalnega osebja, osnovni poklic negovalnega osebja, delovne pogoje;
- Ali se doživljjanje izčrpanosti negativno povezuje z zadovoljstvom pri delu;
- Ali se doživljjanje izčrpanosti pozitivno povezuje s psihosomatskimi simptomi in obolenji.

Vrnjenih in primernih za analizo je bilo 228 anketnih vprašalnikov (45,6 % odzivnost). Od 259 intervjujev je bilo primernih za analizo 228 (88 %). Statistična analiza je bila izdelana s programom SPSS. Raziskava je bila izvedena v 2009 in 2010 letu. V desetih naključno izbranih domovih za starejše občane in sicer: Ljubljana Center, Tabor in Poljane, Ljubljana Šiška, Ljubljana Bežigrad, Kočevje, Sežana, Črnomelj, Domžale, Litija, Dom ob Savinji Celje in Obalni Dom v Kopru.

REZULTATI

Spremenljivke, povezane s pojavom izgorevanja, smo razporedili v tri skupine: doživljjanje izčrpanosti (31 spremenljivk), zadovoljstvo z delom (23 spremenljivk) in težavnost dela (6 spremenljivk). Spremenljivke, ki se nanašajo na doživljjanje izčrpanosti smo razvrstili v tri skupine: čustvena izčrpanost, depersonalizacija in znižana osebnostna izpolnitev. Kolmogorov-Smirnov test normalnosti porazdelitve je pokazal, da se te tri komponente izčrpanosti ne porazdeljujejo normalno. Testiranje hipotez o nepomembnosti razlik glede na spol in starost je pokazalo, da se vse tri komponente izčrpanosti nepomembno razlikujejo glede na spol. Nivoji signifikantnosti so med 0,174 in 0,716. Moški v poprečju kažejo večjo čustveno izčrpanost in znižano osebno izpolnitev, ženske pa večjo depersonalizacijo. Pri testiranju treh komponent izčrpanosti glede na starostno skupino (do 33 let starosti in nad 33 let) so nivoji signifikantnosti med 0,226 in 0,558. Statistično pomembnih razlik v doživljjanju treh komponent izčrpanosti med opazovanima skupinama nismo

ugotovili. Nekoliko večjo izčrpanost pri vseh treh komponentah doživlja starostna skupina nad 33 let. Pomembne razlike med poklici so se pokazale pri čustveni izčrpanosti in depersonalizaciji. Pri merjenju zadovoljstva z delom smo ugotovili, da si 84,0 % anketiranih želi spremembe na delovnem mestu, le 16,0 % pa jih je odgovorilo, da bi stvari pustili enake. Ugotovili smo, da so delovni pogoji negovalnega osebja odvisni od odnosa oskrbovancev do osebja in od možnosti pogovora z nadrejenim oz. sodelavcem. Od vseh vprašanih jih 84,0 % meni, da je odnos oskrbovancev do osebja prijazen, in le 16,0 % vseh vprašanih meni, da je odnos oskrbovancev do negovalnega osebja nesramen.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

Tako kot evropska zakonodaja tudi slovenska poklicne izgorelosti izrecno ne ureja. Kljub temu pa je država vsaj deloma posegla na to področje z novim Zakonom o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Ta zakon se vsaj malo dotika poklicne izgorelosti. Pristopi k razlagi absentizma, ki so se uveljavljali v preteklosti, uspešno pojasnijo le posamezne vidike obravnavanega problema. Danes lahko razloge za absentizem združimo v tri večje skupine: subjektivni razlogi posameznika (s temi sta povezana delovna motivacija in zadovoljstvo pri delu), organizacijski razlogi (izhajajo iz delovnega okolja) in širše družbene določilnice (niso omejene samo na socialno dogajanje v podjetju, temveč izhajajo tudi iz okolja). Najučinkovitejša rešitev za zmanjšanje izgorelosti bi bila pridobiti več sodelavcev, več denarja, več časa, več medicinsko tehničnih pripomočkov. Žal pa je možnost takšne rešitve zelo majhna. Učinkovita sprememba na delovnem mestu je lahko tudi reorganizacija službenih nalog, delitev del in nalog, sprememba postopkov, seveda v smeri razbremenitve posameznika ob spoštovanju delovnih kompetenc (Kastelic, 2011). Mnogi raziskovalci so potrdili povezanost med izgorelostjo in socialno oporo, ki je definirana kot podpora s strani sodelavcev, nadrejenih, supervizije in tudi zakonskih partnerjev (Leskovic, 2014). Supervizija pomaga pri razreševanju medosebnih odnosov. Supervizija je eden od načinov, kako se soočiti z izgorelostjo. S tem ko posameznik rešuje določene poklicne konflikte znotraj supervizije, je kasneje od njih razbremenjen in lažje funkcionira tako v poklicnem kot v zasebnem življenju (Praper, 2003).

LITERATURA



Anderson R, Mikulić B.,2009. Second European Quality of Life Survey Overview, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/271/sl/1/EF09271SL.pdf> [23.4.2014]

Bregar B. Kadrovske stiske zaposlenih v bolnišnični zdravstveni negi-vidik kakovosti in varnosti. In: Skela-Savič B, Hvalič Touzery S, Skinder Savič K, eds. Zbornik predavanj z recenzijo, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 223 -226.

Glasberg A, Eriksson L, Norberg S. Burnout and 'stress of conscience' among Healthcare personnel. Journal of Advanced Nursing; 2007: 57 (4), 392-403.

Laschinger S, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement 2006; 36(5):259-67.

Kastelic M. Zadovoljstvo zaposlenih v socialno varstvenih zavodih kot dejavnik proti izgorevanju pri delu: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2011: 56-66.

Leskovic L. Vloga menedžmenta zdravstvene nege pri preprečevanju izgorevanja. In Starc J, eds. Zbornik povzetkov Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU, Novo mesto 10 in 11 april 2014 Novo mesto. Fakulteta za poslovne in upravne vede in Visoka šola za upravljanje in poslovanje Novo mesto; 2014: 60-8.

Leskovic L, Leskovar R. Povezanost psihosomatskih simptomov z izgorevanjem zaposlenih v zdravstveni negi. In: Skela-Savič B, eds, et al.

Zbornik predavanj z recenzijo Visoka šola za zdravstveno nego; 2012: 241-248.

Leskovic L, Leskovar R, Miglič G. Povezanost doživljjanja psihične in fizične izčrpanosti v zdravstveni negi pri delu s starostniki = Connection with burning of employees in nursing care. In: Skela-Savič Brigita, Hvalič Touzery S, Avberšek-Lužnik I,eds. Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv : Zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego; 2012: 146-156.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology; 52, 2001: 397-422

Praper P. Supervizija. In: Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, eds. Zbornik predavanj 14. strokovno srečanje sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih Zreče, 14. Oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2003:9-25.

Pšeničny A. Raziskava o izgorelosti v Sloveniji. In: Inštitut za razvoj človeških virov. Ljubljana; 2006: 56-58.

Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu. Uradni list RS, št. 126/2003)

Stanković T. Izgorevanje na delovnem mestu. Edu e-Meseč. 2004;1 Supl. 1:2-3.

Zakon o varstvu in zdravju pri delu (ZVZD-1).Uradni list Republike Slovenije št. 43/2011.





ZNANJE ZA VARNO RAVNANJE Z ZDRAVILI

KNOWLEDGE FOR THE SAFE HANDLING OF MEDICINE

DANIJELA PUŠNIK

IZVLEČEK

Zagotavljanje varnosti v zdravstvu je temeljna naloga zdravstvenih organizacij in je osnovna človekova pravica. Zapleti pri ravnanju z zdravili so najpogosteji med zapleti, najpogosteje nastanejo v fazi predpisovanja, priprave in dajanja zdravil pacientom. Zaplete je lahko preprečiti, preden dosežejo pacienta. Za to so potrebna ustrezna znanja, pridobljena že v času izobraževanja in kontinuirana izpopolnjevanja v času zaposlitve ter dokumenti varnosti. Medicinske sestre so glede na stopnjo izobrazbe kompetentne in odgovorne za pripravo in dajanje zdravil ter spremljanje učinkov zdravil. Pacient je aktivno vključen v zdravstveno obravnavo in ima pravico soodločati o zdravljenju, tudi o zdravilih. Tradicionalno pravilo 5P za dajanje zdravil tako ni več zadovoljivo, nadomestilo jih je pravilo 10P, kjer je pacient vključen kot subjekt v procesu zdravljenja. Ker do zapletov prihaja, je pomembna dobra organizacijska kultura, kjer zaposleni lahko poročajo o zapletih brez strahu pred osebnimi obtožbami.

Ključne besede: zdravstvena nega, pacient, varnost, zdravila

ABSTRACT

Ensuring safety in health care is a fundamental task of health care organizations and is a basic human right. Complications of medication are the most common complications, they most often occur at the stage of prescribing, preparation and administration of medications to patients. Complications can be prevented before they reach the patient. This requires adequate knowledge acquired at the time of education and continuous training during employment and security documents. Nurses are by level of education competent and responsible for the preparation and administration of medications and monitoring the effects of drugs. The patient is actively involved in medical treatment and has the right to co-decide about treatment, including medication. The traditional 5P rule of medication is no longer satisfactory it was replaced by the rule 10P, where the patient is included as a

Pred. Danijela PUŠNIK, Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, SI; danijela.pusnik@ukc-mb.si

subject in the treatment process. Since there are complications, it is important to have good organizational culture where employees can report incidents without fear of personal accusations.

Keywords: nursing, patient, safe, medicines

UVOD

Skrb za varno zdravstveno obravnavo je ena temeljnih nalog zdravstvenih organizacij in je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljeni Evrope (Luxemburška deklaracija o varnosti pacientov, 2005). Obstaja veliko tveganj za pojav neželenih dogodkov, zmanjšamo jih lahko z ustrezno varnostno kulturo – uvajanjem varnosti in kakovosti ter z ustreznim izobraževanjem. Prva znanja naj bi pridobili že študenti na dodiplomskem izobraževalnem programu, v času zaposlitve pa je potrebno znanja neprekinjeno obnavljati in dograjevati. Dokazano je, da teoretična in praktična usposabljanja vplivajo na zmanjševanje neželenih dogodkov na področju rokovanja z zdravili (Montesi, Lechi, 2009; Niemann et al., 2014).

O znanju je napisanih več definicij. Ena govori, da pomeni vedeti, kako ravnati. Izhaja iz razumnega razglašljanja in raziskovanja, zasnovanega na premišljenosti, izkušnjah, vedenosti in znanosti (Sitar, 2006). Je skupek poznavanj, izkušenj in postopkov, ki so resnični in pravilni in vodijo k vedenjem in odločitvam (Beckman, 1999, cit. po Okron, 2009). Prav v zdravstvu se moramo zavedati, da so za večjo varnost potrebne tudi izkušnje (Westbrook, Rob, Woods et al., 2011), rutina brez kritičnega razmišljanja pa vodi v večja tveganja za nastanek neželenih dogodkov (Dickson, Flynn, 2012).

Namen in cilj prispevka je predstaviti dejavnike, ki najpogosteje nastopajo kot vzrok zapletov pri ravnanju z zdravili v fazah, kjer je vključena zdravstvena nega ter vlogo znanja pri zmanjševanju zapletov. Literaturo sem iskala v Google spletnem okolju, in sicer standarde varnosti na področju zdravil in strokovne knjige, ki jih uporabljajo v zahodnih državah ter nacionalne smernice za zagotavljanje varnosti, katere je pripravilo



Ministrstvo za zdravje v Sloveniji. Nadalje sem iskala literaturo v bazah podatkov PubMed s ključnimi besedami »nursing and medication safety and prevention errors«. Kriterij izbora je bil dostopnost celotnega besedila članka, letnica objave do izpred 5 let ter izvedba predstavljene raziskave v zahodnih državah. Postavila sem raziskovalno vprašanje, kakšna znanja mora imeti medicinska sestra za zagotavljanje varnosti pri ravnanju z zdravili.

RAVNANJE Z ZDRAVILI IN ZAPLETI

Med najpogostejše neželene dogodke v zdravstveni obravnavi uvrščamo zaplete, ki nastanejo v procesu ravnanja z zdravili, kamor sodi izbor zdravil, shranjevanje, predpisovanje, priprava in delitev zdravil (Robida, 2004). European medicines agency (b. l.) je definirala neželene dogodke pri zdravljenju z zdravili kot zaplete, ki nastanejo kot nenamerne v fazi predpisovanja, pripravljanja, dajanja ali spremljanja učinka zdravila, medtem ko je aktivnost izvajana pod nadzorom zdravstvenega delavca ali pacienta oz. uporabnika. Zaplete na področju ravnanja z zdravili lahko med vsemi zapleti v zdravstvu najpogosteje preprečimo oz. se jim izognemo. Delimo jih na aktualne, to so tiste, ki dosežejo pacienta in na potencialne, ki so iz slučajnih ali sistemskih pristopov odkrite preden dosežejo pacienta.

Neželeni dogodki pri ravnanju z zdravili nastanejo iz osebnih ali sistemskih vzrokov. Kadar je vzrok osebni (zaposleni izvaja delo malomarno in lahkomselno), lahko neželene dogodke zmanjšamo ali odpravimo s spremembom vedenja. V tem primeru niso upoštevani delovni pogoji in delovno okolje, s takšnim pristopom ne bomo izboljšali organizacijske kulture in varnosti. Zato je pravilen pristop k reševanju zapletov iskanje sistemskih vzrokov v zdravstvenem sistemu z željo spremeniti delovne pogoje (Montesi, Lechi, 2009; Choo, Hutchinson, Bucknall, 2010).

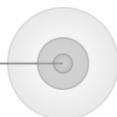
O zapletih pri ravnanju z zdravili in sistemskih pristopih k reševanju le teh, tudi z ekonomskega vidika, poročajo v nekaterih državah zahodnega sveta in v drugih razvitih državah. že več desetletij pripravljajo dokumente za zagotavljanje in izboljševanje varnosti, kot so priporočila za področje varnosti v zdravstvu, različni standardi varnosti itd. Leta 2006 je odbor ministrov Sveta Evrope pripravil »Priporočilo Rec o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu« (Ministrstvo za zdravje, 2007). V dokumentu med drugim priporočajo razvijanje izobraževalnih programov s področja

kliničnega odločanja, varnosti, obvladovanja tveganj in primernega ravnanja ob varnostnem zapletu pri pacientu. Posebno poglavje je namenjeno varnosti zdravil kot prednostna naloga evropskih zdravstvenih sistemov, vključujuč poročanje o nastalih neželenih dogodkih za pripravo vzrokov, pogostosti ter kliničnih in ekonomskih posledic napak pri ravnanju z zdravili v zdravstvenih in domačih okoljih. Sprejet je bil tudi v Sloveniji. Leta 2006 sta bila pri Ministrstvu za zdravje za bolnišnično zdravstveno oskrbo objavljena še dva dokumenta, in sicer »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu« in »Uvajanje izboljšav kakovosti v zdravstvu«. Pri pripravi so sodelovale tudi medicinske sestre.

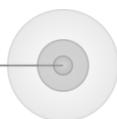
VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Medicinske sestre imajo za zagotavljanje varnosti na področju ravnanja z zdravili veliko vlogo. Varna in natančna priprava ter dajanje zdravil sta eni izmed najpomembnejših aktivnosti medicinske sestre. Poznati mora delovanje zdravila, stranske učinke in način dajanja zdravila. Znati mora spremljati odziv pacienta na zdravilo in mu pomagati pri jemanju zdravila (Železnik, Ivanuša, 2002). V slovenskih izobraževalnih ustanovah smo v zgodnjih 80-tih letih prejšnjega stoletja uvedli zdravstveno nego po procesni metodi dela, ki zahteva obravnavo od ugotavljanja potreb, postavitev ciljev, načrtovanja, izvedbe in vrednotenja aktivnosti glede na cilje ter dokumentiranje celotnega procesa. S tem zagotavljamo sledljivost zdravstvene nege skozi celotno bivanje pacienta v bolnišnici. Prav tako pridobijo medicinske sestre v času izobraževanja znanja s področja farmakologije, v kabinetnih vajah in kasneje na kliničnih vajah pa tudi znanja za varno rokovanje z zdravili. Odgovornost in skrb za varno ravnanje je zavedeno tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Tradicionalno se je medicinska sestra morala pri dajaju zdravil ravnati po pravilu 5P. Pravila 5P veliko krat pri delu niso bila upoštevana, saj je ocena učinkovitosti in uspešnosti medicinskih sester temeljila na številu izvedenih aktivnosti in ne na pravilnosti aktivnosti in odgovornosti (Choo, Hutchinson, Bucknall, 2010). Danes so pacienti aktivno vključeni v odločitve o zdravljenju, zato je bilo potrebno spremeniti tudi pravila za varno ravnanje z zdravili in tako uvesti model sodelovanja pacienta in okolja v proces (Macdonald, 2010). Osnovna znanja za zagotavljanje varnega dajanja zdravil lahko opišemo po pravilih 10 P:



- Pravi bolnik: preverimo podatke na temperaturno-terapevtskem listu oz. ambulantnem kartonu s podatki pacienta, in sicer tako, da ga vprašamo, kako se piše in kdaj je rojen, v bolnišnicah preverimo podatke na identifikacijski zapestnici.;
 - Pravo zdravilo, pravi odmerek: izvedemo trojno preverjanje, in sicer preverimo predpisano zdravilo z zdravilom, ki smo ga vzeli iz omare, pred pripravo in pred aplikacijo ob pacientu. Predpisana mora biti učinkovina, odmerek, način ter pogostost aplikacije. Predpis mora biti čitljiv, zdravnik, ki je zdravilo predpisal, se mora podpisati s parafo ter vpisati datum in uro predpisa. V primeru prejema ustnega naročila ali naročila po telefonu zapišemo naročilo v dokument, ki ga je sprejela ustanova, najkasneje v 48 urah zdravnik zdravilo predpiše na temperaturno terapevtski list ali v karton. Zapis ustno ali telefonsko naročene terapije vsebuje ime in priimek zdravnika, ki je terapijo naročil, učinkovino, odmerek, način in pogostost aplikacije ter ime in priimek medicinske sestre, ki je naročilo prejela. Zapišemo tudi datum in uro naročila. V primeru, da imamo na oddelku paralelno zdravilo iz seznama paralel, se pri dajanju zdravila ravnamo po navodilih zavoda in ne presegamo kompetenc pri odločanju uporabe paralel;
 - Ob pravem času: medicinske sestre moramo poznati dovoljen odmik od časovnice predpisa zdravila, ki se razlikuje glede na pogostost predpisane terapije in glede na učinkovino. Vedno preverimo čas zadnje aplikacije zdravila in se prilagodimo glede na predpis. Najbolje je, da ima ustanova pripravljeno navodilo, po katerem se ravnamo;
 - Na pravi način: preverimo predpis na terapevtskem listu in navodila za dajanje zdravila. Ravnamo se v skladu s farmacevtskimi navodili, ki jih pripravijo v zavodu ali po spremnih navodilih zdravila. Zahtevajmo navodila v razumljivem jeziku, s tem zagotavljamo varno aplikacijo;
 - Pravilo informiranja: preden damo pacientu zdravilo, preverimo, ali je pacient informiran o zdravilu in učinkih, tudi možnih stranskih učinkih zdravljenja. Prvo informacijo vedno poda zdravnik, pred aplikacijo ga seznanimo še medicinske sestre.
- Seznamimo ga tudi s potekom in trajanjem zdravljenja. Preverimo morebitne alergije;
- Pravilo pristanka: pacient ima pravico zdravilo odkloniti, zato spoštujemo njegovo odločitev. Kadar to vpliva na potek zdravljenja, o tem obvestimo zdravnika in dokumentiramo. Spoštujemo morebitno pacientovo željo glede načina aplikacije, kadar je izbira med več načini možna (npr. i.m. ali p.o.). Tudi o tem obvestimo zdravnika, da spremeni način aplikacije zdravila;
 - Pravilo opazovanja: pacienta opazujemo v skladu z navodili glede na hitrost učinka zdravila in glede na možnost pojava neželenih reakcij na zdravilo, upoštevamo morebitna predpisana opazovanja;
 - Pravilo vrednotenja: vrednotimo učinek zdravila in morebitni pojav neželenih učinkov, spremljamo počutje bolnika, oceno bolečine,...;
 - Pravilno dokumentiranje: dokumentiramo čas aplikacije in se podpišemo s parafami. V primerih, ko terapijo prepisujemo s temperaturnega lista, zapišemo zdravilo, odmerek, čas in načina aplikacije, vpišemo uro dane terapije ter se podpišemo s parafo. Terapijo prepisemo čitljivo s tiskanimi črkami. Dokumentiramo po izvedeni aktivnosti, in sicer tista medicinska sestra, ki je terapijo pripravila in dala. V negovalno poročilo zabeležimo svetovanje pacientu, nadzor ter vrednotenje. V primeru, da se pri prepisovanju zmotimo, prepisanega ne zbrišemo, temveč prečrtamo in se ob tem podpišemo (Carey, Miller b. l., cit. po Pušnik, Pirš, 2011; Pušnik, 2012).
- Poleg znanja, ki ga moramo imeti za varno dajanje zdravil in ga znamo prenesti v klinično okolje, potrebujemo tudi ustrezeno varno delovno okolje, kjer se lahko osredotočimo na pripravo in dajanje zdravil, brez prisotnih motečih dejavnikov, npr. stalna dostopnost do baz podatkov o zdravilih, do podatkov o pacientih, ustreza zaloga in hramba zdravil, podatki o paralelah zdravil (Choo, Hutchinson, Bucknall, 2010; NIAHO, 2013) ter možnost komunikacije z zdravnikom in farmacevtom ob vsakem času, če je potrebno (NIAHO, 2013). Ponekod za večjo varnost uvajajo sistem črtne kode, ki zmanjša možnost napačnega in nečitljivega predpisa zdravila, posledično tudi napačne priprave zdravil (Choo, Hutchinson, Bucknall, 2010; Poon et al., 2010).





RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Za zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih je ključnega pomena prepoznavanje odstopanj, neželenih dogodkov ter reševanje le teh. Zaposleni se moramo zavestati odgovornosti za nudenje najboljše in najvarnejše oskrbe pacientov in pomena nenehnega izobraževanja in izpopolnjevanja s področja kakovosti in varnosti. Ne smemo pozabiti na ustrezeno številčno kadrovsko zasedbo, saj na povzročitev neželenih dogodkov pri dajanju zdravil vplivajo tudi človeški dejavniki kot so preobremenjenost, preutrujenost, motnje v delovnem procesu in slabo delovno okolje (Mayo, Duncan, 2004; Hughes, Blegen, 2008, Choo, Hutchinson, Bucknall, 2010). Standardi varnega ravnanja z zdravili prav tako pripomorejo k boljšemu in kakovostnejšemu procesu.

Napak, zapletov, neželenih dogodkov ne moremo popolnoma odpraviti, truditi se moramo, da jih zmanjšamo na minimum – tudi s pogovori, beleženjem in iskanjem izboljšav brez obtoževanj zaposlenih.

Varno ravnanje z zdravili zahteva multidisciplinarni timski pristop, kjer so vključeni tako farmacevti, zdravniki in medicinske sestre, med katerimi mora biti vzpostavljena dobra komunikacija ter poznavanje odgovornosti in kompetenc.

V Sloveniji nimamo enotnih standardov varnega ravnanja z zdravili, kot jih imajo izdelana strokovna združenja zunaj naših meja – Kanada, Avstralija, Anglija, imamo jih izdelana individualno po ustanovah. Prav tako ni bilo izvedene raziskave glede znanja in zapletov na širšem vzorcu zaposlenih v zdravstveni in babiški negi, zajetem v več zdravstvenih zavodih. Predlagam, da z Zbornico zdravstvene in babiške nege ter Razširjenim strokovnim kolegijem za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje pripravimo osnovni dokument za zagotavljanje varnosti na področju ravnanja z zdravili za področje zdravstvene nege. Smatram, da vsem pacientom pripada enako kakovostna in varna zdravstvena obravnava v vseh zdravstvenih institucijah.

LITERATURA

- Choo J, Hutchinson A, Bucknall T. Nurses role in medication safety. *J Nurs Manag.* 2010; 18(7): 853-61.
- Dickson GL, Flynn L. Nurses clinical reasoning: processes and practices of medication safety. *Qual Health Res.* 2012; 22(1): 3-16.

Hughes RG, Blegen MA. Medication administration safety. In: Huges RG, eds. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses.* Rockville (MD): Agency for healthcare research and quality. 2008. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2656/> (3. 5. 2014).

Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov. 2005. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur_ka_declaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf (3. 5. 2014).

Macdonald M. Patient safety: examining the adequacy of the 5 rights of medication administration. *Clin Nurse Spec.* 2010; 24(4): 196-201.

Mayo AM, Duncan D. Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need to Know for Patient Safety. *J Nurs Care Qual.* 2004; 19(3): 209-17. Dostopno na: http://www.nursingcenter.com/Inc/journalarticle?Article_ID=514523 (3. 5. 2014).

Medication errors. European medicines agency. Dostopno na: www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp (3. 5. 2014).

Montesi G, Lechi A. Prevention of medication errors: detection and audit. *Br J Clin Pharmacol.* 2009; 67(6): 651-5.

NIAHO: National integrated Accreditation for hospitals: Interpretative guidelines and surveyor guidance; 2013: version 3.0: 57-68.

Niemann D, Bertsche A, Meyrath D, Oelsner S, Ewen AL, Pickardt B et al. Drug handling in a paediatric intensive care unit – can errors be prevented by a three-step intervention? *Klin Padiatr.* 2014; 226(2):62-7.

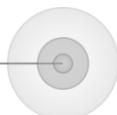
Okorn K. Analiza produkcije vrhunskega znanja v slovenskih ekonomsko poslovnih šolah: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomski fakulteta; 2009: 2-4.

Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, Ditmore M, Bane A, Levitzo-Korach O et al. Effect of Bar-Code Technology on the Safety of Medication Administration. *N Engl J Med.* 2010; 362: 1698-707. Dostopno na:





- <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0907115> (3. 5. 2014).
- Priporočilo Rec (2006)7 odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje; 2007.
- Pušnik D, Pirš K. Zagotavljanje varnega dajanja zdravil. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: strokovno srečanje: zbornik prispevkov 4. Dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7. in 8. April 2011. Jesenice : Splošna bolnišnica : Visoka šola za zdravstveno nego, 2011: 67-72.
- Pušnik D. Koliko P-jev (pravil) je potrebnih za varno dajanje zdravil. Utrip. 2012; november: 23-6.
- Robida A. Splošni standardi zdravstvene obravnave bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2004:64.
- Sitar AS. Oblike in razsežnosti znanja v organizaciji. In: Možina S. Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja na poti k učečemu se podjetju. Maribor: Založba Pivec; 2006: 55-69.
- Westbrook JI, Rob MI, Woods A, Parry D. Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. BMJ Qual Saf. 2011; 20: 1027-34. [abstract]
- Železnik D, Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2002: 359-70.





PROMOCIJA ZDRAVJA SKOZI PERSPEKTIVO ZNAČILNOSTI LOKALNIH SKUPNOSTI

HEALTH PROMOTION THROUGH THE PERSPECTIVE OF THE CHARACTERISTICS OF LOCAL COMMUNITIES

VESNA ZUPANČIČ

IZVLEČEK**Izhodišča**

Promocija zdravja je ena izmed pomembnih nalog izvajalcev zdravstvene nege in drugih strokovnih delavcev v zdravstvu, sodi pa tudi med pomembnejše zadeve javnega pomena. Namen prispevka je osvetliti možnosti za povečanje učinkovitosti programov promocije zdravja ob upoštevanju značilnosti posamezne lokalne skupnosti.

Metode

Raziskava je temeljila na študiji primera ene zdravstvene regije in je potekala od oktobra do decembra 2013. V vzorec so bile vključene vse lokalne skupnosti te regije. Podatki so bili zbrani s pregledom baz statističnih podatkov na ravni lokalne skupnosti in dopolnjeni z ugotovitvami spletnne ankete posredovane upravnim subjektom teh občin. Pri analizi podatkov s programom SPSS 20.0 so bile uporabljene osnovna deskriptivna metoda, metoda hierarhičnega združevanja v skupine in diskriminantna analiza.

Rezultati

Občine se znotraj zdravstvene regije zelo razlikujejo. Na podlagi statističnih kazalnikov značilnosti lokalnih skupnosti in odgovorov upravnih subjektov je možno za namene prilaganja programov promocije zdravja posameznim lokalnim skupnostim le te smiselnou združiti v skupine.

Diskusija in zaključki: *Pot do izgradnje kakovostnega sistema promocije zdravja na nivoju lokalnih skupnosti temelji na upoštevanju značilnosti lokalnih skupnosti in informirjanju upravnih subjektov, potrebno pa bi bilo ugotovitve preveriti še na primeru drugih zdravstvenih regij.*

Ključne besede: *upravljeni subjekti, statistični podatki, podpora mreža programov in storitev za zdravje, izvajalci zdravstvene nege*

ABSTRACT**Introduction**

The promotion of health is an important role performed by nursing care providers and other health care professionals, as well as a vital matter of public importance. The aim of this contribution is highlighting the possibilities for enhancing the efficiency of health promotion programmes, while taking into account the individual characteristics of local communities.

Methods

The research was centred on a case study of a health region and is held from October to December 2013. The sample included all the local communities within this region. The data was collected by reviewing statistical databases at the local community level and added to findings obtained by an online survey that was forwarded to administrative bodies in these municipalities. Data analysis was performed with the SPSS 20.0 programme using the basic descriptive method, hierarchical clustering, and discriminant analysis.

Results

Within a health region, municipalities differ greatly. As shown by the statistical indicators of local community characteristics and the answers provided by administrative bodies, it is possible- with a view to adapting health promotion programmes to individual local communities-to combine them appropriately into groups.

Discussion and conclusions

The path to building a good-quality health promotion system at the local community level is based on considering local community characteristics and informing administrative bodies and would require further verify the findings in the case of other health regions.

Keywords: *administrative bodies, statistical data, support network of health programmes and services, nursing care providers*



IZHODIŠČA

Promocija zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da lahko povečajo nadzor nad svojim zdravjem in da ga izboljšujejo. Gre za krepitev moči posameznika ali skupnosti v smislu sposobnosti odločanja in nadzora nad svojim življenjem. Izvajalci zdravstvene nege se vključujejo v aktivnosti promocije zdravja kot pobudniki, načrtovalci, izvajalci, evaluatorji in promotorji kakovostnih programov promocije zdravja. Pri tem pa ne delujejo sami temveč kot del mreže programov in storitev za zdravje na nacionalni ali lokalni ravni. Za učinkovito promocijo zdravja je pomembno mreženje izvajalcev promocije zdravja iz različnih organizacij na nivoju lokalnih skupnosti. Po Bahovec (2005) je skupnost definirana kot omrežje ljudi, med katerimi obstajajo odnosi, ki segajo prek parcialnega interesa, npr. sodelovanja za doseganje določenega cilja. Lokalno skupnost je tako možno definirati kot občino z nalogami značilnimi za vodenje skupnosti (oblikovanje lokalne identitete, opredelitev norm ravnanja v skupnosti in skrb za kohezivnost, zagotavljanje pluralnosti, spodbujanje lokalne ekonomije, vplivanje na pomembnejše zadeve javnega pomena itd.)

Skrb za zdravje prebivalcev posamezne lokalne skupnosti je zagotovo pomembnejša zadeva javnega pomena, na kar opozarja tudi podpis Pisma o nameri za ustanovitev partnerstva za pripravo in implementacijo Regijske strategije za zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo krepitve zdravja (Harlander et al., 2011), ki so ga podpisali župani 13 občin v zdravstveni regiji Novo mesto. Podobno partnerstvo so sklenili sicer za namene informiranja o pomenu promocije zdravja v 23 občinah na Finskem, saj so ugotovili, da potrebujejo lokalni politiki in upravni subjekti, ki sprejemajo odločitve, več informacij o pomenu promocije zdravja (Luukainen, 2006). Zanjani in Rowles (2012) ob tem navajata, da so lokalne skupnosti izpostavljene tudi kot pomembno raziskovalno telo pri definiranju učinkovitih akcijskih izobraževalnih načrtov za vzdrževanje, izboljševanje zdravja prebivalcev itd. Kritiki trdijo, da sama velikost in oddaljenost javnih služb od dejanskih problemov zagotovo preprečuje hiter odziv na spremenjene pogoje v lokalni skupnosti (Haček, Brezovšek, Bačija, 2008). Če sta lokalna uprava in lokalna oblast bližje uporabniku (občanu), sta lahko bolj odzivni in prilagodljivi. Dobro lokalno vodenje pa ne pomeni samo izpolnjevanje potrebnih nalog in zagotavljanje vrste lokalnih služb, pač pa tudi varovanje življenja in svobode prebivalcev, podpiranje tržno

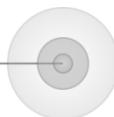
usmerjenega in okoljsko vzdržnega lokalnega razvoja ter pospeševanje rezultatov, ki bogatijo kakovost življenja v lokalni skupnosti (Haček, 2012). V slovenskem prostoru imamo zelo malo sistematičnega znanja o procesih na tem področju. Potrebno je natančneje proučiti vlogo lokalne skupnosti. Zastavljeno je bilo sledeče raziskovalno vprašanje: Ali je možno lokalne skupnosti posamezne zdravstvene regije pri prilagajanju programov promocije zdravja smiseln združiti v skupine? Na tak način bi se povečalo znanje o oblikovanju in izboru učinkovitih preventivnih dejavnosti in programov promocije zdravja.

METODE

Raziskava je temeljila na študiji primera Zdravstvene regije Novo mesto in je potekala od oktobra do decembra 2013. V vzorec so bile vključene vse lokalne skupnosti te regije. Podatki so bili zbrani s pregledom baz statističnih podatkov na ravni lokalne skupnosti. Izbor statističnih kazalnikov značilnosti lokalnih skupnosti je temeljal na kriteriju dostopnosti podatkov širši javnosti. Po pregledu raziskav in uporabljenih statističnih kazalnikov značilnosti posamezne občine so bili v raziskavo vključeni zadnji na nivoju lokalne skupnosti dostopni statistični podatki Statističnega urada Republike Slovenije in dopolnjeni z ugotovitvami spletnne ankete posredovane upravnim subjektom teh občin. Pri analizi podatkov s programom SPSS 20.0 so bile uporabljene osnovna deskriptivna metoda, metoda hierarhičnega združevanja v skupine in diskriminantna analiza.

REZULTATI

Lokalne skupnosti Zdravstvene regije Novo mesto se na podlagi zbranih statističnih podatkov, predvsem Statističnega urada Republike Slovenije, med samo zelo razlikujejo, ne samo po številu prebivalcev, površini lokalne skupnosti in gostoti poseljenosti, temveč tudi po naravnem prirastu, povprečni starosti prebivalcev, indeksu staranja itd. Vključenost otrok v vrtce se giblje v povprečju od 60–86 % med otroci starimi od 1 do pet let, število študentov od 48–64 in število diplomantov od 6–15 na 1000 prebivalcev glede na posamezno lokalno skupnost. Delež enočlanskih gospodinjstev je od 22,84–33,41 %, delež družin brez otrok od 18,36 do 26,4 %. Število otrok se v povprečju giblje od 1,23–1,81 na družino. Razlike so tudi v bruto dohodku prebivalcev (1030,47–1714,75 evrov), v stopnji registrirane brezposelnosti (6,6–15,30), stopnji delavne aktivnosti





(49,30–66,40), v številu prejemnikov denarnih socialnih pomoči (18–55 na 1000 prebivalcev) itd.

Na podlagi podatkov zbranih v spletnem anketiranju upravnih subjektov v posameznih lokalnih skupnostih ugotavljamo, da sicer poznajo značilnosti lokalnih skupnosti, nimajo pa dobrega vpogleda socialno in zdravstveno stanje prebivalcev. Upravni subjekti v povprečju navajajo, da imajo delno na voljo podatke o socialnem stanju prebivalcev, o zdravstvenem stanju prebivalcev ter o medsebojni solidarnosti prebivalcev. Nimajo pa podatkov o stopnji socialne integracije prebivalcev, o socialnih razlikah med prebivalci, o morebitnem nasilju in prestopništvu ter za področje duševnega zdravja. »Aktivnosti v smeri zmanjševanja neenakosti v zdravju s posebno skrbjo za ranljive družbene skupine« umeščajo na šesto mesto od desetih glede na njihovo prioriteto delovanja v lokalni skupnosti, »skrb za zdravo okolje« se je uvrstilo na 2–3 mesto, za »sanacijo infrastrukture« in »spodbujanju gospodarstva v lokalni skupnosti«. Da bi odgovorili na raziskovalno vprašanje, smo empirično preverili ali lahko občine na podlagi zbranih statističnih kazalnikov in podatkov zbranih z anketnim vprašalnikom združimo v skupine s podobnimi značilnostmi. Z uporabo metode hierarhičnega razvrščanja v skupine smo ugotovili, da se lahko združijo v tri skupine. Z diskriminantno analizo so bile nato prepozname značilnosti posameznih skupin. V prvo skupino se združujejo lokalne skupnosti z nižjo gostoto poseljenosti, z nekoliko slabšim ekonomskim statusom, imajo slabšo dostopnost do storitev s področja duševnega zdravja, vendar temu področju ne namenjajo pozornosti. V drugo skupino se združujejo lokalne skupnosti z višjim selitvenim in naravnim prirastkom in nižjim indeksom staranja, nimajo zdravstvenega doma/ postaje, temveč zasebnike, ki delujejo na primarnem zdravstvenem varstvu, s potrebo po razvoju storitev tudi s področja duševnega zdravja. V tretjo skupino pa se združujejo lokalne skupnosti z gosto poseljenostjo, z nizkim naravnim prirastkom, višjim indeksom staranja in višjo stopnjo registrirane brezposelnosti in z več prejemniki socialnih pomoči; veliko pozornosti namenjajo medijem; kljub temu, da imajo mrežo zdravstvenih in socialnih storitev, si razvoja še želijo.

DISKUSIJA

Rezultati jasno kažejo, da se lokalne skupnosti znotraj Zdravstvene regije Novo mesto zelo razlikujejo. Kot navaja Harlander et al. (2011), je prilagodljivost okolju pomemben cilj učinkovitega vodenja lokalne skupnosti, po drugi strani pa je potrebno doseči enake možnosti

za zdravje prebivalcev v vseh lokalnih skupnostih. Šprah, Novak in Dernovšek (2011) navajajo, da številne klinične in epidemiološke študije kažejo, da s pojavom težav npr. v duševnem zdravju pomembno korelirajo tudi nekateri socio-demografski, ekonomski in zdravstveni dejavniki, ki so prisotni v ožjem in širšem družbenem okolju. Navajajo tudi, da je dejavnike možno oblikovati v sestavljeni kazalniki iz področij zanimanja na regionalni ravni, in tako oceniti aktualne tendre potreb po preventivno promocijskih ali kurativnih programih ohranjanja duševnega zdravja prebivalstva. Poznavanje značilnosti lokalnih subjektov s strani upravnih subjektov je sicer relativno dobro, vendar pri večini ne temelji na statističnih podatkih, saj le teh nimajo, ali le-ti niso dostopni na ravni občin. V delovanje sistema socialnega in zdravstvenega varstva v lokalni skupnosti pa nimajo dobrega uvida, čeprav bi le tega glede na opredeljene naloge v Katalogu pristojnosti in nalog slovenskih občin (Brezovnik, 2014) morali imeti. Prioritetna področja, ki jim upravni subjekti lokalnih skupnosti posvečajo več pozornosti, so razvrščena pričakovano, saj je v času gospodarske krize vsa pozornost upravnih subjektov usmerjena v spodbujanje gospodarstva.

Na raziskovalno vprašanje je možno glede na ugotovitve odgovoriti pritridentalno. Za učinkovito pomoč posamezni lokalni skupnosti z akcijskim programom promocije zdravja prebivalcev za »lokalne skupnosti prve skupine obstaja možnost vstopa neposredno v lokalno skupnost s kratkimi programi promocije zdravja brez finančne participacije udeležencev in v času, ko »ni poljskih opravil«. Pri lokalnih skupnostih 2. skupine so lahko programi promocije duševnega zdravja inovativni kulturni dogodki. Manjša vstopnina bo prebivalcem v spodbudo, še posebej, če bo imela v ozadju konkretno humanitarno akcijo in bodo o tem novinarji bolj zavzeto poročali (Bojc, 2003). V lokalnih skupnostih 3. skupine lahko potekata oba pristopa vzporedno. Potrebno pa je poudariti, da te ugotovitve izhajajo samo iz ene regije, in da je nujno širše sistematično raziskovanje na tem področju.

ZAKLJUČEK

Pot do izgradnje kakovostnega sistema promocije zdravja na nivoju lokalnih skupnosti temelji na upoštevanju značilnosti lokalnih skupnosti in informirjanju upravnih subjektov. Izvajalci zdravstvene nege se moramo odzvati na tovrstne ugotovitve in jih upoštevati pri delovanju na področju promocije zdravja. Le tako bomo z na dokazih temelječim





znanjem prispevali k zdravju in razvoju kakovostnega sistema promocije zdravja v 21. stoletju.

LITERATURA

Bahovec I. Skupnosti: teorije, oblike, pomeni. Ljubljana: Sophia; 2005: 252.

Bojc S. ZDA. Lokalne televizije na poti k pomembnosti. Medijska preža. 2003 (16).

Brezovnik B. Pristojnosti in naloge slovenskih občin. Maribor: Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila; 2014.

Haček M. Upravljavaška sposobnost slovenskih občin: primeri dobrih praks. Ljubljana, Zagreb: Fakulteta za družbene vede, Friedrich Ebert Stifung; 2012: 32.

Haček M, Brezovšek M, Bačija I. Upravljavaška sposobnost in koaličijsko povezovanje v slovenskih občinah. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008: 29.

Harlander D, Zupančič Tisovec B, Kuhar D, Vardič D, Belović B, Krajnc Nikolić et al. Regijska strategija za

zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo krepitve zdravja na Dolenjskem, v Beli Krajini in Posavju za obdobje 2010-2015. Novo mesto: Zavod za zdravstveno varstvo; 2011.

Luukkanen S. Developing the health promotion knowledge of the municipalities in South-Savo County in Finland. J Nurs Manag. 2006; 14(6): 490-3.

Šprah L, Novak T, Dernovšek MZ. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti; 2011.

Zanjani F, Rowles GD. "We don't want to talk about that": Overcoming barriers to rural aging research and interventions on sensitive topics. J Rur Stud. 2012; 28 (4): 398-405.





VPLIV HRUPA NA ZDRAVJE DELAVCEV THE IMPACT OF NOISE ON WORKERS' HEALTH

SANJA SEČKO, SONJA ŠOSTAR TURK, MATEJA LORBER

IZVLEČEK

Izhodišča

Hrup povzroča okvare sluha in ima vpliv na človeka. Zaradi hrupa lahko nastanejo tudi posledice, ki se kažejo kot naglušnost ali popolna izguba sluha. Pomembno je, da poznamo učinke hrupa na zdravje ljudi in preventivne ukrepe. Z raziskavo smo želeli ugotoviti v kolikšni meri hrup vpliva na zdravje delavcev, hkrati smo primerjali tudi meritve hrupa med letoma 2010 in 2013.

Metode

V raziskavi smo uporabili anketni vprašalnik, ki je zajemal 20 vprašanj. S pomočjo komparativne metode ter uporabo t testa smo primerjali meritve hrupa na različnih polnilnih linijah med letoma 2010 in 2013. Raziskavo smo naredili v mesecu novembru 2013 v podjetju Radenska d.d. Radenci.

Rezultati

Rezultati so pokazali, da delavci uporabljajo osebno varovalno opremo za sluh pri svojem delu vedno v 10,3 %, občasno pa v 64,5 %. V večini primerov so vrsta uporabe osebne varovalne opreme ušesni čepki. Ugotovili smo tudi, da je več kot polovica delavcev mnenja, da je na podjetju dobro poskrbljeno za zaščito njihovega sluha. Prav tako smo ugotovili, da je le na oddelku priprave brezalkoholnih pijač, pri aritmetični sredini 8-urne obremenitve v letu 2013 prišlo do statistično pomembnega zmanjšanja prisotnosti hrupa.

Diskusija in zaključki

Naloga delodajalca je, da svojim delavcem priskrbi ustrezno osebno varovalno opremo za sluh ter poskrbi za preventivne obdobje zdravstvene pregledne. Delavci pa se morajo zavedati, da bodo s pomočjo osebne varovalne opreme pripomogli h kakovostni ohranitvi svojega sluha.

Ključne besede: hrup, vrste hrupa, povzročitelji bolezni, meritve hrupa, delavec

ABSTRACT

Introduction

Noise causes hearing impairment and has the impact on humans. Due to noise can arise consequences that appear as deafness or complete loss of hearing. It is important to know the effects of noise on human health and preventive measures. The study was to determine the extent to which noise affects the health of workers, and we also compared the noise measurements between 2010 and 2013.

Methods

In this study, we used a questionnaire that included 20 questions. Through the comparative method and the use of t test, we compared the noise measurements at different filling lines between 2010 and 2013. Survey was done in November 2013 in the soft drink company Radenska d.d. Radenci.

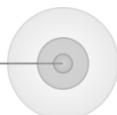
Results

The results show that 10,3% of workers always use personal protective equipment for hearing at work and 64,5% uses the protection occasionally. In most cases, the type of personal protective equipment are earbuds, we also found that more than half of employees believe that the company take good care to protect their hearing. We also found that the department for preparing soft drinks in the arithmetic average of the 8-hour load in 2013 managed a statistically significant reduction in the presence of noise.

Discussion and conclusions

The task of the employer to their employees is to provide appropriate personal protective equipment for the hearing and arrange for periodic preventive health examinations. Workers must be aware that using personal protective equipment contributes to the maintenance of the quality of their hearing.

Keywords: noise, noise types, cause of impairment, noise level measurements, worker





IZHODIŠČA

Hrup je ena izmed oblik zvočnega delovanja. Odvisna je od samega poslušalca, njegovega razpoloženja, utrujenosti, zdravstvenega stanja, spola, starosti, ekonomskega položaja, časa in kraja. Hrup je nezaželena oblika zvoka (Čudina, 2002). Poznamo različne vrste hrupa: stalen ali neprekinjen, občasni, impulzni, poudarjeni toni in nizkofrekvenčni hrup (Brüel, & Kjær, 2009). Zaradi dolgotrajne izpostavljenosti hrupu lahko nastanejo različne bolezni, kot so naglušnost, poškodbe bobniča, srednjega in notranjega ušesa, akutne poškodbe sluha, akustična travma, tinnitus, itd., zato je pri delu potrebna uporaba osebne varovalne opreme za sluh (Tratnik, 2006). Človek je hrupu izpostavljen vsakodnevno, zato lahko hrup vpliva na izgubo sluha (avralni učinki) kot tudi na organizem v celoti (ekstraavralni učinki) (Hrup, 2007). Pri uporabi osebne varovalne opreme je potrebno vedeti tudi, da varovala sluha niso nekaj naravnega in, da je vsak človek drugačen. Varovalo sluha je potrebno prilagoditi vsakemu posamezniku, saj se anatomija ušesa in ušesnega kanala od človeka do človeka razlikuje (Tratnik, 2006). Čudina (2002) navaja, da v industriji velike ravni hrupa za posledico povzročijo poškodbo ali celo izgubo sluha, prav tako pa visoke ravni hrupa vplivajo na delovno učinkovitost delavca. Zgornja opozorilna vrednost hrupa je 85 dB, sluh delavca pa je prizadet vedno, kadar dnevna ali tedenska raven hrupa presega 85 dB(A) (Čudina, 2002). Prisotnost hrupa ugotavljamo z meritvami. Naloga delodajalca je, da oceni, na katerih delovnih mestih je potrebno izmeriti hrup. Hrup lahko merijo strokovni delavci, ki so zaposleni na podjetju in izpolnjujejo pogoje glede izobrazbe in meritne opreme, ali pa zunanjji izvajalci, kateri imajo dovoljenje za opravljanje teh nalog (Tratnik, 2006). V primeru, da se ugotovi, da hrup presega dovoljeno vrednost, mora delodajalec izvesti dodatne ukrepe, kot so: zagotavljanje osebne varovalne opreme, poučevanje delavcev, izvajanje preventivnih zdravstvenih pregledov ter zagotoviti zmanjševanje možnosti za nastanek poškodb (Čudina, 2002). Za preventivno dejavnost pa skrbi medicina dela, prometa in športa, katera izvaja vse naloge zdravstvenega varstva pri delu, rezultati pregledov pa so ukrepi, skrb in vzgoja (Drašković, 2006).

METODOLOGIJA

Uporabili smo komparativno metodo dela, s katero smo primerjali meritve hrupa na različnih polnilnih linijah med letoma 2010 in 2013. Uporabili smo tudi

anketni vprašalnik, ki smo ga pripravili na osnovi teoretičnih izhodišč (Čudina, 2002; Hrup, 2007; Žel, 2010). Vseboval je 20 vprašanj, od tega je bilo 15 vprašanj zaprtega tipa, 2 vprašanji odprtrega in 3 vprašanja pol odprtrega tipa. Razdeljenih je bilo 130 anketnih vprašalnikov, od tega je bilo vrnjenih 107. Uporabili smo kvalitativno metodo dela, v empiričnem delu pa raziskava temelji na kvantitativni metodi dela, ki smo jo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika. S pomočjo SPSS programa (t test) pa smo primerjali meritve hrupa med letoma 2010 in 2013, podatke smo pridobili iz Poročila o preiskavah delovnega okolja v Radenska d.d. Radenci, ki jih je izvajal Inženiring za varstvo pri delu Justin d.o.o. (Justin, 2010; 2013), od katerih smo pridobili dovoljenje za uporabo in analizo meritov.

REZULTATI

Pri raziskavi s pomočjo anketnega vprašalnika je sodelovalo 107 delavcev, ki so zaposleni na različnih polnilnih linijah v podjetju Radenska d.d. Radenci. 10 (9,4 %) anketiranih je svoj sluh ocenilo zelo dobro, 44 (41,1 %) jih meni, da slišijo dobro, 34 (31,8 %) jih sliši zadovoljivo, 15 (14 %) anketiranih slabo, 4 (3,7 %) slišijo zelo slabo, noben izmed anketiranih pa za sluh ne uporablja slušnega aparata. 11 (10,3 %) anketiranih navaja, da uporablja osebno varovalno opremo za sluh vedno, 69 (64,5 %) jih varovalno opremo za sluh uporablja občasno, 19 (17,7 %) delavcev osebne varovalne opreme nikoli ne uporablja in 8 (7,5 %) jih je odgovorilo, da osebna varovalna oprema sluha ni potrebna na njihovem delovnem mestu. Delavci, ki so navedli, da osebne varovalne opreme za sluh ne uporabljajo, so kot razloge navedli: 2 (10,5 %) sta navedla, da na svojem delovnem mestu ne potrebujejo osebne varovalne opreme za sluh, 1 (5,3 %) je navedel, da ga motijo čepi pri delu, 2 (10,5 %) sta navedla, da ju hrup pri delu ne moti. 14 (73,7 %) anketiranih ni navedlo razloga, zakaj pri svojem delu ne uporablja osebne varovalne opreme.

18 (16,8 %) anketiranih meni, da so hrupu na delovnem mestu izpostavljeni manj kot 2 uri, 7 (6,5 %) je izpostavljenih hrupu od 2 do 3 ure dnevno, 13 (12,2 %) jih je izpostavljenih 4 do 5 ur, 36 (33,7 %) od 6 do 7 ur in 33 (30,8 %) jih je izpostavljenih hrupu 8 ur ali več. Za vrsto uporabe osebne varovalne opreme je 94 (87,9 %) anketiranih navedlo, da na delovnem mestu uporablja ušesne čepke. 1 (0,9 %) uporablja slušalke oziroma ušesne ščitnike, 3 (2,8 %) kombinirajo ušesne čepke in slušalke, 2 (1,9 %) ne uporablja osebne varovalne





opreme za sluh in 7 (6,5 %) anketiranih ni podalo nobenega odgovora.

21 (19,6 %) anketiranih meni, da hrup zelo vpliva na njihovo zdravje. 55 (51,4 %) jih meni, da hrup nekoliko vpliva na njihovo zdravje, 14 (13,1 %) jih je mnenja, da hrup ne vpliva na njihovo zdravje, medtem, ko se jih 17 (15,9 %) ni opredelilo. 16 (15 %) delavcev je mnenja, da je v podjetju za zaščito sluha delavcev poskrbljeno zelo dobro, 58 (54,2 %) jih meni, da je poskrbljeno dobro, 16 (15 %) jih meni, da je poskrbljeno srednje, 15 (14 %) jih meni, da je za zaščito sluha poskrbljeno slabo, 2 (1,8 %) menita, da je za zaščito sluha poskrbljeno zelo slabo. Kot predloge za zmanjšanje hrupa v proizvodnji pa so navedli, da je potrebno urediti zvočno izolacijo v 8 (7,5 %) primerih, 9 (8,4 %) jih meni, da je potrebna novejša osebna varovalna oprema za sluh, 15 (14 %) jih je mnenja, da ni možnosti za zmanjšanje hrupa, 11 (10,3 %) jih meni, da je potrebno staro polnilno opremo in viličarje zamenjati z novejšo, tišjo opremo, 54 (50,5 %) anketiranih ni podalo nobenega predloga za zmanjšanje hrupa v proizvodnji, 1 (0,9 %) meni, da ni potrebe za zmanjšanje hrupa, 9 (8,4 %) pa se jih ni opredelilo.

Ugotovili smo, da v pripravi brezalkoholnih pijač pri končni vrednosti med letoma 2010 in 2013 ni bilo statistično značilne razlike ($p = 0,543$), medtem ko je pri aritmetični sredini 8 urne obremenitve statistično značilna razlika ($p = 0,040$) med letoma 2010 in 2013. To kaže, da je prišlo do zmanjšanja prisotnosti hrupa v proizvodnji na oddelku priprave brezalkoholnih pijač. Na vseh ostalih polnilnih linijah, kjer so bile izvedene meritve smo ugotovili, da med letoma 2010 in 2013 ni zaznati statistično značilnih razlik prisotnosti hrupa.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Hrup je dejavnik, kateri je vedno prisoten v življenju posameznika, hkrati pa ogroža zdravje človeka. Izpostavljenosti hrupu se največkrat sploh ne zavedamo. Na hrup pomislimo, ko je le-ta tako močan, da neposredno vpliva na trenutno počutje posameznika. Na nekaterih delovnih mestih je hrup stalno prisoten in se mu ni mogoče izogniti. V takih primerih morajo delavci znati prepoznati dejavnike tveganja in uporabljati ustrezno osebno varovalno opremo, naloga delodajalca pa je, da to opremo tudi zagotovi. Tratnik (2006) navaja, da varovalo sluha mora zagotavljati zmanjšanje ravni hrupa, hkrati pa mora biti takšno, da ga bo delavec nosil. Čudina (2002) ugotavlja, da hrup lahko vpliva tudi na učinkovitost pri delu. Prav tako meni, da lahko hrup deluje tudi pozitivno (npr.

odvračanje od skrbi in problemov). V naši raziskavi smo ugotovili, da je na oddelku priprave brezalkoholnih pijač v letu 2013 prišlo do izboljšanja meritve hrupa. Ugotovili smo, da petina anketiranih meni, da hrup zelo vpliva na njihovo zdravje, medtem ko jih je več kot polovica mnenja, da hrup le nekoliko vpliva na njihovo zdravje. Prav tako smo ugotovili, da le desetina anketiranih vedno uporablja osebno varovalno opremo za sluh, medtem ko jo več kot polovica uporablja le občasno in, da večina anketiranih na delovnem mestu uporablja ušesne čepke. V proizvodnji pijač, kjer smo naredili raziskavo smo ugotovili, da so delavci ozaveščeni o preventivnih ukrepih in hkrati tudi redno uporabljajo osebno varovalno opremo. Ugotovljeno je bilo, da so delavci zadovoljni s svojim delodajalcem, saj menijo, da imajo na podjetju dovolj dobro poskrbljeno za zaščito sluha. V letošnjem letu je podjetje priskrbelo nov električni viličar, v mesecu maju 2014 pa bo začela obratovati tudi nova polnilna linija.

LITERATURA

- Brüel, & Kjær. Sound & Vibration Measurement A/S. Okoljski hrup. 2009. Dostopno na: http://ims.si/documents/literatura/okoljski_hrup.pdf (3.7.2013).
- Čudina M. Hrup in vibracije. In: Koselj V, eds. Priročnik za zdravo in varno delo. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 2002: 189-216.
- Drašković M. Pomen preventive pri preprečevanju okvar sluha. In: Kaučič BM, Geč T, Kranjc A, eds. Skupaj delamo za zdravje: seminar za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ob mednarodnem dnevu zdravja. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2006: 38-47.
- Hrup. 2007. Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/default-63100.html> (3.7.2013).
- Justin M. Poročilo o preiskavah delovnega okolja v Radenska d.d. Radenci. Neobjavljeno delo; 2010.
- Justin M. Poročilo o preiskavi škodljivosti v delovnem okolju: toplotne razmere, osvetlitvene razmere, meritve hrupa na delovnih mestih. Neobjavljeno delo; 2013.
- Tratnik E. Prenehajte s tem hrupom!: priročnik z osnovnimi informacijami in navodili. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; 2006.





Žel C. Zvok, hrup in ljudje na delovnih mestih:
diplomsko delo višješolskega študija. Maribor: Višja
strokovna šola Academia; 2010: 41-4.





IZKUSTVENA TEORIJA SPIRITALNE OSKRBE V PRAKSI ZDRAVSTVENE NEGE EXPERIENTIAL THEORY OF SPIRITUAL CARE IN NURSING PRACTICE

ROSANA TURČIN, TANJA VERLAK, DOMINIKA VRBNJAK, MAJDA PAJNKHAR

POVZETEK

Izhodišča

Spiritualnost je v zdravstveni negi definirana kot proces rasti z iskanjem smisla in namena v življenju. Namen prispevka je opisati, analizirati in ovrednotiti izkustveno teorijo spiritualne oskrbe ter prikazati uporabnost teorije v praksi ter njene prednosti in slabosti.

Metode

Izveden je bil pregled in analiza literature z uporabo podatkovnih baz Sage, PubMed ter Medline. Vključitveni kriteriji za podrobnejšo analizo je bila literatura, ki se je nanašala na izkustveno teorijo spiritualne oskrbe v praksi zdravstvene nege. Analiziranih je bilo 8 člankov. Opis, analiza in vrednotenje modela je potekalo po modelu avtorice Pajnkhari.

Rezultati

Predstavljena je teorija srednjega obsega, ki je grajena iz merljivih konceptov in propozicij. Teoretični okvir vključuje 7 medsebojno povezanih konceptov.

Razprava in zaključek

Teorijo izkustvene spiritualne oskrbe lahko uporabimo v klinični praksi in na področju izobraževanja, saj je ugotovljeno, da spiritualnost prispeva h kakovostnejši zdravstveni negi ter celostni obravnavi pacienta. Prispevek lahko služi kot teoretična osnova za raziskovanje tega področja v slovenskem okolju.

Ključne besede: spiritualnost, spiritualna oskrba, izkustvena teorija spiritualne oskrbe

ABSTRACT

Introduction

Spirituality in nursing care is defined as a process for searching the meaning and purpose in life. The purpose of this article is to present and describe spirituality and spiritual care in nursing practice, describe, analyse and evaluate experiential theory of spiritual care and to demonstrate the applicability of the theory in practice, as well as its advantages and disadvantages.

Methods

For an examination and analysis of the literature we used databases, such as Sage, PubMed and Medline. Inclusion criteria for the detailed analysis was the literature, referred to the experiential theory of spiritual care in nursing practice and spirituality in nursing care. There was analysed 8 articles. Description, analysis and evaluation of the model was carried out according to the model author Pajnkhari.

Results

The theory of experiential spiritual care is the middle range theory, which is built of measurable concepts and propositions. The theoretical framework includes seven interconnected concepts.

Discussion and conclusion

The theory connects different and important factors for the practice. The authors find out, that the theory could be used in clinical practice, because it plays an important role as a contribution for better quality in nursing care. It could also have contributed to the further education and to higher quality to holistic nursing care. The contribution could also be used as a theoretical basis for researchinf this area in the Slovenian environment.

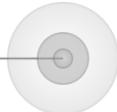
Keywords: spirituality, spiritual care, experiential theory of spiritual care

Rosana TURČIN, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; rosanaturcin@gmail.com

Tanja VERLAK, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; tanja.verlak@gmail.com

Asist. Dominika VRBNJAK, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; dominika.vrbnjak@um.si

Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda PAJNKHAR; Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; majda.pajnkhari@um.si





IZHODIŠČA

Različne discipline v zadnjih letih dajejo poudarek na raziskovanju spiritualnosti. Medicina vidi spiritualnost skozi objektiv verske pripadnosti, med tem, ko zdravstvena nega vidi spiritualnost skozi eksistencializem, iz vidika smisla in pomena zdravja ter bolezni v življenju posameznika (Baele-Vincensi, 2011). Med definicijami spiritualnosti obstaja nekonsistentnost, ki je kriva za slab razvoj koncepta (Burkhart, Solari-Twadell, 2001). Spiritualnost je zelo osebna in izhaja iz naših najglobljih čustev, strahov in občutkov. Spiritualna oskrba podpira druge, ki omogočajo posamezniku, da bi našel smisel, namen in izpolnitev v življenju. Različni avtorji menijo, da bi morale medicinske sestre nuditi spiritualno oskrbo na enak način kot poteka procesna metoda dela (Zakšek, 2010). Zaradi pomanjkanja teoretičnih okvirov raziskovanja spiritualnosti in spiritualne oskrbe v zdravstveni negi sta Burkhart, Hogan (2008) razvili teorijo izkustvene spiritualne oskrbe v praksi zdravstvene nege.

Namen prispevka je opisati, analizirati in ovrednotiti izkustveno teorijo spiritualne oskrbe ter prikazati njen uporabnost v praksi.

METODE

Izveden je bil pregled in analiza literature z uporabo podatkovnih baz Sage, PubMed in Medline. Iskanje literature je potekalo v mesecu decembru 2013. Literaturo smo iskali s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku »spiritual theory«, »spirituality«, »spiritual care«. V prvem koraku je iskanje povrnilo 125 zadetkov. Vključitveni kriteriji za podrobnejšo analizo so bili objava med leti 1999 in 2013 ter polna dostopnost teksta v angleškem jeziku, ki se je nanašala na izkustveno teorijo spiritualne oskrbe v praksi zdravstvene nege. V končno analizo je bilo vključenih 8 zadetkov. Za opis, analizo in vrednotenje izkustvene spiritualne teorije, smo uporabili model za opis, analizo in vrednotenje teorije avtorice Pajnkihar (2013).

REZULTATI

Opis in analiza izkustvene teorije spiritualne oskrbe

Avtorici izkustvene teorije spiritualne oskrbe sta Burkhart Lisa in Hogan Nancy. Bistvo teorije predstavlja kompleksni medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki spodbuja pacientovo spiritualnost, saj je zelo malo znanega o tem, kako najboljše zagotavljati spiritualno oskrbo v praksi zdravstvene nege (Burkhart, Hogan, 2008).

Izvor/razvoj teorije

Izkustvena teorija spiritualne oskrbe je bila razvita induktivno na podlagi kvalitativne raziskave z uporabo metode utemeljene teorije po Glaser, Strauss iz leta 1967. Namen raziskave je bil ugotoviti način dojemanja spiritualne oskrbe v zdravstveni negi, rezultati pa so podprtji obstoj spiritualne oskrbe v praksi zdravstvene nege (Burkhart, Hogan, 2008). Teorija spada med teorije srednjega obsega, saj je zmerno abstraktna in grajena iz povsem merljivih konceptov in propozicij (McKenna, 1997).

Metaparadigma

Metaparadigma je najbolj abstrakten izraz, ki največkrat predstavlja temeljne komponente zdravstvene nege (zdravstvena nega, zdravje, človek, okolje) (McKenna, 1997; Pajnkihar, 2013). Koncepti in propozicije metaparadigme v teoriji niso jasno definirani, vendar pa lahko oblikujemo nekaj prepričanj, vrednot in ciljev v povezavi z njimi. Ti koncepti so: človek: pacient, ki vstopa v spiritualno srečanje s svojimi potrebami. Okolje: spodbujanje povezanosti pacienta in njegove družine na različne načine, v povezavi z njihovimi potrebami. Zdravje: se nanaša na spiritualno pozitivna čustva z lepimi spomini; najden bo globlji pomen in negativna čustva povezana z bolečimi spomini; občutki bolečine in krivde. Zdravstvena nega: medicinska sestra pacientu nudi možnost razumeti pomen prisotne krize ali življenjske spremembe. Gre za samorefleksijo, refleksijo z bližnjimi in tudi verske obrede (Burkhart, Hogan, 2008).

Filozofija znanosti

Filozofijo je mogoče opredeliti kot izjavo, ki zajema ontološke trditve o fenomenih osrednjega interesa discipline in epistemoloških trditev (Fawcett, 2005). Spiritualnost je kompleksen fenomen, ki je utemeljen v filozofiji in je opredeljen ter sprejet na različne načine, odvisno od posameznikovega pogleda na svet ter njegove pripadnosti določeni kulturi in lahko vključuje verske pogledе (Burkhart, Hogan, 2008).

Predpostavke

Mnogi zdravstveni sistemi gledajo na spiritualno oskrbo, kot da je del njihovega poslanstva, in da je kot taka ključnega pomena za zdravje pacientov (Burkhart, Schmidt, 2012).

Fenomen in koncepti

Fenomen je pojav resničnosti, zavestno zaznan od izkušenj (Meleis, 2012). Izkustvena teorija spiritualne





oskrbe obravnava kompleksen fenomen spiritualnosti. Koncepti predstavljajo temeljne gradnike teorije in imajo vlogo nosilcev idej v teoriji (McKenna, 1997). Glavni koncept v izkustveni teoriji spiritualne oskrbe je spiritualnost, ki ga avtorici opredeljujeta kot izražanje namena in pomena življenja in ga razlikujeta od religioznosti (Burkhart, Hogan, 2008). Začetni teoretični okvir vsebuje 7 kategoričnih faz, ki se tekom testiranja nekoliko spremenijo (Burkhart, Schmid, Hogan, 2011). Kategorije pa so: namig pacienta, odločitev o spiritualnem srečanju, intervencija spiritualne oskrbe, takojšnji emocionalni odgovor-odziv, iskanje pomena v srečanju, oblikovanje spiritualnega spomina in spiritualno blagostanje medicinske sestre (Burkhart, Hogan, 2008).

Propozicije

Propozicije so izjave o odnosih med dvema ali več koncepti (Fawcett, 2005). Slednje so v teoriji navedene kot spiritualni distres, ki vodi v negativne spomine in zmanjša spiritualno blagostanje medicinskih sester; spiritualna srečanja lahko vodijo do pozitivnih spominov in povečajo spiritualno blagostanje medicinske sestre (Burkhart, Hogan, 2008).

Vrednotenje izkustvene teorije spiritualne oskrbe

Vrednotenje vključuje kritiko teorije in oceno teorije glede na to, koliko lahko teorija doprinese k razvoju znanja za profesijo in disciplino zdravstvene nege (Pajnkihar, 2013).

Jasnost

Predstavitev teorije je zmerno dosledna in razumljiva. Začetek teoretičnega okvirja je predstavljen v obliki shematskega prikaza (Burkhart, Hogan, 2008). Koncepti so jasno definirani. Teoretične in operacionalne definicije so konsistentne skozi celotno teorijo. Jasnost in konsistentnost pri uporabi jezika, metod in razlag ni vedno prisotna.

Enostavnost/kompleksnost

Fenomen je jasno opisan. Teorija je skladna ter enostavno predstavljena, hkrati pa je popolna v svoji obrazložitvi.

Pomembnost/pomen

Teorija prispeva k disciplini zdravstvene nege in v veliki meri vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. Spiritualna oskrba je izredno pomembna v promociji zdravja. Znano je, da spiritualno blagostanje zmanjšuje stres, bolečino, depresijo, prispeva k boljšemu socialnemu

delovanju (Burkhart, Schmid, Hogan, 2011). Ker teorija vsebuje koncepte, definicije, namen in predpostavke, ki so utemeljene v praksi, lahko vodi prakso, prav tako pa je uporabna na področju izobraževanja in raziskovanja.

Ustreznost

Teorija pokriva področja, za katera avtorici pravita, da jih Razvita je bila namreč v Združenih državah Amerike med kristjani, vendar bi bila po predpostavljanjih avtoric, uporabna tudi v drugih okoljih in na različnih področjih zdravstvene nege (Burkhart, Hogan, 2008). Empirični kazalniki odražajo koncepte in so razvidni iz razvitega vprašalnika, vendar je testiranje pokazalo, da so se koncepti malo spremenili, ker jih testiranje ni potrdilo. Psihometrične analize so namreč pokazale verske obrede, kot ločeno kategorijo (Burkhart, Schmidt, Hogan, 2011).

Možnost testiranja

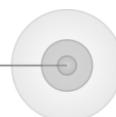
Teorijo je možno testirati v primeru, ko lahko oblikujemo hipoteze (Pajnkihar, 2013). Na podlagi teoretičnega okvira izbrane teorije lahko oblikujemo več hipotez, npr.: spiritualnost in spiritualna oskrba sta pomembna vidika zdravja ter zdravstvene nege (Burkhart, Schmidt, Hogan, 2011). Avtorji so razvili in psihometrično testirali vprašalnik za merjenje spiritualne oskrbe z angleškim naslovom Spiritual Care Inventory (SCI). Ugotavljajo, da bo v prihodnjih raziskavah potreben večji heterogeni vzorec glede na vero, spol in starost (Burkhart, Schmidt, Hogan, 2011).

Sprejemljivost-uporabnost

V raziskavi Burkhart, Schmidt (2012) je bilo ugotovljeno, da vključevanje spiritualnosti v izobraževalni program izboljša zmožnosti študentov zdravstvene nege za nudenje spiritualne oskrbe. Raziskava je tudi lep primer vpeljave teorij zdravstvene nege v pedagoški proces.

DISKUSIJA

Teorijo izkustvene spiritualne oskrbe bi bilo mogoče uporabiti na različnih področjih zdravstvene nege (Burkhart, Hogan, 2008). Lahko bi jo uporabili na primer na področju onkologije, kjer se medicinske sestre srečujejo s pacienti vseh starostnih obdobjij, katerih obolenja se zdravijo v različnih stadijih bolezni in ki imajo različne potrebe po zagotavljanju zdravstvene nege. Teorijo bi lahko aplicirali v prakso s pomočjo že obstoječih validiranih vprašalnikov. Vsekakor pa je uporabna na področju izobraževanja. Učenje o načinu nudenja spiritualne oskrbe bi lahko





bilo vključeno v učne načrte izobraževalnih programov za vse poklice v zdravstveni negi (Burkhart, Hogan, 2008).

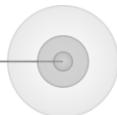
Med slabosti teorije sodi posreden opis nekaterih osnovnih elementov teorije, teorija tudi ne obravnava, kako zagotavljanje spiritualne oskrbe po spiritualni intervenciji vpliva na medicinsko sestro in pacienta, poleg tega tudi ne zagotavlja podlage za spodbujanje izboljšanja pacientovega zdravja (Baele-Vincensi, 2011). Slednje predstavlja pomanjkljivost ter hkrati tudi možnost nadaljnega raziskovanja. Glavna ovira pri aplikaciji teorije v prakso bi lahko bilo neznanje in neprepoznavnost koncepta spiritualnosti, ki sta posledici premalo odprtih razprav o spiritualnosti in pomenu spiritualne oskrbe v praksi, prisotnost različnih kultur pri ljudeh ter nestrinjanje in pomanjkanje interesa za sodelovanje. Avtorji imajo različne poglede na uporabo spiritualne oskrbe. Meehan (2012) ugotavlja, da se na podlagi zgodovinskih in filozofskih dokazov zdi, da je človeška spiritualnost zapisana v srcu zdravstvene nege. Narayanasamy (2004) pa razlaga, da v tujini medicinske sestre o spiritualnosti govorijo že zelo dolgo, kljub temu pa je prisotno tudi nezadostno znanje, prepričanja, da je to pacientova osebna stvar, v katero ne smejo posegati, pomanjkanje časa, nesposobnost soočenja medicinskih sester s pacientovimi potrebami ter pomanjkanje zavedanja lastne spiritualnosti.

ZAKLJUČEK

Spiritualna oskrba kot ključni del celostne zdravstvene nege s časom pridobiva vedno večji pomen na področju prakse zdravstvene nege. V slovenskem prostoru nimamo veliko raziskav na temo spiritualne oskrbe v zdravstveni negi, razlogi so najverjetneje nezadostno poznavanje, nezanimanje s strani medicinskih sester ter v pomanjkljivi finančni podpori. Prispevek lahko služi kot teoretična osnova za raziskovanje tega področja v slovenskem okolju.

LITERATURA

- Baele-Vincensi B. Spiritual care in advanced practise nursing: doktorska dizertacija; 2011. Dostopno na: http://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1200&context=luc_diss (1.12. 2013).
- Burkhart L, Hogan N. An Experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qual Health Res. 2008;18(7):928-38.
- Burkhart L, Schmidt W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. J Prof Nurs. 2012;28(5):315-21.
- Burkhart L, Solari-Twadell PA. Differentiating spirituality and religiousness through a review of the nursing literature. Int J Nurs Terminol Classif. 2001;12(2):45-54.
- Burkhart L, Schmidt L, Hogan N. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. J Adv Nurs. 2011;67(11):2463-72.
- Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analisys and Evaluation of Nursing Models and Theories. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2005.
- McKenna H. Nursing theories and models. Routledge Essentials for Nurses. London: Routledge; 1997.
- Meehan TC. Spirituality and spiritual care from a careful nursing perspective; 2012. Dostopno na: <http://www.carefulnursing.ie/Publications/Spirituality%20and%20Spiritual%20Care%20from%20a%20Careful%20Nursing%20Persp.pdf> (1. 12. 2013).
- Meleis A. I. Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. Br J Nurs. 2004;13(19):1140-4.
- Pajnkihar M. Teorije, koncepti in praksa zdravstvene nege - zbrano učno gradivo 2013/2014. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2013. Dostopno na: <https://estudij.um.si/mod/folder/view.php?id=30746> (28. 11. 2013).
- Zakšek T. Spiritualnost v zdravstveni negi in babištvu. Obzor Zdr N. 2010;44(4):263-7.





ŽDRAVSTVENA NEGA V JAVNEM ZDRAVJU NURSING CARE IN PUBLIC HEALTH

TAMARA LUBI, MAJDA ŠLAJMER JAPELJ

IZVLEČEK

V prispevku sta v skladu z dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) predstavljena organizacija in delovanje zdravstvene nege (ZN) na področju javnega zdravja v Evropski uniji (EU). Javno zdravstveno varstvo izvaja celovito in stalno zdravstveno varstvo posameznikov, družin in skupin prebivalstva z vidika njihove preventivne, kurativne in socialne obravnave. Poudarjen je pomen in vloga zdravstvene nege v skrbi za zdravje posameznika in širše skupnosti. Spremembe in razvoj javnega zdravstvenega varstva zahtevajo stalne prilagoditve tudi zdravstvene nege na tej ravni. Strokovnost in sprotrojno prilaganje spremembam sta vodilo dela Kolaborativnega centra, ki skrbi, da se stroka povezuje s smernicami evropske in svetovne mreže kolaborativnih centrov SZO. Prav tako je pomembno usklajeno sodelovanje vseh družbenih akterjev, ki vplivajo na razvoj in izvajanje zdravstvene politike v posameznih državah.

V dokumentu je predstavljeno tudi izobraževanje medicinskih sester kot nadaljevanje oz. nadgradnja njihovega kontinuiranega izobraževanja v EU. Cilj tega je izboljšati kvalifikacijsko raven strokovnjakov / medicinskih sester na področju javnega zdravstva.

Ključne besede: javno zdravje, zdravstvena nega, medicinska sestra, izobraževanje

ABSTRACT

This contribution, in concordance with the documents of the World Health Organization (WHO), gives an outline of organisation and functioning of the public health care in the European Union. Public health care carries out complete and permanent health care of individuals, families and groups of population from the aspect of preventive, curative and social treatment. Importance and role of the health care of an individual and wider community are pointed out as well as permanent adjustments to the changes and development. Professionalism and simultaneous adjustment are the guidelines of WHO Collaborating Centre Maribor, which looks after that the profession in accordance with the European and world's WHO Collaborating Centres (CC) guidelines. Importance of harmonious cooperation of all social factors which influence development and implementation of the health policy in single country, is pointed out.

The document also recognises education of nurses as a continuous/ lifetime up grading process, enabling public health care improvement.

Keywords: public health, nursing care, nurse, education





UVOD

MS v dejavnosti javnega zdravja opredeljujejo svoje naloge na osnovi definicije javnega zdravja. »Javno zdravje je znanost in veščina preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja in promocije zdravja na osnovi organizirane in pretehtane izbire družbe, javnih in zasebnih organizacij ter skupnosti in posameznikov« (Royal College of Nursing, 2007). Naloga medicinskih sester je, da skrbijo za ohranjanje zdravja ter preprečevanja bolezni posameznikov, družin in skupnosti (PCN, 2001).

Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije (SZO/EURO) je v septembru 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora usmeril ponovno pozornost javnemu zdravju ter sprejel Akcijski načrt dela, ki ga morajo države članice uresničiti do leta 2020.

Akcijski načrt vključuje 10 najpomembnejših procesov v javnem zdravstvu:

1. Nadzor nad javnim zdravjem.
2. Spremljanje rizičnih zdravstvenih situacij in izrednih stanj.
3. Varovanje zdravja, kar vključuje skrb za okolje, varstvo pri delu, zdravo prehrano.
4. Promocijo zdravja z upoštevanjem socialnih determinant zdravja, enakost pravic do zdravja.
5. Zgodnje odkrivanje bolezni, preprečevanje obolenja.
6. Podpora zdravju in dobremu počutju.
7. Zagotavljanje primerne številke kompetentnih zdravstvenih delavcev.
8. Zagotavljanje trajnih organizacijskih oblik in njihovega financiranja.
9. Zastopanje pravic v zvezi z zdravjem, socialna mobilizacija.
10. Raziskovalno delo na področju javnega zdravstva za praks in za argumentirane razprave z odgovornimi politiki (WHO/EURO, 2012).

V pripravah na zasedanje so organizatorji konference preverjali tudi organizacijo in vsebino dejavnosti na področju javnega zdravja v državah članicah, v kar so bile vključene tudi medicinske sestre. Vprašanja so zadevala predvsem dejanske možnosti medicinskih sester za vključevanje v aktivnosti na področju javnega zdravja in so bila zasnovana na osnovi definicije, nalog,

vloge ter funkcije medicinskih sester v javnem zdravju. (Public Health Nurse, 2013).

MEDICINSKE SESTRE KOT PARTNERJI V DEJAVNOSTI JAVNEGA ZDRAVSTVA

Cilji ZN v dejavnosti javnega zdravstva so:

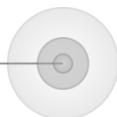
- daljšanje pričakovane življenjske dobe na osnovi pozitivnega odnosa do zdravja;
- zmanjševanje zdravstvene neenakosti (npr. skrb za ranljive skupne ljudi, zagotovljen dostop do učinkovitih zdravstvenih storitev);
- izboljševanje zdravja ljudi (redukcija debelosti, zloraba alkohola, zdravi spolni odnosi, pozitiven odnos do lastnega zdravja);
- promocija in razvijanje socialnega kapitala;
- vključevanje posameznikov, družin in skupnosti v razprave in odločanje o organizaciji in vsebin zdravstvene službe.

Naloga medicinskih sester, ki delajo na področju javnega zdravstva je, da s promocijo zdravja in vplivanjem na javno politiko, podpirajo možnosti za zdravo življenje.

Deklaracija Muenchenske ministrske konference o ZN SZO/EURO navaja: »Prepričani smo, da imajo medicinske sestre in babice ključno in vedno pomembnejšo vlogo v družbenih izzivih na področju javnega zdravja v današnjem času, kot tudi v zagotavljanju preskrbe z visoko kakovostnimi, dostopnimi, enakimi, učinkovitimi in prilagodljivimi storitvami, ki zagotavljajo kontinuiteto zdravstvene oskrbe ter se nanašajo na človekove pravice in spreminjače se potrebe« (WHO, 2000).

Naloge medicinskih sester v javnem zdravju:

- spremljajo zdravstvene tendre, prepoznavajo specifična tveganja za zdravje v lokalnih skupnostih;
- določajo prednostne naloge v svojem delu tako, da lahko delajo za večino ljudi;
- sodelujejo z lokalnimi in nacionalnimi predstavniki oblasti, da bi zagotovile zdravstveno varstvo vsem skupnostim;
- načrtujejo in izvajajo zdravstveno vzgojne programe ter sodelujejo v preventivnih programih (npr. v programih cepljenja in izvajanja sistematskih pregledov);





- informirajo ljudi o lokalno dostopnih zdravstvenih programih in službah ter tako zmanjšujejo fizično in socialno distanco do teh institucij;
- nudijo neposredno pomoč ranljivim in marginalnim skupinam prebivalstva (Public Health Nurse, 2013) .

IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER ZA PODROČJE PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Strateški dokument EU »Kontinuirano strokovno izobraževanje medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu za države članice Evropske unije«, ki ga je skupaj z delovno skupino za izobraževanje pripravil Standing Committee of Nurses of the European Union, je nastal v želji po krepitvi znanj s področja zdravstvene politike, zdravstvene vzgoje in promocije zdravja ter z vključevanjem različnih profesionalnih skupin v te aktivnosti. Vse bolj je izpostavljena potreba po organizaciji izobraževanja medicinskih sester za področje primarnega zdravstvenega varstva po zgledu ureditve tovrstnega področja v širšem političnem okolju EU. Podane smernice dokumenta so skladne s priporočili uradnih teles, ki zastopajo stroko ZN na evropski ravni. Že v strategiji *Zdravje za 21. stoletje* (WHO, 1998) sta direktiva Sekcije za javno zdravje EU in SZO/EU pozvali k aktivni vključitvi medicinskih sester v programe javnega zdravstva. Strategija je vodilo za usmerjanje razvoja zdravstvene službe v 21. stoletju in poudarja, da mora biti izobraževanje zdravstvenih delavcev smiselno dopolnjeno s potrebami razvoja strokovnih timov. Kot ena izmed njihovih najpomembnejših nalog in dolžnosti je navedeno izvajanje zdravstvene vzgoje, promocije zdravja in javnega zdravstva. K temu poziva tudi dokument Glavnega urada SZO (*oddelek Nursing and Midwifery, Human Resources for Health*) - *A compendium of primary health care studies* iz leta 2009, z vrsto primerov dobre prakse. Dokument definira tudi naloge primarnega zdravstvenega varstva predvsem v smislu izboljševanja zdravja in zmanjševanja neenakosti in poudarja, da mora javno zdravstvo v medsektorskem in multiprofesionalnem delu krepiti zdravje lokalne skupnosti ter da morajo biti zdravstvene službe organizirane tako, da bodo odgovarjale potrebam ljudi in njihovim pričakovanjem, da bodo socialno relevantne ter da se bodo sposobne odzivati spremembam v svetu (WHO, 2009).

Izvajalci zdravstvene nege so torej ključen in vse bolj pomemben element v prizadevanjih družbe za

reševanje izzivov javnega zdravstva današnjega časa kot tudi v zagotavljanju kakovostnih, dostopnih, enakopravnih, učinkovitih in občutljivih zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo stalnost oskrbe iz naslova pravic pacientov, spremljajoč njihove potrebe po zdravstveni obravnavi. Ravno iz tega sledi potreba po kakovostni organizaciji njihovega izobraževanja.

Tudi kurikulum SZO/EU je v skladu z dokumenti EU. SZO predлага tako izobraževanje medicinske sestre za primarno raven zdravstvene dejavnosti , da bo sposobna:

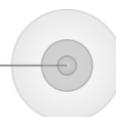
- zagotoviti visok standard v skrbi za posameznika kot družbene skupine ter da jim bo pomagala doseči in ohraniti njihov popoln zdravstveni potencial;
- spoznati potrebo po koordiniranih aktivnostih, ki jih zahteva zdravje ljudi iz biomedicinskih in socialnih potreb ter bo tako proaktivno sodelovala pri preventivnih/sistematskih zdravstvenih pregledih;
- razumeti zdravstveno politiko in zdravstvene sisteme ter tako pomagati v definiranju vloge ZN v skrbi celotne populacije;
- uskrajevati svoje delo na osnovi rezultatov raziskav;
- zbirati in analizirati statistične podatke, pridobljene na osnovi aktualnih in možnih zdravstvenih potreb in problemov (WHO, 2003) .

KOMPETENCE MEDICINSKIH SESTER, ODGOVORNIH ZA PRIMARNO ZDRAVSTVENO NEGO

Na področju primarnega zdravstvenega varstva morajo medicinske sestre biti večje načrtovanja, vzpostavljanja pozitivnega odnosa in promocije zdravja posameznika/skupine. Pri tem morajo ohranjati avtonomijo njihovih fizičnih in mentalnih sposobnosti, upoštevajoč njihove osebnostne, psihološke, socialne, ekonomske in kulturne značilnosti (PCN, 2001).

Da dosežemo zastavljene cilje, je potrebno, da MS razvijejo naslednje kompetence:

- sposobnost prepoznavanja in ocenjevanja zdravstvenih potreb posameznikov, družin, skupnosti in v skladu s tem postavljati prioritete;
- sposobnost spodbujanja aktivnosti, ki so povezane z javnim zdravjem v različnih okoljih;





- sposobnost spodbujanja posameznikov, družin in skupnosti, da zvišajo nadzor nad lastnimi determinantami zdravja;
- sposobnost sodelovanja z drugimi strokami in sektorji;
- zagovorništvo posameznikov, družin in skupnosti v zvezi z njihovim zdravjem;
- sposobnost ocenjevanja rezultatov aktivnosti svojih programov ali sodelovanja v ocenjevanju drugih zdravstvenih programov (PCN, 2001).

ZAKLJUČEK

Slovenija je polnovredna in odgovorna članica SZO in je sprejela njeno strategijo, ki pa nas zavezuje tako v našem delovanju doma kot v sodelovanju z drugimi državami.

Trenutna zaskrbljenost je usmerjena predvsem k dvema osnovnim vprašanjema:

- Ali bo ob dejstvu, da niti premožnejše države ne morejo dohitovati stroškov sodobnih diagnostičnih procesov in zdravljenja ter da število ogroženih in bolnih narašča zaradi novih groženj nacionalnemu in globalnemu zdravju, javno zdravje vendar dobilo podporo in bo s svojim medsektorskim in multidisciplinarnem delovanjem ter dobro službo primarnega zdravstva lahko zmanjševalo negativne zdravstvene tendre? in
- Ali bo ZN dejansko sprejeta kot enakovredna partnerica v javnem zdravju, od načrtovanja njegove mreže do političnega in strokovnega odločanja?

Za področje javnega zdravstvenega varstva razume naš Kolaborativni center svoje naloge predvsem v sledečem:

Izboljšanje prakse zdravstvene in babiške nege, ki je usmerjena k posamezniku, družini in k lokalni skupnosti, je možno s povečanjem integrirane zdravstvene in babiške nege, predvsem ranljivih skupin prebivalstva. Strokovno dejavnost je treba prilagoditi dejanskim potrebam in tako tudi organizirati vse oblike podiplomskega regularnega ali kontinuiranega izobraževanja. Za izvajanje učinkovite, uspešne ter za pacienta varne ZN je potrebno razvijanje močnejšega in bolj sinhronega partnerstva z ostalimi zdravstvenimi delavci ter z ostalimi družbenimi sektorji. MS so najštevilčnejša skupina med zdravstvenimi delavci v vseh državah članicah EU. Pomembno je, da so

usposobljene za zagotavljanje varne in visoko kakovostne ZN. Predložene smernice usposabljanja morajo biti ena od prioritet tudi za slovenski prostor, saj mora bodoča zdravstvena zakonodaja, skupaj s svojimi podzakonskimi akti, pa tudi pričakovani Zakon o zdravstveni negi, predvideti aktivno vlogo ZN v bistvenem delu zdravstvenega varstva - v primarnem zdravstvenem varstvu in javnem zdravstvu. Če ta prioriteta ne bo realizirana, se ZN na področju primarnega zdravstvenega varstva ne bo mogla odzvati zahtevam, ki jih opredeljuje dokument Ministrstva za zdravje o nadgradnji zdravstvenega sistema do leta 2020 in slediti evropskim direktivam.

LITERATURA

- Development of a Continuous Professional Training Programme for Nurses in Public Health within the European Union. Brussels: Permanent Committee of Nursing of the European Union; 2001: 4-11.
- Munich Declaration: Nurses and midwives: Force for Health, 2000. World Health Organization; 2000.
- Nurses as partners in delivering public health. London: Royal College of Nursing; 2007: 1-4.
- Public Health Nurse. Explore Health Careers Public. 2013. Dostopno na: http://explorehealthcareers.org/en/Career/149/Public_Health_Nurse/ (11.12.2013).
- WHO Europe Dispensary Nursing in Primary Health Care Curriculum. Copenhagen: World Health Organization; 2003: 7.
- World Health Organization. A compendium of primary care case studies. 2009. Dostopno na: <http://www.who.int/hrh/nursing:midwifery/en/> (28.2.2011).
- World health organization. Public health. 2012. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health/> (11.12.2013).





NEVARNI BOLUSI ZDRAVIL MED INTENZIVNO TERAPIJO

PRI PARALELNI INFUZIJI GRAVITACIJSKEGA INFUZIJSKEGA SISTEMA

HAZARDOUS BOLUS MEDICATIONS DURING INTENSIVE THERAPY IN

PARALLEL INFUSION OF GRAVITY INFUSION SYSTEM

NATALIJA MATJAŠIČ, MILJENKO KRIŽMARIĆ

IZVLEČEK**Izhodišča**

Paralelna infuzija je definirana kot dotok dveh ali več različnih infuzij tekočin oziroma zdravil v skupni kateter, ki vodi do bolnikovih obtočil. Pri takih pogojih lahko pride do medsebojnega vpliva različnih sistemov za infuzije, kar vodi bolnika v nevarnost neželenih odmerkov zdravil.

Metode

Izvedli smo eksperimentalno »in vitro« raziskavo. Uporabili smo infuzijsko črpalko IVAC, kjer smo kombinirali različne pretoke (1, 5, 10 in 20 ml/h) ter tlake za sprožanje alarme (50, 100, 200 in 300 mmHg). Opazovali smo dogajanje, ki nastane ob uporabi različnih plstenek ob zapori infuzijske linije v kombinaciji z gravitacijskim infuzijskim sistemom. Merili smo čas, ki je potreben, da se sproži alarm zapore. Prav tako smo merili odmerek tekočine, ki nastane ob poznejši sprostitvi zapore infuzijske linije.

Rezultati

Ob zapori infuzijske linije in pri uporabi paralelne infuzije ni bilo razlike med različnimi plstenkami, saj je v vseh primerih prišlo do nevarnega povratnega toka. Ugotovili smo, da tlak nastavljen v infuzijski črpalki in pretok pomembno vplivata na sprožitev alarme ob zapori infuzijske linije ($p<0,001$). Bolus tekočine, ki nastane ob sprostitvi zapore pri tlaku 300 mmHg, znaša v povprečju 0,5 ml.

Diskusija in zaključek

Ugotovili smo, da je potrebno prilagoditi tlak v infuzijski črpalki glede na pretok. Zelo pomembno se nam zdi opozoriti, da se alarmi zapore pri uporabi gravitacijskega infuzijskega sistema ne prožijo, tako da morebitni bolus vazoaktivnega/inotropnega zdravila, ki nastane ob sprostitvi zapore, lahko predstavlja nevarnost za bolnika, ki lahko privede tudi do smrti.

Natalija MATJAŠIČ, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Oddelek za intenzivno terapijo, nego, anestezijo in terapijo bolečine, SI; natalija.matjasic@gmail.com

Doc. dr. Miljenko KRIŽMARIĆ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Medicinska fakulteta, SI; miljenko.krizmaric@um.si

Ključne besede: *paralelna infuzija, infuzijske črpalke, bolusi zdravil, infuzijski sistemi.*

ABSTRACT**Introduction**

Parallel infusion is defined as the flow of two or more different types of infusion liquids or drugs in a catheter, which leads to the patient's circulatory system. In such circumstances there may be interaction between the different infusion systems, which may lead the patient to the risk of adverse drug doses.

Methods

The research work was experimental "in vitro" study. We used the IVAC infusion pump, where in parallel infusion combine different flow rates (1, 5, 10 and 20 ml/h) and the pressure for triggering the alarm (50, 100, 200 and 300 mmHg). We've been watching the events that occur when using different bottles. We have also measured the time required to trigger the alarm and amount drug doses which occurs when we release the occlusion of the infusion line .

Results

There was no difference between the different bottles. We found that the pressure in the infusion pump and flow rate have a statistical significant impact on starting the alarm at occlusion infusion lines ($p<0.001$). Bolus of fluid that occurs upon release occlusion at a pressure of 300 mmHg is 0.5 ml.

Discussion and conclusion

We found that it is necessary to adjust the alarm pressure in the infusion pump according to the flow. It is important to note that the alarm occlusion when using gravity infusion system is not active, so the bolus of vasoactive/inotropic drugs that occurs upon release of occlusion, may pose a risk to the patient, which can lead to death .





Keywords: parallel infusion, infusion pumps, medication boluses, infusion systems.

IZHODIŠČA

Zdravljenje kritično bolnih hospitaliziranih bolnikov poteka na oddelku za intenzivno terapijo, ti pa pogosto prejemajo več intravenskih zdravil hkrati in ta se največkrat aplicirajo s pomočjo infuzijskih črpalk (Rothschild et al., 2003). Vedno ni mogoče zagotoviti za vsako infuzijo in zdravilo posebnega "vhoda" oziroma svojega katetra za aplikacijo zdravil, zato priključimo več zdravil hkrati na en kateter (Laheij, 2002). Paralelna ali vzporedna infuzija je opredeljena kot potek dveh ali več infuzijskih linij, ki prehajajo v eno skupno mesto, ki omogoča dostop do bolnika preko venskih katetrov in večkanalnih priključkov (Braun, 2005).

Paralelno infuzijo je priporočljivo uporabljati samo za začasno dovajanje zdravil, ki niso občutljiva za skupni čas izteka infuzije (Braun, 2005). Ena od možnosti paralelne infuzije sta dva ali več gravitacijskih sistemov. Druga možnost je uporaba gravitacijskega sistema in ene ali več infuzijskih črpalk. Kot tretjo možnost pa avtorji navajajo dve ali več infuzijskih črpalk. Pri tem so identificirali potencialne nevarnosti paralelne infuzije kot so: nenatančna dostava zdravila, neopazna prekinitev dotoka zdravila in povraten tok. Zapleti nastanejo, ko se nepričakovano zapre venski kateter in povraten tok tekočine teče nazaj po gravitacijskem sistemu. Ustvari se bolus, ki nastane ob odpravi zapore in s tem privedemo do povečanega vnosa zdravila (Braun, 2005).

METODOLOGIJA

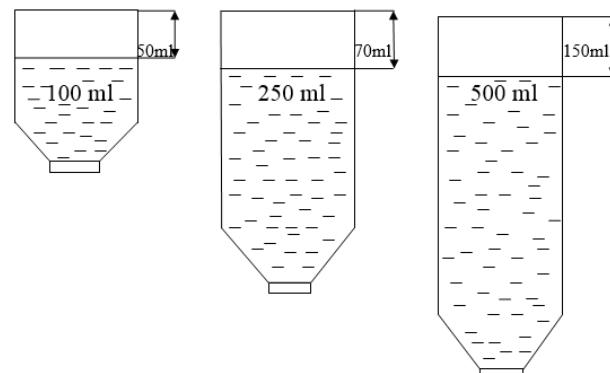
Raziskava je potekala leta 2012 v Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj na Oddelku za intenzivno terapijo, nego, anestezijo in terapijo bolečin. V raziskavi smo uporabili infuzijsko črpalko IVAC 770. Merili smo reakcijske čase pri simulirani zapori venske kanile in različnih pretokih (1, 5, 10 in 20 ml/h) ter tlakih (50, 100, 200 in 300 mmHg). Pri gravitacijskem sistemu smo uporabljali tako prazno kot različne polne plastenke fiziološke raztopine. V drugem delu raziskave smo odstranili gravitacijski infuzijski sistem in priključili sistem infuzijske črpalke neposredno na vensko kanilo. Za vsak pretok smo poizkus ponovili desetkrat. Ker pri sprostitevi zapore nastane bolus tekočine, smo izmerili tudi količino tega bolusa. Poizkus smo tokrat ponovili petkrat pri pretokih 1, 5, 10 in 20 ml/h.

Pridobljene podatke smo analizirali s pomočjo programa IBM SPSS 20 (IBM Corp., Armonk, NY). Kot statistično metodo smo uporabili metodo analize variance ANOVA in pri tem upoštevali statistično značilnost $p<0,05$.

REZULTATI

V primeru, da je infuzijska črpalka združena z gravitacijskim infuzijskim sistemom preko dvokanalnega priključka pride do povratnega toka tekočine iz brizgalke infuzijske črpalke v gravitacijski infuzijski sistem, ob tem pa se na infuzijski črpalki ne sproži alarm. Pri tem ni pomembno, če je infuzijska plastenka polna ali prazna. Slika 1 (levi del) prikazuje kako se simulirano rdečeobarvano zdravilo nabira kot nevarni bolus v gravitacijskem sistemu.

Slika 1: Paralelna infuzija (levo: simulirana tekočina vstopa v plastenko, desno: volumni praznih prostorov različnih plastenk)



Na desnem delu slike vidimo prazni prostor za različne plastenke (100 ml, 250 ml in 500 ml). Tega pravnega prostora je dovolj, da v njega steče celotna vsebina največje 50 ml brizgalke, ki se rutinsko uporablja pri infuzijskih črpalkah z brizgalko.

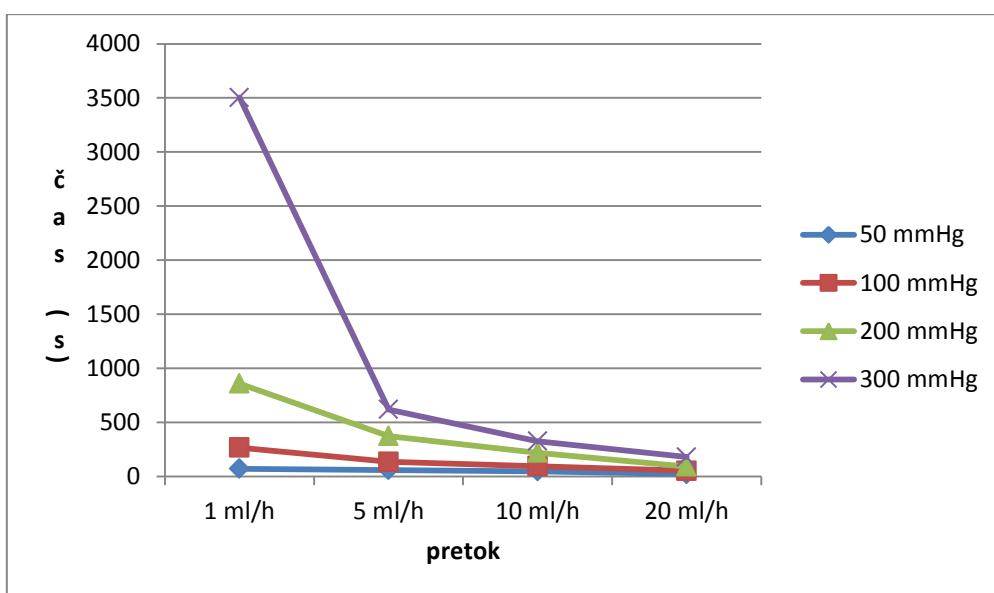
Ker se v teh primerih ne prožijo alarmi, smo se odločili za drugi del poskusa, kjer smo odstranili gravitacijski infuzijski sistem in simulirali zaporo pri različnih pretokih in tlakih alarmov.

Povprečen čas, ki je bil potreben, da se je sprožil alarm zapore pri pretoku 1 ml/h ter nastavljenem tlaku 50 mmHg, je bil 72 ± 7 sekund, pri tlaku 100 mmHg $267,4 \pm 7$ sekund, pri tlaku 200 mmHg 859 ± 19 sekund in pri tlaku 300 mmHg 3504 ± 296 sekund (tabela 1). Razlike so bile statistično značilne ($p < 0,001$). Grafični prikaz vidimo na grafu 1.

Tabela 1: Povprečni časi (s) glede na pretok (ml/h) in nastavljen tlak (mmHg) za sprožitev alarma na infuzijski črpalki

Alarm	Pretok črpalke (ml/h)			
	1 ml/h	5 ml/h	10 ml/h	20 ml/h
50 mmHg	72±7	60±5	49±7	24±3
100 mmHg	267,4±7	136±18	95±22	53±9
200 mmHg	859±19	374±15	210±28	93±5
300 mmHg	3504±296	619±11	326±64	179±31

Slika 2: Povprečni časi (s) proženja alarma glede na pretok in tlake v infuzijski črpalki



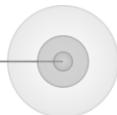
Iz slike 2 vidimo, da je bil pri tlaku 50 mmHg opažen najmanjši razpon v času glede na pretok v ml/h. Nekoliko višji je razpon pri tlaku 100 mmHg, medtem ko je pri tlaku 200 mmHg že opazno večje odstopanje. Strmo naraščanje časa je opazno pri tlaku 300 mmHg, in sicer je največje med pretokom 5 ml/h in 1 ml/h, kjer je potreben čas za sprožitev alarma v povprečju slaba ena ura (3500 sekund).

Pri različnih uporabljenih pretokih je bolus znašal 0,50 ml. Ta bolus smo dobili, ko smo odstranili zaporo venske linije.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

Prvi del raziskave nam je pokazal, da pri uporabi gravitacijskega infuzijskega sistema in zapore venske linije zdravilo iz infuzijske črpalke teče v gravitacijski sistem. Situacija je lahko v tem primeru zelo nevarna, saj se zdravilo nabira v sistemu, črpalka pa ne javlja alarme. Ker so zdravila prosojnaprav tako ne bi opazili mešanja zdravil.

Ugotovili smo, da se infuzijski sistem širi pod tlakom infuzijske črpalke do vrednosti nastavljenega tlaka, ko se sproži alarm zapore. Pri nižjih pretokih (1 ml/h) je ta čas bistveno daljši kot pri višjih pretokih (20 ml/h).





Količina bolusa tekočine je odvisna od tlaka, ki je nastavljen v infuzijski črpalki, saj se pri nižjem tlaku infuzijski sistem širi manj ter se alarm zapore sproži prej. Heise s sodelavci (1998) poudarja, da ima velik vpliv na sprožitev alarma zapore prožnost infuzijskega sistema, saj lahko pri veliko bolj prožnem infuzijskem sistemu alarm sproži veliko kasneje. Rooke in Bowdli (1994) navajata, da ujet zračni mehurček v brizgalki ali infuzijskem sistemu podaljša čas za sprožitve alarma zapore za 2,6 krat. Da bi se izognili manjšim pretok zdravil, je ena izmed mogočih rešitev, da bi zdravila razredčili in bi jim tako zmanjšali koncentracijo, s tem bi tudi povečali pretok ter zmanjšali reakcijski čas za sprožitev alarma. Težava so predvsem kardiološko oslabeli bolniki, ki imajo omejitve tekočine ter bi jih s povečanim vnosom tekočin tekočinsko preobremenili, kar bi spet privedlo do poslabšanja stanja. Deckert s sodelavci (2009) priporoča povečanje pretoka s pomočjo redčenja zdravil, čeprav opozarjajo na tekočinsko preobremenitev pri rizičnih skupinah v intenzivni terapiji, še posebej opozarjajo na otroke. Anetseder, Engelhardt in Roewer (1998) so že leta 1998 priporočali pri aplikaciji vazoaktivnih zdravil uporabo infuzijske črpalke, više pretoke pri aplikaciji nižjih odmerkov zdravil in, kontroliran tlak v infuzijski črpalki ter krajši infuzijski sistem z manjšo prožnostjo.

LITERATURA

- Anetseder M, Engelhardt W, Roewer N. Problems with infusion of vasoactive drugs. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*; 1998;33(3): 199-202.
- Braun B. *Instructions for Use of Parallel Infusions*. 2005; Dostopno na: <http://www.bbraun.com/> (10 avgust 2011).
- Deckert D, Buerkle C, Neurauter A, Hamm P, Lindner KH, Wenzel V. The effects of multiple infusion line extensions on occlusion alarm function of an infusion pump. *Anesth & Analg*; 2009: 518-520.
- Heise D, Rathgeber J, Kettler D. Causes of failure and dangers in the use of motor driven infusion pumps. Accidental closure of the infusion system. *Anaesthetist*; 1998: 54-58.
- Laheij N. Multiple infusion, problems, risks, safety & solutions. 2002; Dostopno na: http://www.mediplus.co.uk/gallery/anaesthesia/Multiple_Infusion_Issues.pdf (30 oktober 2011).
- Rooke GA, Bowdle TA. Syringe pumps for infusion of vasoactive drugs: mechanical idiosyncrasies and recommended operating procedures. *Anesth Analg*; 1994: 150-156.
- Rothschild JM, Keohane CA, Thompson S, Bates DW. Intelligent intravenous infusion pumps to improve medication administration safety. *AMIA Annu Symp Proc*; 2003: 992.



NAPOVEDNE VREDNOSTI ZAPLETOV MED INTENZIVNIM ZDRAVLJENJEM PO KORONAROGRAFIJAH Z UPORABO LESTVICE EWS EARLY WARNING SCORE

PREDICTIVE VALUES OF COMPLICATIONS DURING INTENSIVE TREATMENT AFTER CORONAROGRAPHY USING A RANGE OF EWS - EARLY WARNING SCORE

METKA MIKL, MILJENKO KIŽMARIĆ

IZVLEČEK

Izhodišča

Zapleti po koronarografiji lahko nastanejo med samim posegom, po sprejemu na oddelek, ali v kasnejšem zdravljenju. V raziskavi smo se osredotočili na zaplete ob sprejemu v Laboratoriju za invazivno kardiološko diagnostiko in intervencijsko kardiologijo (LIK) in jih poskušali napovedati s pomočjo lestvice zgodnjega opozorilnega točkovnika - EWS (Early Warning Score).

Metode

Kvantitativno raziskavo smo leta 2013 izvedli v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (UKC MB) na Kliniki za interno medicino na vzorcu 38 pacientov. Vzorec je bil priložnostni z vključitvenim kriterijem opravljene koronarografije. Raziskovalni instrument je bil klinični monitor Philips s katerim smo zajemali podatke. Glede na vrednosti fizioloških spremenljivk smo izračunali EWS in napovedali zaplete. Za statistično obdelavo smo uporabljali neparametrične teste in ROC krivuljo ter upoštevali statistično značilnost pri $p<0,05$.

Rezultati

V skupini pacientov z zapleti je zaslediti višjo vrednost mediane EWS in sicer 5,00 (IQR 3,75 – 9,00), medtem ko je v skupini pacientov, kjer ni prišlo do zapleta vrednost mediane EWS statistično nižja 1,00 (IQR 0,00-2,75) ($p=0,001$). ROC krivulja glede napovedi zapletov, nam da relativno visoko napovedno vrednost površine pod krivuljo (AUC) 0,85 in interval zaupanja (CI 0,71-0,99). Posamezne vrednosti fizioloških spremenljivk v LIK glede na pojavnost zapletov so prav tako statistično značilne: frekvenca dihanja glede na pojavnost zapleta ($p=0,002$), aplikacija kisika ($p=0,040$) in vrednost SpO_2 glede na zaplet ($p=0,003$). Pri spremenljivkah telesne temperature, sistoličnem krvnem tlaku, frekvenci pulza in stanju zavesti nismo opazili statistično značilnih razlik.

Metka MIKL, Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, SI; metkamikl@gmail.com

Doc. dr. Miljenko KIŽMARIĆ, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Medicinska fakulteta, SI; miljenko.krizmaric@um.si

Diskusija in zaključki

Ugotavljamo, da nam je uporaba točkovnika EWS v pomoč pri odkrivanju pacientov s povečanim tveganjem, kjer lahko nastopi poslabšanje zdravstvenega stanja po koronarografijah.

Ključne besede: EWS lestvica, koronarografije, zapleti pacienta

ABSTRACT

Introduction

Complications after coronary angiography can occur in the procedure itself, after admission to the ward or in later treatment. In this research we have focused on complications at the admission in The Laboratory for Invasive Kardiological Diagnostics and Intervention Kardiology (LIK) and we tried to predict them with the use of the Early warning score - EWS.

Methods

The research was carried out in UKC Maribor at the Clinic for Internal Medicine on a sample (Convenience sampling) of 38 patients that went through coronary angiography. On the basis of the clinic documentation we calculated the EWS according to the values of physiological variables and predicted complications. For the processing of statistical data we used non-parametric tests and the ROC curve, considering statistical significance at $p<0,05$.

Results

In the group of patients with complications a higher value of median EWS can be detected, namely 5.00 (IQR 3.75 – 9.00), while in the group of patients without complications the value of EWS median is statistically lower 1.00 (IQR 0.00-2.75) ($p=0.001$). ROC curve for complications predicting gives a relatively high predicting value of the area under the curve (AUC) 0.85



and the confidence interval (CI 0.71-0.99). Individual values of physiological variables at LIK according to complication occurrence are also statistically significant: the respiratory rate, according to complication occurrence ($p=0.002$), application of oxygen ($p=0.040$) and the value of SpO_2 according to the complication ($p=0.003$). With variables of body temperature, systolic blood pressure, pulse rate and the patient's responsiveness there were no statistically significant differences noted.

Discussion and conclusions

We have concluded that the use of the EWS Scoring System is of assistance in determination of patients with a higher risk for their health condition deteriorating after coronary angiography.

Keywords: EWS scoring system, coronary angiography, patient complications

IZHODIŠČA

Koronarografija je pomembna invazivna preiskava koronarnega ožilja srca. V Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (UKC MB) paciente po koronarografijah iz LIK sprejmemo na oddelek za Kardiologijo in angiologijo, natančneje v Kardiološko intenzivno terapijo (KIT), saj ti pacienti potrebujejo intenzivno zdravljenje. Za beleženje vitalnih funkcij se pri njih uporablja tako neinvazivni, kot invazivni monitoring za beleženje vitalnih funkcij (Muller, 2012).

Zapleti po koronarografiji lahko nastanejo že med samim posegom (poškodba koronarne arterije, alergična reakcija na kontrast), po sprejemu na oddelek (krvavitve iz vgodnega mesta ali krvavitve v podkožje in globlja tkiva ter poškodbe žil, hematom, reperfuzijske motnje srčnega ritma, padec krvnega tlaka - vagalna reakcija, bradikardije) ali pa tudi v kasnejšem času zdravljenja na istem oddelku (Radšel, Noč, 2006). Morton et al. (2005) navajajo, da moramo neprekiniteno spremljati tudi stanje periferne prekrvavitve, predvsem na nogi, na kateri je bil opravljen poseg. Tako po namestitvi v posteljo preverjamo barvo in temperaturo kože ter prisotnost pulza na arteriji dorsalis pedis in arteriji tibialis posterior.

Leta 1997 je v Veliki Britaniji Morgan s sodelavci prvi razvil in objavili točkovnik Early Warning Score - EWS, ki je v začetku vseboval 5 fizioloških spremenljivk. To so pulz, sistolični krvni tlak, frekvence dihanja, telesna

temperatura in stopnja zavesti. Sistem ni samo napovedoval izidov, ampak je služil kot pripomoček za aktivacijo določenih intervencij med sledenjem pacientovega stanja (angl. track-trigger). S tem sistemom so ugotavljali zgodnje znake poslabšanja stanja pacienta. EWS je relativno enostavna lestvica za uporabo, saj določamo točke glede na objektivne vrednosti fizioloških spremenljivk (Subbe et al., 2001). Leta 2007 je National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) priporočil uporabo EWS za opazovanje vseh ogroženih odraslih pacientov, dodali pa so še spremenljivko nasičenja hemoglobina s kisikom v arterijski krvi (SpO_2). Evropski svet za resuscitacijo (European Resuscitation Council - ERC) je leta 2010, poudaril pomen EWS in ga vključil v smernice za oživljenje, ter v prvi člen v verigi preživetja (Georgaka, Mparmparousi, Vitos, 2012).

METODE

Kvantitativna raziskava je potekala v UKC Maribor na Kliniki za interno medicino na Oddelku za Kardiologijo in angiologijo v Kardiološki intenzivni terapiji (KIT) in Laboratoriju za invazivno kardiološko diagnostiko in intervencijsko kardiologijo (LIK). Potekala je tri mesece (marec do maj 2013) in v tem času smo zajeli vzorec 38 pacientov. V priložnostni vzorec smo vključili vse paciente pri katerih je bila narejena koronarografija v LIK in so bili sprejeti v KIT. Izključili smo paciente, ki so bili naročeni na planirane koronarografije. Kot zaplet smo definirali neobstojno prekatno tahikardijo, močne bolečine, alergijo na kontrast, dihalno stisko, pljučni edem, tahikardijo, hipertenzivna in hipohtenzivna stanja, krvavitve ob katetu in nastanek hematoma. Spremenljivke za izračun EWS smo pridobili iz pacientove dokumentacije. Pri raziskavi smo izhajali iz lestvice National Early Warning Score – NEWS (Royal College of Physicians [RCP], 2012), ki bi naj v prihodnje postala standardizirana za ocenjevanje stopnje ogroženosti pacientov v Veliki Britaniji. Lestvica izhaja iz merjenja in beleženja 7 fizioloških spremenljivk: frekvence dihanja, telesne temperature, sistoličnega krvnega tlaka, pulza, SpO_2 , stanje zavesti (A,V,P,U) in aplikacije kisika (O_2) (Royal College of Physicians [RCP], 2012). Spremenljivke smo pridobili z raziskovalnim inštrumentom: kliničnim monitorjem Philips Intellivue. Normalno porazdelitev spremenljivk smo preverili s Kolmogorov-Smirnov testom. Uporabili smo neparametrični Mann-Whitney U test in raven statistične značilnosti pri $p<0,05$. Podatke smo analizirali s programom IBM SPSS 19.0 (IBM Corp.,





Armonk, NY). Zagotovljena je bila anonimnost podatkov sodelujočih in pred pričetkom raziskave smo si pridobili dovoljenje Etične komisije UKC Maribor, dovoljenje Službe zdravstvene nege UKC Maribor, ter predstojnika Oddelka za Kardiologijo in angiologijo.

REZULTATI

Od 38 pacientov (od tega 23 moških) smo zaplete zabeležili pri 14 pacientih (od tega 5 moških). V tabeli 1 so predstavljene posamezne fiziološke spremenljivke ter EWS točkovnik glede na zaplete v LIK.

Razpredelnica 1: Prikaz spremenljivk ter izračunanega EWS točkovnika glede na zaplete v LIK.

fiziološka spremenljivka	zaplet DA	zaplet NE	P ¹
	n=14	n=24	
frekvenca dihanja 1/min			
mediana (IQR)	23 (20-25)	18 (16-20)	p=0,002
minimum-maksimum	15-30	12-25	
SpO₂			
mediana (IQR)	95 (92-97)	97 (96-98)	p=0,003
minimum-maksimum	89 - 98	95-100	
telesna temperatura v °C			
mediana (IQR)	36,6 (36,4-36,8)	36,7 (36,5-36,8)	p=0,591
minimum-maksimum	36,00-37,00	36,0-37,3	
sistolični krvni tlak v mmHg			
mediana (IQR)	107 (90-126)	125 (94-138)	p=0,197
minimum-maksimum	83 - 170	80-170	
frek. pulza 1/min			
mediana (IQR)	85 (70 – 98)	75 (66-85)	p=0,050
minimum-maksimum	68 - 115	45-105	
aplikacija kisika			
DA/NE	8/6	3/21	p=0,040
EWS			
mediana (IQR)	5 (3,75 – 9,00)	1 (0,00-2,75)	p<0,001
minimum-maksimum	0-12	0-6	

IQR – Interquartile Rang: medkvartilni rang; ¹ Mann Whitney U neparametrični test ali Fisher eksaktni test.

V skupini pacientov z zapletom je opaziti višjo vrednost mediane frekvence dihanja 23, medtem ko v skupini pacientov, kjer ni prišlo do zapleta je vrednost nekoliko nižja 18. Razlika je statistično značilna ($p=0,002$). Minimalna vrednost vrednosti frekvence dihanja je v skupini pacientov z zapleti nekoliko višja (15 na minuto), kot v skupini brez zapleta (12 na

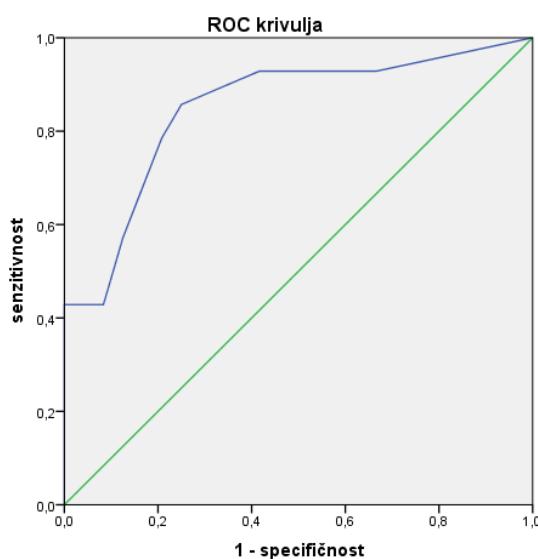
minuto). Maksimalna vrednost frekvence dihanja pa je v skupini brez zapleta 25 na minuto, v skupini z zapletom pa višja: 30 na minuto. V skupini pacientov z zapletom je zaslediti nižjo vrednost mediane $S_pO_2 = 95\%$, medtem ko je v skupini pacientov, kjer ni prišlo do zapleta vrednost višja $S_pO_2 = 97\%$, razlika je statistično značilna ($p=0,002$). Minimalna vrednost S_pO_2 je v





skupini pacientov z zapleti 89 %, kar še ni kritično. V skupini pacientov z zapletom je opaziti višjo vrednost frekvence pulza 85, vendar je še vedno v mejah normale, medtem ko v skupini pacientov, kjer ni prišlo do zapleta je vrednost frekvence nižja 75 ($p=0,050$). Minimalna vrednost frekvence pulza je v skupini pacientov z zapleti 68, kar je še vedno v okviru normalnih vrednosti, v skupini brez zapleta pa nižja 45. Maksimalna vrednost frekvence pulza v skupini z zapletom je bila 115, v skupini brez zapleta pa 105. Delež pacientov, ki so dobivali aplikacijo kisika je statistično višji v skupini z zabeleženim zapletom ($p=0,040$). Pri EWS točkovniku opazimo pri pacientih z zapleti visoko vrednost EWS=5, medtem ko v skupini pacientov brez zapleta nizko vrednost EWS=1 ($p=0,001$). Minimalna vrednost EWS je tako v skupini pacientov z zapleti, kot v skupini brez zapletov znašala EWS=0, maksimalna vrednost v skupini brez zapletov pa je bila EWS=6.

Slika 1: ROC krivulja napovedi zapletov v LIK.



Kot je razvidno, se je pomembna statistična razlika pokazala pri naslednjih parametrih: frekvenci dihanja, SpO₂, frekvenci pulza, aplikaciji kisika ter pri EWS točkovniku. Napovedne vrednosti EWS so visoke (AUC= 0,85; interval zaupanja CI=0,71-0,99) (slika 1).

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

Pri vseh pacientih po koronarografiji uporabljamo tako neinvazivni kot invazivni monitoring za beleženje vitalnih funkcij. Zato imamo izpolnjene vse pogoje, da lahko izračunamo EWS vrednosti in poskušamo napovedati zaplete pri teh pacientih. Rees (2003) je

EWS definiral kot preprost fiziološki točkovni sistem, ki ga lahko izračunamo ob pacientovi postelji, z uporabo spremenljivk, ki se jih že rutinsko meri pri večini pacientov. Za merjenje spremenljivk ni potrebna zapletena draga oprema. Je ponovljiv in ga lahko uporabimo za hitro ugotavljanje pacientov, pri katerih se zdravstveno stanje slabša in potrebujejo nujno intervencijo s strani zdravstvenega osebja. Namen EWS je, da hitro opazimo manjša odstopanja pri teh parametrih, kot da čakamo na očitne spremembe pri enem posameznem parametru. Prav tako poudarjajo, da naj bo EWS samo v pomoč pri ocenjevanju zdravstvenega stanja pacienta, ne pa nadomestilo za strokovno presojo, tako s strani medicinskih sester kot zdravnikov (Royal College of Physicians [RCP], 2012).

Georgaka, Mparmparousi in Vitos (2012) so še poudarili, da so številne študije pokazale, da je EWS občutljivo orodje za ugotavljanje pacientov z visoko verjetnostjo za poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja. Visoke vrednosti so bile povezane s srčnim zastojem, vendar tega pri nas nismo zabeležili. Avtorji izpostavljajo odstopanja v frekvenci dihanja, ki se je izkazala kot najboljši pokazatelj pacientov z velikim tveganjem. To je pokazala tudi naša študija, saj je bila frekvenca dihanja statistično višja pri pacientih z zabeleženim zapletom.

Nedolgo so EWS nekoliko priredili in ga poimenovali Modified Early Warning Systems – MEWS. V tej modifikaciji so nekateri dodali dodatne parametre: aplikacijo kisika, izločeno količino urina v ml v 4 urah, stopnjo bolečine, torej vsega skupaj 8 parametrov (Higgins et al., 2008), drugi pa ostajajo pri 5 parametrih (Subbe et al., 2001; Duncan, McMullan, Mills, 2012).

Z raziskavo smo potrdili uporabnost EWS točkovnika na področju napovedovanja zapletov pri koronarografijah, kar pa še nismo zasledili v literaturi. EWS točkovnik je potrebno še naprej raziskovati v različnih kliničnih okoljih, ter s tem oceniti njegovo učinkovitost in uporabnost.

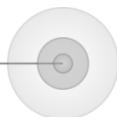
LITERATURA

- Duncan K, McMullan C, Mills B. Early warning systems: The next level of rapid response. Nursing. 2012; 38-44.
- Georgaka D, Mparmparousi M, Vitos M. Early Warning System. Hospital Chronicles. 2012;7 Suppl.1:37-43.





- Higgins Y, Tillott CM, Quinton S, Richmond J. Promoting patient safety using an early warning scoring system. *Nursing Standard*. 2008; 35-40.
- Muller JC, Kennard JW, Browne JS, Fecher AM, Hayward TZ. Hemodynamic monitoring the intensive care unit. *Nutrition in Clinical practice*; 2012; 340-51.
- Morton PG, Fontaine D, Hudak C, Gallo B. Critical care nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 313–18.
- Radšel P, Noč M. Pogosta bolnikova vprašanja o koronarografiji in perkutani koronarni intervenciji. Ljubljana, Slovenija: Sanofi – Aventis; 2006.
- Rees JE, Royal D. Early warning scores. Oxford: World Federation of Societies of Anaesthesiologists; 2003: 30-1.
- Royal College of Physicians (RCP). National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London; 2012.
- Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *Oxford Journals Medicine*. 2001; 521-26.



**OŽIVLJANJE PODPRTO S TELEFONSKIMI NAVODILI DISPEČERJA -****TEMELJNI ČLEN V VERIGI PREŽIVETJA****RESUSCITATION SUPPORTED BY A TELEPHONE DISPATCHER'S INSTRUCTIONS -
A FUNDAMENTAL LINK IN THE CHAIN OF SURVIVAL**

BRANKO KEŠPERT, MILJENKO KRIŽMARIĆ

IZVLEČEK**Izhodišča**

Dispečerska služba v zdravstvu je pomemben sestavni del verige preživetja in ima pomembno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju nenadnega zastoja srca na terenu. Z zgodnjo identifikacijo problema pri bolniku lahko dispečer zagotavlja kratke dostopne čase ekip nujne medicinske pomoči, očividcem poda navodila za izvajanje temeljnih postopkov oživljanja in s tem prispeva k večjemu preživetju bolnikov.

Metode

Opravili smo retrospektivno raziskavo pri izbrani skupini 98 bolnikov z nenadnim zastojem srca pred očividci v PHE Celje v obdobju treh let. Pri izbranih bolnikih smo analizirali podatke iz zapisnikov o nujni intervenciji in tonske zapise pripadajočih nujnih telefonskih klicev ter ugotavljali značilnost njihovega vpliva na preživetje bolnikov do prihoda v bolnišnico.

Rezultati

V izbrani skupini 98 bolnikov z nenadnim zastojem srca v PHE Celje je bilo 63 % moških. Moški so bili v povprečju mlajši (65 ± 13 let) kot ženske (72 ± 12 let). Dispečerji so dosegali pričakovani odzivni čas v 86,7 %, povprečni reakcijski čas je znašal 84 ± 76 sekund. Od skupaj 41 bolnikov z agonalnim dihanjem so navodila za oživljanje podali v 26,8 % primerih. Očividci so na podlagi podanih navodil pristopili k oživljanju v 53,3 %, medtem ko so brez navodil pristopili le še v 20,7 %. Če so očividci oživljali, je delež povrnitve spontane cirkulacije pri bolnikih znašal 48,6 %, brez oživljanja pa le 28,6 %.

Diskusija in zaključki

Dispečerji ob nenadnem zastaju srca niso dosegali pričakovanih odzivnih in reakcijskih časov. Povprečni reakcijski čas med skupinama preživelih in umrlih na terenu se ni značilno razlikoval. Ob prisotnem agonalnem dihanju se značilno niso odločali za

podajanje navodil za oživljanje. Očividci so na podlagi podanih navodil za oživljanje pogosteje pristopili k oživljanju. Na preživetje bolnikov do prihoda v bolnišnico so značilno vplivali kratki odzivni časi dispečerja, kratki dostopni časi ekip PHE, dogodki v mestu, začetni srčni ritem VT/VF in oživljanje očividcev na podlagi podanih navodil.

Ključne besede: nenadni zastoj srca, agonalno dihanje, navodila za oživljanje, preživetje.

ABSTRACT**Introduction**

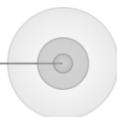
The dispatch service in health care is an important component part of the chain of survival and has an important role in early recognition of sudden cardiac arrest (SCA) in the field. With early identification of the patient's problem the dispatcher can ensure fast access times of the Ambulance and provide eyewitnesses with the basic life support (BLS) instructions and thus contribute to an increased survival rate.

Methods

We made a retrospective research in a group of 98 patients with SCA in front of eyewitnesses in the pre-hospital unit Celje over three years. In selected patients we analyzed the data from records on urgent intervention and audio records of the corresponding emergency phone calls and analyzed the characteristics of their impact on the survival of patients until the arrival to the hospital.

Results

In the selected group of 98 patients with CSA in the Pre-hospital unit Celje 63 % were men. They were in average younger (65 ± 13 years) than women (72 ± 12 years). The dispatchers reached the expected reaction time in 86.7 %, the average reaction time was 84 ± 76





seconds. From a total of 41 patients with gasping respiration they provided the CPR instructions in 26.8 % of the cases. Eyewitnesses have based on these instructions performed CPR in 53.3 % and without the instruction only in 20.7 % of cases. When they have performed CPR, ROSC in patients was 48.6 % and without CPR only 28.6 %.

Discussion and conclusions

Dispatchers have failed to reach the expected reaction times. Average reaction time between the two groups of survivors and deceased on the ground did not significantly differ. In present gasping respiration they have not typically decided to provide CPR instructions. Eyewitnesses did, based on the instructions, more often provide CPR. The survival of patients until the arrival to the hospital was significantly influenced by fast response times of the dispatcher, short access times of the Pre-hospital units, cases in the city, initial cardiac rhythm VT/VF and CPR of eyewitnesses based on provided instruction.

Keywords: sudden cardiac arrest, gasping respiration, CPR manual, survival.

IZHODIŠČA

Sprejem nujnega telefonskega klica ob problematiki nenadnega zastoja srca (NZS) na terenu je za preživetje bolnikov lahko ključnega pomena. Do prihoda ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) k bolniku je potek intervencije v veliki meri, če ne celo odločujoče, v rokah dispečerjev. Dispečerji povezujejo prva dva člena verige preživetja. Vplivajo na čas zgodnje identifikacije NZS, zagotovitev hitre aktivacije ekipe NMP, vzpostavitev vzajemnega odnosa s klicateljem in podajanje navodil za izvajanje postopkov oživljavanja do prihoda ekipe. Podatki številnih raziskav (Žmavc, Kešpert, 2005; Kešpert, Žmavc, 2006; Špindler, Grmec, 2007; Bohn, 2009; Bohn et al., 2011) kažejo, da lahko dispečer pomembno skrajša odzivni čas ekip in poveča delež oživljavanja s strani očividcev ter s tem izboljša rezultate oživljavanja na terenu.

Predhospitalna enota (PHE) Celje predstavlja tretjo največjo službo NMP v državi in razpolaga z enim deloviščem dispečerja neprekiniteno 24 ur. Letno dispečer prejme povprečno 56.500 telefonskih klicev, 24.000 intervencij različnih prioritet, intervencije najvišje prioritete 90 predstavljajo 7,5 odstotkov vseh sprejetih intervencij.

Po navedbah Žmavc, Kešpert (2005) in Kešpert, Žmavc (2006) je dispečerska služba v obdobju 2003–2006 v slovenskem merilu dosegala odlične rezultate. Po tem obdobju ni bilo opravljenih podobnih raziskav. Pri vsakdanjem delu v NMP opažamo, da dispečerji kljub internim navodilom uporabljajo različne pristope pri obravnavi nujnih telefonskih klicev. Zaznati je probleme nesistematičnega vodenja pogovora, nepozornega poslušanja klicatelja, postavljanja dodatnih neustreznih vprašanj, poznega prepoznavanja znakov nenadnega srčnega zastoja in navodil za temeljne postopke oživljavanja (TPO) se ne prilagaja sposobnostim in razumevanju očividcev.

Opredelitev spremenljivk v hipotezah: Reakcijski čas smo definirali kot čas, ki ga dispečer potrebuje od dviga telefonske slušalke, zbiranja in beleženja temeljnih podatkov, sprejema odločitve do aktiviranja ekipe NMP. Po mednarodnem standardu NFPA-1710 (National Fire Protection Association, 2001) mora reakcijski čas znašati 60 sekund in manj.

Nezadostno (agonalno) dihanje je ohranljeno v zgodnji fazi NZS in ga Vaillancourt et al. (2008) opisujejo kot kratke, počasne, sunkovite vdihe, neredne posamezne vdihe, oteženo dihanje, hlastanje po zraku ali lovljenje sape. Ob tem je bolnik običajno že pomodrel.

Po navodilih dispečerja naj bi očividec po ugotovljenem NZS bolnika položil v ustrezен položaj na trdo podlago in pričel z ritmičnimi pritiski na sredino prsnega koša na prsnico s priporočeno frekvenco. Izvajalci naj bi se med postopki zaradi fizičnega napora izmenjavali, postopke pa izvajali vse do prihoda ekipe NMP. Pri tem uporablja dispečer pripravljeno shemo postopkov in ukrepov ob dogodku s problematiko nenadnega zastoja srca.

Preživetje na terenu smo definirali kot stanje po uspešnem oživljjanju in se kaže z vzpostavitvijo delovanja srca in spontane stabilne cirkulacije (Return of Spontaneous Circulation – ROSC) do prihoda v bolnišnico.

V raziskavi smo s sistematičnim pristopom in podrobno analizo preverili, kako potekajo sprejemi nujnih telefonskih klicev ter pogovori med dispečerji in očividci NZS. Ugotovljali smo dejavnike, ki vplivajo na odločitve dispečerjev in pripravljenost očividcev, da pomagajo sočloveku, ocenijo stanje in ukrepajo po navodilih dispečerjev. Na podlagi ugotovitev želimo izboljšati učinkovitost navodil, povečati delež laičnega oživljavanja ter izboljšati preživetje pacientov po nenadnem zastaju srca na terenu.





V raziskavi smo postavili tri hipoteze:

1. Povprečni reakcijski čas dispečerjev v skupini preživelih se bo razlikoval glede na skupino umrlih.
2. Podatek o prisotnosti nezadostnega dihanja vpliva na odločitev dispečerjev za podajanje navodil za oživljjanje.
3. Preživetje oseb, ki so jih očividci oživljali na podlagi podanih navodil dispečerjev, je bilo večje.

METODE

Opravili smo enocentrično kvantitativno retrospektivno raziskavo v enoti PHE Zdravstvenega doma Celje. V raziskavo smo vključili podatke o izbranih bolnikih z nenadnim zastojem srca in pripadajoče telefonske klice, ob katerih je bila aktivirana ekipa PHE Celje v obdobju od 1. 1. 2010 do 31. 12. 2012. Izbrana skupina bolnikov je bila starejša od 18 let, NZS so doživeli na terenu, zunaj zdravstvenih ustanov, pred pričami, ki niso bile zdravstveni delavci. Iz raziskave smo izločili vse bolnike, kjer je vzrok za srčni zastoj bila poškodba ali terminalno stanje in primere z jasno izraženimi znaki dokončne smrti.

Podatke smo pridobili s pregledom dokumentacijskih obrazcev PHE Celje v programskega okolju Urgenza 3.0. Podatke o vsebini nujnih telefonskih klicih s problematiko NZS pri izbranih bolnikih, smo pridobili s poslušanjem tonskih zapisov, ki jih je zabeležila snemalna naprava. Iz obrazcev smo izbrali podatke o deležu nenadnih srčnih zastojev in vzrokih zanje, času nujnih telefonskih klicev, lokaciji dogodka, spolu in starosti bolnikov, dostopnem času ekipe NMP, pristopu očividcev k oživljjanju, inicialnem srčnem ritmu, pristopu ekipe NMP k dodatnim postopkom oživljjanja in podatke o izidu oživljjanja na terenu. Iz poslušanja tonskih zapisov telefonskih klicev je bilo mogoče ugotoviti podatke o dispečerju, spolu klicatelja, okoliščinah dogodka in znakih zastoja srca, predvsem prisotnosti agonalnega dihanja ter podatke o vsebini podanih navodil za oživljjanje, kjer so za to obstajali pogoji. Merili smo čas, ki so ga dispečerji porabili za dvig telefonske slušalke (odzivni čas), aktivacijo ekipe (reakcijski čas), ter čas, ki je bil potreben za

pridobivanje podatkov in podajanje navodil za oživljjanje.

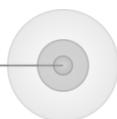
Zbrane podatke smo združili, izmerjene časovne parametre pretvorili v enake merske enote in jih vnesli v zbirnik podatkov programa IBM SPSS Statistics 20.

V prvem delu raziskave smo z opisno statistiko izvedli univariatno analizo podatkov. Za nominalne in ordinalne spremenljivke smo uporabili frekvenčne porazdelitve v odstotkih. Za numerične spremenljivke smo izračunali povprečno vrednost, najvišje in najnižje vrednosti, standardni odklon in interval zaupanja. V drugem delu raziskave smo z bivariatno statistično metodo analizirali medsebojno povezanost spremenljivk ter njihov vpliv na preživetje bolnikov do prihoda v bolnišnico. Za preverjanje povezanosti dveh nominalnih ali ordinalnih spremenljivk smo uporabili kontingenčne tabele in Pearsonov test χ^2 , v primeru majhnega vzorca pa Fisherjev eksaktni test. Razlike v aritmetičnih sredinah za dva neodvisna, normalno porazdeljena vzorca smo preverjali s t-testom neodvisnih vzorcev, v primeru neenakomerne porazdelitve pa smo uporabili neparametrični Mann-Whitney test. Kot mejo statistične značilnosti smo uporabili vrednost $p < 0,05$.

Omejitev raziskave predstavlja izbor vzorca triletnega časovnega obdobja in analiza delovanja dispečerske službe v le enem centru NMP. Otežena je bila primerjava rezultatov z drugimi enotami NMP v Sloveniji, ker podobnih analiz ni opravljenih.

Rezultati

V izbrani skupini 98 bolnikov je bilo največ moških (63,3 %), povprečna starost bolnikov je bila 69 ± 13 let, kar 32,7 % bolnikov je bilo starih 65 let in manj. Moški so bili v povprečju pomembno statistično mlajši (65 ± 13 let) kot ženske ($75,2 \pm 12$ let) ($p < 0,001$). Najpogosteje so bili očividci zastoja srca svojci (67,3 %) in ženske (62,2 %). Dispečerji so podali ustreznata navodila za oživljjanje v 45,9 %, na podlagi podanih navodil je pravilno oživljalo bolnike 53,3 % laičnih očividcev. Pri 31,6 % bolnikov je ekipa PHE uspela na terenu s DPO vzpostaviti ROSC in so bili prepeljani na nadaljnjo oskrbo v bolnišnico.



**Razpredelnica 1: Primerjava reakcijskih časov dispečerjev med skupino z ROSC in skupino umrlih na terenu.**

Opisna statistika				
ROSC		čas (s)		
Ne	aktivacija ekipe PHE	povprečna vrednost	93	
		95% interval zaupanja za razliko	sp. meja	72
			zg. meja	114
		st. odklon		86
		najnižja vrednost		20
		najvišja vrednost		406
Da	aktivacija ekipe PHE	povprečna vrednost	64	
		95% interval zaupanja za razliko	sp. meja	48
			zg. meja	81
		st. odklon		44
		najnižja vrednost		15
		najvišja vrednost		217

Čas, ki so ga dispečerji potrebovali za aktivacijo ekipe PHE, je prikazan v razpredelnici 1. Dispečerji so za sprejetje odločitve in aktivacijo ekipe PHE v povprečju porabili 64 ± 44 sekunde v skupini preživelih do bolnišnice in kar 93 ± 86 sekund v skupini umrlih na

terenu. Povprečni reakcijski čas v skupini preživelih se je približal vrednosti, ki je predpisana s standardi (≤ 60 s). Povprečni reakcijski čas se med skupinama statistično značilno ne razlikuje ($p = 0,107$).

Razpredelnica 2: Vpliv prisotnosti nezadostnega dihanja na podajanje navodil za TPO.

Prepoznavanje zgodnjih znakov NZS	TPO navodila (ne)	TPO navodila (da)	p-vrednost
Nezadostno dihanje (ne/da) ^b	23/30	34/11	0,002

^b Pearsonov hi² test

Kako je prisotnost nezadostnega dihanja vplivala na podajanje navodil dispečerjev za TPO, je prikazano v razpredelnici 2. Nezadostno dihanje je bilo mogoče prepoznati pri 58,2 % bolnikov, 41,8 % bolnikov ni kazalo znakov dihanja. Prisotnost nezadostnega dihanja je pomembno vplivala na odločitev dispečerja

o podajanju navodil za TPO. Od skupaj 41 bolnikov z agonalnim dihanjem so dispečerji podali navodila za oživljjanje le pri 26,8 % primerov. V nasprotju s priporočili so dispečerji nezadostno dihanje prepoznali kot učinkovito dihanje in niso podajali navodil za TPO.

Razpredelnica 3: Vpliv lokacije NZS, odzivnega časa dispečerja, izvajanja TPO na podlagi podanih navodil in začetnega srčnega ritma na preživetje do prihoda v bolnišnico.

	Umrl na terenu	ROSC	p-vrednost
Lokacija NZS (mesto/okolica) ^a	21/46	17/14	0,044
Odzivni čas dispečerja (> 10 s/ ≤ 10 s) ^a	12/55	1/30	0,05
Izvajanje TPO laikov (ne/nepravilno/da) ^b	40/9/18	9/5/17	0,013
Izvajanje TPO na podlagi podanih navodil (ne/nepravilno/da) ^a	12/5/12	1/3/12	0,032
Začetni srčni ritem (VT+VF/asistolija + PEA) ^a	13/54	15/16	0,007

^a Fisherjev eksaktni test

^b Pearsonov hi² test





Razpredelnica 3 prikazuje vpliv lokacije dogodka, odzivnega časa dispečerja, izvajanja TPO na podlagi podanih navodil in začetnega srčnega ritma na preživetje bolnikov do prihoda v bolnišnico. Dogodek v mestu, kratki odzivni časi dispečerja, splošno izvajanje TPO laikov, izvajanje TPO laikov s pomočjo navodil dispečerja in začetni ritem VF/VT povečajo možnost preživetja bolnikov do prihoda v bolnišnico.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

PHE Celje je v obdobju od 1. 1. 2010 do 31. 12. 2013 opravila 5106 intervencij, od katerih je bilo 5,5 % nenadnih srčnih zastojev. Letno je NZS doživelvo v povprečju 75 bolnikov/100.000 prebivalcev. Pojavnost KPO je v PHE Celje nekoliko nižja, kot to navajajo podatki v literaturi in evropsko povprečje. V opazovanem obdobju je znašala 33/100.000 prebivalcev na leto, kar je nekoliko manj, kot to v raziskavi navajajo Kešpert (2011) za področje Celja v letih 2008–2009 (38/100.000 prebivalcev na leto), Špindler, Grmec (2007) za področje Maribora (50/100.000 prebivalcev na leto) in Franek, Pokorna, Sukupova (2010) za področje Prage (41/100.000 prebivalcev na leto).

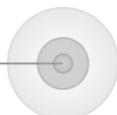
Reakcijski čas dispečerja, ki je sestavni del dostopnega časa, vpliva na zgodnji izvoz in prihod ekip NMP na mesto dogodka. Od dispečerja se pričakuje, da bo odločitev o izvozu ekipe PHE sprejel v prvi minuti od dviga slušalke. Raziskava je pokazala, da je povprečni reakcijski čas dispečerjev znašal 84 ± 76 s, kar pomeni, da so presegali pričakovani reakcijski čas kar za 40 %. Ustrezne reakcijske čase so dispečerji zagotavljali le v 51 % primerov, medtem, ko je ta delež v obdobju 2004–2006 znašal 68 % (Kešpert, Žmavc, 2006). Dispečerji so porabili za sprejem odločitve in aktivacijo ekipe PHE v povprečju 64 ± 44 sekunde v skupini preživelih do bolnišnice in kar 93 ± 86 sekunde v skupini umrlih na terenu. Reakcijski časi dispečerjev v skupini preživelih so bili v povprečju bistveno krašči kot tisti v skupini umrlih, vendar statistično značilne razlike med njima ne moremo potrditi ($p = 0,107$).

Agonalno dihanje je ohranjeno v prvih minutah po NZS. Če je prepoznano zgodaj, je statistično povezano z višjim preživetjem (Bobrow, Zuercher, Ewy, 2008). Bohn (2009) ocenjuje pojavnost agonalnega dihanja pri bolnikih, ki so bili oživljani, na 63 %, Bobrow, Zuercher, Ewy (2008) opisujejo takšno dihanje pri 46–56 % bolnikov, Clark et al.,(1992) pa pri 55 % bolnikov. V naši raziskavi je bilo agonalno dihanje prisotno pri 41 (41,8 %) bolnikih, od tega so ga dispečerji kot znak srčnega

zastoja prepoznali v 26,8 %. V nasprotju s priporočili so dispečerji nezadostno dihanje prepoznali kot učinkovito dihanje in niso podajali navodil za TPO ($p = 0,002$). V raziskavah, ki jih je opravili Bohn (2009), ugotavljajo 68 % podanih navodil za oživljanje, Dami et al., (2010) iz Švice poročajo o 69 % podanih navodil, Vaillancourt et al. (2008) pa o 75,9 % podanih navodil za oživljanje. Tudi v PHE Celje so merili delež podanih navodil dispečerjev. Tako ugotavljajo, da so dispečerji še pred desetletjem podali 30 % navodil (Kešpert, 2002), nato pa so uspeli z reorganizacijo službe in nadzorom kazalcev kakovosti ta delež povišati na 48 % in nato celo na 78 % (Žmavc, Kešpert, 2005; Kešpert, Žmavc, 2006). V raziskavi ugotavljamo, da so dispečerji podali navodila za TPO 45,9 % očividcem. Tuje študije poročajo o 29–75 % laičnem oživljanju (Vaillancourt et al., 2008; Sasson et al., 2010; McNally et al., 2011). Očividci so na podlagi podanih navodil dispečerja pristopili k oživljanju v 53,3 %, medtem ko so brez navodil pristopili k oživljanju le še v 20 % ($p = 0,001$). Če so očividci pristopili k oživljanju, je ROSC pri bolnikih znašal 48,6 %, brez oživljanja pa le 28,6 %. Ob oživljanju na podlagi navodil je ROSC znašal 50 %, če pa očividci kljub navodilom niso pristopili k oživljanju, pa le še 8,3 %. Skupno preživetje bolnikov do prihoda v bolnišnico je znašalo 31 %, kar je manj, kot so to zabeležili v PHE Celje (Kešpert, 2005; Kešpert, Žmavc, 2006).

LITERATURA

- Bobrow B, Zuercher M, Ewy G. Gasping during cardiac arrest in humans is frequent and associated with improved survival. Circulation. 2008;118: 2550-4.
- Bohn K, 2009. Bystander initiated and dispatcher assisted cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009: 12-28
- Bohn K, Vaillancourt C, Charette ML, Dunford J, Castren M. In patient with out-of-hospital cardiac arrest, does the provision of dispatch ,cardiopulmonary resuscitation instruction sa opposed to no instructions improve outcome: A sistematic review of the literature. Resuscitation. 2011; 82:1490-5.
- Clark J, Larsen MP, Culley LL, Groves JR, Eisenberg MS. Incidence of agonal respiration in sudden cardiac arrest. Ann Emerg Med. 1992;21:1464-7.
- Dami F, Fuchs V, Praz V, Vader J, 2010. Introducing systematic dispatcher-assisted cardiopulmonary





- resuscitation (telephone-CPR) in a non Advanced Medical Priority System (AMPDS): Implementation process and costs. *Resuscitation*. 2010;81:848-52.
- Franek O, Pokorna M, Sukupova P. Pre-hospital cardiac arrest in Prague, Czech Republic - the Utstein style report. *Resuscitation*. 2010;81(7):831-5.
- Kešpert B. Vloga medicinske sestre v dispečerskem sistemu nujne medicinske pomoči: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2002:57-61
- Kešpert B. Temeljni postopki oživljavanja odraslih z uporabo AED. In Crnić I, Prestor J: Temeljni postopki oživljavanja z uporabo AED: 1.del - članki. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu;2009:12-6.
- Kešpert B, Žmavc A. Sprejem nujnega telefonskega klica ob nenadnem zastoju srca - kje smo danes? In: Kajba S, Žmavc A, eds. Simpozij o urgentni medicini. Celje: Zdravstveni dom Celje, 2006:42-8.
- McNally B, Robb R, Metha M, Vellano K, Valderrama AL, Yoon PW. Out- of hospital cardiac arrest surveillance - Cardiac Arrest registry to enhance survival (CARES), United states, October1, 2005-December 31, 2010. *MMWR Surveillance Summaries*. 2011;60:1-19.
- National Fire Protection Association. Standard for organization and development of fire suppression, operations, emergency medical operations and special operation to the public by career fire departments: NFPA-1710, Fairfax, Virginia, ZDA: Fire and emergency servis organization and deployment - career, 2011:8-10.
- Sasson C, Rogers M, Dahl J, Kellermann L. Predictors of Survival From Out-of Hospital Cardiac Arrest: A systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3:63-81.
- Špindler M, Grmec Š. Utstein analiza kardiopulmonalnega oživljavanja v predbolnišničnem okolju: Temeljni postopki oživljavanja in PetCo2. In: Grmec Š, Kupnik D, eds. Akutna stanja, znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje. Maribor: Zdravstveni dom Maribor, 2007:276-93.
- Vaillancourt C, Charette M, Stiel I, Wells G, 2008. An evaluation of 9-1-1 calls to assess the effectiveness of dispatch-assisted cardiopulmonary resuscitation (CPR) instructions: design and methodology. *BMC Emergency medicine*. 2008:12.
- Žmavc A, Kešpert B. Vloga dispečerja pri ukrepanju on nenadnem zastoju srca. In: Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina-izbrana poglavj 12. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2005:378-83.





DINAMIKA NARAŠČANJA TLAKA V TESNILNEM MEŠIČKU SAPNIČNEGA TUBUSA ZARADI DIFUZIJE DUŠIKOVEGA OKSIDULA MED SPLOŠNO ANESTEZIJO

DYNAMICS OF NITROUS OXYDE DIFFUSION IN TRACHEAL TUBE CUFF DURING GENERAL ANESTHESIA

SIMONA OBRAN, MILJENKO KRIŽMARIĆ

IZVLEČEK**Uvod**

Dušikov oksidul (N_2O) med daljšimi operacijami v splošni anesteziji difundira v tesnilni mešiček sapničnega tubusa, ga razširi in posledično poveča tlak. Posledice so lahko ishemične poškodbe sluznice sapnika, kar se izraža z bolečim grlom ali hripavostjo. Namen študije je bil raziskati dinamiko difuzije N_2O v tesnilni mešiček.

Raziskovalna metodologija

Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Ptuj, kjer smo v vzorec vključili 45 bolnikov s posegom v abdomnu. Z manometrom smo spremljali spremembe tlaka in jih zabeležili ob intubaciji, ter v intervalih po 10 minut do konca anestezije. V drugem delu raziskave smo s kratko telefonsko anketo preverili, kakšna je praksa po drugih bolnišnicah v Sloveniji glede nadzora tlaka v mešičku.

Rezultati

Naraščanje tlaka v tesnilnem mešičku tubusa se začne po 15 minutah uporabe N_2O . Večje naraščanje tlaka je bolj opazno pri višjih koncentracijah N_2O (55 % in 60 %), ko lahko tlak naraste dva do trikrat po 50 minutah. Ugotovili smo, da obstaja statistična razlika tlakov v različnih časovnih intervalih ($p<0,01$). V Sloveniji se nadzor na tlakom v mešičku praktično ne izvaja.

Sklep

Uvedba nadzora nad tlakom v mešičkih sapničnih tubusov med splošno anestezijo z N_2O bi morala postati ustaljena praksa, saj bi tako bolniku po ekstubaciji v pooperativnem obdobju preprečili bolečine in neprijetne občutke v grlu.

Ključne besede: dušikov oksidul, tesnilni mešiček sapničnega tubusa, splošna anestezija, difuzija.

ABSTRACT

During longer general anesthesia nitrous oxide (N_2O) diffuses into the tracheal tube cuff where consequently increases the pressure. This causes ischemic injuries to the tracheal mucosa, which results in a sore throat or hoarseness following surgery under. The aim of the research was to determine the dynamics of N_2O diffusion into the tracheal tube cuff.

Research method

The research was based on a quantitative methodology, carried out at the General hospital Ptuj. 45 abdominal surgery patients were included in the study. We monitored the pressure changes dynamics within the cuff with a manometer and measured it at the intubation and then in 10 minute intervals throughout the entire anesthesia process. For the second part of the research we conducted a short telephone survey to inquire about the cuff pressure monitoring practices in other hospitals across Slovenia.

Results

The pressure in the cuff of the tracheal tube starts increasing after 15 minutes of administering nitrous oxide (N_2O). The pressure increase is more prominent with higher N_2O concentrations (55% and 60%), where the pressure can increase by a factor of 2 to 3 after 50 minutes of administering N_2O . We identified a statistically significant difference between the pressure within the cuffs of the tracheal tube during general anesthesia ($p<0.01$). In Slovenia is not performed cuff pressure monitoring.

Conclusion

The introduction of monitoring and measuring of pressure in endotracheal tube cuffs during general anesthesia with nitrous oxide should become standard that prevents postoperative throat pain and discomfort with patients following the extubation.





Keywords: nitrous oxide, tracheal tube cuff, general anesthesia, diffusion.

UVOD

Naloga tesnilnega mešička na sapničnem tubusu je zapolnitve prostora med zunanjim steno tubusa in steno sapnika. Tesnilni balon ali tesnilni mešiček (ang. cuff) je dolg približno 2–5 cm. S cevko je povezan s proksimalnim delom tubusa, kjer se konča s kontrolnim mešičkom z zaporo. Problem, ki nastane med splošno anestezijo je, da se tlak v mešičku lahko poveča do nevarnih mej. Tlak mešička na sapnično steno je sprejemljiv, kadar je tlak v mešičku v okviru priporočene vrednosti (Doyle et al., 2010). Med daljšimi operacijami v splošni anesteziji dušikov oksidul (N_2O) difundira v tesnilni mešiček sapničnega tubusa, kar lahko povzroča boleče grlo, hriavost in tudi nekrozo sapnika, zato je primeren tlak v tesnilnem mešičku sapničnega tubusa velikega pomena. Študije kažejo, da se anesteziologi vse bolj zavedajo nevarnosti previsokega tlaka v mešičku med splošno anestezijo (Trivedi et al., 2010). Idealen tlak je tlak, ki je dovolj nizek, da še omogoča ustrezni pretok krvi skozi sluznico sapnika in dovolj visok, da preprečuje uhajanje zraka in aspiracijo želodčne vsebine. Iz tega sledi, da je potrebno redno merjenje tlaka, da se preprečijo travme sapnika. Tlak naj bi znašal med 20 cm in 30 cm vodnega stolpca. Velike količine N_2O med daljšimi anestezijami difundirajo v tesnilni mešiček, kar lahko povzroča tudi resne probleme, kot je stenoza in celo ruptura sapnika (Terashima et al., 2002). Pravilno napoljenost mešička lahko merimo na več načinov. Za merjenje uporabljamo manometer z analogno skalo, poslušanje pretoka zraka med sapnikom in balončkom v zadnji tretjini vdiha in ročno tipanje testnega

balončka na priključku za napihovanje (Trivedi et al., 2010).

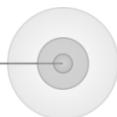
METODOLOGIJA

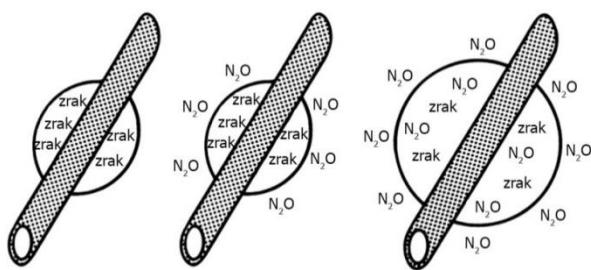
Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Podatke smo analizirali s programom IBM SPSS 19.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Za analizo smo uporabili ANOVO s ponovljenimi meritvami. Sferičnost vzorca smo testirali z Mauchly's testom in v primeru kršitve uporabili Greenhouse - Geisser korekcijo. Bonferroni post-hoc test smo uporabili za končno primerjanje vrednosti. Raziskava je leta 2012 potekala v Splošni bolnišnici Ptuj. Vključili smo 45 bolnikov, ki so imeli abdominalno operacijo v splošni anesteziji z mešanico dušikovega oksidula in kisika.

Za moške bolnike smo uporabljali sapnični tubus Rüsch velikosti 8,5 in za ženske sapnični tubus velikosti 7,5 istega proizvajalca. Po vstavitvi tubusa smo mešiček sapničnega tubusa napolnili z brizgalko, napolnjeno z zrakom. Primernost tlaka v mešičku smo ugotovili s tipanjem kontrolnega mešička ali tako, da smo napolnili mešiček ravno dovolj, da le-ta ni puščal. Nato smo priklopili ročni manometer na kontrolni mešiček (slika 1) in merili ter kontrolirali tlak v mešičku sapničnega tubusa v intervalih po 10 minut do konca anestezije.

V drugem delu raziskave smo s kratko telefonsko anketo preverili, če se v drugih bolnišnicah po Sloveniji izvaja nadzor nad tem potencialno nevarnim tlakom v mešičku sapničnega tubusa.

Desni del slike 1 prikazuje kako dušikov oksidul difundira v mešiček, ki se zaradi tega vse bolj polni z oksidulom. V zraku, s katerim prvotno napolnimo mešiček, ni dušikovega oksidula.





Slika 1: Intubiran bolnik - merjenje tlaka z manometrom (levo) in difuzija oksidula v mešiček (desno)

REZULTATI

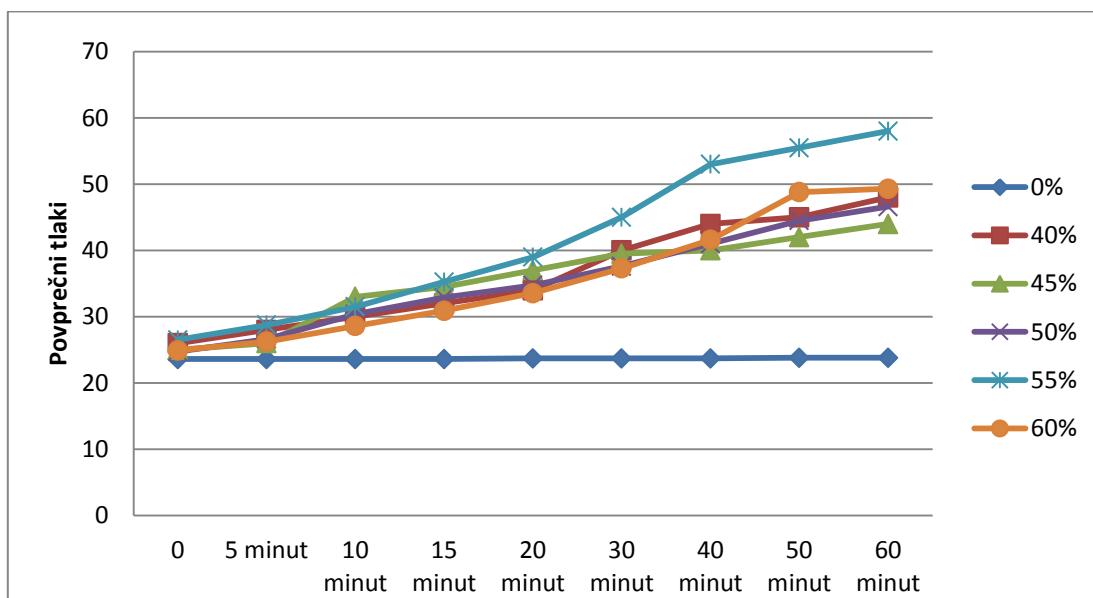
Iz tabele 1 in slike 2 je razvidno, da tlak v mešičku sapničnega tubusa začne naraščati že po 5 minutah uporabe dušikovega oksidula med splošno anestezijo, nato ves čas anestezije precej strmo strmo narašča. Kot je bilo pričakovati, tlak hitreje narašča pri uporabi

visokega odstotka dušikovega oksidula med splošno anestezijo. Iz slike 2 lahko ocenimo, da po 60-ih minutah uporabe dušikovega oksidula tlak preneha strmo naraščati in predvidevamo, da doseže plato med 60 in 70 cm H₂O.

Tabela 1: Povprečni tlak (cm H₂O) v mešičku sapničnega tubusa glede na čas operacije in % dušikovega oksidula

N ₂ O	Začetni tlak	5 minut	10 minut	15 minut	20 minut	30 minut	40 minut	50 minut	60 minut
0%	24±5	23,6±5	23,6±5	23,6±5	23,7±5	23,7±5	23,7±5	23,8±5	23,8±5
40%	26	28	30	32	34	40	44	45	48
45%	25±1	26±2	33±5	34,5±6	37±7	39,5±5	40±0	42±0	44±0
50%	24,7±4	26,6±6	30,3±6	32,8±6	34,7±11	37,6±11	41±12	44,5±12	46,6±14
55%	26,5±2	28,7±2	31,5±3	35,2±4	39±3	45±5	53±7	55,5±7	58±12
60%	24,9±5	26,2±6	28,6±8	30,9±7	33,5±8	37,3±11	41,6±10	48,8±13	49,3±11

Največje prehajanje dušikovega oksidula v mešiček sapničnega tubusa je bilo pri uporabi višjega deleža dušikovega oksidula (55 in 60%).



Slika 2: Povprečni tlaki v mešičku sapničnega tubusa glede na delež dušikovega oksidula

Z raziskavo smo ugotovili, da se v vseh 10 anketiranih bolnišnicah uporablja dušikov oksidul, nadzor nad tlakom v mešičku sapničnega tubusa pa je samo v enem primeru. V bolnišnici Ptuj neprekinjenega nadzora nad tlakom v mešičku tubusa še ne izvajamo in tudi manometra za merjenje tlaka ne uporabljamo.

RAZPRAVA IN SKLEP

Ugotovili smo, da uporaba dušikovega oksidula med splošno anestezijo vpliva na povišanje tlaka v mešičku sapničnega tubusa. Višja koncentracija dušikovega oksidula hitreje povečuje tlak v mešičku. Nadzor nad tlakom v mešičku sapničnega tubusa s preprostim manometrom je koristna in preventivna praksa. Namesto zgolj subjektivne ocene tipanja številni avtorji priporočajo uporabo manometra za objektivni nadzor nad tlakom v mešičku (Trivedi et al., 2010).

Dullenkopf (2004) je raziskoval in primerjal uporabo različnih blagovnih znamk in proizvajalcev tubusov in ugotovili, da je rutinsko preverjanje tlaka v mešičku in polnjenje mešičkov bolj pomemben kot blagovna znamka tubusa, ki se uporablja.

Delo medicinskih sester je ključno, saj lahko z rednim nadzorom in merjenjem tlaka v mešičku tubusa preprečijo bolečine v grlu po operaciji, ki so posledica povečanega tlaka v mešičku ob uporabi dušikovega oksidula med splošno anestezijo.

V svetu je bilo narejenih več raziskav o možnih načinih polnjenja mešička sapničnega tubusa, bodisi s tekočinami ali mešanicami plinov ki že vsebujejo

dušikov oksidul. Nekateri avtorji so celo mnenja, da bi bilo za bolnike bolje in varnejše, če bi mešičke tubusov, ki so med splošno anestezijo izpostavljeni dušikovemu oksidulu, polnili s plini ali tekočinami in ne z zrakom (Navarro et al., 2007).

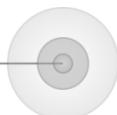
Zaključimo lahko, da je nadziranje in merjenje tlaka v mešičku sapničnega tubusa s preprostim manometrom koristna in preventivna praksa ter standard v zdravstveni negi med anestezijo. Želimo si, da bi ta raziskava sprožila v Sloveniji prakso preverjanja tlaka v mešičku sapničnega tubusa med splošno anestezijo ob uporabi dušikovega oksidula.

LITERATURA

Doyle A, Santhirapala R, Crowe M, Blunt M, Young P. The pressure exerted on the tracheal wall by two endotracheal tube cuffs: A prospective observational bench-top, clinical and radiological study. BMC anesthesiology; 2010: 21.

Dullenkopf A, Gerber A, Weiss M. Nitrous oxide diffusion into tracheal tube cuffs: comparison of five different tracheal tube cuffs. Acta Anaesthesiologica Scandinavica; 2004: 1180-1184.

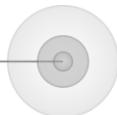
Navarro LH, Braz JR, Nakamura G, Lima RM, Silva Fde P, Módolo NS. Effectiveness and safety of endotracheal tube cuffs filled with air versus filled with alkalinized lidocaine: a randomized clinical trial. Sao Paulo Medical Journal; 2007: 322-328.





Terashima H, Sakurai T, Takahashi S, Saitoh M, Hirayama K. Postintubatio tracheal stenosis: Problems associated with choice of management. Kyobu geka; 2002: 837–842.

Trivedi L, Jha P, Bajiya N & Tripathi D. We should care more about intracuff pressure: The actual situation in government sector teaching hospital. Indian Journal of Anesthesia; 2010: 314–317.





UGOTAVLJANJE PRISOTNOSTI STAPHYLOCOCCUS AUREUS NA BOLNIŠNIČNIH TEKSTILIJAH DETECTING THE PRESENCE OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS ON HOSPITAL TEXTILES

MATEJ FESEL, URŠKA ROZMAN, SABINA FIJAN, SONJA ŠOSTAR TURK

IZVLEČEK

Izhodišča

Ugotavljanje prisotnosti mikroorganizmov na bolnišničnih tekstilijah ima pomembno vlogo pri preventivi bolnišničnih okužb oziroma okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Tekstilije so namreč skozi celotno bolnišnično obravnavo v stiku s pacienti in tako predstavljajo možen vektor prenosa okužb. V raziskavi so avtorji primerjali dve različni metodi za vzorčenje mikroorganizmov na tekstilijah pri čemer so si zastavili dve raziskovalni vprašanji: Ali je vzorčenje *Staphylococcus aureus* na tekstilijah z aparaturom Morapex A bolj učinkovita kot vzorčenje z RODAC ploščicami in ali aparatura Morapex A omogoča detekcijo *Staphylococcus aureus* na tekstilijah tudi pri nižjih koncentracijah?

Metode

Za ugotavljanje prisotnosti *Staphylococcus aureus* na tekstuлу smo vzorčili umetno kontaminirani tekstil z RODAC ploščicami s selektivnim agarjem in z aparaturom Morapex A, ki deluje na principu izpiranja mikroorganizmov iz teksta. Z aparaturom Morapex A smo vzorčili tudi umazane tekstilije iz realnega okolja. Raziskava je potekala v letu 2013 v laboratorijih Fakultete za zdravstvene vede in Fakultete za strojništvo, Univerze v Mariboru.

Rezultati

Pri vzorčenju z aparaturom Morapex A smo zaznali mikroorganizme v koncentracijah od 3×10^2 cfu/mL do $5,3 \times 10^6$ cfu/mL, medtem ko so bile kolonije pri vzorčenju z RODAC ploščicami števne samo pri enem vzorcu, medtem ko so bile pri ostalih vzorcih kolonije neštevne ali pod mejo statistične točnosti. Na vzorcih iz realnega okolja smo zaznali pristnost *Staphylococcus aureus* v koncentracijah od 102 do 107 cfu/mL.

Diskusija in zaključki

Uporaba aparature Morapex A je za vzorčenje *Staphylococcus aureus* na tekstuлу primernejša kot

vzorčenje z RODAC ploščicami, saj je bolj natančna ter omogoča detekcijo pri nižjih koncentracijah.

Ključne besede: bolnišnične okužbe, bolnišnični patogeni, bolnišnične tekstilije, aparatura Morapex A

ABSTRACT

Introduction

*Detection of microorganisms on hospital textiles has an important role in the prevention of nosocomial infections or healthcare associated infections. Textiles come into contact with patients throughout the entire hospital treatment and thus represent a potential vector for cross transmission of infection. In this study, the authors compared two different methods for sampling microorganisms on textiles with purpose to find the answer to two research questions as follows: is sampling of *Staphylococcus aureus* on textiles with Morapex A device more effective than sampling with RODAC agar plates and, is the Morapex A device efficient for detection of *Staphylococcus aureus* on textiles also at lower concentrations?*

Methods

*To determine the presence of *Staphylococcus aureus* on textiles, the artificially contaminated textiles were sampled with RODAC agar plates with selective agar and with Morapex A device, which operates on the principle of eluting microorganisms from textiles. The Morapex A device was also used for sampling already used hospital textiles from the real environment. The survey was conducted in 2013 in the laboratories of the Faculty of Health Sciences and Faculty of Mechanical Engineering, University of Maribor.*

Results

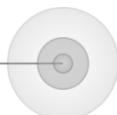
When sampling with Morapex A device the concentration of detected microorganisms was between 3×10^2 cfu / mL and $5,3 \times 10^6$ cfu / mL. On the other hand, when sampling with RODAC agar plates, only one sample was countable, while the other

Matej FESEL, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; matej.fesel@gmail.com

Asist. mag. Urška ROZMAN, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; urska.rabuza@um.si

Doc. dr. Sabina FIJAN, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; sabina.fijan@um.si

Prof. dr. Sonja ŠOSTAR TURK, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, SI; sonja.sostar@um.si





*samples were uncountable or below the limit of statistical accuracy. On samples from the real environment, the concentrations of *Staphylococcus aureus* were between 102 to 107 cfu / mL.*

Discussion and conclusions

*The use of the Morapex A device for sampling of *Staphylococcus aureus* on textiles is more appropriate than sampling with RODAC agar plates, as the method is more precise and allows detection at lower concentrations of microorganisms.*

Keywords: nosocomial infections, nosocomial pathogens, hospital textiles, Morapex A device

IZHODIŠČA

Bolnišnične okužbe (*angl. nosocomial infections*), ki jih opisujemo tudi s širšim pojmom okužbe, povezane z zdravstvom in zdravstveno oskrbo (*angl. healthcare-associated infections*) so opredeljene kot okužbe, ki so v neposredni vzročni zvezi z izpostavljenostjo pri postopkih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije ali pri drugih postopkih v zdravstveni dejavnosti (Zakon o nalezljivih boleznih, 2006). Glavni razlogi za povečano nevarnost okužbe v bolnišničnem okolju so skupni prostori, stik z zaposlenimi in pacienti, masovna poraba hrane ter fizični in psihološki stres. Pacienti s slabšim zdravstvenim stanjem in oslabljenim imunskim sistemom so pogosteje izpostavljeni številnim, tudi invazivnim posegom (npr. mehanska ventilacija), ki jih izvaja veliko različnih izvajalcev, prav tako pa pogosto prejemajo široko spektralne antibiotike (Lejko Zupanc, 2000; Gould, Brooker, 2008). Pacienti, ki so že dlje časa hospitalizirani, so tako dlje časa izpostavljeni bolnišnični flori ter tako postanejo rezervoar različnih sevov in posledično grožnja za druge paciente. Pacienti, ki jih prizadene katera izmed bolnišničnih okužb, potrebujejo več zdravil in več zdravstvene nege, kar zahteva več finančnega vložka (Gould, Brooker, 2008). Kot ustanove, v katerih bi se lahko okužili s katero izmed bolnišničnih okužb, Ameriški Center za nalezljive bolezni uvršča tako bolnišnice in klinike, kot tudi rehabilitacijske centre, domove starostnikov, ambulante, centre za dolgotrajno oskrbo, zdravilišča in reševalna vozila (Healthcare-associated infections, 2014).

Izvor bolnišničnih okužb so patienti, zdravstveno osebje, obiskovalci in pacientova okolica s kontaminiranimi predmeti in površinami (Kotnik Kevorkijan, 2006). Eden izmed možnih vektorjev

prenosa bolnišničnih okužb so tudi bolnišnične tekstilije, kljub temu pa se prenos okužb preko tekstilij še vedno podcenjuje. Med bolnišnične tekstilije, ki se koristijo v okviru zdravstvene oskrbe, sodijo rjuhe, odeje, prevleke za odeje in vzglavnike, brisače, osebna oblačila pacientov (socialni zavodi, domovi starostnikov), delovna oblačila zaposlenih, t.i. uniforme, halje za bolnike, pižame in operacijske tekstilije (Sehulster et. al, 2003; Fijan, Šostar Turk, 2012).

Ena izmed najpogostejših bakterij, ki povzroča bolnišnične okužbe, je *Staphylococcus aureus* (Magilli et al., 2014). Celice stafilokokov so zelo odporne na sušenje, zato lahko preživijo na neživih predmetih (med drugim tudi na tekstilijah iz umetnih materialov) zelo dolgo obdobje (Lydyard et al., 2010) od 7 dni do 7 mesecev (Kramer, Schwebke, Kampf, 2006), možnost preživetja bakterije pa se pri nižjih temperaturah (4° do 6°C) poveča (Noyce, Michels, Kevin, 2006).

Namen raziskave je bil primerjati različne metode vzorčenja mikroorganizmov na tekstu. Z izvedbo raziskave smo želeli ugotoviti, katera izmed metod za detekcijo mikroorganizmov na bolnišničnih tekstilijah je bolj primerna za uporabo v kliničnem okolju. Z izvedbo raziskave smo želeli pridobiti podatke s pomočjo katerih bi odgovorili na naslednji raziskovalni vprašanja: Ali je detekcija *Staphylococcus aureus* na tekstilijah z aparaturom Morapex A bolj učinkovita kot vzorčenje z RODAC ploščicami ter ali aparatura Morapex omogoča detekcijo *Staphylococcus aureus* na tekstilijah tudi pri nižjih koncentracijah?

V raziskavi smo primerjali dve metodi za vzorčenje *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) na tekstilijah in sicer jemanje odtisov z RODAC ploščicami ter vzorčenje z aparaturom Morapex A. RODAC ploščice so odtisne ploščice, ki vsebujejo trdo selektivno gojišče in po inkubaciji omogočajo detekcijo in štetje bakterij. Aparatura Morapex A v nasprotju z RODAC ploščicami še ni uveljavljena za vzorčenje mikroorganizmov na tekstu, temveč se uporablja v tekstilni industriji za merjenje pH, pri nadzoru postopkov pranja za izpiranje kemikalij na tekstilijah ter pri analizi vsebnosti tekstilij (Morapex, 2008). Bistveni del aparature Morapex sta plošči, med katere se namesti tekstil, iz tega pa se pod pritiskom s tekočino izperejo bakterije. Prisotnost bakterij v pridobljenem eluatu lahko dokazujemo s klasičnimi mikrobiološkimi gojivnimi tehnikami.



METODE

Priprava umetno kontaminiranega tekstila: iz predhodno namnoženih mikroorganizmov smo pripravili suspenzije *S. aureus* v fiziološki raztopini z različnimi koncentracijami. 2 mL tako pripravljenih suspenzij smo nanesli na sterilne tekstilne krpice iz 100% bombaža, v velikosti 7 × 7 cm in jih fiksirali s 24 urnim sušenjem pri sobni temperaturi v laminariju.

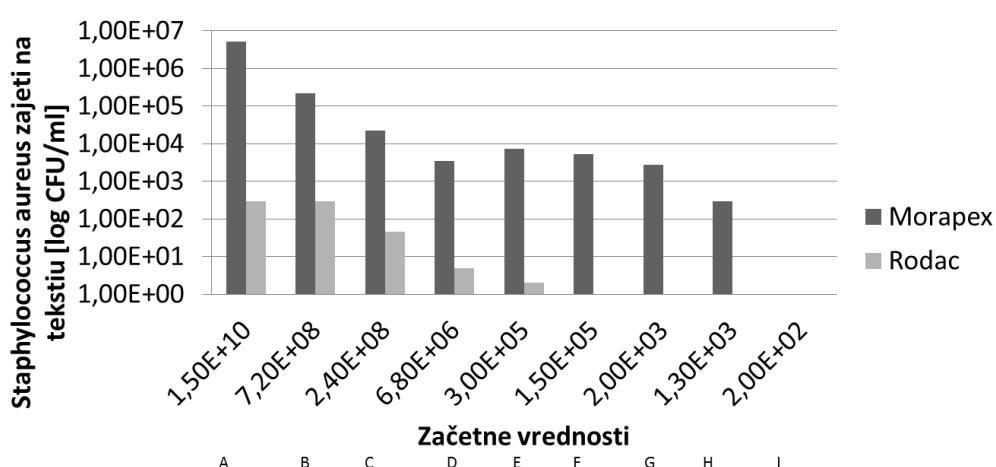
Vzorčenje tektila z RODAC ploščicami: RODAC ploščico, ki je vseboval Baird-Parkerjev agar smo za 3 s z enakomerno silo pritisnili na umetno kontaminiran tekstil. Ploščico smo inkubirali 48h pri 37° C. Po inkubaciji smo prešteli število nastalih kolonij in izračunali cfu.

Vzorčenje z aparaturom Morapex A: umetno kontaminiran tektil smo vstavili med dve kovinski plošči na aparaturi Morapex A in izvedli izpiranje pri sobni temperaturi z 20 mL elucijske tekočine (0,9% NaCl + 0,2% Tween 80) v treh ciklih po 30 s. Dobljeno suspenzijo smo v razredčitvah nanašali na Baird-Parkerjev agar za kvantitativno oceno števila eluiranih živih mikroorganizmov.

Uporaba metode vzorčenja z aparaturom Morapex A v realnem okolju: za preizkus učinkovitosti metode nedestruktivnega eluiranja z napravo Morapex A smo uporabili uporabljene bolnišnične tekstilije, dve bolnišnični rjuhi in pižamo. Tekstilije smo zbrali pri bolnikih po enodnevni uporabi iz izolacijske sobe v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor med rutinskim odstranjevanje perila. Rjuhi smo vzorčili na osmih in pižamo na treh različnih mestih.

REZULTATI

Pri vzorčenju umetno kontaminiranega tekstila z *S. aureus* smo z aparaturom Morapex A (slika 1) zaznali bakterije vse od vzorca A ($5,3 \times 10^6$ cfu/mL) pa do vzorca H (3×10^2 cfu/mL). Z vzorčenjem z RODAC ploščicami smo bili uspešni le pri vzorcu C, kjer smo zajeli 46 cfu/mL, kar je za 3 logaritemske stopnje nižja vrednost kot pri vzorčenju istega vzorca z aparaturom Morapex A ($2,2 \times 10^4$ cfu/mL). Bakterije smo z RODAC ploščicami zaznali še v vzorcih A in B, kjer je bilo število kolonij na plošči neštevno in pri vzorcih D in E, kjer je bilo teh bakterij 5 cfu/mL in 2 cfu/mL, kar je pod mejo statistične točnosti.

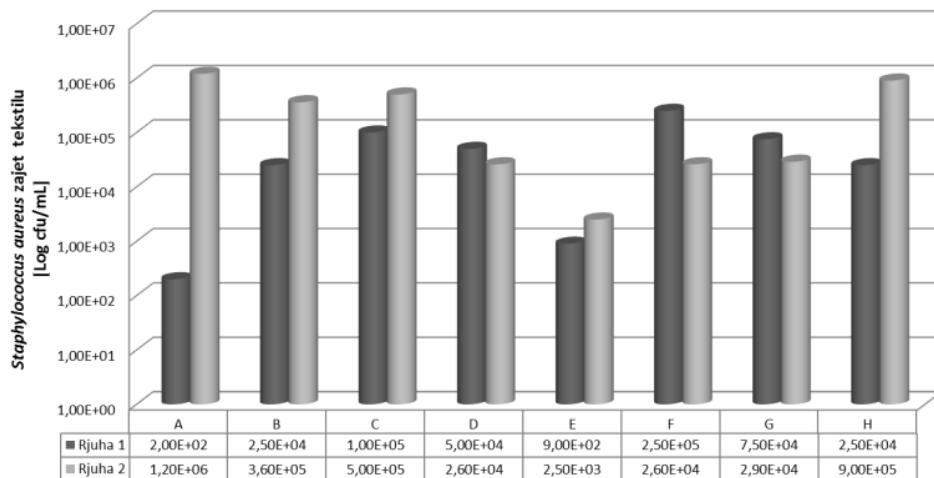


Slika 1: Rezultati izvedbe vzorčenja z Morapex in RODAC ploščicami

Pri vzorcu I, kjer je bila najnižja začetna nanesena koncentracija, nismo uspeli eluirati bakterij z nobeno od metod. V laboratorijskem okolju smo poskus ponovili trikrat.

V kliničnem okolju smo rabljene tekstilije iz izolirne sobe vzorčili z aparatur Morapex A.



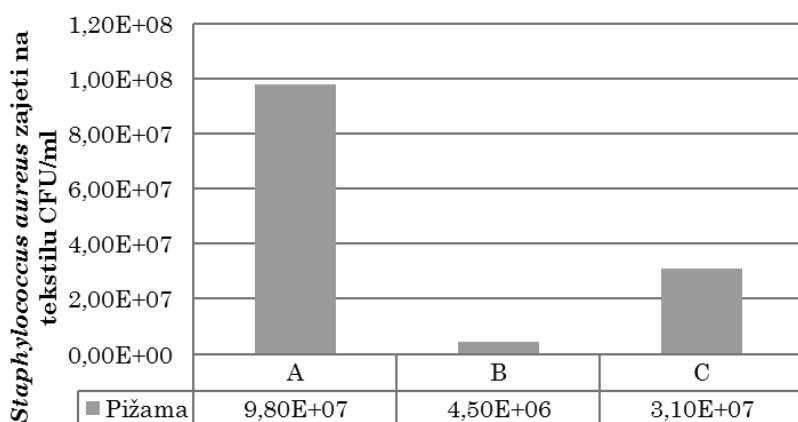


Slika 2: Rezultati vzorčenja rjuhe 1 in rjuha 2 z aparaturom Morapex A v kliničnem okolju

Najvišja vrednost cfu/mL je bila na rjuhi 1 pri vzorcu F, najnižja vrednost pa na rjuhi 1 pri vzorcu A. Vendar število bakterij po celotni rjuhi, kot je razvidno iz slike 2, ne izstopa glede na povprečje. Na rjuhi 2 vrednosti cfu/mL variirajo od $2,5 \times 10^3$ pa vse do $1,2 \times 10^6$. Pri vzorčenju rjuhe 2 z aparaturom Morapex smo najvišje

vrednosti cfu/mL zaznali na mestu A, ki se nahaja v zgornjem delu ležišča ter na mestu H pri vznožnem delu.

Povprečna vrednost vseh vzorcev od A do F je na rjuhi 1 približno $6,6 \times 10^4$ cfu/mL, povprečna vrednost vseh vzorcev na rjuhi 2 pa je približno $3,5 \times 10^5$ cfu/mL.



Slika 3: Rezultati vzorčenja pižame z aparaturom Morapex A

Na pižami smo vzeli 3 vzorce in sicer na predelu rokavov (vzorec A), v območju pazduhe, ki predstavlja vzorec B ter na ovratniku (vzorec C). Slika 3 prikazuje, da je največje število bakterij na mestu A in sicer $9,8 \times 10^7$ cfu/ml, najnižja vrednost pa je bila zaznana v območju pazduhe $4,5 \times 10^6$ cfu/ml.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

Ravnjanje s tekstilijami v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah je eden izmed pomembnih faktorjev, ki vpliva na razširjenost mikroorganizmov. Pri tem je pomemben celoten proces: od ravnanja v pralnici do pravilnega ravnanja medicinskih sester s tekstilijami (npr. ustrezno hranjenje perila, odstranjevanje umazanega perila, čiste uniforme





medicinskih sester, urejanje posteljnih enot, transport perila). Veliko od teh ukrepov je razmeroma poceni in ne zahtevajo veliko časa. Še posebej pomembna pa je detekcija mikroorganizmov na tekstilijah, ki mora biti hitra, preprosta in natančna.

V okviru raziskave smo želeli potrditi raziskovalni vprašanji, ki se nanašata na učinkovitost metode jemanja odtisov z RODAC ploščicami in z aparaturom Morapex A. Ugotovili smo, da sta obe metodi učinkoviti pri ugotavljanju kontaminacije tekstilije z bakterijo *S. aureus*. RODAC ploščice so bile premalo natančne pri visokem številu bakterij, saj se kolonije na plošči preraščajo in niso števne, prav tako pa so vrednosti pri nižjih koncentracijah pod mejo statistične točnosti. Zaradi premajhne natančnosti so RODAC ploščice manj primerne za okolje, kjer je obremenitev z bakterijami visoka. Podobno ugotavljajo tudi Cody et al. (1984), ki opozarjajo na večslojno tridimenzionalno strukturo tekstilij, zaradi česar z metodo jemanja odtisov z RODAC ploščicami zaznamo le bakterije na površini tekstilij. Metoda jemanja odtisov z RODAC ploščicami je učinkovita, vendar premalo natančna (Mehinović, 2012).

Glede na navedene ugotovitve bi bila idealna metoda za uporabo v kliničnem okolju tista, ki bi omogočila hitro vzorčenje in detekcijo, majhno porabo materiala (ekonomičnost), natančnost rezultatov in preprosto uporabo. Najbolj uporabne metode so tiste, ki delujejo na principu eluiranja mikroorganizmov iz tekstilij (Rabuza, Šostar Turk, Fijan, 2012). To se je izkazalo tudi v naši raziskavi kjer je bila učinkovitost vzorčenja z aparaturom Morapex A večja, hkrati pa je z pripravo razredčin omogočeno štetje kolonij na plošči in naknadni izračun cfu/mL.

Pri vzorčenju tekstilij iz realnega okolja smo z aparaturom Morapex A na posteljnem perilu zaznali najvišjo vrednost na rjuhi $1,2 \times 10^6$ cfu/mL, na pižami pa $9,8 \times 10^7$ cfu/mL. Kadar so tekstilije močno onesnažene s potencialno kužno telesno snovjo ali tekočino, je lahko tkanina obremenjena z bakterijami v količini od 10^6 do 10^8 CFU na 100 cm^2 tkanine (Sehulster et. al, 2003). Vendar je te podatke težko primerjati z rezultati iz naše raziskave, kjer so podatki izraženi v cfu/mL. Višje vrednosti cfu/mL smo zaznali ob predelu glave, kar lahko pojasnimo s tem, da je tukaj veliko bakterij zaradi prenosa bakterij iz ustne votline (dihanje, slinjenje, bruhanje), nekaj bakterij pa lahko ostane, če se vzglavniki ne menjajo redno.

Pričakovali smo, da bo najvišja koncentracija bakterij na območjih vzorcev, ki se nahajajo v območju zadnjice. Možni vzrok za manjše število bakterij na sredini rjuhe številka 2 v primerjavi z rjuhu številka 1 je, da so v kliničnem okolju uporabili zaščitno podlago (rjuha ali zaščitna podlaga). Možno je tudi, da so pri pacientu, ki je ležal na rjuhi številka 1, izolirali bakterijo *S. aureus* v urinu ali blatu, zato je posledično v sredini rjuhe prisotno večje število bakterij. Na podlagi pridobljenih rezultatov lahko trdimo, da bi bilo smiselno uporabljati Morapex A uvesti v bolnišnice, ali pa vsaj v pralnice bolnišničnih tekstilij. Aparatura bi bila uporabna tudi v drugih okoljih, kjer se izmenja več ljudi in se uporablja veliko tekstilij; npr. v domovih upokojencev, termah, fitnesih in hotelih. Vzorčenje s pomočjo aparata Morapex A je primerno nadomestilo za vzorčenje z RODAC ploščicami.

LITERATURA

- Cody, H., Smith, PF, Blaser, MJ., LaForce, FM. & Wang, WL. (1984). Comparison of methods for recovery of *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus* from seeded laundry fabrics. *Appl Environ Microbiol.* 1984; 47 (5): 965-70.
- Fijan S, Šostar Turk S. Bolnišnične tekstilije – ali so možen vir okužbe? *Utrip.* 2012; 20 (2): 40.
- Gould D, Brooker, C. *Infection prevention and control: applied microbiology for healthcare.* New York: Palgrave Macmillan; 2008: 54-5, 100.
- Healthcare-associated infections. Centers for Disease Control and Prevention. 2014. Dostopno na: <http://www.cdc.gov/HAI/index.html> (21. april 2014).
- Kramer A, Schwebke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infect Dis.* 2006; 6: 130.
- Kotnik Kevorkijan B. Bolnišnične okužbe. *Medicinski mesečnik.* 2006; 2: 41-5.
- Lejko Zupanc T. Nalezljive bolezni danes. In Lah A, eds. *Zdravje in okolje: Kakovost okolja in življenje konec 20. Stoletja.* Ljubljana: Svet za varstvo okolja Republike Slovenije; 2000: 69-71.
- Lydyard P, Cole M, Holton J, Irving W, Porakishvili N, Venkatesan P, et al. *Case studies in infectious disease.* New York: Garland Science; 2010: 403-19.



Magill, SS, Edwards, JR, Bamberg, W, Beldavs, ZG, Dumyati, G, Kainer, MA, et. al. Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care-Associated Infections. *N. Engl. J. Med.* 2014; 370: 1198-1208.

Mehinović, J. Učinkovitost uporabe RODAC ploščic za ugotavljanje kontaminacije bolnišničnih tekstilij z MRSA: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012: 52-3.

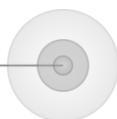
Morapex - Fast material tests for lab and production. Sedo-Treepoint; 2008. Dostopno na: <http://www.sedo-treepoint.com/Produkte/Material-Qualitaetskontrolle/Morapex/498I1/> (22. april 2014).

Noyce JO, Michels H, Keewil CW. Potential use of copper surfaces to reduce survival of epidemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in healthcare environment. *J Hosp Infect.* 2006; 63 (3): 289-97.

Rabuza U, Šostar Turk S, Fijan S. Efficiency of four sampling methods used to detect two common nosocomial pathogens on textiles. *Text Res J.* 2012; 82 (20): 2099-2105.

Sehulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, Carpenter J, Donlar R, Ashford D, et. al. Guidelines for environmental infection control in health care facilities. Atlanta: Centers for disease control prevention; 2003: 98.

Zakon o nalezljivih boleznih (uradno prečiščeno besedilo) (ZNB1-UPB). Uradni list Republike Slovenije št. 33/2006.





OBRAVNAVA PACIENTA S PALATALNIM MIOKLONUSOM TREATMENT OF A PATIENT WITH PALATAL MYOCLONUS

KATJA BUDJA

IZVLEČEK

Palatalni mioklonus je zelo neraziskana bolezen, pri kateri gre za ritmično krčenje mehkega neba, pri tem pa pacient sliši klikanje v ušesih. Lahko se pojavi tudi mioklonus drugih mišičnih skupin, vključno z žrelom, grlom, obraznimi mišicami, trebušno prepono in mišicami očesa. Ob tem se pojavijo motnje spanja, ki vodijo k motnjam razpoloženja, kot sta depresija in bipolarna motnja. Za to bolezen ni predpisanega določenega zdravljenja. Raziskava vključuje praktični primer 32-letnega pacienta s palatalnim mioklonusom v obdobju od leta 2009 do 2013, njegov začetek bolezni, diagnosticiranje, potek zdravljenja in vpliv neželenih učinkov na življenje pacienta.

Ključne besede: *palatalni mioklonus, obravnava pacienta, diagnostika, zdravljenje, vpliv na socialno življenje*

ABSTRACT

Palatal myoclonus is a poorly studied disease introducing a rhythmical contracting of the soft palate and causing audible clicking in patient's ears. Besides, a myoclonus of other muscular parts, including gullet, throat, facial muscles, diaphragm and eye muscles, can appear. The disease triggers sleeping disorders that lead to mood disorders such as depression and bipolar disorder. Currently, there is no official medical treatment to face the disease successfully. The study introduces a case report of a 32-year-old patient with palatal myoclonus from 2009 to 2013: the beginnings of falling sick, diagnostics, process of medical treatment, and negative impact on patient's social life.

Keywords: *palatal myoclonus, treatment of patient, diagnostics, medical treatment, influence on social life*

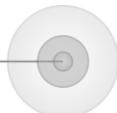
IZHODIŠČA

Med skoraj nepoznane in neraziskane tremorje spada tudi palatalni mioklonus. Palatalni mioklonus, znan tudi kot palatalni tremor, je bolezen, ki je uvrščena med nevrološka obolenja. Gre za ritmično krčenje mehkega neba s frekvenco 1–3 Hz. Pri obolenju se pojavljajo spremembe na področju možganskega debla in cerebeluma s poznejšo olivarno hipertrofijo, torej je prisotna prizadetost Guillain-Mollaretovega trikotnika (nucleus rubrum, nucleus dentatus, nucleus olivaris inferior) (Kragelj et al., 2012). Palatalni mioklonus je lahko povezan z mioklonusom drugih mišičnih skupin, kot na primer mišic rok, vključno z žrelom, grlom, obraznimi mišicami, trebušno prepono in mišicami očesa (Sumer, 2001).

Večina pacientov sliši ritmično klikanje, posledica ritmičnega odpiranja in zapiranja Evstahijeve cevi (Norouzian, Mir-Sepasi , 2005), ki povezuje žrelo s srednjim ušesom. Klikanje bi lahko bilo slišno, če bi na uho pacienta položili stetoskop. Scozzafava in Yager (2010) kot tudi Mursalin in Pollak (2013) pri svoji obravnavi pacientov navajajo motnje spanja zaradi nenehnega zvoka klikanja, ki se ne ustavi niti med spanjem. To pa lahko vodi k spremembam v obnašanju, kot so razdražljivost, depresija (Shukla, Swain, 2012) ali bipolarno motnja (Norouzian et al., 2005).

Za zdravljenje palatalnega mioklonusa so bile v preteklosti uporabljene različne zdravilne učinkovine, kot so sumatriptan, klonazepam (Fabiani et al., 2000), valprojska kislina (Sumer, 2001), karbamazepin (Norouzian et al., 2005), flunarizin, piracetam in botulinski toksin (Shukla, Swain, 2012) ali kombinacije le-teh.

Namen raziskave je opis obravnave pacienta s palatalnim mioklonusom v petletnem obdobju, tj. od začetnih simptomov, diagnosticiranja bolezni, prek poteka zdravljenja do vpliva stranskih učinkov na pacienta. V ta namen smo si zastavili raziskovalno vprašanje: ali palatalni mioklonus in potek zdravljenja vplivata na socialno življenje pacienta?





METODE

Palatalni mioklonus je redka in dokaj nepoznana bolezen. Ker se redki strokovnjaki ukvarjajo s palatalnim mioklonusom, ni obsežnih monografskih publikacij o problematiki. Obravnava bolezni je omejena na strokovne članke v časopisih, revijah, zbornikih in izsledke praktičnega primera pacienta s palatalnim mioklonusom.

Uporabljena je deskriptivna metoda na podlagi uporabe strokovne literature v slovenskem in tujem jeziku, ki zajema teoretične izsledke stroke iz strokovnih člankov, priročnikov, učbenikov, monografskih publikacij in enciklopedij. Vključena je študija primera, ki obravnava praktični primer pacienta s palatalnim mioklonusom v obdobju od leta 2009 do 2013. Obravnava pacienta je potekala v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, Kliniki za interno medicino; na oddelku za hematologijo in hematološko onkologijo, oddelku za nalezljive bolezni in vročinska stanja, oddelku za ORL in MFK, oddelku za nevrološke bolezni, Klinika za kirurgijo; oddelku za abdominalno in splošno kirurgijo, Oddelek za psihiatrijo, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor; PTD-pulmologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za ORL in cervikofacialno kirurgijo, Klinični oddelek za bolezni živčevja; Nevrološka klinika.

S historično metodo so zbrane dosedanje raziskovalne smernice stroke na področju palatalnega mioklonusa, tj. vrst, klasifikacije, okoliščin pojavljanja, načinov zdravljenja ipd. S komparativno metodo je izvedena kritična primerjava med dosedanjimi teoretičnimi izsledki stroke o problematiki palatalnega mioklonusa. Z evalvacjsko metodo je preverjena relevantnost hipoteze.

REZULTATI

32-letni pacient je pred šestimi leti ob nenadnem začetku klikanja v obeh ušesih občutil slabost, ki so jo spremljali močno potenje, hiter srčni ritem in tahikardija. Občutil je tudi pritisk v predelu obraza, zlasti ličnic.

Pojavila se je motnja spanja; pacient je težje zaspal in se ponoči prebujal, kar je vplivalo na njegovo razpoloženje. Bil je izčrpan, izgubil je zanimanje za stvari, ki so ga pred tem osrečevale, pojavil se je občutek nemoči, brezupa, manjvrednosti in razdražljivost, ob tem pa so se začeli pojavljati

glavoboli. Za dve leti se je fizično izoliral od okolja. Poskusil je z jemanjem antidepresiva z zdravilno učinkovino escitalopram in nato sertralin, predpisanega s strani psihiatra, vendar zvočni fenomeni in občutek pritiska v predelu ličnic niso izginili, zato je zdravljenje opustil.

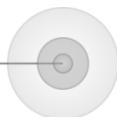
Julija 2009 je bila opravljena septoplastika, po kateri so glavoboli izzveneli, vendar zvočni fenomeni in občutek pritiska v predelu nosnega hrbitiča kot tudi v predelu grla niso izginili. Pri zadnjem kontrolnem pregledu po septoplastiki so bili med endoskopijo vidni posamezni aritmični krči oz. tiki mehkega neba in mišic lateralne stene žrela, ki jih ni mogoče inhibirati, s slišnimi zvočnimi fenomeni, kar je zahtevalo nadaljnjo obravnavo pri nevrologu.

Računalniška tomografija (CT) možganov in elektroencefalografija (EEG) sta bili v mejah normale. S strani nevrologa je bilo predpisano zdravljenje s klonazepamom. Pri pacientu so se začeli pojavljati neželeni učinki klonazepama, kot so zmedenost, dezorientiranost, disartrija, ataksija, dvojni vid, zmanjšanje libida in impotenza, prišlo je tudi do hude obstipacije, zaradi katere je bil hospitaliziran. Prejel je klizmo in po njej obilno odvajal. Zdravljenje s klonazepamom je bilo opuščeno zaradi neželenih učinkov in neučinkovitosti pri zdravljenju palatalnega mioklonusa.

Magnetnoresonančno slikanje (MR) možganov s poudarkom na možganskem deblu ni pokazalo vidne hipertrofije oliv, kar je potrdilo, da ne gre za sekundarni palatalni klonus, temveč za primarnega.

Pri ponovnem pregledu pri nevrologu leta 2011 je bila vidna blaga distnoična drža iztegnjenih rok, ki se pojavi pri iztegu obeh kazalcev, in blag levostranski laterokolis. Pacient občasno med hojo poudari tudi levi trapecius in pri testiranju posturalnih refleksov naredi korak nazaj. Pacient je dobil predpisano zdravilo z zdravilno učinkovino tetrabenazin, ki ni vplivalo na izboljšanje bolezni.

Leta 2012 je bilo prvič uvedeno zdravljenje z botulinskim toksinom, pri katerem se je mesec dni pojavljalo težje požiranje. Klikanje in občutek napetosti v predelu ličnic nista izginila. Pri tretjem injiciraju botulinskih toksinov je bil v zdravljenje uveden tudi baklofen, ki je z neželenimi učinki močno vplival na socialno življenje pacienta. Pojavili so se zmedenost,





depresivnost, motnje vida, kožni izpuščaji, konvulzije, znaki okvare jeter, omotičnost, šibkost rok in nog, čezmerno potenje, odvajanje večjih količin urina kot običajno in impotenza, pri tem pa ni bilo izboljšanja palatalnega mioklonusa. Bil je nezmožen za delo, zaradi depresije so se začeli krhati med sabojni odnosi s partnerko, prijatelji in starši.

Po prekinitvi s baklofenom se je leta 2013 vzporedno z botulinskimi toksni uvedel pregabalin, ki je ponovno, kot vsa ostala zdravila, povzročil neželene učinke, pri tem pa ponovno ni prišlo do izboljšanja bolezni. Tokrat so bili neželeni učinki zvečanje apetita, evforično razpoloženje, zmedenost, razdražljivost, zmanjšanje libida, nespečnost, nemir, depresija, nihanja razpoloženja, omotica, motena pozornost, konvulzije, glavoboli, zamegljen vid, navali vročine, suha usta, togost mišic, motnje erekcije, občutek piganosti.

Pri zadnjem zdravljenju z botulinskimi toksini je prišlo do neželenih učinkov eno uro po injiciranju, in sicer do slabosti, bliskanja pred očmi in motenj vida. Stranski učinki so nato sami izzveneli. Po tem se je opustilo botulinsko zdravljenje in se nadaljevalo s peroralno terapijo s piracetamom in propranololom, vendar ponovno brez uspeha.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

Palatalni mioklonus korenito poseže v življenje posameznika in njegovih bližnjih. Pojavijo se fizične in kognitivne težave, ki jih spremljajo težave na vedenjskem in čustvenem področju, ki so socialno manj spremenljive in povzročijo interakcije z drugimi. Močno znižuje zaupanje do sočloveka in empatični odnos ter stopnjuje izkriviljenost samopodobe.

Pri zdravljenju je pri pacientu vedno prisoten strah pred poslabšanjem zdravstvenega stanja, pri tem pa se pojavi nezaupanje do zdravstvenih delavcev, ker je bolezen tako neraziskana in ni točno določene terapije, ki bi izboljšala zdravstveno stanje pacienta, ampak ga poslabša s stranskimi učinki, ki vplivajo na pacientovo sposobnost za delo, rekreacijo in vzpostavljanje ter ohranjanje dobrih medsebojnih odnosov z bližnjimi.

Bolezen pacientu povzroča vsakodnevni stres s stalnim občutkom pritiska v predelu ličnic in zvočnimi fenomeni, ki se še dodatno poveča ob večjih stresnih dogodkih, to pa privede do motenj spanja, depresije brez ali z znaki psihoze in bipolarne motnje.

LITERATURA

- Fabiani G, Teive HAG, Sá D, Kay CK, Scola RH, Martins M, Werneck LC, et al. Palatal Myoclonus – Report of Two Cases. Arq Neuropsiquiatr. 2000;58(3):901-90. Dostopno na: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n3B/2792.pdf> (10.11.2013)
- Kragelj V, Georgiev D, Pirtošek Z, Ribarič S. Tremor. Zdravstveni vestnik. 2012;81:61-69. Dostopno na: <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-PL4OGQEX/e9a6f187-f7bf-4ae3-b4f3-2b54afb0103e/PDF> (8.11.2013)
- Mursalin M, Pollak N. Treatment of Palatal Myoclonus with Botulinum Toxin Injection. Case Reports in Otolaryngology 2013. Dostopno na: <http://www.hindawi.com/crim/otolaryngology/2013/231505/> (9.11.2013)
- Norouzian M, Mir-Sepasi GR. Essential Palatal Myoclonus Accompanied with Psychiatric Symptoms. Tehran: Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Science. 2000. Dostopno na: http://sid.ir/En/VIEWSSID/J_pdf/86920000411.pdf (8.11.2013)
- Scozafava J, Yager J. Essential Paltal Myoclonus. The New England Journal of Medicine 362. Massachusetts: Medical Society. 2010. Dostopno na: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcm0806049> (9.11.2013)
- Shukla RK, Swain SP. Palatal Myoclonus – Masquerading as a Mental Disorder – A Case Report. The Orissa Journal of Psychiatry Cuttack: Department of Psychiatry, Mental Health Institute (Centre of Excellence), SCB Medical College. 2012: 66-68. Dostopna na: <http://www.orissajp.com/pdf/12/11.pdf> (10.11.2013)
- Sumer M. Symptomatic Palatal Myoclonus: An Unusual Cause of Respiratory Difficulty . Acta neurol. belg. 101. Zonguldak: Zonguldak Karaelmas University, Faculty of Medicine, Department of Neurology. Dostopno na: <http://www.actaneurologica.be/acta/download/2001-2/05-sumer.pdf> (7.11.2013)