4. mednarodna znanstvena konferenca:
Za človeka gre: družba in znanost
v celostni skrbi za človeka

4th international scientific conference:
All about people: society and science
for integrated care of people

ALMA MATER EUROPAEA
ECM

ZDRAVSTVENE VEDE | HEALTH SCIENCES

Maribor, 11. - 12. 3. 2016

ZBORNIK PRISPEVKOV Z RECENZIJO | PROCEEDING BOOK WITH PEER REVIEW

ACADEMIA SCIENTIARUM ET ARTIUM EUROPAEA

MXM

ALMA MATER

EUROPAEA

ECM

4. mednarodna znanstvena konferenca: Za človeka gre:
družba in znanost v celostni skrbi za človeka

ZDRAVSTVENE VEDE – ZBORNIK PRISPEVKOV Z RECENZIJO

*4th international scientific conference: All about people:
society and science for integrated care of people*

HEALTH SCIENCES - PROCEEDING BOOK WITH PEER REVIEW

Izdajatelj in založnik / Publisher
Alma Mater Europaea – ECM

Urednik / Editor
Dr. Bojana Filej

Tehnični urednik / Technical editor
Marko Bencak

Lektoriranje / Proofreading
Dominatus d.o.o.

Naklada / Number of copies
50 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2(082)

MEDNARODNA znanstvena konferenca Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka (4 ; 2016 ; Maribor)
Zdravstvene vede : zbornik prispevkov z recenzijo = Health sciences : proceeding book with peer review / 4. mednarodna znanstvena konferenca Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka = 4th International Scientific Conference All About People: Society and Science for Integrated Care of People, Maribor, 11.-12. 3. 2016 ; [urednik Bojana Filej]. - Maribor : Alma Mater Europea - ECM, 2016

ISBN 978-961-6966-18-4
1. Gl. stv. nasl. 2. Vzp. stv. nasl. 3. Dodat. nasl. 4. Filej, Bojana
285481216

Avtorji prispevkov so odgovorni za vse trditve in podatke, ki jih navajajo v prispevku.

4. mednarodna znanstvena konferenca: Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka

4th international scientific conference: All about people: society and science for integrated care of people

ZDRAVSTVENE VEDE
HEALTH SCIENCES

Zbornik prispevkov z recenzijo

Proceeding book with peer review

Maribor, 11. – 12. 3. 2016

Programski odbor / Scientific comittee

prof. dr. Ludvik Toplak (predsednik), Slovenija

dr. Helena Malmivirta, Finska; prof. dr. Mario Plenković, Hrvaška; izr. prof. dr. Goran Kozina, Hrvaška; prof. dr. Vicenzo Manstronardi, Italija; doc. dr. Bojana Filej, Slovenija; doc. dr. Peter Pavel Klasinc, Slovenija; doc. dr. Sebastjan Kristovič, Slovenija; prof. ddr. Marija Ovsenik, Slo¬venija; prof. dr. Zmago Turk, Slovenija; izr. prof. dr. Momir Dunjić, Srbija; prof. dr. Slaviša Stani¬šić, Srbija; prof. dr. M. Teresa Anguera, Španija; prof. dr. Giampiero Camurati, Švica; dr. Jakarin Srimoon, Tajska; prof. dr. Creston Davis, ZDA; dr. Yoshiaki Omura, ZDA

Organizacijski odbor / Organising committee

dr. Bojana Filej (predsednica)

dr. Sebastjan Kristovič, dr. Joca Zurc, Marko Bencak, Sašo Flac, Mladen Herc, Edvard Jakšič, Tina Kavtičnik, Katarina Pernat, Tomaž Šeruga

Recenzenti / Peer Reviewers

Živa Arko, dr. Momir Dunjić, dr. Bojana Filej, Mladen Herc, mag., mag. Boris Miha Kaučič, mag. Tine Kovačič, Nikolaj Lipič, mag., dr. Slaviša Stanišić, dr. Zmago Turk, ddr. Joca Zurc

KAZALO / TABLE OF CONTENT

Dijana Babić, Zrinka Mach
SURADNJA IZVANBOLNIČKIH I BOLNIČKIH MEDICINSKIH SESTARA U UNAPREĐENJU SKRBI ZA PACIJENTE STARIJE ŽIVOTNE DOBI / COOPERATION BETWEEN COMMUNITY AND HOSPITAL NURSES IN IMPROVING CARE FOR ELDERLY PATIENTS 10

Ivan Balagović, Joca Zurc
DOŽIVLJAJ ZDRAVLJA I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA NAKON MOŽDANOG UDARA / EXPERIENCE OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE AMONG STROKE SURVIVORS 16

Irena Canjuga, Marijana Neuberg, Danica Železnik
ZNAČAJNOST KOMUNIKACIJE U KLINIČKOM RADU S BOLESNICIMA BEZ SVIJESTI / SIGNIFICANCE OF COMMUNICATION IN CLINICAL WORK WITH UNCONSCIOUS PATIENTS 23

Aneta Deljanin, Slaviša Stanišić 31
SAVREMENA MEDICINSKA ETIKA – OSNOVA ZDRAVSTVENE NEGE U PROGRAMIMA VANTELESNE OPLODNJE / MODERN MEDICAL ETHICS – FOUNDATION OF HEALTH CARE IN VITRO FERTILISATION PROGRAMS 31

Patricija Goubar
STRESNA URINSKA INKONTINENCA PRI ŽENSKAH: PRIMERJAVA POSTOPKOV KONSERVATIVNEGA ZDRAVLJENJA – PREGLED LITERATURE / STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN: COMPARISON OF METHODS IN CONSERVATIVE TREATMENT – LITERATURE REVIEW 35

Eva Grabner, Boris Miha Kaučič, Tomaž Klojčnik
SEZNANJENOST IN POTREBE PACIENTOV PO ZDRAVSTVENI NEGI NA DALJAVO / FAMILIARITY AND NEEDS OF PATIENTS FOR TELENURSING 42

Mag. Nevenka Gričar, Alenka Oven
ZAPOSLITEV DELOVNEGA TERAPEVTA V TURISTIČNI DEJAVNOSTI – MNENJE ŠTUDENTOV DELOVNE TERAPIJE / EMPLOYMENT OFF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN TOURISM SECTOR – OCCUPATIONAL THERAPY STUDENTS' OPINION 50

Helena Kristina Halbwachs, Joca Zurc
POGLED VODILNIH MEDICINSKIH SESTER NA KULTURNO KOMPETENTNOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI / NURSE LEADERS VIEW ON CULTURAL COMPETENCE OF NURSING STAFF 60

Mladen Herc, Matevž Jazbec
KAKO PREPREČITI PADCE PRI OSTEOPOROZI? / HOW TO PREVENT FALLS AT OSTEOPOROSIS? 69

Maruša Hribar
INTEGRATIVNA HOMEOPATIJA KOT CELOSTNI PRISTOP ZDRAVLJENJA / INTEGRATIVE HOMEOPATHY AS A COMPLETE MEDICAL TREATMENT 77

Katarina Kac,Minja Fištravec, Joca Zurc
POZNAVANJE IN UPORABA KOMPLEMENTARNIH METOD ZDRAVLJENJA MED DIJAKI IN ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE / KNOWLEDGE AND USE OF COMPLEMENTARY METHODS OF TREATMENT AMONG NURSING STUDENTS 83

Zvezdana Kupnik, Sabina Eberl
VPLIV INOVATIVNOSTI NA ORGANIZACIJO DELA NA ODDELKU ZA DIALIZO UKC MARIBOR / THE IMPACT OF INNOVATION TO ORGANIZATION OF WORK AT THE DEPARTMENT OF DIALYSIS UMC MARIBOR 93

Igor Legčević, Larisa Ignatijev, Tatjana Horvat
TESTIRANJE TELESNE ZMOGLJIVOSTI NA ENOSTAVNEM SLUČAJNOSTNEM VZORCU LJUDI / TESTING OF PHYSICAL CAPACITY ON A SIMPLE RANDOM SAMPLE OF PEOPLE 102

Janja Lorber, Mateja Lorber
IZPOSTAVLJENOST ŠTUDENTOV DEJAVNIKOM TVEGANJA ZA NASTANEK KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI / STUDENTS EXPOSURE TO RISK FACTORS OF CHRONIC NON-CONTAGIOUS DISEASES 109

Zrinka Mach, Dijana Babić 114
ZDRAVSTVENE NAVIKE STARIJIH OSOBA S HIPERTENZIJOM / HEALTH HABITS OF SENIOR CITIZENS AFFECTED BY HYPERTENSION 114

Zdravko Maček, Ivan Balagović
ANALIZA ZADOVOLJSTVA FIZIOTERAPEUTA TIMSKOM SURADNJOM NA NEUROREHABILITACIJSKOM ODJELU / ANALYSIS OF PHYSIOTHERAPISTS' SATISFACTION WITH TEAMWORK IN THE NEUROREHABILITATION DEPARTMENT 122

Danijela Majcenovič Cipot, Sonja Šavel
VKLJUČEVANJE IN SODELOVANJE SVOJCEV V PROCESU DOLGOTRAJNE REHABILITACIJE OSEB S PRIDOBLJENO MOŽGANSKO POŠKODBO / INVOLVEMENT AND COOPERATION WITH RELATIVES IN THE PROCESS OF LONG-TERM REHABILITATION OF INDIVIDUALS WITH ACQUIRED BRAIN INJURY 130

Michela Manfreda, Mirko Prosen
KAKOVOST ŽIVLJENJA ŽENSK PO PREBOLELEM RAKU DOJKE / QUALITY OF LIFE AMONG BREAST CANCER SURVIVORS 138

Suzana Mavrinac, Bojana Ćoso, Marija Brekalo
STAVOVI O DEMENCIJI ZDRAVSTVENOG, NEZDRAVSTVENOG OSOBLJA I KORISNIKA DOMOVA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE / ATTITUDES TOWARD DEMENTIA: A CASE OF HEALTHCARE STAFF, NON-HEALTHCARE STAFF AND USERS OF LONG-TERM CARE IN RETIREMENT HOME 143

Petra Medved Jereb, Breda Jesenšek Papež
FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA BOLNIKA S SUBAKROMIALNIM UTESNITVENIM SINDROMOM / PHYSIOTHERAPY TREATMENT OF A PATIENT WITH SUBACROMIAL IMPINGEMENT SYNDROMOM 151

Mitja Milič, Jasna Vešligaj Damiš, Danijela Majcenovič Cipot
POMEN PROGRAMOV ŠPORTNE REHABILITACIJE IN ŠPORTNIH DEJAVNOSTI PRI DVIGU KAKOVOSTI ŽIVLJENJA OSEB S PRIDOBLJENO MOŽGANSKO POŠKODBO / THE IMPORTANCE OF PHYSICAL REHABILITATION PROGRAMMES AND SPORTS ACTIVITIES IN RAISING THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH ACQUIRED BRAIN INJURY 158

Sara Mozetič, Mirko Prosen
KOMUNIKACIJSKE OVIRE V OBRAVNAVI SPOLNOSTI PRI PACIENTKAH Z GINEKOLOŠKIM RAKOM / COMMUNICATION BARRIERS REGARDING SEXUALITY IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER 166

Marijana Neuberg, Irena Canjuga,Sonja Kalauz, Vesna Sertić
MOTIVACIJA KAO PREDIKTOR ODRŽAVANJA KVALITETNE ZDRAVSTVENE NJEGE / MOTIVATION AS A PREDICTOR OF MAINTAINING THE QUALITY OF HEALTH CARE 172

Marija Ovsenik, Diana Jeleč Kaker, Suzana Špendal
ODNOS ŠTUDENTOV SOCIALNE GERONTOLOGIJE IN FIZIOTERAPIJE DO DEMENTNIH BOLNIKOV SKOZI NJIHOVE IZKUŠNJE Z DEMENTNIMI BOLNIKI / ATTITUDE OF SOCIAL GERONTOLOGY AND PHYSIOTHERAPHY STUDENTS TOWARDS DEMENTIA PATIENTS, OBSERVING THROUGH THEIR EXPERIENCE WITH DEMENTIA PATIENTS 180

Kemal Nuri Ozerkan
ALTERNATIVE APPROACHES TO PEAK PERFORMANCE IN SPORTS: ACUPUNCTURE, HYPNOSIS 190

Jovita Pajtler
VPLIV PSIHIČNIH OBREMENITEV NA DELOVNO SPOSOBNOST / THE IMPACT OF PSYCHOLOGICAL STRESS ON THE CAPACITY FOR WORK 195

Nina Pantić Ćehajić
ZAVODSKI MOBILNI SPECIALNO-REHABILITACIJSKI PEDAGOG V SREDIŠČU CELOSTNE OBRAVNAVE GIBALNO OVIRANIH OTROK V REDNIH PROGRAMIH VIZ / INSTITUTIONAL MOBILE SPECIAL REHABILITATION EDUCATOR IN THE CENTRE OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO PHYSICALLY DISABLED CHILDREN IN REGULAR EDUCATIONAL PROGRAMMES 203

Jan Pipan, Anton Zupan
OSEBE Z ŽIVČNO-MIŠIČNIMI BOLEZNIMI IN INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKA TEHNOLOGIJA / PEOPLE WITH NEUROMUSCULAR DISORDERS AND INFORMATION-COMMUNICATION TECHNOLOGY 209

Melita Sajko, Natalija Uršulin-Trstenjak, Davor Levanić, Jurica Veronek
PREHRANA I STAVOVI STUDENATA U NASTAJANJU KARDIOVASKULARNIH BOLESTI / DIET AND ATTITUDES OF STUDENTS IN THE PROGRESS OF CARDIOVASCULAR DISEASES 217

Katja Skoliber, Joca Zurc
POZNAVANJE IN UPORABA AKUPUNKTURE V NOSEČNOSTI / KNOWLEDGE AND USE OF ACUPUNCTURE IN PREGNANCY 226

Helena Sok, Tatjana Horvat, Joca Zurc
FIZIOTERAPEVT – V PRIHODNOSTI STAROSTNIKA / A PHYSIOTHERAPIST IN THE ELDERLY PEOPLES' FUTURE 232

Slaviša Stanišić
NAUČNIM ISTRAŽIVANJEM I NA DOKAZIMA ZASNOVANOJ MEDICINI DO KVALITETNOG STRUČNOG RADA U SAVREMENOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI / WITH SCIENTIFIC RESEARCH AND EVIDENCE-BASED MEDICINE TO THE QUALITY OF PROFESSIONAL WORK IN MODERN HEALTH CARE 240

Valerija Šinkovec, Mojca Trček
ŽIVLJENJE S PARKINSONOVO BOLEZNIJO /
LIFE WITH PARKINSON'S DISEASE 244

Zmago Turk
AKUPUNKTURA IN BOLEČINSKI SINDROMI /
PAIN SYNDROMES AND ACUPUNCTURE 250

Monika Tuš, Simona Videnšek
POJAVNOST STRESNE URINSKE INKONTINENCE MED FIZIOTERAPEVTI V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU MARIBOR / OCCURRENCE OF URINARY STRESS INCONTINENCE AMONG PHYSIOTHERAPISTS AT THE UNIVERSITY CLINICAL CENTRE MARIBOR 253

Tomaž Velnar, Lidija Gradišnik, Mateja Hauser, Bojana Marič, Zlatka Murtić, Uroš Maver
VSEBNOST VITAMINA D V TELESU KOT MOTIVACIJSKI DEJAVNIK ZA DEJAVNOST STAREJŠIH / THE BODY CONTENT OF VITAMIN D AS A MOTIVATIONAL FACTOR FOR THE ACTIVITY AMONG THE ELDERLY 260

Jasna Vešligaj Damiš, Maja Čeh
DOLGOTRAJNA REHABILITACIJA ZA OSEBE S PRIDOBLJENO MOŽGANSKO POŠKODBO V SLOVENIJI – RAZLOGI, POTREBE IN PONUDBA STORITEV / LONG TERM REHABILITATION OF PEOPLE WITH ABI IN SLOVENIA - GROUNDS, NEEDS AND OFFER OF SERVICES 264

Marko Vidnjevič, Armin Paravlić, Urška Gašperin
TENSIOMYOGRAPHY MEASUREMENTS OF MUSCLE BY ELDERLY PEOPLE; IMPLEMENTATION OF PHYSICAL ACTIVITIES WITH TWO LEVEL INTERVENTIONS 273

Martina Visočnik, Tine Kovačič
VPLIV PROGRAMA SPECIALNE OLIMPIADE MLADI ŠPORTNIK NA GIBALNE SPOSOBNOSTI VRTČEVSKIH OTROK Z RAZVOJNIMI MOTNJAMI – PILOTSKA ŠTUDIJA Z UPORABO PROTOKOLA KONTROLNE KLINIČNE ŠTUDIJE / IMPACT OF SPECIAL OLYMPICS YOUNG ATHLETES PROGRAMME ON MOTOR SKILLS OF KINDERGARTEN'S CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS: PILOT STUDY USING RANDOMISED CONTROL STUDY DESIGN 280

Alenka V. Simonič
GIBALNO-PLESNA TERAPIJA KOT PODPORNA DEJAVNOST V SKUPNOSTNI SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE / DANCE MOVEMENT THERAPY AS A SUPPORTIVE ACTIVITY IN COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES 287

Iva Weingerl, Simona Videnšek
FIZIOTERAPEVTSKI VIDIK UČINKOV TELESNE VADBE PO METODI PILATES NA POTEK NOSEČNOSTI, POROD IN OKREVANJE PO NJEM / PHISYOTHERAPEUTICAL VIEW ON THE EFFECTS OF PILATES EXERCISE ON PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTPARTUM RECOVERY 298

Mateja Znika
STAVOVI STUDENATA PRVE GODINE STUDIJA FIZIOTERAPIJE PREMA STARIJIM OSOBAMA / FIRST YEAR STUDENTS OF PHYSIOTHERAPY ATTITUDES TOWARDS THE ELDERLY 306

Mag. Marija Zrim
MOŽNOSTI ZA KARIERNI RAZVOJ ZAPOSLENIH Z ZAKLJUČENIM PODIPLOMSKIH ŠTUDIJEM V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA / POSSIBILITIES OF CAREER DEVELOPMENT OF EMPLOYEES WITH A POSTGRADUATE DEGREE IN MURSKA SOBOTA GENERAL HOSPITAL 312

Tanja Žmauc, Metka Lipič Baligač
ABSENTIZEM V ZDRAVSTVENI NEGI – IZZIV ZA MENEDŽMENT / ABSENTEEISM IN NURSING – CHALLENGE FOR MANAGEMENT 323

Sara Žumer, Alen Kapel, Joca Zurc
VLOGA ZDRAVSTVENEGA DELAVCA V ZOBOZDRAVSTVU PRI OSEBAH S POSEBNIMI POTREBAMI / THE ROLE OF DENTAL HEALTH PROFESSIONALS WORKING WITH PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS 333

Dijana Babić, dipl.med.tech.,
Klinika za kardiovaskularne bolesti "Magdalena", Krapinske Toplice
Zrinka Mach, dipl.med.lab.ing.,
doktorant, Alma Mater Europaea - ECM

SURADNJA IZVANBOLNIČKIH I BOLNIČKIH MEDICINSKIH SESTARA U UNAPREĐENJU SKRBI ZA PACIJENTE STARIJE ŽIVOTNE DOBI

COOPERATION BETWEEN COMMUNITY AND HOSPITAL NURSES IN IMPROVING CARE FOR ELDERLY PATIENTS

Povzetek

Medicinske sestre imaju važnu ulogu u kompleksnome lancu bolničke i izvanbolničke skrbi za bolesne osobe. Njihova osnovna zadaća je organiziranje, planiranje i provođenje zdravstvene njege, te pravovremeno reagiranje na postojeće i moguće zdravstvene probleme bolesnika.

Starenje populacije i porast udjela kroničnih bolesti, te potrebe za produljenim oblicima njege i skrbi predstavljaju izazov za sustave zdravstvene zaštite. U razvijenim zdravstvenim sustavima već sada se potiče izvaninstitucijski pristup zbrinjavanju kronično bolesnih osoba kojima je potrebna pomoć u oporavku i postizanju određene kvalitete života. Suradnja između sestara koje rade u bolničkim ustanovama i onih koje rade u zajednici od presudne je važnosti u osiguranju kontinuiteta skrbi za pacijente.

Primjena standardizirane sestrinske dokumentacije, te komunikacija i koordinacija u planiranju i provođenju postupaka u zdravstvenoj njezi između sestara koje sudjeluju u skrbi imaju direktan utjecaj na oporavak bolesnika i postizanje optimalnog učinka liječenja.

Provedenim istraživanjem nastojalo se utvrditi kakvi oblici suradnje i komunikacije postoje između bolničkih sestara i sestara u zajednici u skrbi za bolesnike starije dobi po otpustu s bolničkog liječenja. Također nas je interesiralo kakvo je viđenje i perspektiva navedene suradnje sa stajališta medicinskih sestara koje u njoj sudjeluju.

Ključne riječi: suradnja, medicinske sestre, zdravstvena njega, starije osobe

Abstract

Nurses play an important role in the complex process of hospital and outpatient care for the sick. Their main task is to organize, plan and implement health care, and timely responses to existing and potential health problems of patients.

The aging population and the increase in the share of chronic diseases and the need for prolonged forms of nursing and care a challenge for health care systems. In developed health systems already encourages non-institutional approach to disposing of chronically ill people who need help in the recovery and achieving a certain quality of life. Cooperation between nurses working in hospitals and those who work in the community is crucial in ensuring the continuity of care for patients.

The use of standardized nursing documentation, and communication and coordination in planning and implementation procedures in health care between the nurses involved in the care have a direct impact on patient recovery and achieve the optimal treatment effect.

This research sought to determine what forms of cooperation and communication exist between hospital nurses and nurses in community care for elderly patients after discharge from hospital treatment. We were also interested in what the vision and perspective of such co-operation from the perspective of nurses who take part in it.

Key words: cooperation, nurses, health care, elderly

1 Teoretična ishodišča

Medicinske sestre imaju važnu ulogu u kompleksnome lancu bolničke i izvanbolničke skrbi za bolesne osobe. Sestrinstvo je izdvojeno kao samostalna profesionalna disciplina i neovisno je od drugih profesija unutar zdravstvenog sustava.

Glavni ciljevi sestrinstva kao profesije temelje se na nekoliko osnovnih načela, a to su promicanja zdravlja i prevencija bolesti, pomoć u oporavku od bolesti i vraćanju zdravlja, te pomoć u ublažavanju patnji u stanjima teških i neizlječivih bolesti (McEwen, 2002).

Zajednička komponenta djelovanja svih medicinskih sestara, bez obzira na mjesto i okruženje u kojem rade, jest sustavan pristup otkrivanju i rješavanju zdravstvenih problema iz njihova djelokruga koji se temelji na promatranju i procjeni fizičkog i psihičkog stanja te ponašanja, iz čega proizlazi planiranje, provođenje i evaluacija uspješnosti sestrinske skrbi (McEwen, Williams, 2011).

Razvoj suvremenih teorija zdravstvene njege s klijentom u središtu interesa, njihova implementacija u praksi, razvoj sestrinske edukacije i profesionalnih regulativa doveli su do jačanja i osamostaljivanja uloge medicinske sestre u sustavu zdravstvene skrbi.

Uvođenjem standardizacije u postupke zdravstvene njege rad medicinskih sestara postaje mjerljiv i usporediv na čemu se temelji koncept kvalitete određene usluge.

Poznato je da su osobe starije životne dobi (65+) podložnije obolijevanju od bolesti, pogotovo onih koje su kroničnoga tipa (kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti, reumatske bolesti i sl.). Bolest uzrokuje i ubrzava opadanje funkcija organa i organskih sustava, iako ne svih i ne u podjednakoj mjeri. Također je poznato da se starije osobe teže i dulje oporavljaju od stresa koji na organizam ostavlja bolest, te zahtijevaju neki od oblika dugotrajnije skrbi i njege koja nije ograničena samo na onu pruženu u bolničkim ustanovama.

Često je tijek bolesti i liječenja presudan čimbenik koji može utjecati na mogućnost samostalnog života i brige za sebe, što je direktno povezano s kvalitetom života u starijoj dobi. Boravak u bolničkoj ustanovi nadalje može imati obeshrabrujući učinak na stariju osobu, od narušavanja dnevne rutine, težeg razumijevanja bolničkih protokola, depersonalizacije osobe same, te složenije prilagodbe na nove načine života i ponašanja koje uvjetuje zdravstveno stanje (Cornwell et al., 2012).

Kako se radi o osjetljivoj i teže prilagodljivoj skupini bolesnika, posebno je važno raditi na postupcima unapređenja kvalitete zdravstvene njege, postizanja standardiziranih mjerila u obavljanju zadataka te ostvarivanju kontinuiteta u skrbi koja može iz objektivnih razloga biti produljena.

Uloga međusobne suradnje između medicinskih sestara posebno je naglašena u vrijeme novih izazova i razvoja na području medicine i zdravstvene njege uzimajući u obzir promjene koje se događaju u demografskim, sociološkim i kulturološkim obilježjima stanovništva.

Suradnja između zdravstvenih profesionalaca ima pozitivan učinak na ishod liječenja pacijenta, skraćivanje dana bolničkog boravka, reduciranje troškova skrbi, porast zadovoljstva radom među osobljem i unapređenje timskog rada (Wang, Hailey, Yu, 2011).

Suradnja između primarne i sekundarne skrbi je jasan primjer potrebe za integracijskim strategijama, jer se skrb temelji na holističkom pristupu, te je potrebno izbjeći učinke fragmentiranja, umnožavanja i neželjenih učinaka u njezi (Keenan et al., 2008). Postoji potreba za osmišljavanjem učinkovitijih kanala komunikacije između zdravstvenih djelatnika na primarnoj i sekundarnoj razini kako bi se integrirala njihova uloga u praksi.

Kada zdravstveni djelatnici ne komuniciraju učinkovito, ugrožena je sigurnost bolesnika na nekoliko načina: manjkaju važne informacije, dobivene informacije mogu biti krivo interpretirane, razmjena informacija može biti nejasna i time uzrokovati previde u skrbi za pacijenta (Haggerty et al., 2003).

Važne informacije u zdravstvenom sustavu najčešće se prenose pisanim putem (otpusno pismo) ili elektroničkim putem (nalazi).

U literaturi je naglašena važnost dosljedne dokumentacije koja sadrži relevantne podatke o promjenama stanja, nalazima, anamnezi, pretragama, provedenom liječenju i ishodima postupaka (Johnson, Throndson, 2015).

Ukoliko stručnjaci različitih disciplina ne komuniciraju između sebe, neće se dogoditi konzistencija i kontinuitet u skrbi. Suradnja u skrbi se može ostvariti samo ako članovi tima rade zajedno i dijele informacije (Gardner, 2005).

Kontinuitet skrbi u sestrinstvu odnosi se na prijenos informacija o stanju pacijenta i koordiniranje postupaka njege kroz određene periode bolesti. Naglasak je na komunikaciji između sestara koje sudjeluju u procesu zdravstvene njege. Cilj je održati dosljedan pristup u postupcima njege između sestara i prilagoditi skrb individualnim potrebama pacijenta koje se mogu mijenjati tijekom bolesti (Collaborative Nursing Practice, 2011).

Većinom se o kontinuitetu skrbi u sestrinskoj djelatnosti govori u situacijama planiranja otpusta bolesnika iz bolničkog okruženja u drugu stacionarnu ustanovu, ustanove za starije i nemoćne ili vlastiti dom.

Čimbenici koji doprinose manjkavosti informacija o stanju pacijenta jesu nekonzistentna sestrinska dokumentacija, slabo definirani planovi zdravstvene njege i različite komunikacijske navike (Johnson, Throndson, 2015).

2 Metodologija

U radu je primarno korištena kvalitativna metoda prikaza slučaja. Za prikupljanje podataka korištena je literatura i iskustvo u radu i suradnji s kolegicama na različitim radilištima koje imam kao diplomirana medicinska sestra. Također je u svrhu prikupljanja podataka proveden polustrukturirani intervju s unaprijed pripremljenim pitanjima. Ispitanici su na pitanja iz intervjua odgovarali na svome radnome mjestu gdje trenutno rade. Tijekom razgovora s ispitanicima zapisivani su njihovi odgovori i bilješke koje su ispitivaču bile značajne u procjeni razine i kvalitete interprofesionalne suradnje.

Za prikaz slučaja odabrali smo dvije medicinske sestre višeg stupnja obrazovanja zaposlene u Klinici za kardiovaskularne bolesti na radnome mjestu glavne sestre bolničkog odjela.

Navedene ispitanice imaju višegodišnje iskustvo u radu sa starijim kronično bolesnim osobama i osobno sudjeluju u planiranju, provođenju i evaluaciji zdravstvene njege. Također su u svome djelokrugu rada uključene u planiranje otpusta i premještaja pacijenata u druga stacionarna okruženja ili kući. Sukladno tome, komuniciraju s kolegicama i kolegama u suradnim ustanovama, te patronažnoj djelatnosti koja se nalazi u sastavu lokalnih Domova zdravlja prema mjestu stanovanja pacijenta.

Za prikaz slučaja odabrali smo četiri patronažne medicinske sestre višeg stupnja obrazovanja zaposlene u Patronažnoj službi Doma zdravlja Zagreb – Zapad. Navedene ispitanice imaju također višegodišnje iskustvo u skrbi za starije kronično bolesne osobe u lokalnoj zajednici.

Također svakodnevno sudjeluju u procjeni potreba pacijenta za zdravstvenom njegom, nadziru njezino provođenje i evaluiraju učinke provedene njege. Samostalno provode edukaciju pacijenata i članova obitelji u njihovom domu, te surađuju sa stručnjacima različitih profila (liječnici, socijalni radnici i drugi) u ostvarivanju i zagovaranju prava pacijenta na zdravlje i primjerene životne uvjete.

S obzirom na to da skrbe za različite skupine bolesnika na svome terenu, dobro su upoznate s potrebama pacijenata i njihovih obitelji. Također sudjeluju u nastavku skrbi za pacijente koji su otpušteni kući s bolničkog liječenja i zahtijevaju neki od oblika zdravstvene potpore.

Komuniciraju sa sestrama iz bolnica kako bi si osigurale potrebne informacije važne za nastavak njege i liječenja u kućnim uvjetima.

3 Rezultati

Analizom podataka prikupljenih iz literature i podataka dobivenih na temelju razgovora s ispitanicima pokušalo se doći do odgovora na pitanje kakve se vrste suradnje između bolničkih medicinskih sestara i onih koje rade u zajednici trenutno ostvaruju i utječu li na kvalitetu skrbi za bolesne osobe starije životne dobi.

Tijekom intervjua s medicinskim sestrama koje rade u različitim okruženjima saznali smo da je suradnja trenutno nepotpuna i nezadovoljavajuća prema kriterijima struke.

Ona se temelji prvenstveno na primjeni pisanih oblika komunikacije i razmjeni informacija koje nisu dostatne za planiranje i provođenje kvalitetne kontinuirane skrbi za pacijenta.

Standardizirana sestrinska dokumentacija, koja je zakonski podržana i stavljena u službenu uporabu, ne primjenjuje se dosljedno i u jednakoj mjeri u svim ustanovama.

Sestre procjenjuju da im problem u osiguranju kontinuirane skrbi predstavlja nedostupnost informacija i podataka potrebnih za planiranje i provođenje procesa zdravstvene njege.

Iz navedenog se daje zaključiti da je zdravstvena njega relativno konzistentna dok se odvija u jednom okruženju, te da se ne događa njezin prijenos u drugo okruženje koje nastavlja skrb za pacijenta.

Kao glavne prepreke u ostvarivanju kvalitetne suradnje medicinske sestre definiraju manjak vremena (preopterećenost poslom), manjak motivacije i nedostatak znanja unutar profesije o specifičnim ulogama sestara koje rade na različitim mjestima i imaju drugačije djelokruge rada.

Sestre ističu potrebu za poboljšanjima i unapređenjem na području profesionalne suradnje.

Procjenjuju da bi bolja suradnja omogućila postizanje kontinuiteta u skrbi za pacijenta, te omogućila pozitivan razvoj i unapređenje profesije.

4 Rasprava

U razvijenim zdravstvenim sustavima kvalitetna skrb za pacijenta se zasniva na timskom radu i multidisciplinarnom pristupu rješavanju problema.

Suradnja između članova tima i drugih stručnjaka uključenih u skrb i njegu od iznimne je važnosti. Ona se prvenstveno temelji na dobroj međusobnoj komunikaciji i razmijeni informacija bitnih za planiranje i provođenje zdravstvene skrbi.

Propusti u komunikaciji su vodeći uzrok nastanka neželjenih događaja u bolničkom okruženju (Haggerty et al., 2003).

Manjak odgovarajuće komunikacije proizvodi okolnosti u kojima se mogu dogoditi medicinske pogreške koje mogu uzrokovati ozljedu pacijenta ili dovesti do neočekivane smrti (Haggerty et al., 2003).

Učinkovita komunikacija koju prakticira cijeli tim uključen u skrb za pacijenta povećava razinu zajedničkih znanja i definira ciljeve koji se odnose na pacijenta i njegov plan skrbi (Johnson, Throndson, 2015).

Komunikacija i suradnja između medicinskih sestara koje rade u različitim okruženjima prvenstveno je važna jer omogućava prijenos i razmjenu informacija potrebnih za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege, te doprinosi ostvarenju kontinuiteta u skrbi za pacijenta. Time zdravstvena njega pružena pacijentu ostaje cjelovita, fluidna i konceptualno dosljedna, čime se doprinosi njezinom maksimalnom učinku.

Strauss i Corbin (1998) napominju da usmjereni rad koji ima cilj i svrhu, kako oni vide medicinsku skrb, zahtijeva protok informacija prije i poslije svakog učinjenog zadatka ili skupina zadataka kako bi se održao kontinuitet u skrbi. Zadaci nisu izolirani, nego se isprepliću i grade jedan na drugom kako bi se ostvarili definirani ciljevi u skrbi (Keenan et al., 2008).

Suradnja je vrlo važan koncept unutar zdravstvenih sustava koji se, između ostalog, temelji na uvažavanju međusobnih uloga koje stručnjaci različitih specijalnosti imaju u donošenju odluka, planiranju i definiranju ciljeva u skrbi.

Medicinske sestre imaju značajnu ulogu u procesu oporavka i rehabilitacije nakon akutne bolesti ili faze pogoršanja kronične bolesti. Vrlo je važno da sestre kao profesionalci prepoznaju međusobno vlastiti doprinos u procesu skrbi za pacijenta, te na taj način potiču i jačaju suradnju unutar profesije.

Prema Page (2004) dvije su temeljne predodrednice dobre suradnje: osobne kliničke kompetencije i međusobno povjerenje i uvažavanje. Nadalje, važne karakteristike uključuju razumijevanje zajedničkih ciljeva i uloga, učinkovitu komunikaciju, podjelu u donošenju odluka i učinkovito rješavanje konfliktnih situacija (Barker, Day, Salas, 2006).

Suradnja između medicinskih sestara koje sudjeluju u različitim fazama oporavka bolesnika temelji se uglavnom na razmjeni informacija u pisanom obliku (sestrinsko otpusno pismo), dok se u manjoj mjeri koriste komunikacija telefonom ili elektroničkom poštom.

Pri razmjeni informacija o stanju i potrebama pacijenta sestre često koriste prilagođene obrasce i izričaj, što doprinosi nerazumijevanju sadržaja i nejasnoći podataka.

Uporaba standardiziranog jezika u sestrinskoj praksi omogućava isto definiranje koncepata sestrinske skrbi i formiranje na teoriji utemeljenih i usporedivih podataka. Stoga njegova primjena promiče razumijevanje i kontinuitet skrbi, te omogućava korištenje prikupljenih podataka u istraživačke i upravljačke svrhe (Wang, Hailey, Yu, 2011).

Unatoč velikom priznanju važnosti kvalitetne sestrinske dokumentacije i nastojanjima da se ona poboljša, i dalje su prisutne nedosljednosti u definiranju „dobre" sestrinske dokumentacije zbog varijacija koje se primjenjuju u praksi, a proizlaze iz različitih lokalnih potreba, dokumentacijskih sistema i terminologija u različitim zemljama i okruženjima (Wang, Hailey, Yu, 2011).

5 Zaključci

Suradnja između medicinskih sestara koje rade u različitim okruženjima od vitalne je važnosti za osiguranje kontinuiteta u procesu zdravstvene njege i pružanje kvalitetne zdravstvene usluge.

Svaka suradnja unutar bilo koje profesije počiva na dobroj i učinkovitoj komunikaciji i razmjeni informacija, te uvažavanju međusobnih uloga koje svaki član tima ima tijekom liječenja i oporavka pacijenta.

Osobe starije životne dobi često imaju više zdravstvenih problema, sklonije su ozljedama, teže podnose promjene koje donosi boravak u bolničkoj ustanovi, te često zahtijevaju više skrbi i potpore nego drugi pacijenti.

Zato je iznimno važno osigurati kontinuitet u procesu liječenja i njege koji se iz objektivnih razloga mogu nastaviti odvijati i po otpustu pacijenta iz bolnice.

Literatura:

Barker DP., Day R., Salas E. Teamwork as an essential component of high-reliability organization. Health Serv Res. 2006; 41(4 Pt 2): 1576–1598. Dostupno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955345/ (14.1.2016).

Collaborative Nursing Practice. 2011. Dostupo na:
http://www.nursetogether.com/collaborative-nursing-practice (13.1.2016).

Cornwell J., Levenson R., Sonola L., Poteliakhoff E. Continuity of Care for Older Hospital Patients; A call for action. The Kingsfund; 2012. Dostupno na: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients--mar-2012.pdf (13.1.2016).

Gardner D.B. Ten Lessons in Collaboration. The Online Journal of Issues in Nursing. 2005; 10(1). Dostupno na: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_116008.aspx (13.1.2016).

Haggerty J., Reid RJ., Freeman GK., Starfield BH., Adair CE., McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ; 2003: 327:1219–1221. Dostupno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/ (14.1.2016).

Johnson C., Throndson K. Communicate with me: Information exchanges between nurses. Dostupno na: https://www.canadian-nurse.com/articles/issues/2015/march-2015/communicate-with-me-information-exchanges-between-nurses (11.1.2016).

Keenan GM.,Yakel E., Tschannen D., Mandeville M. Documentation and the Nurse Care Planning Process; 2008. Dostupno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2674/ (16.1.2016).

McEwen M. Community-Based Nursing. Second edition, St.Louis: Saunders; 2002.

McEwen M., Williams EM. Theoretical basis for nurses. Third edition, Philadelphia: Lippincott, Williams&Wilkins; 2011. Dostupno na http://www.rhc.ac.ir/Files/Download/pdf/nursingbooks/Theoretical%20Basis%20for%20Nursing-2011%20-%20CD.pdf (16.1.2015).

Page S. Measuring accountability for results in interagency collaboratives. Public Administration Review. 2004; 64(5): 591-606.

Strauss AL., Corbin J. Basics of Qulaitative Research:Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park: Sage Publications; 1998.

Wang N., Hailey D., Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. Dostupno na: http://www.uow.edu.au/~ping/publication/Wang2011.pdf (4.1.2016).

Ivan Balagović, dipl. physioth.,
Specialna bolnica za medicinsku rehabilitaciju, Krapinske Toplice
doc. ddr. Joca Zurc,
Alma Mater Europaea - ECM

DOŽIVLJAJ ZDRAVLJA I KVALITETA ŽIVOTA OSOBA NAKON MOŽDANOG UDARA

EXPERIENCE OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE AMONG STROKE SURVIVORS

Sažetak

Uvod: Danas postoji opća suglasnost da pojam zdravlja podrazumijeva nešto više od same odsutnosti bolesti ili nesposobnosti, odnosno da obuhvaća potpunu funkciju ili učinkovitost tijela, uma, te socijalnu prilagodbu. U poimanju kvalitete života i doživljaja zdravlja bolesnika neophodno je uzeti u obzir njegov subjektivni osjećaj zdravlja koji je u vezi s njegovom bolešću. Procjena kvalitete života uvjetovane zdravljem uključuje utjecaj zdravlja na opće stanje bolesnika u ključnim područjima svakodnevnog funkcioniranja, a to su tjelesno i mentalno zdravlje, društveni život, uloga u društvu i opći osjećaja zdravlja. Istraživanje je imalo za cilj ispitati subjektivni doživljaj zdravlja i kvalitete života u bolesnika nakon moždanog udara.

Metode: U realizaciji postavljenog istraživačkog pitanja, odnosno dobivanja uvida u doživljaj zdravlja kod osoba nakon moždanog udara, prikupili smo podatke polu-strukturiranim intervjuom u kojem smo koristili pitanja preuzeta iz upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života WHOQOL-BREF, te ih obradili postupkom kvalitativne analize prikaza slučaja u skladu s postupkom otvorenog kodiranja koji je proveden na tri razine: pripisivanje pojmova empirijskoj građi, pridruživanje pojmova srodnoj kategoriji, te analiza značenja pojmova i kategorija. U kvalitativnoj analizi prikaza slučaja sudjelovale su tri osobe koje su preboljele moždani udar.

Rezultati i rasprava: Dobiveni rezultati pokazuju jasan uvid u kvalitetu života i doživljaj zdravlja te nam pokazuju da kvalitetu života nekog pojedinca nije moguće procijeniti samo na osnovi poznavanja objektivnih uvjeta u kojima osoba živi ili eventualnih objektivnih poteškoća koje ga opterećuju. Dobivene su kategorije zdravlje, nemogućnost kretanja, okolina, podrška prijatelja i psihička domena kao utjecaj na kvalitetu života. Članak donosi prikaz doživljaja zdravlja i kvalitete života pojedinaca koji se susreću s moždanim udarom te nam daje uvid u fizičko zdravlje, psihološki status, socijalne odnose i okoliš onako kako ih vidi sam pojedinac.

Zaključak: Uvidom u doživljaj zdravlja i kvalitetu života pojedinca s moždanim udarom, dobivaju se vrijedna saznanja kako pojedinci gledaju na svoje zdravlje i kvalitetu života, te se na taj način olakšava razumijevanje njih samih u procesu oporavka.

Ključne riječi: zdravlje, kvaliteta, moždani udar, subjektivna procjena, intervju

Summary

Introduction: It is generally accepted that the concept of health means something more than just the absence of disease or infirmity, and this includes full functionality or efficiency of body and mind, as well as social adjustment. To understand the quality of life and patient's health experience, it is necessary to take into account patient's subjective feeling of health that is related to patient's disease. Assessment of the quality of life that is caused by the impact of health includes the influence of the patient's health on general patient's condition in key areas of everyday functioning: the physical and mental health, social life, role in society and a general feeling of health. The objective of the study was to investigate the subjective experience of health and quality of life in patients after stroke.

Methods: This paper presents the results of the qualitative analysis of the semi-structured interviews of patients related to their experience of health after stroke. In interviews, questions from questionnaires of the World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF were used. Qualitative analysis procedure has been conducted by open coding on three levels, using attributing of relevant notions to the empirical material, association of notions to concepts and analysis of meaning of relevant notions and categories. Case studies involved three stroke survivors.

Results: The results give us a clear insight into the quality of life and health experience of patients and indicate that the quality of life of an individual cannot be assessed only on the basis of objective living conditions or the possible objective life difficulties that burden those individuals.

Discussion: This paper provides an overview of health experience and quality of life of stroke survivors and gives us an insight into their physical health, psychological status, social relations and the environment as perceived by individuals themselves. Conclusion: By having an insight in the experience of health and quality of life among stroke survivors, we get valuable findings on their health and quality of life that help in understanding them during the process of recovery.

Key words: health, quality, stroke, subjective assessment, interview

1 Uvod

Dobrobit življenja nekog pojedinca nemoguće je procijeniti samo na osnovi poznavanja objektivnih uvjeta u kojima osoba živi ili eventualnih objektivnih poteškoća koje ga opterećuju. Korelacija između opažene zdravstvene patologije i subjektivnog blagostanja nije linearna niti jednoznačna. Srž pojma dobrobit življenja čini kod svakog pojedinca njegov doživljaj zadovoljstva načinom života i njegovim tijekom te uvjetima, perspektivama mogućnostima i ograničenjima koje svaki pojedinac ima u svom životu. Dobrobit življenja pojedinca ne ovisi primarno o prednostima koje mu se pružaju, niti o nedostacima koji ga opterećuju, već o njegovoj vlastitoj mogućnosti kompenzacije nedostataka i korištenja postojećih prednosti (Avelini Holjevac, 2001). Prema današnjim shvaćanjima, smatra se da pojam kvalitete života pretpostavlja kombinaciju objektivnih i subjektivnih varijabli. Dva su osnovna aspekta koncepta kvalitete života: subjektivnost i multidimenzionalnost. Subjektivnost se odnosi na činjenicu da se kvaliteta života može razumjeti samo iz perspektive pojedinca, multidimenzionalnost se odnosi na determinante kvalitete života koje su specifične za svakoga pojedinca i kandidiraju se iz svih dimenzija ljudskog postojanja (Vuletić 1999). U poimanju kvalitete života i doživljaja zdravlja neophodno je uzeti u obzir subjektivni osjećaj zdravlja koji je u svezi s bolešću. Procjena kvalitete života uvjetovane zdravljem uključuje utjecaj zdravlja na opće stanje bolesnika u ključnim područjima svakodnevnog funkcioniranja, a to su tjelesno i mentalno zdravlje, društveni život, uloga u društvu i opći osjećaj zdravlja. Krizmanić i Kolesarić (1989) definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva. U posljednjih dvadesetak godina zabilježen je izraziti porast zanimanja za procjenom kvalitete života uvjetovane zdravljem. Istraživanja su potvrdila da vanjski događaji koreliraju sa samoprocjenama zadovoljstva i kvalitete života (Costa i Mcrae, 1980). Međutim u ponovljenim istraživanjima, Diener i Suh (1999) utvrđuju da je veličina efekta događaja na zadovoljstvo mala te da vanjskim okolnostima i događajima može biti pripisan samo dio varijance. Istraživanja su pokazala da se pod utjecajem vanjskih događaja razina zadovoljstva nedvojbeno mijenja, no nakon određenog vremena se vraća na prosjek karakterističan za dotičnog pojedinca i to u područje umjereno pozitivnih vrijednosti kada se gleda na teorijski raspon zadovoljstva. Možemo reći da i vanjski i unutrašnji faktori imaju značajnu ulogu u objašnjavanju općeg zadovoljstva i kvalitete života.

Moždani udar je bolest koja se može pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi, no najčešće se pojavljuje kod osoba starije životne dobi. Moždani udar označava naglo nastali neurološki poremećaj uzrokovan poremećajem moždane cirkulacije. Poremećaj cirkulacije dovodi do nedovoljne opskrbe određenih dijelova mozga kisikom i hranjivim tvarima. Nedostatak kisika i hranjivih tvari uzrokuje oštećenje i odumiranje živčanih stanica u dijelovima mozga koje opskrbljuje oštećena krvna žila, što za posljedicu ima oštećenje onih funkcija kojima ti dijelovi mozga upravljaju (Brinar i sur. 1996). Oštećenja struktura i problemi tjelesnih funkcija koji nastaju kao posljedica moždanog udara pojavljuju se u vrlo širokom spektru. Problemi se mogu manifestirati u motoričkom, senzoričkom, autonomnom i neuropsihološkom području funkcioniranja (Zifko i Barolin Gerhard 2003). Problemi su obično međusobno isprepleteni ovisno o mjestu i opsegu oštećenja živčanog sustava (S. Edwards 1996).

Klinička slika nakon moždanog udara razlikuje se kod svake osobe. Problemi nisu prisutni kod svih osoba jednako, neki problemi mogu biti manje izraženi, neki problemi se ne javljaju kod pojedinih osoba, a to ponajprije ovisi o lokalizaciji samog oštećenja mozga, dok neki problemi mogu dugotrajno perzistirati kod pojedinih pacijenata (Mills i sur. 1997). Prema lokalizaciji najčešćih oštećenja krvnih žila koje opskrbljuju mozak, možemo razlikovati ljevostrani moždani udar središnje cerebralne arterije, koji za posljedicu ima afaziju, oralnu i apraksiju ekstremiteta, smetnje verbalnog učenja te depresivne promjene raspoloženja. Desnostrani moždani udar središnje cerebralne arterije najčešće ima za posljedice vidno prostorna oštećenja, oštećenja neverbalnog učenja, oštećenja pragmatičkog aspekta govora te smetnje pažnje. Prednja anteriorna komunikacijska arterija povezuje anteriorne cerebralne arterije, te je često mjesto aneurizme. Problemi koji se javljaju najčešće su konfabulacije, smanjena inhibicija teška anterogradna i retrogradna amnezija, oštećenja izvršnih funkcija te smanjena svjesnost (Kostović Srzentić 2008).

Istraživanje je imalo za cilj ispitati subjektivni doživljaj zdravlja i kvalitete života u bolesnika nakon moždanog udara. Postavili smo sljedeće istraživačko pitanje: Kako osobe subjektivno doživljavaju zdravlje i kvalitetu života nakon moždanog udara?

2 Metode i mjerni instrumenti

U realizaciji postavljenog pitanja, odnosno dobivanja uvida u doživljaj zdravlja kod osoba nakon moždanog udara, prikupili smo podatke polustrukturiranim intervjuom u kojem smo koristili pitanja preuzeta iz upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života WHOQOL-BREF, (The World Health Organization Quality of Life 2004, http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf), te ih obradili postupkom kvalitativne analize u skladu s postupkom otvorenog kodiranja koji je proveden na tri razine: pripisivanje pojmova empirijskoj građi, pridruživanje pojmova srodnoj kategoriji te analiza značenja pojmova i kategorija (Mesec, 1998).

2.1 Uzorak

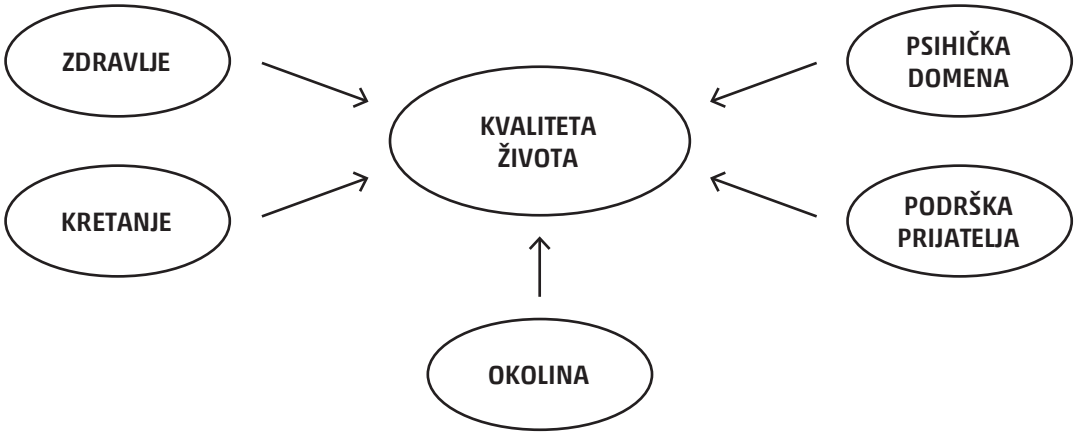
Intervju je proveden u domu ispitanika. Uzorak ispitanika u intervjuu su tri osobe koje su preboljele cerebrovaskularni inzult. Pitanja su pripremljena unaprijed te se tijek intervjua snimao. Osobe su dobrovoljno pristale na intervju, potpisale su dobrovoljni pristanak na sudjelovanje u intervjuu.

Tablica 1. Podaci o ispitanicama

Ispitanice	A	B	C
Dob	65	60	54
Spol	Ž	Ž	Ž
Stupanj obrazovanja	VŠS	VSS	SSS
Stanovanje	Sama	Sa suprugom	Djeca
Mjesto	Zagreb	Zagreb	Zagreb

3 Rezultati

Slika 1. Model dobivenih kategorija koje utječu na kvalitetu života



Analizom sadržaja odgovora na istraživačka pitanja Kako ste zadovoljni svojim zdravljem? Koliko se možete kretati uokolo? Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost? Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora? Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga? Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama i prijateljima? Kako bi ste procijenili kvalitetu svog življenja?

Dobiveni su odgovori svrstani u pet kategorija: (1) Doživljaj zdravlja, (2) Kvaliteta života, (3) Nesamostalnost u kretanju, (4) Psihička domena zdravlja, (5) Potpora prijatelja i okolina. Model dobivenih kategorija prikazan je na slici 1.

Doživljaj zdravlja

Rezultati pokazuju da osobe s moždanim udarom općenito svoje zdravlje doživljavaju kao nešto zabrinjavajuće i nezadovoljni su svojim zdravljem, „(B) Nisam zadovoljna sa svojim zdravljem zbog mnogih bolesti", te očekuju da će se zdravlje vratiti na bolje, (C) „prije nego me ovo snašlo bila sam zadovoljna sa svojim zdravljem, sad očekujem da će ići brže jer sve ide polako".

Kvaliteta života

Osobe svoju kvalitetu života smatraju smanjenom zbog opterećenosti stanjem u kojem se nalaze, (A) „opterećena sam nejdem nikuda od doma", kao i smanjenim zadovoljstvom, (B) „Kvaliteta i život povezani su u nekom smislu, ali nisam u potpunosti zadovoljna sa svojom kvalitetom življenja", ali također navode i pozitivne primjere kao što su obitelj, (C) „Odlično sve 5, bez obzira na ovaj nedostatak, moji me drže da moram ići prema napred", te uživanje u svakodnevici, (A) „U životu uživam onoliko koliko uspijem iskoristit svaku zgodu u kojoj se dobro osjećam".

Nesamostalnost u kretanju

Direktna posljedica moždanog udara svakako je i ispad motorike i normalnog pokretanja, te se iz odgovora dobiva da osobe nisu samostalne u pokretanju, (A) „U ovom bolesnom stanju se ne mogu kretati sama nigdje", (C) „Uz tuđu pomoć mogu se kretati ali treba uvijek biti sa mnom, sama ne mogu", odnosno da je za pokretljivost potrebno pomagalo kako bi osoba barem malo bila neovisna o tuđoj pomoći, (C) „po stanu hodam bez pomagala ali ponekad ju moram i u stanu koristiti jer nemam snage u rukama pa da nešto ne prospem, ali vani samo s hodalicom mogu nikako bez nje".

Psihička domena zdravlja

Na pitanje: Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?, dobiva se uvid u psihičku domenu zdravlja, a koja je vrlo važna za cjelokupni dojam o kvaliteti života. Iz dobivenih odgovora razvidno je da osobe s moždanim udarom često doživljavaju negativne osjećaje, (A) „Često doživljavam negativne osjećaje svaki dan po više puta", te svoje stanje povezuju s noćnim morama, (C) „Često me uhvati i baš razmišljam o tome, svaki dan razmišljam o tome dal će biti dobro kad će ta mora proći", te isto tako opterećenje sa situacijom u kojoj se nalaze, (C) „opterećena sam s tim, nisam navikla biti u zatvorenom, kad mi nešto loše krene odmah se loše osjećam, a to je svaki dan". Nadalje, osobe se često povlače u sebe i nemaju potporu u obitelji i prijateljima te i iz te domene proizlaze negativni osjećaji, (B) „svi su daleko od mene, neću nikom biti na brizi tako da nisam zadovoljna, povukla sam se u sebe, udaljile smo se, ljuta sam sama na sebe što mi se to dogodilo".

Potpora prijatelja i okolina

Potpora obitelji i prijatelja također igra važnu ulogu u kvaliteti života osoba s moždanim udarom. Na pitanje: Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama i prijateljima?, dobivaju se odgovori da su osobe zadovoljne s potporom bliskih osoba i prijatelja, (A) „Zadovoljna sam, dovoljno su dobri odnosi sa svima", (C) „Zadovoljna sam jesam jesam, i kad sam kući svaki dan netko dođe, nikad nije da netko ne dođe, brat, prijatelji stric strina".

Životni prostor u kojem osobe borave zadovoljava potrebe za život i osobe su njime zadovoljne, (B) „nemam nikakvih prepreka u stanu, zadovoljna sam sa stanom u kojem živim", (C) „Zadovoljna sam s stambenim prostorom, sve mi je na istom katu pa nije problem", odnosno potrebe koje stambeni prostor ne zadovoljava osoba vjeruje da će se njezino stanje popraviti, te na taj način i vratiti zadovoljstvo u potpunosti, (A) „Zadovoljna sam s stanjem, ali sada mi ne zadovoljava moje potrebe, ali nadam se da će mi biti bolje pa da ću biti zadovoljna".

Dostupnost medicinskih usluga osoba sa smanjenom pokretljivošću može predstavljati problem, ali osobe to kompenziraju telefonskim pozivima i dolascima liječnika u kućni posjet. (A) „Nisam zadovoljna jer daleko živim od medicinskih ustanova koje su mi potrebne zbog mog stanja u kojem jesam trenutno", (C) „Nisam zadovoljna jer mi je 10 km udaljen doktor, ali patronažna sestra dođe doma i telefonom se čujem s doktoricom".

4 Rasprava

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao pojedinčevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu (World Health Organization 1998). Iz tog razloga, provedeno je kvalitativno istraživanje na tri osobe koje su imale moždani udar, kako bi se saznalo kako one same procjenjuju svoju kvalitetu života i zdravlje nakon moždanog udara. Jednu od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života iznose Felce i Perry (1993), definirajući kvalitetu života kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca. Cummins (2000) kvalitetu života također definira multidimenzionalno, navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu.

Upravo zbog te multidimenzionalnosti postavlja se pitanje kako osobe s moždanim udarom subjektivno doživljavaju svoje zdravlje i kvalitetu života. Subjektivna kvaliteta života prema dosad navedenim autorima uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu. Prema našim rezultatima, na kvalitetu života utjecaj ima doživljaj vlastitog zdravlja, nemogućnost samostalnog pokretanja, psihička domena, okolina te podrška obitelji i prijatelja. Objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja (Best i Cummins, 2000). U intervjuu osobe su na pitanje kako doživljavaju svoje zdravlje dali odgovor da zdravlje nakon moždanog udara doživljavaju kao nešto zabrinjavajuće i nezadovoljni su svojim zdravljem. Na pitanje: Kako biste procijenili kvalitetu svog življenja?, osobe kvalitetu procjenjuju smanjenom zbog opterećenosti stanjem u kojem se nalaze, ali također navode i pozitivne primjere koji utječu na kvalitetu života, kao što su obitelj i uvjeti stambenog prostora.

Danas postoji slaganje među istraživačima da pojam kvalitete života podrazumijeva kombinaciju objektivnih i subjektivnih varijabli. Kao što je već spomenuto, opažena je slaba povezanost između čovjekovog subjektivnog osjećaja zadovoljstva životom, kao i vlastite procjene kvalitete života i objektivnih životnih uvjeta (Cummins, 1995). Cummins i suradnici (1995, 1998) postavljaju hipotezu da se kvaliteta života održava u homeostazi. Pretpostavljeno djelovanje homeostatskog mehanizma analogno je mehanizmu održavanja krvnog tlaka ili tjelesne temperature, koje se u normalnim okolnostima zadržavaju na optimalnoj razini za funkcioniranje organizma (Cummins 2000). Slično se pokazalo i po pitanju kvalitete života u našem istraživanju, gdje dobiveni rezultati ukazuju da podrška prijatelja i obitelji, kao i okolina u kojoj osobe žive, također imaju pozitivan utjecaj na kvalitetu života. U svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života prilično je stabilna, te se u prosjeku procjenjuje kao ¾ maksimalne vrijednosti. Do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima ili nekoj od psiholoških varijabli pojedinca. Međutim, ljudi imaju tendenciju i u takvim situacijama pronaći ravnotežu i vratiti se u homeostazu. Rezultati provedenih istraživanja pokazuju da značajne promjene u životnim uvjetima dovode samo do privremene promjene u nivou kvalitete života. Tijekom vremena dolazi do povratka razine kvalitete života na prethodnu razinu, karakterističnu za pojedinca (Cummins, 2000). Odgovori iz intervjua također se mogu promatrati kroz takav model, jer nakon moždanog udara dolazi do čitavog niza promjena s kojima se pojedinac susreće, a imaju direktan utjecaj na kvalitetu života. Osobe su nezadovoljne svojim zdravljem, nemogućnost kretanja navode kao problem s kojim se moraju svakodnevno suočavati, razmišljanje o negativnim osjećajima kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost, više puta dnevno, zaokuplja misli osoba s moždanim udarom, ali nasuprot tome potpora obitelji, prijatelja i okoline u smislu adekvatnog stambenog prostora i dostupnosti medicinskih usluga preko telefona ili dolaska liječnika u kuću igra važnu pozitivnu ulogu u samoprocjeni kvalitete života, te se iz odgovora se naslućuje da subjektivna procjena kvalitete života osoba s moždanim udarom polako prelazi u pozitivan smjer bez obzira na sve objektivne poteškoće s kojima se susreću.

5 Zaključak

Provedenim intervjuom s osobama nakon moždanog udara i pregledom literature o kvaliteti života i doživljaju zdravlja, dobiveni rezultati ukazuju na probleme s kojima se osobe moraju nositi svakodnevno, kao što je nemogućnost samostalnog kretanja, što za posljedicu ima nezadovoljstvo, te potrebu za pomoći druge osobe ili upotrebu pomagala, daju nam uvid u samoprocjenu zdravlja i kvalitete života, gdje dobiveni rezultati ukazuju na nezadovoljstvo svojim zdravljem i zabrinutost zbog zdravlja, a samim tim i kvaliteta života istovremeno se procjenjuje smanjenom, dobiva se uvid u psihičku domenu zdravlja, gdje ispitanice navode da skoro svakodnevno doživljavaju negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost. S druge strane, potporu prijatelja ispitanice navode kao nešto što im pomaže i čime su zadovoljne, kao i uvjete stambenog prostora u kojem žive i dostupnost medicinskih usluga, gdje im mogućnost telefonskih razgovora i kućnih posjeta liječnika olakšava svakodnevni život.

Dobiveni rezultati svakako bi se trebali usporediti s kvantitativnim istraživanjem na tu temu, te ih treba povezati metodom triangulacije, integracije kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja, kako bi se dobio što kvalitetniji odgovor na samoprocjenu kvalitete života i doživljaja zdravlja osoba s moždanim udarom, čime bi svi koji dolaze u doticaj s tim osobama, a u prvom redu fizioterapeuti koji su uključeni u rehabilitaciju tih osoba i obitelj, imali potpun uvid u kvalitetu života osoba s moždanim udarom. Nadalje, također jedna od mogućnosti bila bi istražiti kako se kvaliteta života mijenja i članovima obitelji osobe s moždanim udarom, te utvrditi koliko vremena je potrebno za normalizaciju kvalitete života na prijašnju razinu, budući da se radi u većoj mjeri o starijoj populaciji ljudi, koja je često puta marginalizirana od strane društva u kojem živi.

Literatura

Avelini Holjevac I. (2001). Zdravstveni turizam – kvaliteta života. U: Klarić M, ur. Turizam međunarodni znanstveno-stručni časopis, 49(1): 57–62.

Best, C. J. i Cummins, R. A. (2000). The Quality of Rural and Metropolitan Life. Australian Journal of Psychology, 52(2), 69–74.

Brinar V. Brzović Z. Vukadin S. Zurak N. (1996). Neurologija. Zagreb: Prometej, 187–98.

Costa, P. T., McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. Journal of Personality and Social Psychology, 38: 665–678.

Cummins, R. A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research, 35: 179–200.

Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. Social Indicators Research, 43: 307–334.

Cummins, R. A. (2000). Personal income and subjective well-being: A review. Journal of Happiness Studies, 1: 133–158.

Diener, E., Suh, E. M. (1999). National differences in subjective well-being. U D. Kahneman, E. Diener i N. Schwartz (Ur.), Well-Being: The foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation, 434–450.

Edwards S. (1999). Neurological physiotherapy. New York: Churchill Livingstone, 42–56.

Felce, D., Perry, J. (1993). Quality of life: A contribution to its definition and measurement. Cardiff: Mental Handicap in Wales Applied Research Unit.

Krizmanić, M., Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života". Primijenjena psihologija, 10: 179–184.

Kostović Srzentić M. (2008). Moždani udar. Temelji neuroznanosti. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, (predavanje).

Mesec, B. (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Mills V. M., Cassidy J. W., Katz D. I. (1997). Neurologic rehabilitation: a guide to diagnosis, prognosis, and treatment planning. Oxford: Bleckwell Science.

Vuletić, G. (1999). Sociopsihološki čimbenici osobne kvalitete života. Magistarski rad. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 60–64.

Zifko U. (2003). Barolin Gerhard S. Der Schlaganfall und das Leben danach. Wien: Kneip Verlag, 7–21.

World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychological Medicine, 28: 551-8.

Personal income and subjective well-being: A review. Journal of Happiness Studies, 1: 133–158.

Irena Canjuga mag. pred., Marijana Neuberg, mag. v. pred.
Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Odjel za biomedicinske znanosti
Izr. prof. dr. sc. Danica Železnik, prof. zdr. vzg.
Alma Mater Europaea - ECM; Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec

ZNAČAJNOST KOMUNIKACIJE U KLINIČKOM RADU S BOLESNICIMA BEZ SVIJESTI

SIGNIFICANCE OF COMMUNICATION IN CLINICAL WORK WITH UNCONSCIOUS PATIENTS

Izvleček

Teoretska ishodišta: Svijest je zbir svih psihičkih funkcija u određenom trenutku te sposobnost orijentacije pojedinca prema sebi i drugim osobama u prostoru i vremenu. Medicinske sestre svakodnevno skrbe bolesnike, pa je iznimno važno da poznaju različitosti poremećaja svijesti, njihove specifičnosti i komunikaciju. U skrbi za komatozne pacijente važna je emocionalna inteligencija i kritičko razmišljanje medicinskih sestara, posebice kod izrade planova zdravstvene njege. Svrha rada je prikazati zahtjevnost skrbi i komunikacije bolesnika poremećene svijesti te procjenu zadovoljstva medicinskih sestara u radu.

Metodologija: Kao metoda istraživanja koristila se deskriptivna metoda s pregledom domaće i strane literature, te bibliografskih baza podataka, a u empiričnom dijelu kvantitativna tehnika prikupljanja podataka. Instrument istraživanja je upitnik izrađen za potrebe istraživanja na temelju teoretskih znanja, pregleda literature i višegodišnjeg radnog iskustva s bolesnicima bez svijesti.

Rezultati: Analizirajući zahtjevnost sestrinske skrbi, rezultati su pokazali da je komunikacija s bolesnicima bez svijesti zahtjevna za većinu medicinskih sestara. Iznimno je zahtjevno pružati psihičku podršku obitelji bolesnika, komunicirati s obitelji bolesnika i educirati iste, dok je fizičko pružanje skrbi manje zahtjevno.

Rasprava: Zdravstvena njega bolesnika s poremećajem svijesti specifična je zbog otežane dijagnostike, složene kliničke procjene, potpune ovisnosti pacijenta i otežane komunikacije. Ovi podaci su temelj za edukaciju studenata studija Sestrinstva, kao i dodatnu edukaciju medicinskih sestara u kliničkom radu.

Ključne riječi: medicinska sestra, bolesnici bez svijesti komunikacija, edukacija

Summary

Theoretical starting points: Consciousness is a total of all psychological functions at a given time and the ability of orientation of an individual towards oneself and others in space and time. Nurses care for patients on a daily basis, so it is extremely important that they know the variety of disorders of consciousness, their specificity, but also how to communicate. Caring for comatose patients requires emotional intelligence and critical thinking, especially when preparing plans and programmes for health care. The purpose of the study is to show the complexity of care and communication of patients with consciousness disorders, and estimate satisfaction of nurses at work.

Methodology: The research method includes a descriptive method with an overview of national and international literature, and bibliographic database, while the empirical part involves a quantitative technique of collecting data. The survey instrument for research purposes is based on theoretical knowledge, literature overview and several years of experience with unconscious patients.

Results: The results of analysis of the complexity of nursing care showed that communicating with unconscious patients is demanding for most nurses. It is very demanding to provide psychological support to patient's family, communicate with patient's family and educate them, while physical care is less demanding.

Discussion: Nursing care of patients with disorders of consciousness is specific due to the difficulty of diagnosis, complex clinical assessment, complete dependence of the patient, and somewhat difficult communication. These data are the foundation for educating students of Nursing Studies and represent additional training for nurses.

Key words: nurse, unconscious patients, communication, education

1 Uvod

Ustanove i bolnički odjeli koji brinu o komatoznim bolesnicima trebali bi omogućiti članovima obitelji slobodan dolazak kod oboljelog člana, bez vremenskog ograničenja. Kod ove skupine pacijenata često se upravo ova potreba marginalizira, jer pacijenti u komi nisu svjesni sebe i svoje okoline. Zato neki zdravstveni radnici smatraju da nema potrebe za ovakvim pristupom prema obitelji bolesnika. Za osiguranje sigurne i etične zdravstvene njege i okoline komatoznih bolesnika zadužene su prije svega medicinske sestre. Edukacija svih zdravstvenih radnika o potrebama pacijenata koji su u komatoznom stanju, te o potrebama njihovih obitelji, trebala bi biti sastavni dio obrazovanja medicinskih sestara. Medicinske sestre ponekad u rutinskom obavljanju svakodnevnih medicinsko-tehničkih zadataka kod komatoznog pacijenta „zaborave" na neke aktivnosti koje se kod ostalih pacijenata ne izostave (Kalauz, 2011.).

Pozdravljanje prilikom ulaska u bolesničku sobu, dodir koji je profesionalan i empatičan, opisivanje radnje tijekom njenog izvođenja, samo su neki od postupaka koje je dobro koristiti u radu s komatoznim i pacijentima s VS (Kannedy, 2009.).

1.1 Komunikacija u zbrinjavanju bolesnika s teškim poremećajem svijesti

Zdravstvena struka je s obzirom na visoku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, ali i zbog izloženosti specifičnim stresorima poput kemijskih, bioloških i fizikalnih štetnosti te smjenskom radu, svrstana u visoko stresne profesije. Produljeno radno vrijeme, smjenski i noćni rad, odgovornost pri donošenju odluka, kontakt s oboljelima i njihovim obiteljima i emocionalno iscrpljivanje (burnout) u zdravstvenih radnika pridonose povećanom morbiditetu od psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti.

Dobru komunikaciju čini više komponenti: prisutnost, slušanje, percepcija, brižnost, otvorenost, prihvaćanje, suosjećanje, iskrenost i poštovanje. U konstruktivnoj komunikaciji svaka od ovih komponenti ima svoje mjesto i ulogu. Izostanak ili zapostavljanje jedne ili više njih ostavio bi izvjesnu prazninu, pa bi u tom slučaju komunikacija ostala nedovršena, nepotpuna i u određenoj mjeri nedjelotvorna (Hudek-Knežević, Krapić i Rajter, 2005.). Način na koji se sestrinski rad do sada tradicionalno promatrao izgledao je kao sustav punjenja praznina (npr. traženje nedostatka opreme i potrebnih pomagala, administrativne aktivnosti) za održavanje resursa potrebnih za pružanje zdravstvene njege. Ipak, danas se razvijaju aktivnosti vezane za postizanje sigurne, kvalitetne skrbi (npr. vođenje dokumentacije, dvostruko provjeravanje i promjene u tehnologiji). Istraživanje provedeno s medicinskim sestrama i tehničarima u jedinicama intenzivnog liječenja o verbalnoj komunikaciji s pacijentima u komi pokazalo je da je 90% skrbi o bolesniku obavljeno „u tišini" (Elliott i Wright, 1999.).

Istraživanje koje su proveli Verhaeghe i suradnici (2007.) procjenjuje komunikaciju zdravstvenih radnika s 22 člana obitelji pomoću intervjua. Istraživanje je pokazalo da obitelj ne cijeni lažno pozitivne informacije koje dovode do lažne nade, gdje briga može dovesti do povećanja boli i gubitka povjerenja u zdravstvene radnike. Nada je najčešća tema kada su članovi obitelji suočeni s komatoznim stanjem. U obitelji komatoznog bolesnika nada ima uspone i padove, što ovisi o dnevnim događajima i informacijama: veliki koraci nadanja su na početku, a manji kasnije. Nada pomaže članovima obitelji da ustraju i brinu za svog bolesnika, te jedni za druge. Izmjenjuju međusobno svoje trenutke očaja i u svojim interakcijama poštuju nadu drugih (Verhaeghe i sur., 2007.).

Provedeno istraživanje u Sjedinjenim Američkim Državama pokazalo je koliki utjecaj na ishod liječenja i nadu ima utjecaj televizije, posebno televizijskih sapunica i filmova u kojima su bili glumci u komatoznom stanju duži period. Obitelj se suočava s kritičnom situacijom, ovisno o mnogim prethodnim uvjerenjima i iskustvima. Obitelj se treba pripremiti i suočiti s novim izgledom i ponašanjem svog člana. Nedostatak verbalne komunikacije kod komatoznog bolesnika je također izazov s kojim se suočava obitelj. Potrebno je da medicinske sestre potiču obitelji na razgovor s pacijentom, da ga dodirnu. Iako se ove smjernice mogu činiti nepotrebnima, više puta se obitelj ne uključuje u skrb, već opterećuje zdravstveno osoblje, posebno medicinske sestre. Konačno, medicinska sestra je odgovorna za edukaciju i uključivanje obitelji u skrb, te stalno traži veće sudjelovanje obitelji u oporavku bolesnika. (Navaie-Waliser i sur., 2002.).

Unatoč studijama koje pokazuju da pacijenti u minimalno svjesnom stanju mogu percipirati bol i emocije, nameće se mišljenje da tim zdravstvenih radnika nije dovoljno educiran za skrb o ovim teškim bolesnicima. Medicinske sestre kod ovakvih bolesnika mogu zanemariti verbalnu interakciju s bolesnikom, kao i tretman boli i drugih simptoma.

Svrha ovog rada je predstaviti značajnost komunikacije u kliničkom radu s bolesnicima bez svijesti.

2 Metodologija

U ovom radu je korištena kvantitativna metodologija. Podaci su prikupljeni anketiranjem izvođača zdravstvene njege.

2.1 Opis uzorka

U istraživanje je bilo uključeno 27 medicinskih sestara/tehničara sa srednjom i višom stručnom spremom iz Opće bolnice Varaždin. Istraživanje se provodilo od 21.02.2015. do 05.04.2015. godine. Što se tiče spola, 22 ispitanice bile su ženskoga i 5 ispitanika muškoga spola. Raspon starosti ispitanika kretao se od 18 do 50 i više godina. Prema obrazovanju 15 ispitanika su medicinske sestre srednje stručne spreme, 10 ispitanika prvostupnice sestrinstva, a 2 ispitanika diplomirane medicinske sestre.

2.2 Opis instrumenta

Upitnik sačinjavaju opći sociodemografski podaci kao što su: spol, dob, stručna sprema i dužina radnog staža u godinama. Ostali dio upitnika podijeljen je na dvije glavne komponente, od kojih je prva sadržavala 5 tvrdnji vezanih uz procjenu komunikacije medicinskih sestara u skrbi za bolesnika bez svijesti, a druga komponenta upitnika sadržavala je 8 tvrdnji vezanih uz procjenu zadovoljstva i kvalitete rada s navedenom skupinom bolesnika. Na zadane tvrdnje ispitanici su odgovore bilježili na skali Likertovog tipa od 1-5. Jedan ispitanik nije pravilno popunio upitnik te je stoga u rezultatima prikazano 26 ispitanika

2.3 Hipoteze

H1 - stručna sprema ispitanika ne utječe na zadovoljstvo i kvalitetu rada u skrbi s bolesnikom s poremećajem svijesti.

H2 - djelatnici s više radnog iskustva (godina radnog staža) smatraju komunikaciju s bolesnikom bez svijesti zahtjevnijom od one s ostalim pacijentima.

3 Rezultati i rasprava

Tablica 1: Doživljavanje pacijenta bez svijesti

Doživljavam pacijenta bez svijesti kao i drugog pacijenta očuvane svijesti		
Mogući odgovori:	Broj odgovora	%
u potpunosti se ne slažem	7	26,92
uglavnom se ne slažem	2	7,69
niti se slažem , niti se ne slažem	1	3,85
uglavnom se slažem	10	38,46
u potpunosti se slažem	6	23,08
UKUPNO:	**26***	**100**

Izvor: Anketni upitnik, 2015.
* 1 ispitanik nije odgovorio

Iz tablice 1. vidimo da prednjače odgovori „uglavnom se slažem" (38,46%), ali je visok postotak i odgovora „u potpunosti se ne slažem" (26,92%), što pokazuje da se mišljenja razlikuju, što pak znači da dio djelatnika drugačije doživljava pacijenta bez svijesti. To ne mora značiti da su ti pacijenti u zdrastvenom smislu diskriminirani u odnosu na pacijente očuvane svijesti. Odgovori u anketi na tvrdnju „Skrbeći za ovako teške bolesnike osjećam zadovoljstvo u radu" koji su prikazani u tablici 2 to i potvrđuju.

Tablica 2: Zadovoljstvo u radu

Skrbeći za ovako teške bolesnike osjećam zadovoljstvo u radu	
Mogući odgovori:	Broj Odgovora u postocima
u potpunosti se ne slažem	3,85%
uglavnom se ne slažem	3,85%
niti se slažem , niti se ne slažem	26,92%
uglavnom se slažem	34,62%
u potpunosti se slažem	30,77%
UKUPNO:	**26***

Izvor: Anketni upitnik, 2015.
* 1 ispitanik nije odgovorio

Iz tablice 2 vidimo da je najveći broj ispitanih izrazio zadovoljstvo pomažući bolesnicima bez svijesti (njih više od 60%). Osim toga važnost brige o dostojanstvu pacijenta bez svijesti iskazali su svi ispitani, dajući samo dva odgovora od 5 ponuđenih, kao što prikazuje tablica 3.

Tablica 3: Očuvanje intime i dostojanstva pacijenta

Kod provođenja zdravstvene njege brinem o očuvanju intime i dostojanstva pacijenta	
Mogući odgovori:	Broj odgovora
uglavnom se slažem	23,08%
u potpunosti se slažem	76,92%
UKUPNO:	**26***

Izvor: Anketni upitnik, 2015.
* 1 ispitanik nije odgovorio

Važnost brige o dostojanstvu pacijenta bez svijesti iskazali su svi ispitani, dajući samo dva odgovora od 5 ponuđenih, odnosno uglavnom se slažem odgovorilo je 23,08% ispitanika, a u potpunosti se slažem odgovorilo je 76,92% ispitanih.

Tablica 4: Utjecaj verbalne i neverbalne komunikacije na oporavak bolesnika

Kvalitetna verbalna i neverbalna komunikacija s bolesnikom poremećene svijesti utječe na njegov brži i bolji oporavak		
Mogući odgovori:	Broj odgovora	%
u potpunosti se ne slažem	0	0
uglavnom se ne slažem	0	0
niti se slažem , niti se ne slažem	6	23,08
uglavnom se slažem	11	42,31
u potpunosti se slažem	9	34,61
UKUPNO:	**26***	**100**

Izvor: Anketni upitnik, 2015.
* 1 ispitanik nije odgovorio

Iz tablice 4 vidimo odgovore ispitanika o tome kako komunikacija utječe na brži oporavak pacijenata. Zanimljivo je, a i očekivano, da se niti jedan ispitanik ne slaže s navedenom tvrdnjom, a 23,08% je odgovorilo da se niti slaže niti ne slaže, 42,31% uglavnom se slaže, 34,61% ispitanika se u potpunosti slaže.

Tablica 5: Posvećivanje pažnje komunikaciji s bolesnicima bez svijesti

Tijekom svog dosadašnjeg obrazovanja stekao/la sam dovoljno informacija o važnosti komunikacije s bolesnikom kod poremećaja svijesti		U svakodnevnom radu s bolesnicima poremećene svijesti potrebna su mi dodatna znanja i komunikacijske vještine
Mogući odgovori:	Broj odgovora	Broj odgovora
uopće se ne slažem	3	0
uglavnom se ne slažem	1	0
niti se slažem , niti se ne slažem	7	1
uglavnom se slažem	12	14
u potpunosti se slažem	3	11
UKUPNO:	26*	26*

Izvor: Anketni upitnik, 2015.
* 1 ispitanik nije odgovorio

Iz tablice 5 vidimo da se više od polovice ispitanika (15) slaže s tvrdnjom da su u toku dosadašnjeg obrazovanja stekli dovoljno informacija o važnosti komunikacije s bolesnicima bez svijesti. Međutim, unatoč dostatnoj informiranosti, gotovo svi ispitanici (25) smatraju da su im potrebna dodatna znanja i vještine komunikacije u radu s bolesnicima bez svijesti. Testirana je radna hipoteza (1): stručna sprema ispitanika ne utječe na zadovoljstvo i kvalitetu rada u skrbi s bolesnikom s poremećajem svijesti. Hipoteze glase:

H_0: Stručna sprema ispitanika ne utječe na zadovoljstvo i kvalitetu rada u skrbi s bolesnikom s poremećajem svijesti.

H_1: Stručna sprema značajno utječe na skrb.

Koristeći program MS Excel testirana je hipoteza na razini 5% značajnosti i dobivena je vrijednost Hi-kvadrata: $x^2 = 2,4615$

Teorijska (kritična) vrijednost sa 8 stupnjeva slobode iznosi: $x^2_{0,05}(8) = 15,5073$

Obzirom da je empirijska vrijednost Hi-Kvadrata (2,4615) manja od teorijske (15,5073), nulta hipoteza (H0) može se prihvatiti; zaključuje se: stupanj obrazovanja (stručna sprema) zdravstvenog djelatnika nema značajnog utjecaja na zadovoljstvo i kvalitetu rada u skrbi o bolesniku s poremećajem svijesti.

Testirana je radna hipoteza (2): djelatnici s više radnog iskustva (godine radnog staža) smatraju komunikaciju s bolesnikom bez svijesti zahtjevnijom od one s ostalim pacijentima.

Za testiranje navedene hipoteze korišteni su rezultati ankete, vezani za ocjenu tvrdnji o zahtjevnosti komunikacije s pacijentom poremećene svijesti. Za svakog sudionika ankete (n=27) usporedile su se godine radnog iskustva (staža) i prosječna ocjenu koja je dobivena na pitanja zahtjevnosti u navedenim situacijama (ocjena 1. najmanja zahtjevnost, ... 5. izrazita zahtjevnost).

Programom MS Excel izračunati je Pearsonov koeficijent linearne korelacije: r = 0,7067

Vrijednost izračunatog koeficijenta pokazuje da je riječ o pozitivnoj korelaciji srednje jačine (porast godina radnog staža rezultira porastom prosječne ocjene zahtjevnosti), pa se može, na temelju toga zaključiti: djelatnici (medicinske sestre) s dužim radnim iskustvom (stažem) doživljavaju komunikaciju s pacijentima poremećene svijesti nešto zahtjevnijom od one s ostalim bolesnicima.

Istraživanje koje su proveli Verhaeghe i sur. (2007.) procjenjuje komunikaciju zdravstvenih radnika s 22 člana obitelji pomoću intervjua. Članovi obitelji pacijenata u komi željeli su informacije koje su točne što je više moguće, pod uvjetom da ih prezentiraju liječnici i medicinske sestre na razumljiv način. Autori kažu da u početku članovi obitelji pasivno upijaju primljene informacije, a nakon nekog vremena oni počinju aktivno raditi s dobivenim informacijama te grade vlastitu nadu. Obitelj ne cijeni lažno pozitivne informacije koje dovode do lažne nade, koje mogu u skrbi dovesti do povećanja boli i gubitka povjerenja u zdravstvene radnike. Zdravstveni radnici u provedenom istraživanju smatrali su jako zahtjevnim pružanje nade obitelji. Podaci pokazuju kako je potrebna dodatna edukacija medicinskih sestara o načinima pružanja informacija obitelji i o načinima suočavanja i nošenja s bolnim i emocionalno iscrpljujućim situacijama.

Međutim, ispitanici smatraju da su im potrebna još neka dodatna znanja o specifičnostima u zdravstvenoj njezi komatoznog pacijenta – 68,8%, a edukaciju na radnom mjestu kroz radionice i prikaze slučaja smatra potrebnim 72,5% ispitanika. Ovi podaci pokazuju da je obrazovanje medicinskih sestara najviše usmjereno prema pružanju fizičke pomoći bolesniku, pa ti postupci postanu često „rutinske aktivnosti". Medicinskim sestrama u skrbi za komatoznog bolesnika poteškoće čini edukacija njegove obitelji, jer od medicinske sestre iziskuje i neke druge vještine i znanja, te osobni kontakt s obitelji bolesnika. Prije svega potrebna joj je dobra komunikacijska vještina, kritičko promišljanje, emocionalna inteligencija i spremnost za timski rad. Ovi rezultati pokazuju kako bi medicinskim sestrama, koje u zdravstvenom sustavu rade s komatoznim bolesnicima trebalo omogućiti radionice, edukaciju na radnom mjestu o specifičnim vještinama, da bi što bolje komunicirale s obiteljima. Dobivene rezultate možemo povezati s činjenicom da medicinske sestre koje duže vrijeme rade na odjelu s bolesnicima bez svijesti nakon nekog vremena gube osjećaj uspjeha u svom poslu, te se mire s činjenicom da se u radu ništa neće promijeniti. Holistički pristup pacijentu i njegovoj obitelji štiti medicinsku sestru da uđe u kolotečinu i pretvori iznimno važne postupke sestrinske skrbi u rutinske. Na odjelnim sastancima koji su najvažniji segment rada, npr. u ustanovama kao što je Apalic care Unit u Grazu, ove smjernice su nositelj prevencije sindroma sagorijevanja medicinskih sestara. Navedeni podaci potvrđuju hipotezu da je dugotrajna skrb za bolesnike mlađe životne dobi u besvjesnom stanju povezana sa sindromom sagorijevanja. Ovo upućuje na povezanost zahtjevnosti komunikacije i psihološke potpore obitelji u odnosu na dob pacijenta, što su potvrdili i raniji rezultati. Psihička potpora obitelji mladog pacijenta iziskuje kod medicinskih sestara nelagodu i nesigurnost jer se ne znaju nositi s brojnim pitanjima, odnosno potrebama obitelji koje bi one kao profesionalci morale znati tretirati. Preveliki zadaci s jedne strane, nedostatak osoblja s druge strane, te psihološki pritisak obitelji, predstavlja medicinskim sestrama značajan problem.

Rezultati povezanosti znanja o skrbi za osnovne ljudske potrebe komatoznih pacijenata u odnosu na dob, duljinu rada u struci i na trenutačnom radnom mjestu, te rada s pacijentima mlađe životne dobi, pokazuju da postoji značajnija povezanost. Medicinske sestre smatraju važnom potrebu za dodatnim znanjima o nastanku poremećaja svijesti, o dijagnostici, liječenju, te edukaciju o načinima suočavanja sa stresom i tehnikama borbe protiv sagorijevanja na poslu u

radu s pacijentima mlađe životne dobi. Ovi podaci su očekivani i razumljivi. Naime, briga za osobu mlađe životne dobi s teškim poremećajem svijesti i lošom dugoročnom prognozom iziskuje od medicinskih sestara drukčiji pristup, čega su i one svjesne. Iskustva iz bolnice Apalic care Unit u Grazu pokazuju da je sustavna edukacija medicinskih sestara koje rade s ovakvim bolesnicima dovela do boljeg rada i većeg zadovoljstva. Edukacija je osmišljena kao tečaj posebnih vještina koje trebaju u radu s ovim bolesnicima, s tim da se naglašava prevencija sagorijevanja na poslu.

Istraživanje je pokazalo da medicinske sestre iznimno zahtjevnim smatraju komunikaciju s pacijentom u besvjesnom stanju, čak u 53,3% slučajeva. O zahtjevnosti komunikacije te o verbalnoj komunikaciji s komatoznim bolesnicima govore i istraživanja na medicinskim sestrama i tehničarima u jedinicama intenzivnog liječenja. To je istraživanje pokazalo da je čak 90% skrbi o bolesniku obavljeno „u tišini". Ferreira i suradnici (2000.) izvijestili su o sličnim rezultatima istraživanja koje su proveli pomoću polustrukturiranih intervjua s 10 liječnica i medicinskih sestara. Autori kažu da su interakcije s pacijentima u komi bile rijetke.

Drugo istraživanje pokušalo je procijeniti stavove pet medicinskih sestara intenzivne skrbi u verbalnoj komunikaciji s nesvjesnim pacijentima. Promatrali su ih kroz razdoblje od četiri sata i proveli strukturirani intervju. Rezultati su pokazali da u intenzivnoj skrbi medicinske sestre, u prosjeku, 5% svog vremena verbalno komuniciraju s nesvjesnim pacijentima. Većina takve komunikacije je informiranje pacijenta o neposrednim postupcima ili pružanje ohrabrujućih rečenica (Baker i Melby, 1996.).

Ovi podaci potvrđuju navedenu hipotezu kako je komunikacija s pacijentom jako zahtjevna za medicinske sestre i da postoji potreba za njihovo dodatno obrazovanje iz specifičnih područja komunikacije. Ta područja zdravstvene njege implementirana su u srednjoškolski sustav obrazovanja medicinskih sestara kroz nekoliko predmeta: Zdravstvena njega, Komunikacijske vještine, Metodika zdravstvenog odgoja, te na studiju Sestrinstva kroz kolegije Zdravstvena njegu neuroloških bolesnika, Zdravstvena njegu kirurških bolesnika, Zdravstvena njega osoba s posebnim potrebama. No, rezultati pokazuju da takav način poučavanja nije dovoljan za pravilan pristup bolesnicima bez svijesti.

3 Zaključak

Obrazovanje i poučavanje u nastavnim sadržajima trebalo bi se temeljiti na aktivnom pristupu studenta obradi teorijskog sadržaja, razvijajući kritičko razmišljanje o komatoznim bolesnicima kao jednakovrijednim članovima društva. Za unapređenje komunikacije, kao dobar pristup u poučavanju, mogu se koristiti već spomenuta istraživanja u kojima su medicinske sestre tijekom skrbi i komunikacije snimane kamerom. Studenti bi također mogli, promatrajući svoje reakcije i svoju komunikaciju nakon snimljene intervencije, procijeniti svoje komunikacijske vještine, uvidjeti što rade dobro, a što mogu popraviti. Osvještavanje reakcija medicinskih sestara i studenata studija Sestrinstva kroz edukaciju doprinijelo bi boljem pristupu bolesniku bez svijesti.

Također, neophodno je razvijati kritičko mišljenje kod studenata. Kritičko mišljenje je mišljenje višeg reda koje počinje informacijom, a završava vrednovanjem. Kritički promišljati moguće je u poznatom kontekstu, zapravo treba određeno znanje o predmetu mišljenja. Kritičkom mišljenju pogoduje otvorenost i fleksibilnost mišljenja i spremnost studenata za izražavanje vlastitih misli i stavova (Bognar i Kragulj, 2010.). Metode poučavanja su generaliziran obrazac ponašanja koji se može sustavno primjenjivati u različitim nastavnim područjima s ciljem olakšavanja i poboljšavanja metoda učenja.

Svakako, u budućnosti treba izraditi edukacijske programe i načine prevencije sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara koje rade svaki dan s ovim bolesnicima. Podaci u istraživanju pokazuju da imaju dovoljno stručnog znanja, ali im nedostaju specifična znanja o komunikaciji i načinima nošenja sa stresnom okolinom. Poučavanje putem radionica, malih grupa i individualan rad s nadređenima koji vode ove timove medicinskih sestara sigurno su izazov i prijedlog za poboljšanje skrbi o pacijentima bez svijesti.

Literatura

Baker C, Melby V. An investigation into the attitudes and practices of intensive care nurses towards verbal communication with unconscious patients. Journal of clinical nursing. 1996; 5(3): 185-92.

Bognar L, Kragulj S. Kvaliteta nastave na fakultetu, Život i škola, Filozofski fakultet u Osijeku. 2010; 24: 169-182.

Elliott R, Wright L. Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? Journal of advanced nursing. 1999; 29(6): 1412-20.

Hudek-Knežević J, Krapić N, Rajter L. Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara. Psihologijske teme. 2005; 2: 41-54.

Kalauz S. Koncept edukacije medicinskih sestara u području etike u sestrinstvu. U: Zbornik radova 4. kongresa s međunarodnim sudjelovanjem HDMSARIST-a . 52-53. Šibenik: za HDMSARIST; 2011.

Kannedy Sheldon L. Communication for Nurses- Talking with Patients. Mississauga, Ontario, Canada: Jones and Bartlettrre; 2009.

Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. American journal of public health. 2002: 92(3): 409-13.

Verhaeghe ST, Zuuren FJ, Defloor T, Duijnstee MS, Grypdonck MH. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? Journal of clinical nursing. 2007; 16(8): 1488-97.

Aneta Deljanin, dipl. org. ZN, Slaviša Stanišić, prof. dr.
GAK „Narodni front" Beograd, Alma Mater Europaea - ECM

SAVREMENA MEDICINSKA ETIKA – OSNOVA ZDRAVSTVENE NEGE U PROGRAMIMA VANTELESNE OPLODNJE

MODERN MEDICAL ETHICS – FOUNDATION OF HEALTH CARE IN VITRO FERTILISATION PROGRAMS

Summary

Medicinska etika je zbir moralnih načela kojih se u svome radu, u nezi i lečenju bolesnika, obavezno pridržavaju svi zdravstveni radnici, a posebno je važna u sprovođenju zdravstvene nege kod specifičnih procedura u lečenju infertiliteta. Savremena medicinska etika, pored svih klasičnih problema koje je nasledila, susreće se sa veoma opasnim fenomenima: dehumanizacijom društva a time i medicine, i neuvažavanjem opštih ljudskih, odnosno moralnih vrednosti, depersonifikacijom ličnosti, hemikalizacijom terapije, agresivnošću moderne medicine, visokim troškovima lečenja, lošom organizacijom sistema. To su jako izražene pojave kod osetljivih grupa pacijenata kao što su osobe sa bračnim infertilitetom.

Zdravstvena nega se sprovodi savesno i požrtvovano, čuva se lično dostojanstvo bolesnika bez obzira na njegovu narodnost, ekonomski i društveni položaj, političku i versku pripadnost.

Medicinska sestra treba da bude nesebična, uzdržana, skromna, mora imati logičko rasuđivanje, razmišljanje i čvrstinu prilikom razgovora sa ljudima. Medicinske sestre dužne su da upoznaju bolesnika sa prirodom bolesti i načinom lečenja. Bolesnik ima pravo da zna istinu o svom zdravlju.

Kodeks etike medicinskih sestara je skup određenih pravila koja se odnose na humanost, stručnost, odgovornost, medicinsku tajnu, saradnju, timski rad.

Savremeno sestrinstvo je prošlo dug put od pomagačke delatnosti do profesije za koju su potrebna znanja, veštine i edukacija na svim nivoima obrazovanja, do statusa člana tima u sprovođenju najsloženijih medicinskih procedura kao što je program vantelesne oplodnje. WHO je okarakterisala zdravstvenu negu kao spoj umeća i nauke.

Brojni novi zahtevi koji se stavljaju pred medicinske sestre zahtevaju trajnu evaluaciju znanja i kontinuiranu edukaciju i različite veštine. Kvalitetnom edukacijom se obezbeđuje kvalitet pružene zdravstvene nege. Sestra koja poseduje složenija znanja i veštine može pružiti kompleksniju sestrinsku negu.

Medicinsku etiku kao osnov savremene zdravstvene nege treba obogatiti pozitivnim evropskim i svetskim iskustvima iz oblasti kodeksa ponašanja i medicinske etike zdravstvenih radnika, i ona mora pratiti trendove savremene medicine.

Ključne reči: etika, zdravstvena nega, kodeks, edukacija, vantelesna oplodnja

Abstract

Medical ethics is the summation of the moral principles which in his work, in the care and treatment of patients required adhere to all health care workers, and is particularly important in the implementation of health care for specific procedures in the treatment of infertility. Modern medical ethics, in addition to all the classic problems that were inherited, meets with dangerous phenomena of dehumanisation of society, and medicine, and not taking into consideration general human or moral values, depersonalisation of personality, chemical therapy, the aggressiveness of modern medicine, high cost of treatment, poor organization of the system. These are very pronounced phenomena in patients of sensitive groups, such as people suffering with infertility.

Health care is implemented conscientiously and diligently, keeping the personal dignity of patients, regardless of his nationality, economic and social status, political or religious affiliation.

The nurse should be selfless, restrained, modest, should have logical reasoning, thinking and firmness in conversations with people. Nurses are obliged to familiarise patients with the nature of the disease and the treatment method. The patient has the right to know the truth about his health.

Code of ethics of nurses is a collection of certain rules relating to humanity, competence, responsibility, medical confidentiality, cooperation, teamwork.

Modern nursing has passed a long way from helper activity to a profession that requires knowledge and skills, education at all levels of education, the status of member of the team in the implementation of the most complex medical procedures such as in vitro fertilisation program. WHO has characterised health care as a combination of artistry and science.

Numerous new requirements oblige from nurses an ongoing evaluation of knowledge and continuing education and different skills, quality education will ensure the quality of health care. A nurse who has complex knowledge and skills can provide a more complex nursing care.

Medical ethics, as the basis of modern health care, should enhance positive European and world experience in the field of codes of conduct and medical ethics health effects of workers, and it must follow trends of modern medicine.

Key words: ethics, health care, code, education, in vitro fertilization

1 Uvod

Medicinska etika je zbir moralnih načela kojih se u svome radu, u nezi i lečenju bolesnika, obavezno pridržavaju svi zdravstveni radnici, a posebno je važna u sprovođenju zdravstvene nege kod specifičnih procedura u lečenju infertiliteta. Savremena medicinska etika, pored svih klasičnih problema koje je nasledila, susreće se sa veoma opasnim fenomenima: dehumanizacijom društva a time i medicine, i neuvažavanjem opštih ljudskih, odnosno moralnih vrednosti, depersonifikacijom ličnosti, hemikalizacijom terapije, agresivnošću moderne medicine, visokim troškovima lečenja, lošom organizacijom zdravstvenog sistema.

Takve pojave naročito su izražene kod osetljivih grupa pacijenata kao što su osobe sa bračnim infertilitetom.

2 Teoretska osnova

Savremeno sestrinstvo je usvojilo pravila etičkog i profesionalnog rada sa pacijentima. Zdravstvena nega se sprovodi savesno i požrtvovano, čuva se lično dostojanstvo bolesnika bez obzira na njegovu narodnost, ekonomski i društveni položaj, političku i versku pripadnost. Medicinske sestre i zdravstveni tehničari poštuju pravo poverljivosti i privatnosti, moraju da zadrže u tajnosti sve informacije u vezi sa pojedincem dobijene tokom obavljanja zdravstvene delatnosti, jer se ove informacije smatraju stručnom, odnosno profesionalnom tajnom.

Pored ličnih podataka o pojedincu, profesionalna tajna zdravstvenog radnika podrazumeva: istoriju bolesti, dijagnostičke procedure, rezultate laboratorijskih analiza, propisane lekove ili medicinska sredstva.

Medicinska sestra treba da bude nesebična, uzdržana, skromna, mora imati logičko rasuđivanje, razmišljanje i čvrstinu prilikom razgovora sa ljudima. Dužnost joj je da upozna bolesnike sa prirodom bolesti i načinom lečenja. Bolesnik ima pravo da zna istinu o svom zdravlju (Etički kodeks, 2007).

Kodeks etike medicinskih sestara je skup određenih pravila koja se odnose na humanost, stručnost, odgovornost, medicinsku tajnu, saradnju i timski rad. Medicinske sestre i zdravstveni tehničari stavljaju zdravlje, sigurnost i dobrobit korisnika zdravstvenih usluga u centar svoje profesionalne pažnje (Etički kodeks, 2007).

Savremeno sestrinstvo je prošlo dugačak put od pomagačke delatnosti do profesije za koju su potrebna znanja, veštine i edukacija na svim nivoima obrazovanja, do statusa člana tima u sprovođenju najsloženijih medicinskih procedura kao što je program vantelesne oplodnje. WHO je okarakterisala zdravstvenu negu kao spoj umeća i nauke (Radulović, Stanišić, 2007).

Brojni novi zahtevi koji se stavljaju pred medicinske sestre zahtevaju trajnu evaluaciju znanja i kontinuiranu edukaciju i različite veštine. Kvalitetnom edukacijom se obezbeđuje kvalitet pružene zdravstvene nege. Sestra koja poseduje složenija znanja i veštine može pružiti kompleksniju sestrinsku negu. Zdravstvena nega zahteva od profesionalaca da nadograđuju svoja znanja i veštine kroz ceo svoj radni vek, u skladu sa savremenim tokovima i dostignućima medicinske nauke (Stanišić, 2015). Medicinske sestre i zdravstveni tehničari uvažavaju kvalitete i stručnost svojih kolega i ostalih zdravstvenih radnika i prema svima se odnose časno, pošteno i kolegijalno.

3 Rezultati i diskusija

Vantelesna oplodnja (VTO) podrazumeva stimulaciju jajnika da proizvede više jajnih ćelija koje se u određenom danu ciklusa, pod kontrolom ultrazvuka, punkcijom izvade zajedno sa folikularnom tečnošću i oplode u spoljnim uslovima (in vitro fertilizacija), te potom u obliku oplođene jajne ćelije ili embriona vraćaju u matericu. Rezultati svetskih istraživanja pokazuju da od pravovremene i profesionalne psihološke podrške zavisi i do 30% uspešnosti vantelesne oplodnje (Radulović, Stanišić, 2007). Iz literature i prakse višegodišnja iskustva to u potpunosti potvrđuju.

Karakteristika medicinske profesije jeste njena obaveza da poštuje principe i standarde koji doprinose zdravlju pacijenata. Principi i standardi vezani za vantelesnu oplodnju osiguravaju kvalitet i profesionalnost nege pacijenata. Cilj je da pacijent dobije kompletnu i temeljnu negu pre početka, u toku samog sprovođenja programa, i u periodu posle završenih procedura.

Dostupnost svih informacija vezanih za program i procedure pruža sigurnost bračnom paru i obezbeđuje poverenje u sve članove tima, čime se postižu bolja saradnja, kvalitetnije lečenje i nega (Vantelesna oplodnja, 2010).

Prisustvo sestre za vreme primene svih faza programa od velikog je značaja jer ona učestvuje kao deo tima i obezbeđuje koordinaciju. Brižljiva priprema omogućava siguran tok procedura i sprečava neželjene pojave koje mogu nastati. Pažljivim posmatranjem bračnog para treba zapaziti sve promene i razumeti njihov značaj. Na vreme treba prepoznati neželjene pojave i preduzeti sve mere da se spreče komplikacije. Jedan od postulata etičkog kodeksa u zdravstvenoj nezi jeste i adekvatna edukacija infertilnih parova kao i rad u psihološkom savetovalištu pre uključivanja u program (Vantelesna oplodnja, 2010).

Savetovalište se rukovodi integrativnim pristupom i za cilj ima pružanje psihološke podrške, razgovor o iskustvima vezanim za sam proces VTO, ublažavanje i otklanjanje stresa i anksioznosti, kao i stručno usmeravanje razgovora među partnerima.

Kod parova koji prolaze kroz ovaj postupak, često se javljaju osećanja neraspoloženja, napetosti, straha i zabrinutosti, koji mogu negativno da utiču na ishod vantelesne oplodnje. U razgovoru sa stručnim licem podstiče se međusobno razumevanje, kao i stvaranje sigurne klime za ispoljavanje i oblikovanje osećanja koja prate ovo iskustvo. Jača se psihološka stabilnost parova, racionalno se sagledavaju aktuelni događaji i samim tim se utiče da se osnaže sopstveni kapaciteti kako bi se što lakše i uspešnije prošlo kroz proces VTO.

Kontinuirani profesionalni razvoj usmeren ka poboljšanju obrazovanja i profesionalne delatnosti predstavlja ključ u daljem razvoju medicinskih sestara specijalista za vantelesnu oplodnju. Visoke strukovne sestre trebalo bi da promovišu i ohrabruju ovakve strategije obezbeđivanja adekvatne nege i kadrovskog razvoja. Sredina koja podstiče neprestano učenje i razvoj može da očekuje adekvatan napredak (Stanišić, 2015).

Specijalizovana zdravstvena nega nudi različite profesionalne uloge današnjim medicinskim sestrama: razvijanje internih edukativnih planova (u zdravstvenoj ustanovi u kojoj rade), razvijanje i implementiranje dobre radne prakse (obuka mladih medicinskih sestara), edukaciju ostalog medicinskog i nemedicinskog osoblja i pacijenata, usavršavanje stručnog znanja, specijalizaciju iz oblasti infertiliteta i vantelesne oplodnje (Stanišić, 2015).

4 Zaključak

Medicinsku etiku kao osnov savremene zdravstvene nege treba obogatiti pozitivnim evropskim i svetskim iskustvima iz oblasti kodeksa ponašanja i medicinske etike zdravstvenih radnika, i ona mora pratiti trendove savremene medicine.

Literatura

Etički kodeks komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije. (2007). Sl. glasnik RS, br. 67/2007. Beograd.

Radulović, S., Savićević, B., Babić, M., Stanišić, S. (2007). Oprić: Asistirana reproduktivna tehnologija u humanoj reprodukciji, Elit Medica.

Stanišić, S., Dunjić, M., Deljanin, A. (2015). Clinical implementation of Integrative medicine. 3. mednarodna znanstvena konferenca, 20-21. mart. Maribor: Alma Mater Europea - ECM, 468-472.

Stanišić, S. (2015). Integrativna ginekologija - klinička implementacija integrativne medicine, mogućnost obrazovanja i kontroverze. Prvi srpsko-makedonski simpozijum, Beograd.

Vantelesna oplodnja. Specijalna bolnica Beograd. www.bolnicabeograd.co.rs.

pred. Patricija Goubar, dipl. fiziot., univ. dipl. org.
Alma Mater Europaea – ECM

STRESNA URINSKA INKONTINENCA PRI ŽENSKAH: PRIMERJAVA POSTOPKOV KONSERVATIVNEGA ZDRAVLJENJA – PREGLED LITERATURE

STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN: COMPARISON OF METHODS IN CONSERVATIVE TREATMENT – LITERATURE REVIEW

Povzetek

Uvod: Po definiciji Mednarodne organizacije za kontinenco (ICS) je urinska inkontinenca objektivno dokazljivo stanje, definirano kot vsakršno nehoteno uhajanje urina, ki povzroča velik socialni in higienski problem. Urinska inkontinenca predstavlja izredno neprijetno in stresno stanje s številnimi zdravstvenimi, socialnimi in ekonomskimi posledicami za obolelega. Po podatkih epidemioloških študij več kot 30 % žensk na svetu oboleva za stresno urinsko inkontinenco. Do zdaj so bili predlagani številni protokoli za konservativno zdravljenje urinske inkontinence pri ženskah – ampak kateri izmed vseh je dejansko najučinkovitejši?

Metodologija: Za preučitev različnih protokolov konservativnega zdravljenja stresne urinske inkontinence je bila izbrana tuja strokovna in znanstvena literatura ter pregledani strokovni in znanstveni članki iz let 1990–2008. Raziskave so bile analizirane po sledečih značilnostih: vrsti raziskave, številu bolnic, intenziteti, trajanju, frekvenci postopka oziroma zdravljenja in uspešnosti. Vsi članki so bili napisani v angleškem jeziku.

Rezultati in razprava: Glede na vključitvena in izključitvena merila (raziskave s kontrolno skupino, odrasla populacija, ženske s stresno urinsko inkontinenco) je bilo po navedenih ključnih besedah v analizo vključenih devet raziskav. Vse raziskave so bile randomizirane kontrolirane. Pregled raziskav je bil izveden po vsebinskem in znotraj tega tudi po kronološkem zaporedju.

Zaključek: Pregled literature je pokazal, da je trening mišic medeničnega dna najučinkovitejši način zdravljenja stresne urinske inkontinence pri ženskah. Študije so pokazale, da bi trening mišic medeničnega dna moral biti prva metoda izbora pri zdravljenju stresne urinske inkontinence pri ženskah.

Ključne besede: stresna urinska inkontinenca, konservativno zdravljenje, fizioterapija, ženske

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence is defined by the International Continence Society as a condition in which involuntary loss of urine is a social or hygienic problem and is objectively demonstrable. Urinary incontinence is a particularly embarrassing and distressing condition with significant medical, social and economic implications. According to epidemiological studies, more than 30% of adult women in the world are affected with genuine stress urinary incontinence. Until now, different treatment protocols have been proposed for conservative treating stress urinary incontinence in women. But, which is the most effective?

Methods of work: To thoroughly study the effects of different protocols in the conservative treatment of stress urinary incontinence in women, a review of foreign professional and scientific literature and available papers from 1990-2008 has been selected. Researches have been analysed by the following characteristics: type of research, number of female patients, intensity, frequency, duration of treatment and efficiency. All papers had been written in English.

Results and discussion: Analysis included 9 researches. All 9 researches are randomised controlled trials and they had been chosen based on the including and excluding criteria (studies with control group, adult population and female patients with stress urinary incontinence). Research review is done according to content and chronological sequence.

Conclusion: Literature survey has shown that pelvic floor exercise is the most effective way of treating stress urinary incontinence in women. Studies indicate that pelvic floor exercise should be the first choice of treatment stress incontinence in women.

Key words: stress urinary incontinence, conservative treatment, physiotherapy, women

1 Uvod

Po definiciji Mednarodne organizacije za kontinenco (ICS) je urinska inkontinenca vsakršno nehoteno uhajanje urina (Abrams in sod., 2002). Inkontinentni se pravzaprav že rodimo, saj kot otroci ne obvladujemo nadzorovanega uriniranja. Pozneje pojavnost urinske inkontinence lahko beležimo v različnih starostnih obdobjih in pri obeh spolih. Zaradi anatomskih razlik v mali medenici med obema spoloma in drugih dejavnikov, kot so: nosečnost, porod, hormonske spremembe, kronično zaprtje, težja fizična dela, obolenja dihal, slabe razvade in navade oziroma posameznikov življenjski slog idr., se urinska inkontinenca (UI) pojavlja kar dvakrat pogosteje pri ženskah kot pri moških. Statistični podatki o pogostosti prikazujejo UI kot resno problematiko, ki prizadene kar od 20 % do 50 % ženske populacije (Hunskaar in sod., 2002). Podatki naslednjih raziskav prikazujejo do 40-odstotno pojavnost UI pri ženskah, ki so mlajše od 30 let (Eliasson in sod., 2002; Nygaard in sod., 1994).

Ko govorimo o UI, lahko rečemo, da govorimo o »tihi epidemiji«, saj se o njej ne govori pogosto, sploh pa ne na glas. To lahko vodi v resne psihološke in sociološke, kot tudi telesne težave vsakega posameznika, ki se sooča s tem stanjem (Bo, 2004). Nemalokrat je UI lahko povezana z drugimi obolenji, ki njene simptome sprožajo ali poslabšujejo (Berghmans in sod., 1996). Vendar pa je zmotno mišljenje, da so tovrstna stanja normalno povezana s staranjem. Študije so namreč dokazale prevladujoče napačno splošno prepričanje prebivalstva, da je UI povezana le s starostniki (Prather, 2000), medtem ko jo ne moremo uvrščati zgolj v imenovanje bolezenskega stanja, tudi ni neogibna posledica staranja in porodov, temveč rezultat številnih motenj (Kujansuu, 1997). V večini primerov so v prvi vrsti krive neutrjene mišice medeničnega dna (MMD), kot tudi hormonska neravnovesja, ki velikokrat bistveno vplivajo na trdnost omenjenih mišic. To stanje je velikokrat mogoče izboljšati s konservativnim zdravljenjem, pri čemer imata trening MMD in/ali trening mehurja bistveno vlogo, poleg aparaturnih tehnik, ki so na voljo (Bo, 2004).

Razlikujemo tri temeljne vrste UI s podvrstami, zato je individualen pristop k reševanju težav posameznic toliko pomembnejši. Med glavne vrste UI prištevamo: stresno UI, urgentno UI s prekomernim aktivnim sečnim mehurjem in mešani tip UI, ki opredeljuje kombinacijo simptomatike obeh predhodno navedenih vrst. Glede na vzrok nastanka poimenujemo tudi podvrste UI, kot sta čezrobna UI in refleksna UI. V primerjavi pogostosti nastanka je prvoomenjeni tip UI najpogosteje pojaven tako pri mlajših ženskah, v nosečnosti in po porodu, kot pri starejši populaciji žensk, tudi pri moških, predvsem po različnih operativnih posegih (tj. npr. radikalna prostatektomija) (Gilling in sod. 2008).

Stresna UI (SUI) opredeljuje stanje nenadzorovanega, nehotenega uhajanja urina, ki nastane ob predhodno povečanem intraabdominalnem tlaku, predvsem kot posledica oslabelosti MMD. Pojavlja se lahko predvsem v času nosečnosti in po porodu ter menopavzalnem obdobju. K pojavnosti stresnega tipa UI prištevamo številne dejavnike tveganja, kot so: spremembe v nosečnosti in po porodu, način vodenja poroda, število nosečnosti in porodov, teža ploda in tudi matere, kakovost vezivnega tkiva, kronično zaprtje, težja fizična dela, kronična obolenja dihal oziroma na splošno kronično povišan tlak v trebušni votlini, ki traja daljša ponavljajoča se obdobja (Haslam in Laycock, 2008). Kronično povečanje intraabdominalnega tlaka

lahko dokazano privede do SUI ali do popuščanja medeničnega dna, t. i. zdrsa medeničnih organov. Namreč, vzajemno delovanje MMD in ligamentov je nujno potrebno, da je možnost zoperstavljanja stalno povečanemu intraabdominalnemu tlaku. Če je funkcija medenične prepone (angl. pelvic diaphragm) normalna, potem je stabilizacija organom v normalnem položaju nad podporno ploščo (angl. levator plate), ki jo tvori mišica levator ani, s strani pubocervikalne ovojnice in ligamentov zagotovljena. Pod takšnimi pogoji so ligamenti minimalno napeti. Če ni vzajemnega delovanja med MMD in povišanim tlakom v trebušni votlini, ko se pojavi stanje previsokega tlaka ali prešibke oziroma poškodovane mišice levator ani, se anatomska medsebojna povezava poruši ter nožnica in maternica izgubita fiziološko potrebno podporo, kar se posledično izraža z UI in/ali zdrsom organov v mali medenici (t. i. prolaps medeničnih organov) (Bo in sod., 2007).

2 Metode dela

Iskanje tuje in domače strokovne literature je bilo opravljeno v knjižnici Zdravstvene fakultete v Ljubljani, v Centralni medicinski knjižnici v Ljubljani in Mariboru, na spletu prek iskalnikov, kot so Google, Yahoo, AltaVista, v bazi COBISS/OPAC ter v elektronskih bazah podatkov, namenjenih iskanju izključno medicinskih informacij. Te baze so bile: PubMed, Medline, eMedicine in Cochrane Library. Pri izboru in pregledu literature so bila uporabljena naslednja merila: časovno obdobje od septembra 1990 do decembra 2008, besedila v angleškem jeziku, besedila v revijalnih člankih in knjigah, ki obravnavajo področje SUI, ob pomoči ključnih besed oz. besednih zvez (v slovenskem jeziku: stresna urinska inkontinenca, konservativno zdravljenje, fizioterapija, ženske; v angleškem jeziku: stress urinary incontinence, conservative treatment, physiotherapy, women). Glede na vključitvena in izključitvena merila so uporabljene raziskave ustrezale naslednjim merilom:

- vzorec raziskave: v analizo so bile vključene randomizirane kontrolirane raziskave, v katerih so bili sodelujoči razdeljeni v dve skupini, intervencijsko in kontrolno;
- vzorec sodelujočih: v raziskavah so sodelovale ženske vseh starosti. Sodelujoče so bile bolnice s potrjeno SUI, ki ustrezajo diagnostičnim merilom ICS;
- vzorec intervencije: vse raziskave so primerjale učinke različnih postopkov konservativnega zdravljenja med seboj in/ali njihov vpliv pri zdravljenju SUI.

3 Rezultati

Pregled raziskav je bil izveden po vsebinskem in znotraj tega tudi po kronološkem zaporedju. Vse raziskave so primerjale učinke različnih postopkov konservativnega zdravljenja SUI med seboj, kot tudi njihove učinke pri zdravljenju SUI. Glede na vključitvena in izključitvena merila je bilo po navedenih ključnih besedah v pregled literature vključenih devet randomiziranih kontroliranih raziskav, vse v angleškem jeziku.

Velikost vzorca v raziskavah je bila od 54 pa do največ 118 žensk s SUI, pri čemer je bilo manj kot 85 sodelujočih v štirih raziskavah (Hay-Smith in sod., 2002; Dumolin in sod., 2003; Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991). Pri večini raziskav so bile ženske razdeljene v dve skupini, intervencijsko in kontrolno (Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Hay-Smith in sod., 2002; Dumolin in sod., 2003; Morkved in sod., 2002; Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999). V dveh raziskavah ženske niso bile razdeljene v skupine, ampak so vse izvajale enak program vadbe MMD (Lagro-Janssen in sod., 1991; Bo in sod., 1990).

Starost oseb v večini raziskavah ni bila omenjena. Starost je bila navedena v šestih raziskavah, in sicer osebe s starostjo 22–70 let (Lagro-Jenssen in sod., 1991; Blowman in sod., 1991; Bo in sod., 1999), v drugi raziskavi so bile osebe stare 25–59 let (Morkved in sod., 2002), tretja pa je zajemala ženske s povprečno starostjo 48 let (Bo in sod., 1990).

Postopki, ki so jih izvajali v posameznih študijah, so obsegali: vse raziskave so vključevale trening MMD (Hay-Smith in sod., 2002; Dumolin in sod., 2003; Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Morkved in sod., 2002; Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999; Lagro-Janssen in sod., 1991; Bo in sod., 1990), metodo biofeedback (Bo in sod. 1990; Hay-Smith in sod., 2002; Morkved in sod., 2002), električno stimulacijo (Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999), vaginalne uteži (Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999; Bo in sod., 1990; Hay-Smith in sod., 2002), način brez zdravljenja (Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999).

Trajanje raziskav je bilo od 12 do 24 tednov. Od tega so bile manj kot 15 tednov dolge štiri raziskave (Morkved in sod., 2002; Dumolin in sod., 2003; Hahn in sod., 1991; Blowman in sod., 1991), dve raziskavi sta trajali 20 tednov (Lagro-Janssen in sod., 1991; Hay-Smith in sod., 2002), tri od 22 do 24 tednov (Bo in sod., 1990; Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999). V treh raziskavah je bil trening MMD izveden po smernicah ICS trikrat dnevno, z enkrat tedenskim vodenjem treninga s strani strokovno usposobljenega fizioterapevta (Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999; Bo in sod., 1990). Pri eni raziskavi se je trening MMD izvajal najmanj trikrat dnevno po 10 ponovljenih kontrakcijah hitrih in zadržanih stiskov MMD (Dumolin in sod., 2003), pri eni dvakrat dnevno po predpisanem protokolu (Hay-Smith in sod., 2002), spet pri drugi raziskavi večkrat dnevno po predpisanem protokolu vadbe MMD (Blowman in sod., 1991), pri treh raziskavah trajanje in ponovitve treninga MMD nista bila specifično opredeljena (Morkved in sod., 2002; Hahn in sod., 1991; Lagro-Jenssen in sod., 1991).

Pri raziskavah, kjer je bila v uporabi tudi električna stimulacija, je bil protokol izvedbe vaginalna intermitentna električna stimulacija s specifičnimi parametri (Bo in sod., 1999, Castro in sod., 2008), pri dveh raziskavah parametri niso bili natančneje opredeljeni (Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991). Pri vseh raziskavah se je električna stimulacija izvajala 30 minut dnevno (Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999).

Uporaba vaginalnih uteži je bila v dveh raziskavah vključena v trening MMD (Hay-Smith in sod., 2002), pri treh raziskavah izvedena 20 minut dnevno (Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999; Bo in sod., 1990).

Meritve, s katerimi so ocenjevali učinkovitost vadbe, so bile opravljene pred končanim programom in po njem. Pri dveh raziskavah so učinkovitost merili tudi nekaj časa po končanem programu, in sicer po treh mesecih (Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999). Pri vseh raziskavah so meritve obsegale: oceno psihičnega stanja in splošnega počutja s strani standardiziranih vprašalnikov, stopnjo oziroma intenziteto UI in PAD-teste. Dve raziskavi sta uporabljali specifičen standardizirani vprašalnik: Quality of Life Questionnaire (I-QOL) (Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999). Pri sedmih raziskavah so meritve vključevale tudi urodinamske teste in dnevnik uriniranja oziroma inkontinenčnih epizod (Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999; Bo in sod., 1990; Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Hay-Smith in sod., 2002; Morkved in sod., 2002).

Kateri izmed postopkov konservativnega zdravljenja SUI se je znotraj pregleda literature izkazal kot najučinkovitejši pri zdravljenju SUI?

Rezultati so pokazali zelo pozitivne učinke treninga MMD. Namreč, pri vseh raziskavah se je pri ženskah s SUI bistveno izboljšala vzdržljivost MMD ter zmanjšalo število in intenziteta epizod nehotenega uhajanja urina. Pri vseh raziskavah se je pri ženskah s SUI izboljšala simptomatska slika stanja UI in s tem tudi splošno počutje. Izboljšanje simptomov SUI je bilo močno značilno v kar osmih raziskavah (Hay-Smith in sod., 2002; Dumolin in sod., 2003; Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Morkved in sod., 2002; Castro in sod., 2008 ... $p < 0,001$; Bo in sod., 1999 ... $p < 0,01$; Lagro-Janssen in sod., 1991; Bo in sod., 1990 ... $p < 0,01$).

V nadaljnjih primerjalnih raziskavah ugotavljajo pomembne razlike med električno simulacijo in treningom MMD, saj so spremembe značilne tako pri mlajših ženskah kot pri starejših v prid treningu MMD (Bo in sod., 1999), v eni raziskavi razlike niso bile ugotovljene – 54 % žensk je bilo enako zadovoljnih na koncu raziskave v kombinaciji treh postopkov: električne stimulacije, vaginalnih uteži in treninga MMD (Castro in sod., 2008), medtem ko v dveh raziskavah podatki niso bili statistično obdelani (Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991).

Glede uporabe vaginalnih uteži so v eni raziskavi spoznali, da je njihov učinek enakovreden treningu MMD brez uporabe vaginalnih uteži oziroma so bile ženske v 53 % zadovoljne na koncu raziskave s kombinacijo uporabe vseh treh postopkov – električne stimulacije, vaginalnih uteži in treninga MMD (Castro in sod., 2008). V eni raziskavi so ugotovili, da je uporaba vaginalnih uteži manj učinkovita pri zmanjševanju simptomatike SUI, v primerjavi s treningom MMD (14 oseb v skupini treninga MMD je opredelilo, da po zaključeni raziskavi niso imeli več težav, medtem ko sta enako trditev podali le dve osebi v skupini uporabe vaginalnih uteži) (Bo in sod., 1999).

V raziskavah, kjer je bila poleg treninga MMD ali primerjalno vključena tudi metoda biofeedback, so prišli do zaključkov, da kombinacija obeh daje zadovoljive rezultate pri reševanju težav SUI, medtem ko je za zadovoljiv uspeh še vedno primaren predvsem trening MMD (Bo in sod., 1990; Hay-Smith in sod., 2002; Morkved in sod., 2002).

4 Razprava

Za urinsko inkontinenco ne poznamo zdravila, vendar je simptome mogoče obvladati s kombinacijo različnih terapevtskih postopkov konservativnega zdravljenja. Analiza raziskav je pokazala pozitivne učinke pri uporabi vseh postopkov konservativnega zdravljenja, najboljši izmed vseh pa ostaja trening MMD, po natančno določenem protokolu intenzivnosti in pogostosti vadbe, njenega načina in nadzora oziroma edukacije s strani strokovno usposobljenega terapevta, še posebej v primeru diagnostično opredeljenih dolgoletnih stanj SUI (Wilson in sod., 2002).

Najboljša oblika treninga MMD se opredeljuje po načelih in smernicah ICS, ki navaja 8–12 počasnih maksimalnih kontrakcij z zadržkom 6–8 sekund, pozneje v petih ponovitvah in z dodanimi 3–4 kontrakcijami z višjo hitrostjo v naslednjih petih ponovitvah, skupno deset ponovitev. Za učinkovitost je potrebna izvedba minimalno 3 nizov na dan, tri- do štirikrat tedensko, več kot 5 mesecev (ICS, 2005).

V vseh pregledanih raziskavah so ugotavljali učinkovitost treninga MMD (samostojno ali v kombinaciji z ostalimi postopki: metodo biofeedback in vaginalnimi utežmi) na izboljšanje simptomatske slike SUI in ugotovili, da se je pri vseh bistveno izboljšala vzdržljivost MMD ter zmanjšalo število in intenziteta epizod nehotenega uhajanja urina (Hay-Smith in sod., 2002; Dumolin in sod., 2003; Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Morkved in sod., 2002; Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999; Lagro-Janssen in sod., 1991; Bo in sod., 1990). Statistično značilno izboljšanje stanja UI in psihičnega počutja so ugotavljali v osmih raziskavah (Hay-Smith in sod., 2002; Dumolin in sod., 2003; Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Morkved in sod., 2002; Castro in sod., 2008 ... $p < 0{,}001$; Bo in sod., 1999 ... $p < 0{,}01$; Lagro-Janssen in sod., 1991; Bo in sod., 1990 ... $p < 0{,}01$).

Nekatere raziskave so temeljile na medsebojni primerjavi postopkov v sklopu konservativnega zdravljenja SUI. V eni izmed raziskav so ugotovili, da je kombinacija postopkov – treninga MMD, električne stimulacije in vaginalnih uteži – prinesla ekvivalentno zadovoljive rezultate pri vseh sodelujočih ženskah v razponu 52–54 %. Vse sodelujoče so navajale zadovoljiv učinek na izboljšanje stanja SUI (Castro in sod., 2008). V primerljivi raziskavi so ugotovili drugače, za dosego zadovoljstva in najuspešnejšega terapevtskega učinka so izpostavili trening MMD, ki so mu sledile ostale metode zdravljenja: vaginalne uteži, električna stimulacija, medtem ko način brez zdravljenja ni podal zadovoljivih rezultatov (Bo in sod., 1999).

V sklopu ugotavljanja primerljivosti učinkov električne stimulacije in treninga MMD je mogoče po pregledu literature ugotoviti, da je v ospredje uspešnejšega reševanja težav SUI ponovno postavljen trening MMD (Blowman in sod., 1991; Hahn in sod., 1991; Castro in sod., 2008; Bo in sod., 1999), medtem ko se le-ta lahko zelo dobro dopolnjuje z metodo biofeedback, še posebno pri zelo aktivni populaciji, kot tudi pri populaciji s slabšo zaznavo področja MMD. V primerljivosti končnega učinka na simptomatsko sliko SUI pri samostojnem treningu MMD in treningu MMD z metodo biofeedback je bilo ugotovljeno, da je terapevtska učinkovitost zelo visoka v obeh primerih, kljub temu je v ospredje, za izboljšanje simptomatske slike SUI ponovno postavljen trening MMD (Bo in sod., 1990; Hay-Smith in sod., 2002; Morkved in sod., 2002).

5 Sklep

Analiza raziskav primerljivosti postopkov konservativnega zdravljenja SUI je pokazala, da je trening MMD temeljna in naj bi bila prva metoda izbora za zmanjševanje in/ali odpravo težav, ki jih povzroča SUI. Veliko korist oziroma dopolnilo k maksimalni učinkovitosti pri konservativnem zdravljenju SUI podajajo tudi ostale metode in tehnike, kot so biofeedback, električna stimulacija, uporaba različnih pripomočkov, saj v kombinaciji s treningom MMD lahko dosežejo izjemne rezultate.

Zdravljenje in vzdrževanje učinkov zdravljenja SUI je nepretrgan in večdisciplinaren proces. Uspešno je le, če oseba spozna pomembnost njenega sodelovanja s postopnim treningom MMD in primerno osveščenostjo na področju dejavnikov tveganja in ustreznega življenjskega sloga, s čem si izboljša fizično pripravljenost in vzdržljivost MMD, s tem pa tudi sprejme dejavno vlogo pri svojem zdravljenju, tako s fizičnega kot psihičnega vidika. Na žalost pa so učinki treninga v primeru prekinitve dokaj kratkoročni, zato se morajo v procesu zdravljenja nenehno ponavljati in vzdrževati.

Literatura

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M. in sod. The standardization of terminology of lower urinary, tract function: report from the tandardization sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn, 2002; 21: 167–178.

Berghmans, L. C. M., Frederiks, C. M. A., de Bie, R. A. in sod. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. Neurourol Urodyn, 1996; 29: 931–941.

Blowman, C., Pickles, C., Emery, S. in sod. Prospective double blind controlled trial of intensive physiotherapy with and without stimulation of the pelvic floor in treatment of genuine stress incontinence. Physiotherapy, 1991; 10: 661–664.

Bo, K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? Int Urogynecol J, 2004; 15: 76–84.

Bo, K., Berghmans, B., Morkved, S. in sod. Evidence Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Bridging Science and Clinical Practice. Churchill Livingstone: Elsevier, 2007.

Bo, K., Hagen, R. H., Kvarstein, B. in sod. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercise. Neurourol Urodyn, 1990; 9: 489–502.

Bo, K., Trygve, T., Ingar, H. in sod. Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ, 1999; 318 (7182): 487–493.

Castro, R. A., Arruda, R. M., Zanetti, M. R. D. in sod. Single blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. J L Clin (Sao Paulo), 2008; 63 (4): 465–472.

Dumolin, C., Lemieux, M., Bourbonnais, D. in sod. Conservative management of stress urinary incontinence: a single-blind, randomized controlled trial of pelvic floor rehabilitation compared to the absence of treatment. Neurourol Urodyn, 2003; 22: 543–544.

Eliasson, K., Larsson, T., Mattson, E. in sod. Prevalence of stress incontinence in nulliparous elite trampolinists. Scand J Med Sci Sports, 2002; 12: 106–110.

Gilling, P. J., Wilson, L. C., Westenberg, A. M. in sod. A double blind randomized controlled trial of electromagnetic stimulation of the pelvic floor vs sham therapy in the treatment of women with stress urinary incontinence. BJUI, 2008; 103: 1386–1390.

Hahn, I., Sommar, S., Fall, M. in sod. A comparative study of pelvic floor training and electrical stimulation for the treatment of genuine female stress urinary incontinence. Neurourol Urodyn, 1991; 10: 545–554.

Haslam, J., Laycock, J. Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Pelvic Organ Disorders. Second edition. UK: Springer, 2008.

Hay Smith, E., Herbison, G., Wilson, P. in sod. Pelvic floor muscle training for women with symptoms of stress urinary incontinence: a randomized trial comparing strenghthening and motor relearning approaches. Neurourol Urodyn, 2002; 21: 371–372.

Kujansuu, E. Patient history in the diagnosis of urinary incontinence and determining the quality of life. Acta Obstet Gynecol Scand, 1997; 76: suppl. 166: 24–27.

Lagro Janssen, T. L. M., Debruyne, F. M. J., Smits, A. J. A. in sod. Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. Br J Gen Pract, 1991; 41: 445–449.

Morkved, S., Bo, K., Fjortoft, T. in sod. Is there any additional effect off adding biofeedback to pelvic floor muscle training? A single blind randomized controlled trial. Obstet Gynecol, 2002; 100: 730-739.

Nygaard, I. E., Thomson, F. I., Svengalish, S. L. in sod. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. Obstet Gynecol, 1994; 84: 183–187.

Prather, H. Pelvis and sacral dysfunction in sports and exercise. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2000; 11: 805–836.

Wilson, P. D., Bo, K., Nygaard, I. in sod. Conservative treatment in women. V: Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S. in sod. Incontinence. Playmouth: Plymbridge Ltd, Health Publication Ltd, 571–624.

Eva Grabner, dipl. m. s. (VS), dipl. inž. med. kom. (UN)
Alma Mater Europaea – ECM
viš. pred. mag. Boris Miha Kaučič; pred. mag. Tomaž Klojčnik
Alma Mater Europaea – ECM

SEZNANJENOST IN POTREBE PACIENTOV PO ZDRAVSTVENI NEGI NA DALJAVO
FAMILIARITY AND NEEDS OF PATIENTS FOR TELENURSING

Povzetek

Teoretična izhodišča: Zdravstvena nega na daljavo je sodoben pristop zdravstvene nege za spremljanje pacientov na daljavo. Nov način obravnave v zdravstveni negi omogoča pacientom partnersko sodelovanje z izvajalci zdravstvene nege. Pacientom ponuja možnost za podajanje svojega mnenja pri načrtovanju zdravstvene nege in aktivno sodelovanje pri njenem izvajanju. Namen raziskave je bil, ugotoviti seznanjenost in potrebe pacientov po elektronsko podprti zdravstveni negi na domu ali zdravstveni negi na daljavo.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Anketni vprašalnik kot merski instrument smo oblikovali na osnovi pregleda literature. Izvedli smo spletno anketiranje. Za izdelavo e-ankete smo uporabili okolje 1ka.si. Izvedli smo neslučajnostno, priložnostno vzorčenje. V raziskavi je sodelovalo 263 oseb.

Rezultati: 43,7 % anketiranih se je že srečalo z elektronsko podprto zdravstveno nego. Zbrani podatki kažejo, da se je na zdravstveno preiskavo prek elektronskega medija naročilo 26,2 % anketiranih. Virtualno medicinsko sestro za pridobivanje zdravstvenovzgojnih nasvetov bi uporabljalo 52,1 % vprašanih. Sodelovanje v elektronsko podprti zdravstveni negi na domu v smislu zdravljenja svoje bolezni na daljavo (v sodelovanju z medicinsko sestro in izbranim osebnim zdravnikom) je potrdilo 2,3 % anketirancev.

Razprava: Skoraj polovica anketiranih pacientov se je že srečala z elektronsko podprto zdravstveno nego. Navajajo, da bi uporabljali virtualno medicinsko sestro za pridobivanje zdravstvenovzgojnih nasvetov. Ugotavljamo, da velika večina anketiranih še ni sodelovala v elektronsko podprti zdravstveni negi v smislu zdravljenja svoje bolezni na daljavo (v sodelovanju z medicinsko sestro in izbranim osebnim zdravnikom).

Ključne besede: zdravstvena nega, telezdravje, telemedicina, zdravstvena nega na daljavo, informacijsko-komunikacijske tehnologije

Summary

Theoretical background: Telenursing is a modern approach to nursing with the aim of monitoring patients at a distance. The new way of treatment in nursing enables patients to cooperate in partnership with nursing providers. It offers patients an opportunity to share their opinion on planning, as well as to actively cooperate in the implementation of nursing. The aim of the research was to establish how familiar patients are, and what needs the patients have, with regards to electronically supported home nursing care, or telenursing.

Method: The quantitative research method was used, i.e. the descriptive method. Data were gathered with a survey. The questionnaire, as the means of a measurement tool, was designed on the basis of literature research. An online survey was carried out. The 1ka.si platform was used for designing the online survey. The non – probability, convenience sample was used. 263 individuals were included in the research.

Results: 43.7 % of respondents have already been acquainted with electronically supported nursing. The data gathered show that 26.2 % of respondents have booked a medical examination through electronic media. 52.1 % of respondents would use a virtual nurse to acquire health education advice. 2.3 % of respondents would use electronically supported home nursing care with regards to long-distance disease treatment (in cooperation with a nurse and a selected doctor).

Discussion: Nearly 50 % of the patients, participating in the survey, have already met with electronically supported nursing. They state they would use a virtual nurse to acquire health education advice. It was established that a great majority of respondents have not yet participated in electronically supported nursing (in cooperation with a nurse and a selected doctor).

Key words: nursing, telehealth, telemedicine, telenursing, information and communications technology

1 Uvod

Sodobna družba in njene potrebe zdravstvenemu sistemu narekujejo nove smernice delovanja. Ambrožič (2011) navaja, da je zdravstveni sistem za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev in boljšo oskrbo pacientov primoran rekonstruirati svoj način delovanja in izboljšati način komunikacije, prenosa podatkov in interaktivnega sodelovanja celotne verige zdravstvenega sistema, tako znotraj kot tudi zunaj državnih meja.

S sodobnimi pristopi zdravstvenega sistema je v veliki meri na preizkušnji pacient in njegovo ravnanje z novo ponujeno tehnologijo. Veliko je odvisno tudi od njegove uspešnosti pri prilagajanju novemu načinu dela v zdravstvenih zavodih, sodobni pristop pa prinaša tudi korenite spremembe dela zdravstvenih delavcev. Kolenc (2010) navaja, da postajajo dela medicinske sestre tako vse bolj obsežna, zapletena, kakovostnejša in kompleksnejša. Sem spadajo uporaba, ravnanje, skrb za vzdrževanje sodobne tehnologije in osveščenost o njej. V namen izboljšane in učinkovitejše zdravstvene nege se je razvila elektronska interaktivna zdravstvena nega, zdravstvena oskrba pacientov na domu. Strokovno jo imenujemo zdravstvena nega na daljavo. Potreba po takšni obliki dela v zdravstvenih zavodih se je pojavila z izrazitim naraščanjem števila pacientov s kroničnimi boleznimi, duševnimi motnjami in starostniki, ki zaradi zmanjšane samostojnosti potrebujejo obsežnejšo oskrbo.

Zdravstvena nega na daljavo zajema komunikacijo med pacienti in zdravstvenimi ustanovami, prenos podatkov med njimi in medsebojno obveščanje. Zajema tudi zdravstvene informacijske mreže, elektronske zdravstvene kartoteke, telemedicino, e zdravstveno izobraževanje in e-promocijo zdravja. Uporabljajo se sodobne tehnologije za preprečevanje, zdravljenje, diagnosticiranje in spremljanje bolezni (Blažun, Kokol, Lahe, 2011).

Telezdravje je širši pojem telemedicine. Telezdravje oziroma e-zdravje povezuje telekomunikacijske sisteme v prakso, temu pripisujemo tudi utrjevanje, ohranjanje zdravja in varnost, medtem pa telemedicina deluje le na kurativnem nivoju zdravljenja. Zdravstvena nega na daljavo pa za razliko od telemedicine izvaja tudi preventivno zdravstveno dejavnost (Ramšak, 2011).

Kerbler (2011) navaja, da je razvoju zdravstvene nege na daljavo doma in po svetu v veliki meri botrovalo izrazito naraščanje starejšega prebivalstva. Zaradi množičnega povečanja starejše populacije se države spoprijemajo s povečanjem finančnih potreb v zdravstvene in socialne namene, prav tako se soočajo s problemom premajhnih zmožnosti ter dolgih čakalnih vrst v zdravstvenih institucijah. Raziskave so pokazale, da ima koncept zdravstvene nege na daljavo široko podporo družbe. Dorfman (2013) navaja, da bi lahko s sodobnim pristopom zdravstvene nege na daljavo za spremljanje pacientov na daljavo izboljšali kakovost življenja, poskrbeli bi za boljšo in hitrejšo informiranost pacientov. Ob tem bi imeli pacienti občutek partnerskega odnosa z medicinskimi sestrami, saj bi pacientom omogočili podajanje mnenja pri načrtovanju zdravstvene nege in aktivno sodelovanje pri njenem izvajanju.

Pacienti s kronično boleznijo morajo živeti z njo celo življenje. Zdravstveno stanje takšnega pacienta je v enem od štirih stanj: stabilno stanje bolezni, stanje poslabšanja, stanje zdravljenja bolezni in stanje okrevanja. Za dobro zdravljenje in dobro kakovost življenja kroničnih pacientov je pomembno, da ugotovimo, kdaj pacient prehaja iz neke trenutne faze v naslednjo fazo. Na ta način lahko velikokrat preprečimo nadaljnja poslabšanja, ki lahko vodijo v dražje bolnišnično zdravljenje. Poslabša pa se tudi kakovost pacientovega življenja. Pomembno je tudi spremljanje pacienta v zelo občutljivi zgodnji fazi okrevanja, da preprečimo ponovno poslabšanje stanja ter zagotovimo kakovostno okrevanje. Ta način obravnave pacientov je stroškovno učinkovitejši (Fležar, Planinc, Rošič, 2011).

Sistem, ki združuje prvine telekomunikacijskih in informacijskih tehnologij ter zdravstveno nego, izboljšuje zdravljenje pacientov s kroničnimi boleznimi. Tako so pokazale številne študije v Združenih državah Amerike. Zdravljenje teh pacientov je običajno zelo drago in na koncu velikokrat neuspešno, z zdravstveno nego tovrstnih pacientov na daljavo pa se ne zmanjšajo samo stroški hospitalizacij in pregledov v zdravstvenih ustanovah, ampak se občutno izboljša tudi njihovo zdravstveno stanje v primerjavi s pacienti, ki se zdravijo na klasičen način. V času študije, ki je potekala dve leti v Združenih državah Amerike, se je število bolnišničnih sprejemov in obiskov zdravstvenih domov zmanjšalo za 18 % s strani udeležencev študije v primerjavi s kontrolno skupino, ki se je zdravila na klasičen način. Prav tako se je zmanjšala tudi umrljivost v primerjavi s kontrolno skupino. Takšni dobri rezultati so bili predvsem pri pacientih s kroničnimi boleznimi, kot so: srčno popuščanje, kronična obstruktivna pljučna bolezen in sladkorna bolezen. Raziskovalci so zaključili, da telekomunikacijska in informacijska tehnologija v sodelovanju z zdravstveno nego predstavlja dragocen pristop k občutnemu izboljšanju oskrbe, zdravja in kakovosti življenja pacientov s kompleksnimi kroničnimi boleznimi (»Telehealth technology improves care in chronic disease«, 2013).

Zdravstvena nega na daljavo je podprta z ogromno enotno bazo podatkov, ki imajo visoko stopnjo zasebnosti in zaupnosti. Ob tem se pojavlja vprašanje ustreznega varovanja takšne narave in količine podatkov. Varnost informacij je ob zagonu elektronsko podprtega zdravstvenega varstva prvobitnega pomena. Ob vpeljavi projekta eZdravje je Ministrstvo za zdravje vpeljalo projekt »Implementacija informacijske varnostne politike«. V tem projektu sodelujeta tudi Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in podjetje Astec kot izvajalec. Zagon omenjenega projekta je nujno potreben za izboljšanje varovanja osebnih podatkov, varovanja posebno občutljivih podatkov, ki jih pri delu v zdravstvenih ustanovah srečujemo vsakodnevno (Rozman, Džaferović, 2010).

Zdravstvena nega na daljavo je polna pravnih in etičnih vprašanj ter vprašanj o zaupnosti in zasebnosti. V mnogih državah je prepovedana, saj so vprašljive licence medicinskih sester, ki izvajajo zdravstveno nego na daljavo. Prav tako potrebujejo medicinske sestre za izvajanje zdravstvene nege na daljavo v drugi zvezni državi licenco za obe državi. To velja predvsem za Združene države Amerike. Pravna vprašanja, kot je odgovornost pri malomarnosti itd., so prav tako v veliki meri še nerešena in bi jih bilo zato težko obravnavati v primeru sporov. Poleg vsega pa obstajajo številni pomisleki v zvezi z varnostjo kliničnih podatkov in zaupnostjo le-teh. Tako bi bilo za njeno prakticiranje treba določiti predpise in zakone, ki bi strogo in natančno urejali to področje (Kumar, 2011).

Ob veliki količini podatkov o pacientovem zdravju je treba nadzirati in omejiti dostop do omenjenih podatkov. Potrebna je učinkovita sledljivost dostopov in obdelav osebnih podatkov pacientov. Zaradi množične uporabe informacijske baze podatkov in velikega števila odjemalcev je smotrno, da se uporablja t. i. sistem SIEM (Security Information and Event Management). To je orodje za učinkovito upravljanje revizijskih sledi. Orodja omogočajo shranjevanje v centralno bazo podatkov, varnost, ustrezno odstranjevanje in obveščanje o varnostnih nepravilnostih (Žele, Rakar, 2010).

Tradicionalni in zastareli računalniški informacijski sistemi, ki se uporabljajo v večini bolnišnic, vsebujejo veliko pomanjkljivosti in slabosti. Predvsem je pomanjkljiva standardizacija in optimizacija terapevtskih, diagnostičnih in ostalih postopkov v bolnišnicah. Vzrok temu so omejene kapacitete papirnatih in računalniških informacijskih sistemov, vključno s temperaturno-terapevtskimi listi kot središčem omenjenih informacijskih sistemov. Temperaturno-terapevtski listi so namreč vzrok težav, saj se velikokrat izgubijo. Gre za slabosti s področja varnosti, učinkovitosti, varovanja zasebnosti in neekonomičnosti. Podatki imajo v zdravstvu zelo pomembno vlogo, saj so ključnega pomena pri odločanju in poteku zdravljenja. Njihova dostopnost na pravem kraju in ob pravem času je ključnega pomena za pacienta. Arhiviranje in sledenje podatkov je tako kritično področje, ki v Sloveniji še ni doživelo pravega digitalnega arhiviranja. Arhiviranje klasičnih papirnatih podatkov je zamudno in težavno, njihov priklic iz nekega izbranega kraja pa praktično nemogoč. Trenutni računalniški informacijski sistemi pa za zdaj še ne omogočajo uporabe informacij ob kateri koli želeni lokaciji oziroma ob pacientu. V nekaterih bolj razvitih državah so že opravili kar nekaj poskusov digitalizacije ter tako pridobili dragocene podatke o prednostih, ki jih takšni sistemi prinašajo. V raziskavah so uporabljali tablične računalnike, ki so bili brezžično povezani s centralnim bolnišničnim informacijskim sistemom in omogočali univerzalni dostop do njega. Digitalizacija temperaturno-terapevtskega lista je izziv, ki je še v zgodnjih fazah reševanja, pri nas pa bo aktualen šele, ko bomo uvedli elektronski zdravstveni zapis pacientov (Kelc, Dinevski, 2010).

Namen prispevka je, predstaviti razširjenost zdravstvene nege na daljavo v slovenskem prostoru, prav tako pa želimo predstaviti, kakšna sta zaupanje in pripravljenost pacientov za uporabo zdravstvene nege na daljavo.

Na osnovi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali dve raziskovalni vprašanji.

- Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna je seznanjenost pacientov z zdravstveno nego na daljavo?
- Raziskovalno vprašanje 2: Kakšne so potrebe pacientov po zdravstveni negi na daljavo?

2 Metode

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Primarni viri podatkov so bili pridobljeni s članki in zborniki z recenzijo, katerih starost ni presegala petih let. Uporabili smo podatkovne baze (ProQuest, Springerlink, CINAHL). Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: zdravstvena nega, telezdravje, telemedicina, telenega, informacijsko-komunikacijske tehnologije, in ključne besede v angleškem jeziku: tele-nursing, tele-healthcare, telecare, nurse.

Za izvedbo raziskave smo kot merski instrument uporabili anketni vprašalnik. Izvedli smo spletno anketiranje. Za izdelavo e-ankete smo uporabili okolje 1ka.si. Anketni vprašalnik smo razvili na osnovi pregleda literature (Ambrožič, 2011; Blažun, Kokol, Lahe, 2011; Kerbler, 2011; Fležar, Planinc, Rošič, 2011; Kumar, 2011; Bizjak, Bukovnik, Skalicky, Dinevski, 2010).

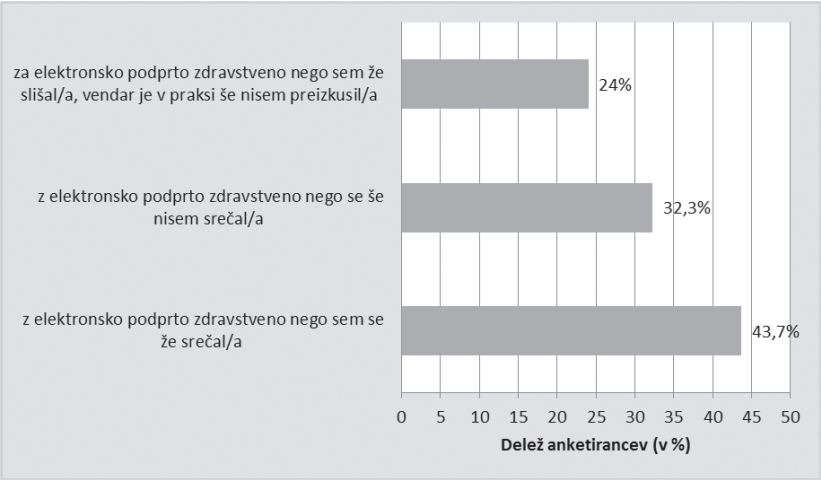
Anketni vprašalnik so anketiranci izpolnili sami, prostovoljno, v obliki e-ankete. Vprašalnik je vseboval 7 trditev po Likertovi lestvici, 12 zaprtih vprašanj, 4 odprta vprašanja in 7 vprašanj, ki poleg odgovorov za obkroževanje ponujajo tudi možnost prostega dopisa odgovora. Anketa je bila anonimna, njeni rezultati pa so bili namenjeni izključno za potrebe raziskave. Za izpolnitev anketnega vprašalnika so anketiranci v povprečju potrebovali 10 minut.

Anketiranci so bili izbrani naključno, saj je anketo lahko rešil vsak, ki je imel dostop do spletne povezave. Za sodelovanje so se anketiranci odločili prostovoljno. Anketo je rešilo 263 pacientov. Elektronski anketni vprašalnik je bil dostopen en mesec (julij 2014) na različnih forumih s področja zdravstva in zdravstvene nege ter na družbenem omrežju Facebook.

3 Rezultati

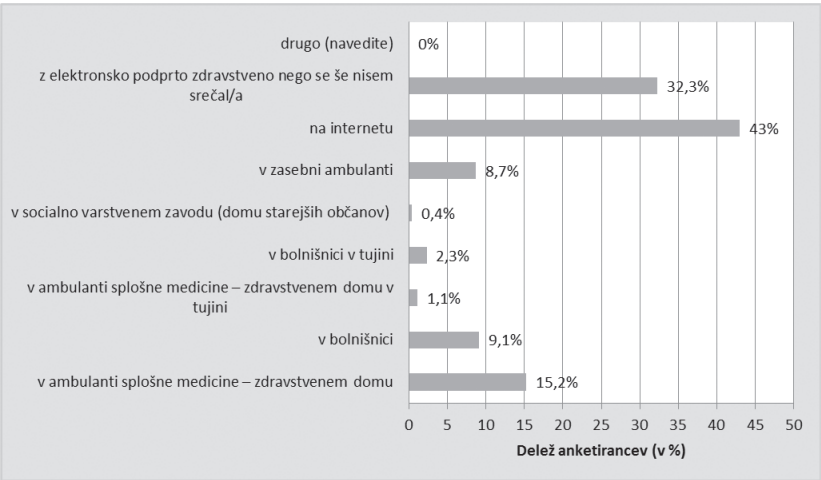
V nadaljevanju prikazujemo rezultate spletne ankete.

Grafikon 1: Poznavaje elektronsko podprte zdravstvene nege z vidika anketiranih



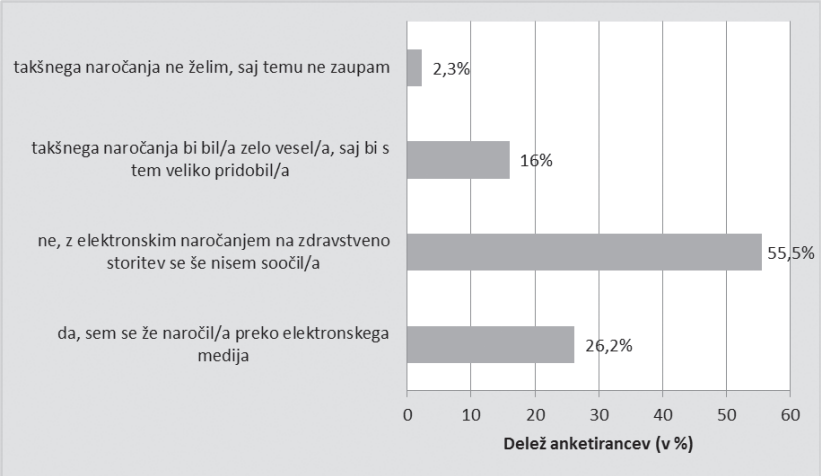
Grafikon 1 prikazuje, da se je 115 (43,7 %) anketirancev že srečalo z elektronsko podprto zdravstveno nego. 85 anketirancev (32,3%) pa se z elektronsko podprto zdravstveno nego še ni srečalo. Za elektronsko podprto zdravstveno nego je že slišalo, vendar je v praksi še ni preizkusilo, 63 (24,0 %) anketirancev.

Grafikon 2: Okolje, v katerem so se anketirani srečali z elektronsko podprto zdravstveno nego



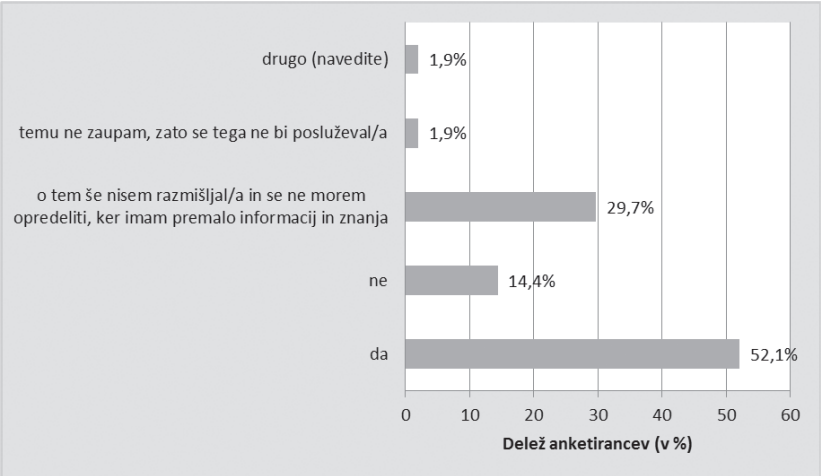
Iz grafikona 2 je razvidno, da se je v ambulanti splošne medicine – zdravstvenem domu z elektronsko podprto zdravstveno nego srečalo 40 (15,2 %) anketirancev. V bolnišnici se je z njo srečalo 24 (9,1 %) anketirancev. V ambulanti splošne medicine – zdravstvenem domu v tujini so se s slednjo srečali 3 (1,1 %) anketirani. V bolnišnici v tujini se je z elektronsko podprto zdravstveno nego srečalo 6 (2,3 %) anketirancev. V socialnovarstvenem zavodu (domu starejših občanov) se je z njo srečal 1 (0,4 %) anketirani, v zasebni ambulanti 23 (8,7 %) anketiranih. 113 (43,0 %) anketiranih se je z elektronsko podprto zdravstveno nego srečalo na spletu. Z elektronsko podprto zdravstveno nego pa se še ni srečalo 85 (32,3 %) anketirancev. Možnosti »drugo« ni izbral nihče.

Grafikon 3: Naročanje anketiranih na zdravstveno preiskavo prek elektronskega medija



Grafikon 3 prikazuje, da se je na zdravstveno preiskavo prek elektronskega medija naročilo 69 (26,2 %) anketirancev. S tem se še ni soočilo 146 (55,5 %) anketirancev. Takšnega načina naročanja bi si želelo 42 (16,0 %) anketirancev, saj menijo, da bi s tem veliko pridobili. Takšnega naročanja pa si ne želi 6 (2,3 %) anketirancev, saj mu ne zaupajo.

Grafikon 4: Uporaba virtualne medicinske sestre za pridobivanje zdravstvenovzgojnih nasvetov s strani anketiranih



Grafikon 4 prikazuje, da bi virtualno medicinsko sestro za pridobivanje zdravstvenovzgojnih nasvetov uporabljalo 137 (52,1 %) vprašanih. Ne bi je uporabljalo 38 (14,4 %) anketirancev. O tem še ni razmišljalo 78 (29,7 %) anketirancev in se ne morejo predeliti, ker imajo premalo informacij in znanja. Virtualni medicinski sestri ne zaupa 5 (1,9 %) anketirancev. Temu slednji ne zaupajo. Možnost »drugo« je izbralo 5 (1,9 %) anketirancev. Navedli so, da bi raje uporabljali namensko aplikacijo, da bolj zaupajo osebnemu stiku. Navedli so tudi, da bi jo mogoče uporabili, če bi bolje delovala.

4 Razprava

Z analizo anketnih rezultatov smo dobili odgovor na zastavljeno raziskovalno vprašanje Kakšna je seznanjenost pacientov z zdravstveno nego na daljavo?. Rezultati kažejo, da se je skoraj polovica anketirancev že srečala z elektronsko podprto zdravstveno nego, četrtina vprašanih pa je zanjo že slišala, vendar je v praksi še niso preizkusili. Dve petini anketirancev se je z elektronsko podprto zdravstveno nego srečalo ob uporabi spleta, manj kot petina pa v ambulanti splošne medicine in slaba desetina v zasebni ambulanti. Anketiranci so imeli možnost navesti več oblik srečanja z elektronsko podprto zdravstveno nego, zato število navedb presega velikost vzorca. Kerbler (2011) navaja, da so raziskave pokazale, da ima koncept zdravstvene nege na daljavo široko podporo družbe.

Ugotavljali smo potrebe pacientov po zdravstveni negi na daljavo. Rezultati so pokazali, da več kot polovica anketirancev še ni uporabila zdravstvene storitve elektronskega naročanja, približno četrtina pa je tovrstno storitev že uporabila. Več kot polovica anketirancev se še vedno naroča na preiskave prek telefona, kot elektronski medij je bila najpogosteje navedena e-pošta, ki jo uporablja približno četrtina anketirancev. Skoraj polovica anketiranih najpogosteje uporablja prenosni računalnik za naročanje na zdravstvene storitve, skoraj četrtina uporablja pametni mobilni telefon. Štolfa in Gornik (2010) navajata, da se mobilne naprave v zadnjih letih pogosto pojavljajo kot pripomoček v zdravstveni negi oziroma medicini. Izpostavljata napredek pri zajemu slike in videa, prav tako izpostavljata zmanjšanje dimenzij mobilnih naprav, povečane prikazovalnike ter neprekinjeno in zanesljivo povezljivost s spletnim omrežjem.

Spletno omrežje predstavlja po našem mnenju uporabnikom pomemben vir informacij o zdravju in bolezni. Ob tem pa je treba izpostaviti problem strokovnosti informacij. Ljudi bi bilo treba izobraziti o iskanju zanesljivih in strokovno podkrepljenih virov informacij (izboljšati računalniško pismenost). Raziskava nas je pripeljala do rezultata, da je velika večina anketirancev že iskala zdravstvene informacije prek spleta.

Polovica anketirancev je navedla, da bi uporabljali virtualno medicinsko sestro za pridobivanje zdravstvenovzgojnih nasvetov. Tri četrtine anketirancev je navedlo, da prebirajo članke kot način za ozaveščanje o lastnem zdravju. Rezultati prikazujejo, da velika večina anketiranih še ni sodelovala v elektronsko podprti zdravstveni negi na domu v smislu zdravljenja svoje bolezni na daljavo (v sodelovanju z medicinsko sestro in izbranim osebnim zdravnikom). Bizjak, Bukovnik, Skalicky in Dinevski (2010) navajajo, da so študije v tujini pokazale, da je uvedba spremljanja pacientov s pomočjo telemedicine oziroma zdravstvene nege na daljavo učinkovita in uporabna, tako menijo tudi pacienti in zdravstveni delavci. V Sloveniji pa se le-ta v širši praksi še ne izvaja.

5 Zaključek

Razvoj zdravstvene nege na daljavo po svetu je v velikem razkoraku, medtem ko je pri nas na začetku razvoja. Hiter tempo življenja narekuje nove smernice v zdravstvu. Sodobna družba ima vedno večje potrebe po hitrejši in učinkovitejši komunikaciji z zdravstvenim osebjem. Tudi računalniška pismenost je med mladimi zelo razširjena, širi pa se tudi med starejšo populacijo. Potrebno bo čimprejšnje prestrukturiranje zdravstvenega sistema, a obstaja finančni problem. Za to bi bilo potrebno veliko finančnih sredstev, ki pa jih slovensko zdravstvo trenutno nima.

Nov način komunikacije v zdravstvu bi zagotovo zelo olajšal življenje kroničnim pacientom, ki pogosto uporabljajo zdravstvene storitve. Tudi ozaveščenost/pismenost pacientov o zdravem načinu življenja (preventivna dejavnost) bi bila boljša in bolj razširjena po slovenskih domovih.

Izsledki raziskave so pokazali, da si pacienti želijo vzpostavitve zdravstvene nege na daljavo v slovenskem zdravstvenem prostoru. Zelo zanimivo bi bilo raziskavo ponoviti čez nekaj let in primerjati dobljene rezultate.

Literatura in viri

Ambrožič, B. Hitra izmenjava informacij rešuje življenja. Naša lekarna. 2011; 55: 18–23. Dostopno na: http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/hitra-izmenjava-informacij-resuje--zivljenja/ (4.3.2014).

Bizjak, A., Bukovnik, N., Skalicky, M., Dinevski, D. Telemedicinsko spremljanje kroničnih bolnikov na daljavo v Sloveniji. V: Leskošek, B., Juvan, P. (ur.). Zbornik prispevkov z recenzijo. Kongres MI 2010 – Znanje za uspešno eZdravje, Zreče, 13.–15. oktobra 2010. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko; 2010: 176–83.

Blažun, H., Kokol, P., Lahe, M. E-zdravstvena nega – globalna rešitev do zdravja. V: Berkopec, M (ur.). 3. Dnevi Marije Tomšič: Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega, Novo mesto, 20.–21. januarja 2011. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov ter Visoko šolo za zdravstvo; 2011: 22-31.

Dorfman, S. Sharp Healthcare Uses Interactive Patient Care Technology to Meaningfully Engage Patiens. Consumer eHealth Engagement. 2013: 1. Dostopno na: http://www.consumerehealthengagement.com/consumerehealthengagement/2013/6/11/sharp-healthcare-uses--interactive-patient-care-technology-to.html (4.3.2014).

Kelc, M., Planinc, N., Rošič, N. Elektronsko spremljanje zdravja kroničnih bolnikov na domu. V: Berkopec, M, (ur.). 3. Dnevi Marije Tomšič: Ali bo e zdravju sledila e-zdravstvena nega, Novo mesto, 20.–21. januarja 2011. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov ter Visoko šolo za zdravstvo; 2011: 37-39.

Kelc, R., Dinevski, D. Moderni klinični informacijski sistem z integriranim digitalnim temperaturno-terapevtskim listom. V: Leskošek, B., Juvan, P., (ur.). Zbornik prispevkov z recenzijo. Kongres MI 2010 – Znanje za uspešno eZdravje, Zreče, 13-15. oktobra 2010. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko; 2010: 91-99.

Kerbler, B. Podoktorski projekt – temeljni: Sistem telenege za starejše ljudi: s posebnim poudarkom na oskrbi starejšega prebivalstva v perifernih podeželskih območjih Slovenije. ARRS – Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije. 2011: 1–21. Dostopno na: http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-W2RJ0RZP/?query=%27Key words%3dKerbler%2c+Bo%C5%A1tjan%27&pageSize=25 (1.3.2014).

Kumar, S. Introduction to Telenursing. Springer London. 2011: 1–3. Dostopno na: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-85729-529-3_1 (1.3.2014).

Ramšak, M. V pričakovanju e-zdravja: medicina, tehnologija, družba in etika. Slovenski etnografski muzej. 2011; 21: 35–55. Dostopno na: http://www.etno-muzej.si/files/etnolog/pdf/etnolog_2011_ramsak_v_pricakovanju_0.pdf (1.3.2014).

Rozman, S., Džaferović, J. Predstavitev implementacije informacijske varnostne politike. V: Leskošek, B., Juvan, P. (ur.). Zbornik prispevkov z recenzijo. Kongres MI 2010 – Znanje za uspešno eZdravje, Zreče, 13.-15. oktobra 2010. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko; 2010: 30-33.

Štolfa, T., Gornik, T. Učinkovito izkoriščanje mobilnih naprav za izboljšanje procesov v zdravstvu. V: Leskošek, B., Juvan, P. (ur.). Zbornik prispevkov z recenzijo. Kongres MI 2010 – Znanje za uspešno eZdravje, Zreče, 13.-15. oktobra 2010. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko; 2010: 29.

Telehealth technology improves care in chronic disease. Springer International Publishing. 2013; 688: 5. Dostopno na: http://link.springer.com/article/10.1007/s40274-013-0752-4 (1.3.2014).

Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. 2010. Dostopno na: http://dk.fdv.uni-lj.si/doktorska_dela/pdfs/dr_kolenc-ljudmila.PDF (26.4.2014).

Žele, M., Rakar, A. Vpeljava mehanizma nadzora nad vpogledovanjem v občutljive podatke. V: Leskošek, B., Juvan, P. (ur.). Zbornik prispevkov z recenzijo. Kongres MI 2010 – Znanje za uspešno eZdravje, Zreče, 13.-15. oktobra 2010. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko; 2010: 34-39.

Mag. Nevenka Gričar, prof. def., viš. del. ter., viš. pred.,
Alenka Oven, univ. dipl. org., viš. del. ter., pred.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

ZAPOSLITEV DELOVNEGA TERAPEVTA V TURISTIČNI DEJAVNOSTI – MNENJE ŠTUDENTOV DELOVNE TERAPIJE

EMPLOYMENT OFF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN TOURISM SECTOR – OCCUPATIONAL THERAPY STUDENTS' OPINION

Povzetek

Teoretična izhodišča: Turistična ponudba za osebe s posebnimi potrebami večinoma še ni dostopna oziroma prilagojena, turistični delavci pa nimajo potrebnega znanja in kapacitet za delo z njimi. Delovni terapevt ima pomembno vlogo pri zagotavljanju enakih možnosti za vse, saj svetuje in sodeluje pri njihovem načrtovanju in izvedbi. Zaposlenim v turizmu pa nudi izobraževanje in podporo pri komunikaciji in ravnanju z osebami s posebnimi potrebami. Ugotavljali smo, kako študentje delovne terapije poznajo pojem »turizem za vse« in kaj menijo o zaposlitvi delovnega terapevta v turistični dejavnosti.

Metodologija: Podatke smo zbirali s spletnim anketnim vprašalnikom, ki ga je izpolnilo 85 študentov delovne terapije na Zdravstveni fakulteti.

Rezultati: Poznavanje pojma »turizem za vse« in možnosti zaposlitve se z letnikom študija veča. Študenti menijo, da je za delovnega terapevta zaposlitev na področju turizma lahko strokovni izziv, vendar bi želeli še nekoliko več znanja s tega področja.

Razprava: Zaposlitev delovnega terapevta v turistični dejavnosti bi osebam s posebnimi potrebami omogočila vključevanje v turizem in povečala kakovost življenja, turističnim organizacijam pa bi prinesla konkurenčno prednost.

Ključne besede: dostopni turizem, osebe s posebnimi potrebami, študenti delovne terapije

Abstract

Theoretical foundations: Tourist services and facilities are not yet accessible and properly adapted to people with special needs. It is noteworthy that tourism workers lack the necessary skills as well as the available resources to work with this population. Occupational therapist plays an important role in ensuring equal opportunities for all by advising, designing and implementing the activities to meet these goals. They also provide education and support to employees in tourism industry, in communication skills as well as how to deal with people with special needs. The aim of the research was to investigate the occupational therapy students' knowledge of the 'Tourism for All' concept and their opinion about employment of occupational therapists in tourism industry.

Methodology: The data was collected through an online questionnaire, filled by 85 occupational therapy students at the Faculty of Health Sciences.

Results: The knowledge of the 'Tourism for All' concept and job opportunities increases with each consecutive study year. The students believe that employment in the field of tourism presents a professional challenge for an occupational therapist; nonetheless, deeper knowledge on the subject is required.

Discussion: Employment of occupational therapists in tourist services would enable people with special needs to actively engage in tourist activities and thus increase the quality of their lives. Active participation of occupational therapists would consequently bring competitive advantage also to tourist organizations.

Key words: accessible tourism, people with special needs, occupational therapy students

1 Teoretična izhodišča

Prebivalstvo v sodobnem času potuje vedno več in dlje, zato je turizem ena najpomembnejših gospodarskih dejavnosti, ki bo še pridobivala na pomenu (WTTC, 2006), in je zelo značilen družbeni pojav (Brezovec, 2012). To velja tudi za Slovenijo, ki si tako povečuje in utrjuje ugled v svetu (Mihalič, 2003). Z razvojem blagostanja je želja po počitku, rekreaciji in spremembi okolja postala življenjski slog sodobnega človeka (Ačko, 2012), zato ima turizem kot način preživljanja prostega časa pomembno vlogo v življenju posameznika. Potencialne turiste privabljajo vedno nove vrste turizma.

Enotne definicije pojma turizem ni, so si pa opredelitve med seboj podobne. Svetovna turistična organizacija (UNWTO, 2009) turizem opredeljuje kot aktivnosti posameznika v določenem časovnem okviru, ki so povezane s potovanjem in bivanjem zaradi prostega časa, sprostitve, zabave, rekreacije, poslovnih in drugih razlogov.

Temeljna pravica človeka je, navaja Zorko (1999), da počne, kar si želi, in gre, kamor hoče, pri čemer ne sme biti prikrajšan zaradi starosti,vere, spolne usmerjenosti, zdravja, invalidnosti ali ekonomskega položaja (Sectur, 2009). Tako bi morali vsi imeti enake možnosti za izkušnje ter zadovoljitev potreb in pričakovanj tudi v turizmu (Darcy et al., 2008), kar omenjajo številne konvencije in priporočila mednarodnih in nevladnih organizacij, kot so Organizacija združenih narodov (OZN), Svetovna turistična organizacija in Evropska unija (EU). Kljub temu pa turistična ponudba (še) ni dosegljiva vsem. Tudi v Sloveniji narašča povpraševanje po turistični ponudbi za osebe s posebnimi potrebami (v nadaljevanju OPP), ki potrebujejo dostopno in njim prilagojeno ponudbo. Kot menita Prodnik in David (2009), so OPP pri vključevanju v aktivnosti turizma pogosto zapostavljene. Želijo se vključevati v turizem, vendar pa se, kot ugotavlja Adamič (2009), za to ne odločajo zaradi nedostopnosti oz. neprilagojenosti ponudbe in programov ali nezadostnih informacij ali pa v njih ne morejo popolnoma sodelovati, kar vodi k diskriminaciji (McKercher et al., 2003). Tiste OPP, ki se v turistične aktivnosti vključujejo, pa so, kot menita Miller in Kirk (2002), pogosto deležne slabih storitev in so večinoma nezadovoljne z njimi (Buhalis et al., 2006).

OPP so vse osebe, ki se srečujejo s problemi, izzivi in ovirami zaradi neprilagojenega okolja in imajo posebne potrebe glede turističnih storitev (UN Resolution, 2005). Mednje prištevamo gibalno ovirane, gluhe in naglušne, slepe in slabovidne, osebe s težavami in motnjami v duševnem razvoju in duševnem zdravju, osebe s težavami pri govoru, družine z majhnimi otroki, osebe ekstremnih mer, osebe s kroničnimi boleznimi (diabetes, alergija in druge) in ovirami pa tudi starejše z boleznimi in težavami zaradi starosti, ki so prav tako razlog potrebe po prilagojeni turistični ponudbi (Svetina in sod., 2007; Darcy in Dickson, 2009; Oven, 2014).

Pri prilagajanju ponudbe OPP govorimo o »dostopnem turizmu« oz. »turizmu za vse«, za katerega je značilno, da je ponudba okolja, storitev in turističnih produktov prilagojena za vse vrste gostov, upoštevajoč, da je vsak posameznik edinstven (Design for All, 2010) oz. je ponudba oblikovana tako, da jo lahko enakovredno koristijo osebe s posebnimi potrebami kot tudi vsi ostali. Dostopni turizem je proces, ki OPP omogoča neodvisno, pravično in dostojanstveno uživanje univerzalnih turističnih produktov, storitev in okolja (Darcy, 2006), zaposlenim pa varno delovno okolje (Buhalis, Darcy in Ambrose, 2012). Turistične organizacije lahko s tovrstnim turizmom privabijo nove stranke in pridobijo konkurenčno prednost, saj omogoča enakopravnost, zagotavlja zadovoljstvo turistov – OPP in vzdrževanje kakovosti življenja v najširšem pomenu (Planina in Mihalič, 2002). Za slovenski turizem pa bi bila, kot menita Prodnik in David (2009), usmeritev v dostopni turizem velika poslovna priložnost.

Poznavanje OPP, njihovih specifičnih potreb in želja, so za ustrezno prilagojeno infrastrukturo, opremo in pripomočke ter prilagojene in kakovostne storitve temeljnega pomena. Kot ugotavljajo Florjančič in Paape (2001) ter Svetina in sodelavci (2007), pa so ključni elementi uspešnosti ponudbe (dostopnega) turizma ustrezno usposobljeni, strokovno podkovani in motivirani kadri ter posledično razumevanje OPP in korektni medčloveški odnosi. Svetina in sodelavci (2007) tudi poudarjajo, da turistični delavci OPP načeloma niso nenaklonjeni, vendar nimajo potrebnega znanja oziroma kapacitet za delo z njimi, ter da morajo do OPP pokazati enako mero empatije in biti enako gostoljubni kot do vseh ostalih.

Delovna terapija je stroka, ki z aktivnostmi zagotavlja promocijo zdravja in dobro počutje (AOTA, 2008). Osnovni cilj delovnega terapevta (v nadaljevanju DT) je omogočiti posamezniku sodelovanje in vključevanje ter čim bolj samostojno izvajanje vsakodnevnih dejavnosti oz. aktivnosti, ki so zanj smiselne (Law in McColl, 2010), imajo pomen ter povečujejo njegovo zadovoljstvo (Blesedell Crepeau et al., 2003) in samostojnost pri izbranih življenjskih vlogah (Radomsky in Trombly Lathan, 2008). To DT doseže tako, da na osnovi poznavanja njegovih želja in potreb posamezniku omogoči opravljati aktivnosti, s katerimi bo povečal njegove sposobnosti za sodelovanje, ali pa z ustreznimi ukrepi in načini prilagodi okolje ali aktivnosti v tolikšni meri, da ustreza njegovim zmožnostim in sposobnostim (Hinojosa in Blount, 2009). Kot ugotavlja Tomšič (2011), se z izvajanjem aktivnosti oseba usposobi za življenje in vključi v okolje, v skupnost. Dejavniki okolja posameznika pri izvedbi aktivnosti spodbujajo in mu pomenijo izziv, ali pa ga zavirajo in mu povzročajo različne ovire (Turpin in Iwama, 2011), kar velja tudi za vključevanje v aktivnosti s področja turizma.

Na osnovi strokovnega znanja o težavah pri izvajanju aktivnosti lahko DT predlaga in načrtuje rešitve za odpravo ovir, ki OPP otežujejo ali onemogočajo vključevanje v aktivnosti s področja turizma. Kot menita Ainsworth in De Jonge (2011), je primarna skrb DT prilagoditev turističnega okolja in tako OPP, ne glede na to, kje oz. na katerem področju ima okvaro/prizadetost oz. motnjo, omogočiti vključevanje in izvajanje aktivnosti v turistični dejavnosti, saj se zaveda, da okolje velikokrat vpliva negativno in ne podpira zmožnosti in kapacitet OPP.

DT v turistični dejavnosti tako sodeluje pri pripravi zakonodaje in priporočil ter izvajanju ukrepov na področju dostopnega turizma, nudi različne storitve v zdraviliškem turizmu, sodeluje pri načrtovanju, organizaciji in izvedbi celotne turistične ponudbe za OPP, svetuje predloge in ukrepe na področju dostopnosti in uporabnosti grajenega okolja ter pri izbiri opreme in pripomočkov, pri načrtovanju in ustvarjanju informacij, primernih za OPP, svetuje in sodeluje pri načrtovanju ter izobražuje/usposablja zaposlene v turistični dejavnosti ipd. (Oven, 2014).

2 Metodologija

Kvantitativna raziskava je potekala od novembra 2015 do februarja 2016 in predstavlja nadaljevanje pilotske študije, izvedene v letu 2013. Podatke smo pridobili s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika, do katerega dostop je bil preko e-pošte poslan študentom 1., 2. in 3. letnika ter absolventom visokošolskega strokovnega študijskega programa Delovna terapija 1. stopnje. Anketni vprašalnik, ki je nastal za potrebe raziskave, je sestavljen iz trinajstih vprašanj odprtega, polodprtega in zaprtega tipa. Anketirancem smo pri šestem vprašanju ponudili 19 trditev glede možnosti, pomena in namena zaposlitve DT v turizmu, ki so jih anketiranci ocenjevali po modelu 5-stopenjske Likertove lestvice (ocena 1 – sploh se ne strinjam, ocena 2 – deloma se ne strinjam, ocena 3 – neodločen, ocena 4 – deloma se strinjam in ocena 5 – popolnoma se strinjam). Podobno smo pri sedmem vprašanju želeli, da anketiranci ocenijo, koliko so navedena znanja, sposobnosti in lastnosti pomembna za zaposlene v turizmu (ocena 1 – nepomembno, ocena 2 – manj pomembno, ocena 3 – niti nepomembno niti pomembno, ocena 4 – pomembno in ocena 5 – zelo pomembno).

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kakšni meri študenti delovne terapije poznajo pojem »turizem za vse«, in ali menijo, da se kot DT lahko aktivno vključijo v soustvarjanje turistične ponudbe in kje oz. na kakšen način.

Postavili smo naslednje hipoteze:

H1: Študenti višjih letnikov bolj poznajo pojem »turizem za vse«.

H2: Študenti višjih letnikov bolj poznajo možnosti zaposlitve.

H3: Študenti višjih letnikov se s trditvami, ki so povezane z vključevanjem DT na področje turizma, strinjajo v višji meri kot študenti nižjih letnikov.

H4: Študenti, ki poznajo pojem »turizem za vse«, bolje poznajo možnosti zaposlitve DT v turistični dejavnosti.

H5: Študenti, ki poznajo pojem »turizem za vse«, se s trditvami, povezanimi z vključevanjem DT na področje turizma, strinjajo v višji meri kot študenti, ki pojma ne poznajo.

Podatke, zbrane s pomočjo anketnega vprašalnika, smo statistično obdelali in so prikazani v obliki tabel in opisno. Statistično pomembne razlike med posameznimi skupinami smo preverjali z neparametričnima testoma »Kruskal-Walis Test« in »Mann Whitney« ter s parametričnim Neodvisnim t-testom. Za analizo podatkov sta bila uporabljena programa Microsoft Excel 2007 in IBM SPSS Statistics v.23. for Windows.

3 Rezultati in razprava

V celoti je anketni vprašalnik izpolnilo 82 študentk in 3 študentje, od tega 29 iz 1. letnika, 19 iz 2. letnika, 27 iz 3. letnika in 10 absolventov. Njihova povprečna starost je 20,57 leta.

Dobra polovica študentov (N = 45) pozna pojem »turizem za vse«, ostali ne (N = 40). Tisti, ki pojem poznajo, so ga tudi pojasnili. Številne razlage so si dokaj podobne in bi jih lahko povzeli z enim od odgovorov: »turistična ponudba, ki jo lahko koristijo VSI ljudje, ne glede na to, ali so gibalno, senzorno, mentalno ali kako drugače ovirani.« Čeprav se zdi večini anketiranih študentov (82,4 %) vključevanje delovne terapije na področje turizma smiselno, jih večina (77,6 %) ne pozna možnosti zaposlovanja DT v turistični dejavnosti (Tabela 1), kar je sicer nekoliko manj kot v pilotski raziskavi (Oven in Gričar, 2014), ko je bil ta delež 83 %.

Tabela 1: Poznavanje pojma »turizem za vse«, možnost in smiselnost zaposlitve DT v turistični dejavnosti po mnenju anketiranih

	PoznPojm		MoznZaposl		SmiselnostDT	
Odgovor	F	Odstotek	F	Odstotek	F	Odstotek
ne	40	47,1	66	77,6	0	0
da	45	52,9	19	22,4	70	82,4
ne vem	0	0	0	0	15	17,6
Skupaj	85	100,0	85	100,0	85	100,0

Vir: Anketni vprašalnik, 2015

S Kruskal-Wallis testom smo preverili, ali so razlike v poznavanju pojma »turizem za vse« in možnosti zaposlovanja pri študentih različnih letnikov. Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna razlika pri obeh spremenljivkah (Tabela 2). Študentje višjih letnikov bolje poznajo pojem »turizem za vse«, rahel upad v primerjavi s študenti 3. letnika je pri absolventih. Pri spremenljivki »možnosti zaposlovanja« je opaziti, da študentje 3. letnika bolje poznajo možnosti zaposlovanja DT na področju turizma kot študentje nižjih letnikov in absolventi.

Tabela 2: Razlike pri poznavanju pojma in možnosti zaposlitve po letnikih

Spremenljivka	p	M	$M_{1.letnik}$	$M_{2.letnik}$	$M_{3.letnik}$	$M_{absolventje}$
Poznavanje pojma	0,000	0,53	0,17	0,53	0,85	0,70
Možnosti zaposlovanja	0,008	0,22	0,17	0,05	0,44	0,10

Vir: Anketni vprašalnik, 2015; legenda: 0 = ne; 1 = da;

Glede na letnik se je pokazala tudi statistična razlika pri treh od 19. Trditev, in sicer:

Trditev 3: »DT ima tudi na področju turizma veliko možnosti za strokovno delo in zaposlitev.«

Trditev 4: »DT je na osnovi znanja o težavah na področju aktivnosti oz. okupacije lahko pomemben soustvarjalec uspešne turistične ponudbe.«

Trditev 5: »OPP se želijo aktivno vključiti v turizem.« (Tabela 3)

Tabela 3: Razlike pri trditvah, kjer se je pokazala statistično pomembna razlika po letnikih

Spremenljivka	p	M	$M_{1.letnik}$	$M_{2.letnik}$	$M_{3.letnik}$	$M_{absolventje}$
Trditev 3	0,001	3,86	3,41	3,74	4,44	3,80
Trditev 4	0,001	4,46	4,07	4,58	4,78	4,50
Trditev 5	0,024	4,11	3,82	3,95	4,44	4,30

Vir: Anketni vprašalnik, 2015

Študentje višjih letnikov vidijo na področju turizma za DT več možnosti za strokovni izziv in hkrati tudi večji prispevek k vključevanju OPP v turistično dejavnost kot študentje nižjih letnikov. Izjema so absolventi, predvidevamo, da je eden od razlogov manjše število anketirancev iz te skupine.

Zanimalo nas je tudi, ali med študenti, ki poznajo pojem »turizem za vse«, obstajajo razlike glede poznavanja možnosti za zaposlovanje v primerjavi tistimi, ki tega pojma ne poznajo. Z Mann Whitney testom smo ugotovili, da gre za statistično pomembno razliko (p = 0,041) in da študentje, ki poznajo pojem, nekoliko bolj poznajo tudi možnosti zaposlovanja (M = 0,31), vendar pa se še vedno precej oddaljuje od M = 1, kar pomeni »da«.

Pokazala se je tudi statistično pomembna razlika med tremi trditvami pri zgoraj omenjenima skupinama.

Pri trditvi 2 (»O možnosti zaposlitve DT v turistični dejavnosti imam premalo informacij«) se je pokazalo, da tisti, ki poznajo pojem »turizem za vse«, v manjši meri menijo, da imajo premalo informacij (Mda = 4,24; Mne = 4,74), čeprav je le-to še vedno večje od 4 (delno se strinjam). Poudariti je treba, da je pri trditvi 3 (»DT ima tudi na področju turizma veliko možnosti za strokovno delo in zaposlitev«), največja razlika med obema skupinama (Tabela 4).

Tabela 4: Statistično pomembna razlika pri trditvah, kjer se je pokazala statistično pomembna razlika med skupinama glede na poznavanje pojma »turizem za vse«

Spremenljivka	p	M_{ne}	M_{da}
Trditev 2	0,025	4,74	4,24
Trditev 3	0,002	3,68	4,47
Trditev 4	0,021	4,41	4,63

Vir: Anketni vprašalnik, 2015

Med raziskovalno skupino, ki je bila vključena v pilotsko študijo, in skupino, ki je bila vključena v predstavljeno raziskavo v tem prispevku, se je pokazala statistično pomembna razlika le pri trditvi 5 (p = 0,21; M2013 = 4,50 in M2015 = 4,11). V zadnji raziskavi (Oven in Gričar, 2014) so anketiranci izrazili nekoliko nižje strinjanje s trditvijo »OPP se želijo aktivno vključiti v turizem«, a je to še vedno visoko (M > 4). Tudi sicer je pri udeležencih obeh raziskav strinjanje pri večini trditvah zelo visoko (M > 4 pri 16 trditvah), kar prikazuje tabela 5.

Tabela 5: Povprečna ocena pri posameznih trditvah pri obeh raziskavah

Trditve	M_{2015}	M_{2013}
T1	4,28	4,53
T2	4,67	4,43
T3	3,86	3,67
T4	4,46	4,37
T5	4,11	4,50
T6	4,36	4,43
T7	4,20	4,30
T8	4,68	4,67
T9	4,67	4,67
T10	4,74	4,67
T11	4,79	4,63
T12	4,65	4,50
T13	4,54	4,43
T14	4,78	4,73
T15	4,46	4,70
T16	2,95	2,93
T17	4,26	4,40
T18	3,80	4,00
T19	4,45	4,47

Vir: Anketni vprašalnik, 2015

Strinjanje pri dveh trditvah (trditev 3 in trditev 18) je med 3 in 4, le pri trditvi 16 je povprečna vrednost pod 3 (M2013 = 2,93 in M2015 = 2,95). Ker pa se ta trditev glasi »Izobraževalni program nudi dovolj osnovnega znanja za zaposlitev DT v turistični dejavnosti«, menimo, da je treba vnesti tudi te vsebine v študijski program (mogoče kot izbirne predmete). To opozarjajo tudi podatki iz Tabele 1, kjer vidimo, da kar 77,6 % anketiranih študentov ne pozna možnosti za zaposlovanje na predstavljenem področju. Sicer ja ta delež nekoliko manjši kot pri pilotski raziskavi (Oven in Gričar, 2014), ko je bilo kar 83 % anketiranih študentov takšnih, ki te možnosti niso poznali.

Študentje so mnenja, da potrebujejo določene prilagoditve (okolje, dostop in oprema, komunikacija, pripomočki) vse omenjene skupine OPP (Tabela 6). Menijo, da je ta potreba manjša pri osebah ekstremnih dimenzij in pri družinah z majhnimi otroki, največja (več kot 80 % anketiranih) potreba pa je po njihovem mnenju pri gibalno oviranih, slepih in slabovidnih, gluhih in naglušnih ter starejših. Vredno je opozoriti, da kar 48 % anketiranih študentov meni, da osebe s kroničnimi boleznimi ne potrebuje posebnih prilagoditev. Tukaj se pojavi vprašanje, ali študentje DT dobijo dovolj znanja o tej skupini OPP ali pa je premalo poudarka na povezovanju različnih študijskih vsebin (splošni medicinski predmeti in DT predmeti).

Tabela 6: Skupine OPP, ki po mnenju anketiranih potrebujejo prilagoditve

Skupine OPP	da		ne	
	F	Odstotek	F	Odstotek
Gibalno ovirane osebe	83	98	2	2
Slepe in slabovidne osebe	78	92	7	8
Gluhe in naglušne osebe	74	87	11	13
Osebe s težavami pri govoru	50	59	35	41
Osebe s težavami v duševnem razvoju	65	76	20	24
Osebe s težavami v duševnem zdravju	53	62	32	38
Osebe s kroničnimi boleznimi	44	52	41	48
Osebe ekstremnih dimenzij	37	44	48	56
Starejši	69	81	16	19
Družine z majhnimi otroki	34	40	51	60
Drugo	4	5	81	95

Vir: Anketni vprašalnik, 2015

Med razlogi, ki naj bi vplivali na odločitev za zaposlitev na področju turizma, so se anketirani študentje v največji meri opredelili za zanimivo delo (69 %), izziv (61 %), možnost uvajanja novosti (59 %) in promocijo stroke (52 %), kar je razvidno iz tabele 7. To lahko kaže na to, da si večina študentov želi izzivov in da so le redki (8 %) tisti, ki se ne bi zaposlili na tem področju, če bi dobili ponudbo.

Tabela 7: Vpliv dejavnikov na odločitev za morebitno zaposlitev anketiranih v turistični dejavnosti

Spremenljivka	F	odstotek
V_Ponudba	47	55
V_dohodek	31	36
V_Bližina	35	41
V_Izziv	61	72
V_Ugled	6	7
V_Zanimivost	69	81
V_Možn. uvajanja novosti	59	69
V_Možnost promocije DT	52	61
Ne bi se odločil	7	8

Vir: Anketni vprašalnik, 2015 (Opomba: možnih je bilo več odgovorov)

Na podlagi predstavljenih rezultatov ugotavljamo, da prvi dve in četrto hipotezo lahko potrdimo, tretjo in peto pa zavrnemo, saj se je statistično pomembna razlika pokazala samo pri 3 trditvah od 19.

Glede na odgovore anketirancev ugotavljamo, da študenti pojem »turizem za vse« večinoma poznajo in da pri večini navedenih OPP vidijo potrebo po prilagajanju turistične ponudbe, izjema so osebe s kroničnimi boleznimi, osebe ekstremnih dimenzij in družine z majhnimi otroki. Spodbudno je, da nekateri vidijo in poznajo možnosti zaposlovanja DT na tem področju ter bi jim ponudba za zaposlitev na tem področju predstavljala izziv. Hkrati pa so izrazili željo po pridobitvi večje količine znanja na tem področju.

Med drugim navajajo:

»Vseeno se mi zdi, da imamo premalo znanja tudi s področja prilagajanja okolja. Lahko tudi oseba, ki ni delovni terapevt precej dobro vidi potrebe in možnosti pri prilagoditvah. Odvisno je res veliko od lastne kreativnosti...« (anketiranec št. 71)

»Menim, da bi DT izboljšala ponudbe turističnih ustanov - z njo bi osebe z določenimi prizadetostmi imele enake pogoje (in užitke), tako kot osebe brez kakršnekoli disfunkcije.« (anketiranec št. 81)

4 Zaključek

Dostopna turistična ponudba za ljudi z različnimi potrebami je poleg tega, da zagotavlja vsem enake pravice, tudi konkurenčna prednost turističnih organizacij, saj lahko tako, kot meni Adamič (2009), privabijo nove stranke. DT je zdravstvena stroka, ki človeka obravnava kot »dinamičen odprt sistem« (Kielhofner, 2008), na katerega lahko okolje vpliva spodbudno ali zavirajoče. Spodbudno okolje omogoča, da lažje dosega lastno učinkovitost na vseh področjih človekovega delovanja. Eno od pomembnih področij je zagotovo kakovostno preživet prosti čas, kamor se uvršča tudi uporaba različnih turističnih storitev. Žal se OPP pri tem srečujejo z različnimi ovirami in omejitvami, ki so posledica nepoznavanja in nerazumevanja njihovih potreb, torej nespodbudnega okolja.

Mnenje enega od anketiranih študentov je bilo: ».....Lahko tudi oseba, ki ni delovni terapevt, precej dobro vidi potrebe in možnosti pri prilagoditvah.....« (anketiranec št. 71). Na videz, če na to pogledamo površno, včasih mogoče to res tako zgleda. Treba pa je poudariti, da lahko DT kot strokovnjak te potrebe in možnosti vidi bolje, jih oceni in z uporabo specifičnih terapevtskih pristopov in tehnik izvede prilagoditve bolj učinkovito in predvsem na način, ki je posamezniku individualno prilagojen, prijazen in mu ne škoduje. Poleg tega pa lahko zaposlenim v turizmu nudi podporo in izobraževanje pri ravnanju in komunikaciji z OPP.

Menimo, da bi bila zaposlitev DT v turistični dejavnosti smiselna in potrebna. Ugotavljamo, da se z navedenim strinjajo tudi anketirani študentje.

Spodbudno je, da bi bila za večino anketiranih študentov ponudba zaposlitve v turistični dejavnosti velik izziv, kar pomeni, da so pripravljeni na novosti. Menimo, da je to tudi eno od področij, kjer bi se lahko DT tudi samozaposlili. Za to odločitev pa so poleg strokovnega znanja in učinkovite promocije potrebne tudi organizacijsko-menedžerske sposobnosti ter precejšnja mera poguma.

Literatura

Ačko Š. Analiza prilagojenosti dveh izbranih hotelov osebam s posebnimi potrebami. Diplomsko delo. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta; 2012.

Adamič L. Pripravljenost slovenskih turističnih podjetij za »turizem za vse. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2009.

Ainsworth E, De Jonge D. An occupational therapy: guide home modification practice, 1st ed. Thorofare: Slack; 2011: 6–91.

AOTA - American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practise framework: domain and process, 2nd ed: Am J Occup Ther. 2008; 62(6): 65–283.

Blesedell Crepeau E, Cohn ES, Boyt Schell BA. Willard & Spackman's Occupational Therapy, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 22–189.

Brezovec A. Podobe turizma – od konceptualnih dilem do dinamičnega soustvarjanja pomenov: Družboslovne razprave. 2012; 28(70): 89–108.

Buhalis D, Michopoulou E, Eichhorn V, Miller. Accessibility market and stakeholder analysis – One-stop-shop for accessible tourism in Europe (OSSATE). UK: University of Surrey; 2006. Dostopno na: http://www.accessibletourism.org/resources/ossate_market_analysis_public_final. pdf (14.1.2016).

http://www.ossate.org/doc_resources/OSSATE_Market&Stakeholder%20Analysis_Public_Version_Fina.pdf (2.9.2013).

Buhalis D, Darcy S, Ambrose I. (februar). Best practice in accessible tourism: inclusion, disability, ageing population and tourism. 2012. Dostopno na: http://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=j-4kxjlvtE3YC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Darcy+%26+Dickson+definition+of+accessible&ots=s5X-M8UQLX&sig=AgaOQn6oNK_D3npBHEZRPw1GUFw&redir_esc=y#v=onepage&q=Darcy%20%26%20Dickson%20definition%20of%20accessible&f=false (2.1.2016).

Darcy S. Setting a research agenda for accessible tourism. Gold Coast, Qld.: Sustainable Tourism CRC; 2006.

Darcy S, Cameron B, Dwyer L, Taylor T, Wong E, Thomson A. Visitor accessibility in urban centres. Gold Coast: Sustainable Tourism Cooperative Research Centre; 2008: 62.

Darcy S, Dickson TJ. A whole-of-life approach to tourism: the case for accessible tourism experiences: Journal of Hospitality and Tourism Management. 2009; 16(1): 32–44.

Design for All Fundation – Interview to Lilian Müller about tourism for all (2010). Dostopno na: http://www.designforall.org/en/novetats/noticia.php?id=980 (16.1.2016).

Florjančič J, Paape B. Organizacija in management- izbrana poglavja. Kranj: Moderna organizacija; 2001.

Hinjosa J, Blount ML. The texture of life: purposeful activities in the context of occupation. 3rd ed. Bethesda: AOTA press; 2009.

Kielhofner G. Model of human occupation: theory and application. 4rd ed. Lippincott: Williams & Wilkinson; 2008. 5–86.

Law M, McColl MA. Interventions, effects, and outcomes in occupational therapy: adults and older adults. USA: SLACK Incorporated; 2010: 1–150.

McKercher B, Packer T, Yau MK, Lam P. Travel agents as facilitators or inhibitors of travel: perceptions of people with disabilities: Tourism Manage. 2003; 24(4): 465-74.

Mihalič T. Izziv 21. stoletja – partnerstvo v strateških zvezah: Turistične novice – slovenska strokovna revija za turizem. 2003; 10(4): 42.

Miller G, Kirk E. The disability discrimination act: Time for a stick?: Journal of Sustainable Tourism. 2002; 10(1): 84.

Oven A. Delovni terapevt kot soustvarjalec uspešne turistične ponudbe. In: Mušič K, Kociper T, Sikošek M, eds. Turizem in management. Na poti k uspešni poslovni prihodnosti. Koper: Založba Univerze na Primorskem; 2014: 655–70. Dostopno na: http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-79-3.pdf (14.1.2016).

Oven A, Gričar N. Študenti delovne terapije in zaposlitev v turistični dejavnosti. In: Mušič K, Kociper T, Sikošek M, eds. Turizem in management. Na poti k uspešni poslovni prihodnosti. Koper: Založba Univerze na Primorskem; 2014: 671–81.

http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-79-3.pdf (14.1.2016).

Planina J, Mihalič T. Ekonomika turizma. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2002: 44.

Prodnik J, David K. Poslovanje v turizmu. 2009. Dostopno na: http://www.impletum.zavod--irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Poslovanje_v_turizmuProdnik_David.pdf (24.1.2016).

Radomski VM, Trombly Latham C. Occupational therapy for physical dysfunction. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008: 1216.

Sectur (2009). Toward a tourism vision based on human and social values. Dostopno na: http://www.sectur.gob.mx/wb/secturing/tourism_for_all?page=1 (18.1.2016).

Svetina P, Jesih J, Bizjak B, Kovač N. Smernice za delo z invalidi za turistične ponudnike. ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje; 2007.

Tomšič M. Delovna terapija na nevrološkem področju: zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2011.

Turpin M, Iwama MK. Using occupational therapy models in practice. Edinburg: Churchill Livingstone; 2011: 49–76.

UNWTO–UN Resolution on Accessible Tourism for All. 2005. Dostopno na: http://www.accessibletourism.org/resources/unwto_a_res_492xvi_10_accessibility-3.pdf (21.1.2016).

UNWTO technical manual: Collection of tourism expenditure etatistics, World Tourism Organization, last modified March 26, 2009. Dostopno na: http://pub.unwto.org/WebRoot/Store/Shops/Infoshop/Products/1034/1034-1.pdf (20.1.2016).

WTTC – World Travel and Tourism Council. World Travel and Tourism climbing to new heights. The 2006 Travel & Tourism Economic Research; 2006. Dostopno na http://www.wttc.org/site_media/uploads/downloads/indiatsa.pdf (12.1.2016).

Zorko D. Uvod v turizem. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 1999.

Helena Kristina Halbwachs, univ. dipl. org., doc. ddr. Joca Zurc
Alma Mater Europaea – ECM

POGLED VODILNIH MEDICINSKIH SESTER NA KULTURNO KOMPETENTNOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

NURSE LEADERS VIEW ON CULTURAL COMPETENCE OF NURSING STAFF

Povzetek

Uvod: Živimo v družbi, ki je vse bolj raznolika. Vedno pogosteje se srečujemo z ljudmi drugih ras, kultur in prepričanj. Pisanost današnje družbe se odraža tudi v zdravstveni negi, katere izvajalci morajo biti kulturno kompetentni, kar pomeni imeti zmožnost, razumeti in spoštovati vrednote, odnose, prepričanja in običaje različnih rasnih, etničnih, verskih ali socialnih skupin, jih upoštevati ter se nanje primerno odzvati pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju negovalnih programov in intervencij. Razvoj kulturne kompetentnosti je dolgotrajen in nikoli povsem zaključen proces, ki zahteva kontinuirano učenje, (samo)refleksijo, evalvacijo in prilagajanje.

Metoda: Z empirično kvalitativno raziskavo smo med vodilnimi medicinskimi sestrami ugotavljali razumevanje pojma in razvitost kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi, samooceno lastne kulturne kompetentnosti ter prisotnost morebitnih stereotipov. Zanimalo nas je tudi mnenje intervjuvancev o ukrepih, potrebnih za izboljšanje kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi. Podatke, ki so bili zbrani s polstrukturiranimi intervjuji, smo analizirali z metodo kvalitativne vsebinske analize.

Rezultati: Rezultati naše raziskave so pokazali popolno pomanjkanje razumevanja kulturne kompetentnosti, kakor tudi pomanjkljivosti v izobraževanju v zdravstveni negi o navedeni tematiki. Prisotni so stereotipi in neprofesionalne reakcije ob prisotnosti različnosti. Za izboljšanje stanja in razumevanje kulturne kompetentnosti je pomembno usmeriti aktivnosti predvsem v izobraževanje.

Ključne besede: kulturna kompetentnost, zdravstvena nega, vodilne medicinske sestre

Abstract

Background: Our society is becoming increasingly diverse. Encountering people of different race, culture and beliefs is becoming more and more common. Diversity of the society is also reflected in the field of nursing, thus requiring nurses to be cultural competent. Cultural competence represents the ability to understand, respect and consider values, relations, beliefs and customs of various racial, ethnic, religious or social groups, while planning, implementing and evaluating nursing care and interventions. Development of cultural competence is long lasting, never ending process, requiring continuous learning, (self)reflection, evaluation and modification.

Methodology: We have performed an empirical qualitative research among some nurse leaders to gain an insight on how they understand the term itself, how they see the need for developing cultural competence, how they reflect on their own cultural competence and the presence of stereotypes, and what measures should be taken for the improvement. The data, collected by semi-structured interviews, were analysed by qualitative content analysis.

Results: According to interviewees opinion, there is a complete lack of cultural competency, its understanding and ability, as well as a lack of education and discussion on this topic in nursing. Stereotypes and unprofessional reactions on diversity are present. The needs, as well as motivation for improvement are clearly present. Interventions, mostly targeted at the education in this field, are urgent.

Discussion: Our results show the discrepancy between the identified needs and the level of cultural competence. The education in the field of cultural competence is falling behind compared to developed countries and needs urgent implementation. The results of the study are providing a base for further research.

Key words: cultural competence, nursing, nursing leaders

1 Uvod

Družba, v kateri živimo, je vse bolj kulturno raznolika. Na to vpliva mnogo dejavnikov, kot so migracije zaradi vojn, neustreznih življenjskih okoliščin in klimatskih sprememb. K močnemu mešanju kulturnih tokov pripomore tudi globalizacija, kljub temu da s standardiziranim načinom življenja, produkcije in potrošnje slabi kulturno raznolikost (Unseco World Report, 2009). Poleg tega se posamezniki vse bolj osvobajajo identitet tradicionalne družbe, obenem pa razvijajo lastno identiteto, pogojeno z osebnimi dosežki, vrednotami, prepričanji in izkušnjami (Mesič 2006, v Doplihar, 2006, str. 14).

Tudi ozemlje današnje Slovenije je bilo že od nekdaj narodno pisano in postaja čedalje bolj heterogeno. Na razmeroma majhnem prostoru živi veliko različnih skupin. Tako imamo kot narodne manjšine priznane narodne skupnosti Italijanov, Madžarov in Romov. Poleg tega živijo tukaj razmeroma številčnejše narodne skupnosti (Albanci, Bošnjaki, Črnogorci, Hrvati, Makedonci in Srbi), ki nimajo narodnomanjšinskega statusa (Štrubelj, 2006). Imamo 42 uradno registriranih verskih skupnosti (Urad za verske skupnosti, 2014, v Halbwachs, 2014, str. 46). Ne smemo zanemariti tudi dejstva, da Slovenija postaja vse bolj pomembna kot ciljna država za mnoge tuje državljane, kar kaže podatek, da se je v letih 2008–2013 v Slovenijo priselilo skoraj 78.000 tujih državljanov (Dolenc, 2013, v Halbwachs, 2014, str. 46). Če k temu prištejemo še raznolikost glede na filozofska, osebna in socialna prepričanja (Halbwachs, 2014) ter trenutno begunsko problematiko, je očitno, da obstaja tudi v Sloveniji kulturna heterogenost.

Raznolikost sodobne družbe se odraža tudi v zdravstvu in v zdravstveni negi. Naraščajoča kulturna raznolikost prebivalstva ustvarja nove izzive za zdravstvene sisteme, ki morajo biti dovolj prožni, da se ji prilagajajo (WHO, 2011; Chenowethm et al., 2006; Campinha-Bacote, 2003). Enaindvajseto stoletje prinaša večje zavedanje o vplivu prepričanj, vrednot, ver, jezika ter ostalih kulturnih in socialno-ekonomskih dejavnikov na odnos do zdravja (AACN, 2008).

Kot odgovor na izzive zagotavljanja kulturno senzibilne zdravstvene nege se je v ZDA, kjer je multikulturnost družbe že od nastanka države zelo izrazita, že proti koncu petdesetih let prejšnjega stoletja razvila transkulturna zdravstvena nega. Za izvajanje transkulturne zdravstvene nege morajo biti njeni izvajalci kulturno kompetentni (Murphy, 2006).

Z raziskavo, predstavljeno v drugem delu članka, smo želeli ugotoviti razumevanje pojma kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi med vodilnimi medicinskimi sestrami, potrebe po kulturni kompetenci in morebitne ukrepe za izboljšanje le-te. Zanimali sta nas tudi samoocena lastne kulturne kompetentnosti in morebitna prisotnost stereotipov.

2 Kulturna kompetentnost v zdravstveni negi

V zdravstvu lahko opredelimo kulturo kot integrirane vzorce človeškega obnašanja, ki vključujejo jezik, razmišljanje, sporazumevanje, delovanje, navade, prepričanja, vrednote in institucije različnih rasnih, etničnih, verskih ali socialnih skupin (CLAS Standard, 2001).

Izraz kompetentnost izhaja iz latinske besede competens, ki pomeni primeren, pristojen. Enotna definicija za ta izraz ne obstaja, prav tako ne obstajajo standardizirane metode, s katerimi bi lahko kompetentnost merili (O´Connor et al, 2009, v Prosen, 2015, str. 150). Medicinski slovar definira ta pojem kot princip v profesionalni praksi, ki označuje izvajalčevo konstantno sposobnost zagotavljanja varne in odgovorne oskrbe (Miller-Keane Encyclopedia, 2003). Je celota med seboj povezanih sposobnosti, znanja, veščin, osebnostnih lastnosti, motivacije, samopodobe in vrednot, ki jih posameznik zna, hoče in zmore uspešno uporabiti v dani situaciji (Andrejc, 2010).

Kulturna kompetentnost v zdravstvu je posameznikova sposobnost, da razume pomembnost in interakcijo socialnih in kulturnih vplivov na pacienta, upošteva le-te pri zagotavljanju oskrbe ter ustvari učinkovite medosebne in delovne odnose, ki presegajo kulturne razlike (Beach et al., 2005). Opisana je tudi kot zmožnost nudenja zdravstvene oskrbe pacientom z drugačnimi vrednotami, prepričanji in vedenji ter prilagoditev te oskrbe glede na pacientove socialne, kulturne in jezikovne potrebe. Kulturna kompetentnost je dinamičen, vseživljenjski proces (Douglas et al., 2011).

2.1 Značilnosti kulturno kompetentne zdravstvene nege

Kulturna kompetentnost v zdravstveni negi pomeni imeti zmožnost, razumeti in spoštovati vrednote, odnose, prepričanja in običaje različnih rasnih, etničnih, verskih ali socialnih skupin, jih upoštevati ter se nanje primerno odzvati pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju negovalnih programov in intervencij (CNA, 2010). Kulturno kompetentna zdravstvena nega je mogoča, kadar izvajalec (medicinska sestra) prepoznava kulturno raznolikost, ki izvira tako iz primarnih dejavnikov, kot so starost, spol, jezik, fizične sposobnosti ter spolna usmerjenost, kot tudi iz sekundarnih dejavnikov, kot so socialno-ekonomsko ozadje, geografska lokacija, izobraženost, vera (Polaschek, 1998, v Chenowethm et al., 2006, str. 36). Zahteva, da je medicinska sestra odprta do raznolikosti, jo spoštuje in upošteva pri svojem delu (Chenowethm et al., 2006).

Kulturno kompetentna zdravstvena nega je osnovana tudi na socialni pravičnosti in človeških pravicah. V tem je konsistentna s stališčem ICN (International Council of Nurses), ki pravi, da so izvajalci zdravstvene nege zagovorniki pacientov, tudi prikrajšanih, in da je treba vztrajati, da je socialna pravičnost, oskrba in zdravljenje pravica vsakega človeškega bitja (Douglas et al., 2014).

Poleg socialne pravičnosti so za kulturno kompetentno zdravstveno nego pomembni še naslednji standardi (Douglas et al., 2011):

- Kritična refleksija: Medicinske sestre naj se samokritično ozrejo vase in ocenijo lastne vrednote, prepričanja in kulturno dediščino ter ozavestijo, kako le-to vpliva na zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene nege.
- Znanje o kulturah: Medicinske sestre naj pridobijo znanje o različnih tradicijah, kulturah, načelih in povezanih spremenljivkah, ki lahko vplivajo na zdravstveno stanje.
- Kulturno kompetentna praksa: Uporabljena znanja in veščine naj medicinske sestre aplicirajo v vsakdanjo prakso.
- Kulturna kompetentnost zdravstvenega sistema in organizacij: Ustanove na področju zdravstva naj nudijo resurse in strukture, ki omogočajo kulturno kompetentno zdravstveno nego.
- Zagovorništvo in opolnomočenje pacienta: Medicinska sestra naj nastopa kot zagovornica pacientovih kulturnih potreb in njihovega upoštevanja pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe.
- Večkulturnost med zaposlenimi: Medicinske sestre naj aktivno skrbijo, da imajo tudi v svojih vrstah večkulturni kader.
- Edukacija in treniranje kulturno kompetentne zdravstvene nege: Medicinske sestre naj imajo na voljo izobraževanje s področja kulturne kompetentnosti, tako v dodiplomskem kot tudi v podiplomskem in poznejšem poklicnem izobraževanju in usposabljanju.

- Medkulturna komunikacija: Medicinske sestre naj uporabljajo kulturno kompetentne besedne in nebesedne sporazumevalne veščine.
- Medkulturno vodenje: Za zagotavljanje pozitivnih izidov kulturno kompetentne zdravstvene nege naj medicinske sestre vplivajo na spremembe pri sebi, sodelavcih, organizacijah in sistemih, v katerih delujejo.
- Oblikovanje pravil in standardov: Medicinske sestre naj imajo znanje in veščine za sodelovanje pri oblikovanju pravil in standardov na področju kulturno kompetentne zdravstvene nege.
- Na dokazih podprta praksa zdravstvene nege in raziskovanje: Medicinske sestre naj delujejo na osnovi raziskanih dognanj s področja kulturno kompetentne zdravstvene nege oziroma naj raziskujejo in testirajo intervencije, za katere še ni dokazov.

3 Empirična raziskava

3.1 Namen empirične raziskave

Z empirično kvalitativno raziskavo smo ugotavljali razumevanje pojma in razvitost kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi, samooceno lastne kulturne kompetentnosti ter prisotnost morebitnih stereotipov z vidika vodilnih medicinskih sester. Zanimalo nas je tudi mnenje intervjuvank o potrebnih ukrepih za izboljšanje kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi.

3.2 Raziskovalna metodologija

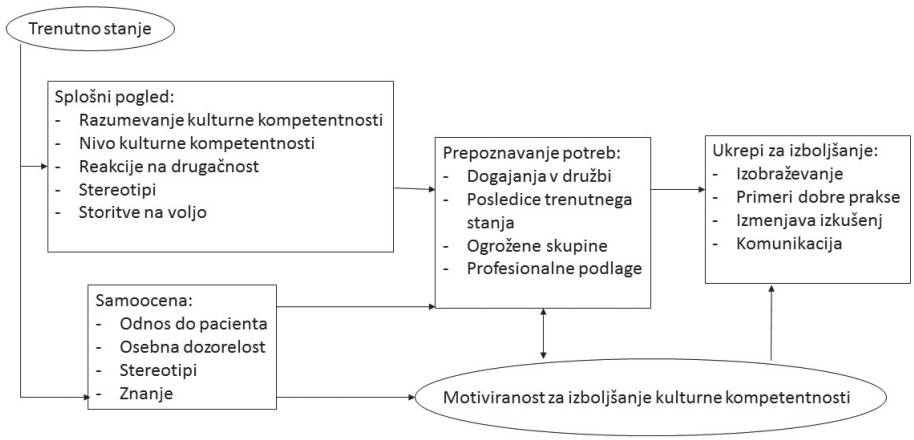
V raziskavi je sodelovalo pet vodilnih medicinskih sester, ki so bile za sodelovanje izbrane po neslučajnostnem namenskem vzorcu. Povprečna starost intervjuvank je bila 49,5 leta, vse so bile ženskega spola in vse so v času izvedbe raziskave zasedale vodilna mesta v zdravstveni negi (vršni in srednji menedžment). Zaposlene so bile na različnih delovnih mestih, in sicer na področju pediatrije, porodništva, ambulantnih dejavnosti, splošnih bolnišničnih dejavnosti ter geriatrije. Intervjuvanke prihajajo iz štajerske, gorenjske in osrednjeslovenske regije.

Podatke smo pridobili s tehniko polstrukturiranih intervjujev, ki so trajali v povprečju 19,2 minute, skupna dolžina intervjujev pa je 96 minut. Najkrajši intervju je trajal 15 minut, najdaljši pa 24 minut.

Podatke smo analizirali z metodo kvalitativne vsebinske analize. Z odprtim kodiranjem smo združili sorodne pojme v kategorije, določili glavne teme in pojasnili odnose med njimi.

3.3 Rezultati

Shema 1: Shema pogleda vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost v zdravstveni negi



Shema prikazuje model z glavnimi temami, ki izhajajo iz rezultatov raziskave (splošni pogled, samoocena, prepoznavanje potreb, motiviranost in ukrepi za izboljšanje kulturne kompetentnosti). Splošni pogled na kulturno kompetentnost in samoocena lastne kulturne kompetentnosti odražata trenutno stanje, obenem pa vodita v prepoznavanje potreb. Prepoznavanje potreb in samoocena sta osnova motiviranosti za izboljšanje kulturne kompetentnosti, poleg tega motiviranost vpliva na prepoznavanje potreb. Predlagani ukrepi za izboljšanje so posledica prepoznanih potreb ter motiviranosti za izboljšanje kulturne kompetentnosti.

V nadaljevanju je podana interpretacija posameznih kategorij.

Razumevanje kulturne kompetentnosti: Pojem kulturne kompetentnosti je nepoznan, praktično nikoli slišan pojem, pod katerim si intervjuvanke predstavljajo zelo raznolike kompetence. Že sam pojem kulture je vsaki intervjuvanki predstavljal različne koncepte, kot so kulturna varnost, kultura obnašanja v zdravstveni negi, organizacijska kultura ali prepoznavanje potreb različnih pacientov. Pojem kulturne kompetentnosti so intervjuvanke povezovale z odgovornostjo medicinske sestre.

Za nadaljevanje intervjuja je bilo s strani raziskovalca treba podati definicijo kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi kot zmožnost razumevanja in spoštovanja vrednot, odnosov, prepričanj in običajev različnih rasnih, etničnih, verskih ali socialnih skupin, upoštevanja le-teh ter primernega odziva pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju negovalnih programov in intervencij (CNA, 2010).

Raven kulturne kompetentnosti: Po mnenju intervjuvank je kulturna kompetentnost v zdravstveni negi odsotna. O tej temi se v zdravstveni negi še ne razpravlja, prevladuje neznanje ali močno pomanjkanje znanja. Medicinske sestre so na področju kulturne kompetentnosti neusposobljene, izobraževanja na to temo praktično ne obstajajo.

»Jaz bom mogoče tako začela – v bistvu kulturne kompetentnosti v slovenski zdravstveni negi, da bi jaz vedela, da bi se kje kdaj pogovarjali oziroma da kdo v to smer razmišlja, sploh nisem zaznala.« (DMS-01)

Reakcije na drugačnost: Intervjuvanke opažajo, da se kot odziv na drugačnost v zdravstveni negi še vedno pojavljajo obsojanje, izključevanje, nesprejemanje, nerazumevanje, zahteve po prilagajanju, širjenje negativnih izkušenj in njihovo posploševanje ter strah.

»Če ne znaš, te je strah, ampak če imaš nekak dobre izkušnje, je pa, navadno, se zna dobro izteči, če pozitivno iščeš. Običajno se prenašajo negativne izkušnje, vsak ti nekaj slabega pove o nekom, nikoli, ful redko, da ti bo nekdo rekel nekaj dobrega, prej ti bo vsak nekaj slabega povedal, in to velikokrat posplošiš.« (DMS-05)

Stereotipi: Stereotipi, ki jih intervjuvanke opažajo pri vsakodnevnem delu, se nanašajo predvsem na Rome, Albance, istospolno usmerjene, kmete, begunce in tiste, ki izstopajo iz povprečja.

»Recimo tudi sprejemanje Romov – pa ne mislim pri nas, povsod, z Romi imamo vsi težave, ker so tudi tako drugačni, to je ena stvar, pa še druga, pride pol avtobusa ali pa en avtobus svojcev, to je pri nas popolnoma nerazumljivo, ne sprejemamo tega, ne sprejemamo tega načina. Tukaj bi morali nekaj na tem narediti.« (DMS-01)

Prisotnost stereotipov pri sebi intervjuvanke sicer zanikajo. V preteklosti so bili prisotni, vendar so z osebno dozorelostjo in širšim pogledom na svet izginili.

»Včasih sem imela s stereotipi res nekaj težav, ampak recimo, da sem dozorela ... Soočim se s tem, tako da kaj vidiš izza svoje ograje, da kaj pogledaš, prebereš, vidiš druge prakse, so taki modeli, kjer je multikulturnost v zdravstvu prepoznana že leta in leta, npr. na Švedskem, da imaš pogled, kako to zunaj poteka, jaz sem to videla. Mogoče vidiš z drugačnimi očmi ...« (DMS-02)

Storitve na voljo: Storitve, prilagojene kulturnim potrebam, so v zdravstvenih ustanovah intervjuvank predvsem prilagojena prehrana (predvsem vegetarijanska), možnost prisotnosti prevajalcev, možnost opravljanja verskih obredov – vendar večinoma le za kristjane.

Odnos do pacienta: Intervjuvanke ocenjujejo svoj odnos do pacientov kot profesionalen, enak do vseh pacientov ne glede na drugačnost, skladen z etiko v zdravstveni negi ter sprejemljiv do drugačnosti, če ta ne škoduje drugim.

»... jaz vedno rečem, ne škodi sebi in drugim, kar naj ima kdo neka osebna prepričanja, dokler niso nevarna meni in drugim, me nič ne motijo, nimam nobenih težav, resnično ne. Nimam okoli tega nekih težav.« (DMS-03)

Osebna dozorelost: Kulturna kompetentnost je povezana z ravnjo osebne dozorelosti in osebne rasti.

»Ena stvar je izobraževanje ali pa delati na sebi, prebuditi nekaj v sebi, da si lahko drugačen v delovnem okolju.« (DMS-02)

Znanje: Osebno znanje s področja kulturne kompetentnosti je ocenjeno kot pomanjkljivo, izražena je želja in motiviranost po pridobivanju znanja. Če bi imele intervjuvanke več znanja s tega področja, bi to verjetno vplivalo na drugačno, boljšo obravnavo pacientov.

Motiviranost za izboljšanje kulturne kompetentnosti: Intervjuvanke so motivirane za pridobitev kulturne kompetentnosti. Želja po izobraževanju, pridobitvi znanja, boljšem razumevanju različnosti, upoštevanju potreb in v skladu z njimi po možnostih prilagoditve zdravstvene nege ter motiviranost za osebnostno rast in širši pogled na drugačnost sta pri intervjuvankah močno izraženi.

Družbeno dogajanje: Potrebe po kulturni kompetentnosti izhajajo iz zavedanja intervjuvank o dogajanju v sodobni družbi: v Sloveniji ne živijo le Slovenci, kulturni tokovi se mešajo, pisanost družbe je čedalje večja, obstajajo različne vere, veliko je pacientov iz drugih republik, soočamo se z begunsko krizo, ne nazadnje tudi sodelavci prihajajo iz različnih okolij.

Posledice trenutnega stanja: Intervjuvanke menijo, da se trenutno zaradi pomanjkanja kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi sploh ne zavedamo lastnih napak. Pacienti zavračajo hrano, intervencije, pomoč, česar pogosto ne razumemo. Pridobivanje informacij je pomanjkljivo, kar lahko vpliva na celotno oskrbo. Pri medicinskih sestrah se zaradi pomanjkanja kulturne kompetentnosti pojavljata negotovost ter tudi opustitev pomoči.

»Kar se muslimanov tiče, vsaj jaz ne vem, kdaj imajo post, kdaj imajo praznike, pa verjetno potem tudi oni drugače odreagirajo v bolnici, mi pa sploh ne vemo, zakaj tako. Lahko zavrača hrano, lahko ne vem kaj, se ne strinja s tabo, za določene postopke oziroma aktivnosti zdravstvene nege.« (DMS-04)

Ogrožene skupine: Skupine, ki so najbolj ogrožene zaradi pomanjkanja kulturne kompetentnosti, so Romi, Albanci, muslimani in druge vere (Hare Krišna, Jehove priče), starostniki, vegetarijanci in vegani, tujci, begunci, istospolno usmerjeni ter tisti, katerih življenjski stil izstopa iz povprečja.

Profesionalne osnove: Profesionalne osnove v zdravstveni negi, iz katerih izhajajo potrebe po kulturni kompetentnosti, so etični kodeks, osredotočenost na pacienta in netravmatska obravnava pacienta.

Izobraževanje: Po mnenju intervjuvank bi bilo treba uvesti izobraževanje o kulturni kompetentnosti že v srednješolske programe, dodiplomske študije zdravstvene nege in podiplomsko izobraževanje. Prav tako bi bilo to temo treba obravnavati v nadaljnjem, neformalnem poklicnem izobraževanju.

»To bi moral biti sestavni del izobraževalnih programov, tudi na srednješolskem nivoju, praktično kjer koli delaš, ne le v zdravstvu, tudi javna uprava, kjer koli, to bi moralo biti vključeno v šolski sistem.« (DMS-02)

Primeri dobre prakse iz tujine: Treba se je ozreti v države, kjer so na področju kulturne kompetentnosti bolj ozaveščeni, npr. na Švedskem ali v Italiji, kjer so v bolnišnicah zaposleni kulturni mediatorji. Ti ne služijo le kot prevajalci, temveč spremljajo pacienta pri celotni zdravstveni obravnavi.

Izmenjava izkušenj: Izmenjava izkušenj lahko doprinese k boljši kulturni kompetentnosti.

Komunikacija: S pacienti se je treba več pogovarjati, spraševati, potrebnih je več obrazložitev.

4 Razprava

Raziskava, čeprav omejena na majhen vzorec, ponuja prvi vpogled v razvitost kulturne kompetentnosti v slovenski zdravstveni negi. V intervjujih smo opazili vzorec ponavljanja, predvsem na področju razumevanja kulturne kompetentnosti, ravni kulturne kompetentnosti, izobraževanja in prepoznavanja potreb za izboljšanje kulturne kompetentnosti.

V zvezi z rezultati glede trenutnega stanja kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi, kot ga vidijo intervjuvanke, se ponuja vprašanje, v kateri fazi razvojnega procesa je slovenska zdravstvena nega. Razvojni proces je namreč po Crossu et al. (1989) opredeljen kot kontinuiteta s sledečimi fazami:

- Kulturna destruktivnost: Odnosi, stališča in praksa so destruktivni do posameznikov znotraj različnih kulturnih skupin. Značilno je, da institucije, programi oz. dejavnosti sodelujejo v kulturnem genocidu – namenskem uničevanju kulture.
- Kulturna nezmožnost: Odnosi, stališča in praksa nimajo dejavne vloge pri uničevanju kultur, vendar sistem nima kapacitet za pomoč manjšinam ali marginalnim kulturam. V sistemu obstaja veliko predsodkov, prepričanje o superiornosti dominantnih skupin, izvajajo se diskriminatorne prakse.
- Kulturna slepota: Sistem zagotavlja storitve ob predpostavljanju, da predsodki ne obstajajo. Delovanje temelji na prepričanju, da raznolikost ne obstaja, da so vsi ljudje enaki ter da tradicionalni pristopi zagotavljajo enakost vsem. Ta sistem zanemarja kulturno raznolikost, zahteva prilagajanje in krivi »žrtve« za njihove težave.
- Kulturna prekompetentnost: Sistem začne prepoznavati pomanjkljivosti in pojavijo se prvi poskusi izboljšanja storitev za specifične kulture. Kljub pomanjkljivemu znanju in informacijam se začne sistem pomikati proti kulturni kompetentnosti.
- Kulturna kompetentnost: Sistem odlikuje sprejemljivost in spoštovanje različnosti, samoocenjevanje in kontinuiran razvoj kulturnih kompetenc, skrb za stalen pritok znanja in virov, zavezanost k razumevanju in upoštevanju različnosti.
- Napredna kulturna kompetentnost oz. kulturna zadostnost: Kulturna raznolikost je središčna, sistem nadgrajuje znanje z raziskavami, novimi modeli in paradigmami, je zagovornik kulturnih kompetenc ter izboljšanih odnosov v celotni družbi.

Glede na rezultate raziskave je slovenska zdravstvena nega verjetno nekje med kulturno slepoto in kulturno prekompetentnostjo, čeprav je zaznati tudi elemente kulturne nezmožnosti.

Rdečo nit pri rezultatih predstavlja znanje (pomanjkanje znanja, informacij, izobraževanj, želja po izboljšanjem znanju, potrebe po izobraževanju ...). Ugotovitve kažejo, da izobraževanje s področja kulturne kompetentnosti v zdravstveni negi praktično ne obstaja, s čimer v Sloveniji močno zaostajamo za ostalimi razvitimi državami. V ZDA so v zdravstveni negi že zelo zgodaj prepoznali potrebo po pridobitvi in razvoju kulturnih kompetenc. Na Univerzi v Koloradu se je transkulturna zdravstvena nega (disciplina, ki usposablja medicinske sestre v kulturni kompetentnosti) prvič pojavila kot univerzitetni predmet že leta 1966. Ustanoviteljica transkulturne zdravstvene nege, Madeleine Leininger, jo definira kot znanost in prakso, pri kateri proces zdravstvene nege upošteva kulturne vrednote, prepričanja in navade posameznikov ali skupin iz različnih kultur, ter se jim prilagaja (Murphy, 2006). Ta predmet je našel v preteklih desetletjih svoje mesto v kurikulumu vseh dodiplomskih izobraževalnih programov za medicinske sestre v ZDA, čeravno v različnem obsegu in vsebini (Ryan et al., 2000), pospešeno pa se širi tudi v druge države (Murphy, 2006). Kanadska zbornica zdravstvene nege v svojem pozicijskem dokumentu navaja kulturno kompetenco kot vstopno zahtevo za opravljanje poklica (CNA, 2010). V Sloveniji je ta predmet ponujen v magistrskem študiju zdravstvene nege Fakultete za vede o zdravju Univerze na Primorskem, vendar le kot izbirni predmet (Prosen, 2015).

Pomembno je, da so redne možnosti izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti ponujene tudi s strani delodajalcev. Sistematični pregled raziskav o edukacijskih intervencijah, ponujenih s strani delodajalcev, je pokazal, da le-te dokazano izboljšajo znanje, odnose in veščine zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc. Prav tako tovrstno izobraževanje vpliva na zadovoljstvo pacientov, medtem ko vpliv le-teh na izide zdravljenja še ni raziskan (Beach et al., 2005), prav tako je slabo raziskana povezava med nivojem kulturne kompetentnosti in izidi zdravljenja (Betancourt et al., 2005). Kot kažejo naši rezultati, v slovenskem prostoru delodajalci ne omogočajo tovrstnih izobraževanj.

Raziskovalna vprašanja, ki se porajajo ob rezultatih in lahko služijo kot predmet nadaljnjih raziskav, so predvsem:

- Kako vpliva pomanjkanje kulturne kompetentnosti v slovenski zdravstveni negi na zadovoljstvo pacientov, na kakovost zdravstvene nege in na izide zdravljenja?
- Kako prilagoditi izobraževanje na področju kulturne kompetentnosti sodobnim potrebam in zahtevam zdravstvene nege?
- V kolikšni meri so določene skupine pacientov glede na svoje kulturno ozadje zaradi pomanjkanja kulturne kompetentnosti posebno ogrožene?

Dejstvo je, da se moramo v zdravstveni negi prilagoditi sodobnim zahtevam družbe. Kulturna kompetentnost je vsekakor ena izmed teh zahtev, ključna za zagotavljanje adekvatnih storitev vsem skupinam prebivalstva. Razvoj kulturne kompetentnosti je dolgotrajen in nikoli povsem zaključen proces, ki zahteva nenehno učenje, samooceno, evaluacijo in prilagajanje (Douglas et al., 2011). V skladu s to ugotovitvijo je tudi pri nas skrajni čas za ukrepe, ki bodo ta razvoj omogočili.

Literatura

American Association of Colleges of Nurses (AACN). Cultural Competency in Baccalaurate Nursing Education; 2008. Dostopno na: http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/education-resources/competency.pdf (22.1.2016).

Andrejc, A. Razvoj zaposlenih z uporabo sodobnih kadrovskih orodij. Zaključna projektna naloga. Fakulteta za management Koper, Univerza na Primorskem; 2010: 4. Dostopno na: ftp://www.ediplome.fm-kp.si/Andrejc_Aleksandra_20101127.pdf (16.1.2016).

Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M. W., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. R., Cooper, L. A. Cultural Competency: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. Med Care; 2005: 43(4): 356–373.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carillo, J. E., Ananeh-Firempong, A. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. Public Health Rep; 2003: 118(4): 293–302.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carillo, J. E., Park, E. R. Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. Health Affairs; 2005: 24(2): 499–505. Dostopno na: http://www.qmauganda.org/qmedicaldoc/Health%20Aff-2005-Betancourt-499-505.pdf (10.3.2016).

Campinha-Bacote, J. Many Faces: Addressing Diversity in Health Care. The Online Journal of Issue in Nursing; 2003: 8(1): 2. Dostopno na: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No1Jan2003/AddressingDiversityinHealthCare.html%23Campinha-Bacote98 (12.1.2015).

Canadian Nurses Association (CNA). Promoting Cultural Competence in Nursing. Position Statement. 2010. Dostopno na: https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf--en/6%20%20ps114 (29.1.2016).

Chenowethm, L., Jeon, Y. H., Goff, M., Burke, C. Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. Int Nurs Rev; 2006: 53: 34–40.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. W., Isaacs, M. R. Towards a Culturally Competent System of Care. Monograph; 1989. Dostopno na: http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf (17.1.2016).

Doplihar, J. Multikulturalizem vs. multikulturnost, teorija in praksa Slovenije in Švedske. Diplomsko delo. Fakulteta za humanistične študije Koper; 2010: 14. Dostopno na: https://share.upr.si/fhs/PUBLIC/diplomske/Doplihar-Janja.pdf (12.1.2016).

Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D., Purnell, J. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care. J Transcult Nurs; 2011: 22: 317.

Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D., Purnell, L. Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care, J Transcult Nurs; 2014: 25: 2: 109–121.

Halbwachs, H. K. Multikulturalizem v zdravstveni negi. V: Kvas, A. et al. Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi: zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana; 2014: 45–54.

Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, seventh edition. Saunders, an imprint of Elsevier Inc; 2003. Dostopno na: http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/competence (22.1.2016).

Murphy, S. C. Mapping the literature of transcultural nursing. J Med Libr Assoc; suppl. 2006: 94(2): 2006. Dostopno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463039/ (12.9.2014).

Prosen, M. Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. Social and Behavioral Sciences, Procedia; 2015: 174: 149–155. Dostopno na: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815006916 (24.1.2016).

Ryan, M., Carlton, K. H., Ali, N. Transcultural Nursing Concepts and Experiences in Nursing Curricula. J Transcult Nurs; 2000: 11(4): 300–307.

Štrubelj, D. Primerjava narodne, verske in jezikovne sestave Slovenije. Diplomsko delo. Oddelek za geografijo, Oddelek za sociologijo. Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani. 2006: 12. Dostopno na: http://geo.ff.uni-lj.si/pisnadela/pdfs/dipl_200610_dejan_strubelj.pdf (14.1.2016).

US Department of Health and Human Services. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (CLAS Standard); 2001: 4–5. Dostopno na: http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf (14.1.2016).

WHO. Migration and Health in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policy Series. Open University Press; 2011. Dostopno na:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf (16.1.2016).

Mladen Herc, mag., Matevž Jazbec
Alma Mater Europaea - ECM

KAKO PREPREČITI PADCE PRI OSTEOPOROZI?
HOW TO PREVENT FALLS AT OSTEOPOROSIS?

Povzetek

Teoretična izhodišča: Osteoporoza je sistemska presnovna in progresivna bolezen kostnega sistema, za katero je značilno zmanjševanje kostne mase in trdnosti kosti. Omenjene spremembe na kosteh povečajo tveganje zlomov kosti pri padcih, ki so pogostejši pri motnjah ravnotežja.

Metoda: Pri raziskavi in testiranju je sodelovalo 34 žensk, ki so v obdobju štirih tednov izvajale program vaj za izboljšanje ravnotežja. Za valorizacijo uspešnosti programa vadbe smo uporabili test korakanja v štirih kvadratih. Test smo izvedli na začetku in koncu 4-tedenskega obdobja vadbe.

Rezultati: Rezultati testiranj so potrdili, da izvajanje opisanih vaj izboljša ravnotežje, s tem tudi preprečuje nepričakovane padce. Pri prvem testiranju je povprečni čas za izvedbo testa znašal 10,8 sekunde, pri drugem testiranju pa 8,5 sekunde. Povprečno izboljšanje rezultata pri drugem testiranju je bilo 2,1 sekunde oz. za 19,8 %.

Razprava: Program vaj, ki smo ga izvajali, se je pokazal kot učinkovit. Na rezultat izvedbe testa vplivata tudi pogostost izvajanja vadbe in starost. Preiskovanke, stare do 64 let, so imele v povprečju boljši rezultat kot preiskovanke, starejše od 65 let.

Ključne besede: osteoporoza, vadba, ravnotežje, padci

Abstract

Theoretical background: Osteoporosis is a systemic, metabolic and progressive bone disease, characterised by reduction in bone mass and bone strength. These changes in bones increase the risk of bone fractures after falls, which are more common in patients with balance disorders.

Method: This study included 34 subjects, all women. They were involved in a programme of exercises to improve body balance. For the valorisation of performance training program, we used four steps square test. The test was performed at the beginning and at the end of a four-week exercise period.

Results: The test results have confirmed that the implementation of the described exercises successfully improves body balance, thus prevents unexpected falls. In the first test, the average time was 10.8 seconds, while in the second test the average time was 8.5 seconds. The average improvement in performance of the second test was 2.1 seconds or 19.8%.

Discussion: The exercise programme has been proven as effective. The results of the test are influenced by the frequency of exercise and the age. The participants, aged 64, had, on average, better result than the participants that were over 65 years old.

Key words: osteoporosis, exercise, balance, falls

1 Uvod

Osteoporoza je presnovna kostna bolezen in pomeni »porozne kosti«. Pomen besede porozen je luknjičast oziroma tisti, ki je iz snovi z veliko majhnih luknjic, votlinic (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2015). Poroznost kosti se pojavi zaradi izgube organskega in mineralnega dela in te postanejo krhkejše.

Dejavniki tveganja za razvoj osteoporoze so (Kocjan, 2008):

- spol: Pri ženskah je možnost razvoja osteoporoze večja kot pri moških. Ženske so namreč običajno lažje, imajo tanjše kosti in se jim neposredno po menopavzi kostna masa hitro zmanjša;
- starost: Starejši kot ste, večje je tveganje za osteoporozo. Kostna gostota se z leti namreč zmanjšuje, kosti pa postajajo krhkejše;
- teža: Če tehtate manj kot 60 kg in imate drobne kosti, je tveganje za razvoj osteoporoze večje;
- sorodniki z osteoporozo ali pogostimi zlomi: Če je vaš bližnji sorodnik imel osteoporozo, je tveganje, da tudi vi zbolite za to boleznijo, bistveno večje. Posebno močan dejavnik tveganja je zlom kolka pri starših;
- zgodnja menopavza pred 45. letom (naravna ali po odstranitvi rodil);
- prehrana: Hrana z malo kalcija in vitamina D je za kosti škodljiva. Pretirano uživanje beljakovin (mesa) in soli lahko zaloge kalcija v telesu še zmanjša;
- telesna vadba: Če ste telesno nedejavni ali daljši čas vezani na posteljo, je tveganje za razvoj osteoporoze veliko;
- razvade: Kajenje in pretirano uživanje alkoholnih pijač nažirata kosti. Dovoljeni sta dve skodelici prave kave dnevno;
- zdravila: Zdravila, ki kostem izrazito škodujejo, so glukokortikoidi. Uporabljamo jih za zdravljenje artritisa, astme, vnetne bolezni črevesja, eritematoznega lupusa, bolezni pljuč, ledvic in jeter.

Osteoporoza je lahko primarna ali sekundarna. Poznamo tri tipe primarne osteoporoze, ti so: involutivna postmenopavzalna, involutivna senilna in idiopatska. Sekundarna osteoporoza zajema cca 20 % skupnega števila pacientov z osteoporozo. Sekundarna osteoporoza je posledica že obstoječe bolezni, kot so anoreksija nevroza, revmatoidni artritis, hipogonadizem ..., oziroma nastane kot posledica jemanja določenih zdravil, predvsem kortikosteroidov (Mladenović, 2016).

80 % pacientov z osteoporozo predstavljajo starejše ženske in najpogostejši vzrok pojavljanja te bolezni je postmenopavzalno prenehanje izločanja estrogena. Naše kosti so celo življenje izpostavljene velikim obremenitvam, da bi se jim uspešno upirale, se morajo nenehno obnavljati. To je naloga osteoklastov in -blastov, kostnih celic, ki razgrajujejo in izgrajujejo kost. Proces razgradnje in izgradnje kosti poteka nenehno in je pogojen z delovanjem hormonov in mehaničnimi obremenitvami. V otroški dobi se na ta način v času petih let zamenja celoten kostni sitem, pri odraslih je ta doba dvakrat daljša. Pri osteoporozi se spremeni ravnovesje med razgradnjo in izgradnjo kosti v korist razgradnje. Kot je že omenjeno, na proces razgradnje in za nas še posebno pomemben proces izgradnje kosti lahko vplivamo z večjimi obremenitvami oziroma povečano telesno aktivnostjo. Zato je telesna aktivnost eden od pomembnih in najučinkovitejših načinov preprečevanja osteoporoze (Handanagić, 2007).

V reproduktivnem obdobju ima ženska normalno količino estrogena v krvi in je zaradi tega zaščitena pred propadanjem kostne mase. Stanje se drastično spremeni po menopavzi zaradi hitrega padca koncentracije estrogena. Takrat se začne ne samo postopno, ampak tudi neizogibno zmanjševanje kostne mase. Ta proces lahko pospešijo že obstoječe bolezni, neprimerna prehrana, nezadostna telesna aktivnost, genetska predispozicija in pospešijo nastanek patološkega zmanjšanja kostne mase oziroma osteoporoze. Posebno vlogo pri čvrstosti kosti ima mineral kalcij, ki s fosforjem gradi soli, ki s kolagenom predstavljajo osnovo kostnega tkiva. Zaradi tega vsaka motnja, ki povzroča zmanjševanje količine prostega kalcija v krvi,

spodbuja razvoj osteoporoze. Najpogosteje je glavni krivec za to neprimerna količina kalcija v prehrani, potem motnje absorpcije kalcija pri različnih boleznih prebavnega sistema in endokrine bolezni, ki lahko vplivajo na stanje kalcija v organizmu (bolezni ščitnice, stres, diabetes, povečano izločanje kortizola ...). Vitamin D je nujen za absorpcijo kalcija v tankem črevesju in njegovo pomanjkanje neposredno vpliva na količino kalcija v kosteh. Zaradi tega je pomembno primerno izpostavljanje soncu, pri čemer se tvori provitamin D, ki je osnova za nastanek vitamina D (Handanagić, 2007).

Osteoporoza je bolezen, ki je bolj značilna za žensko kot za moško prebivalstvo, kot trdi Čokolič (2015), da po 50. letu starosti utrpi osteoporozni zlom vsaka tretja ženska in vsak peti moški. V Sloveniji je letno 16.000 osteoporoznih zlomov, od tega približno 3000 zlomov kolka. Drugi najpogostejši osteoporozni zlomi so zlomi vretenc, zapestnice in nadlahtnice.

Osteoporozni zlomi niso samo zdravstveni problem, ampak tudi ekonomski, ker zahtevajo visoke stroške zdravljenja. Osteoporozni zlom s posledicami stane okoli 30.000 evrov. Letni stroški osteoporoznih zlomov v ZDA so okoli 19 milijard dolarjev, v Evropi pa 37 milijard. Strokovnjaki ocenjujejo, da bo čez 10 let še 15 % več stroškov kot trenutno (Čokolič, 2015).

Zlom kosti pri pacientih z osteoporozo je velik in hitro rastoči problem današnjega časa – ne samo zdravstveni, ampak tudi ekonomski. Kot primer lahko omenimo, da so v Združenih državah Amerike že v letu 1997 stroški znašali okrog 13 milijard evrov (Lipar, 2011).

Predvideva se, da se v Evropi pojavi zlom zaradi osteoporoze vsakih 30 sekund. Najpogostejši zlomi so na vretencih, zlomi kolka in roke na značilnem mestu (fractura radii loco typico – zlom spodnjega dela koželjnice). Zaradi staranja prebivalstva strokovnjaki predvidevajo, da se bo število teh zlomov celo podvojilo v naslednjih petdesetih letih. Posledice zlomov oziroma zapletov po zlomu kolka so lahko usodne. Nevarnost oziroma tveganje, da zlom kolka privede do smrtnega izida, je enaka tveganju za smrt zaradi raka dojke. Smrtnost v prvem letu po zlomu kolka je skoraj 25-odstotna. Pri zlomih vretenc, ki so pri osteoporozi najpogostejši in v skoraj polovici primerov niso prepoznani, pa opažamo spremembe, kot so: zmanjševanje telesne višine, ukrivljenost hrbta, težave z dihanjem ... Vse našteto daje jasno sliko o tem, kako nevarna je osteoporoza za pacientovo zdravje in morda tudi za življenje (Kocjan, 2008).

Strategije, ki so usmerjene na zniževanje tveganja za zlom, so postale njune. T. Lipar (2008) omenja, da sta glavni opori trenutnih strategij za preprečevanje zlomov odkrivanje osteoporoze z merjenjem kostne gostote in zdravljenje tistih starejših, pri katerih je bila osteoporoza diagnosticirana.

Vendar pa se moramo zavedati, da sama osteoporoza ni dejavnik tveganja, ampak so to padci.

Ista avtorica (2008) navaja, da merjenje kostne gostote ne daje zanesljive ocene posameznikove kostne gostote. Omenja 20- do 50-odstotno napako pri odčitavanju rezultatov. Kar pomeni, da se pri posamezniku lahko diagnosticirata tako osteoporoza kot normalna kostna gostota. Zanimivo je tudi, da delež pacientov, ki jim diagnosticirajo osteoporozo, niha med 6 in 15 % v primeru uporabe različnih diagnostičnih naprav. Torej kostna gostota ni zanesljiv pokazatelj stopnje tveganja za zlom pri osteoporozi.

Danes imamo na voljo tudi računalniške programe, kot je Frax, s katerim lahko izračunamo odstotek tveganja za zlom v naslednjih desetih letih. Ta program upošteva klinične dejavnike tveganja (kot so starost, prejšnji zlomi, zlomi pri materi, telesna teža, razvade, kot je npr. kajenje ...), ki so posredni pokazatelji kakovosti kostne mase (Širca, 2012; Lipar, 2008). T. Lipar (2008) poudarja, da se natančnost napovedi tveganja za padce le malo poveča, če upoštevamo ob merjenju kostne gostote še indeks tveganja za zlom.

Tudi Svetovna zdravstvena organizacija se ukvarja z oblikovanjem modela za izračun absolutnega tveganja za zlom. Njihov model naj bi vključeval šest kliničnih dejavnikov tveganja glede na starost (zlomi v preteklosti, jemanje glukokortikoidnih zdravil, družinska anamneza zlomov, trenutno kajenje cigaret, povečano pitje alkohola, revmatoidni artritis), ki skupaj z mineralno gostoto kosti dajejo oceno tveganja za pojavnost zlomov v desetih letih (Lipar, 2008).

Ne glede na vsa mogoča merjenja in izračune indeksov tveganja ostaja edini logičen zaključek, da si je za preprečevanje zlomov kosti treba prizadevati za preprečevanje padcev. Tudi tuja literatura omenja možnost zmanjševanja padcev za 15 %, celo do 50 %. Kot uspešno strategijo strokovnjaki največkrat omenjajo telesno aktivnost za moč, vaje za ravnotežje, prehranske nadomestke kalcija in vitamina D ter adaptacijo okolja, v katerem posameznik živi. Rezultati opravljenih raziskav dokazujejo, da se je s preprečevanjem padcev med starejšimi zmanjšalo število zlomov do 50 %, vendar pa je potrebno še dodatno raziskovanje na tem področju (Lipar, 2008).

Znanstveniki članek »Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls« se zaključi z besedami, da je čas, da preusmerimo pozornost pri preprečevanju zlomov od osteoporoze k padcem, saj so padci kot dejavnik tveganja za zlome še vedno premalo prepoznani (Lipar, 2008).

Tudi na videz nedolžen padec osebe lahko privede do poškodbe (20–30 % starejših utrpi manjšo ali hudo poškodbo, npr. zlom kolka, poškodbo glave ...), ki močno vpliva na posameznikovo samostojnost. Posledica padca, tudi takrat, ko ne povzroči hujše posledice, je strah pred ponovitvijo. Zaradi tega starejši pogosto opuščajo nekatere dejavnosti, ki jih ocenijo kot visoko tvegane za padec. Dodatna težava pri padcih v tej starostni skupini je pogosto slaba telesna kondicija, ki je potrebna tudi za vstajanje. Ocenjuje se, da okrog 50 % starejših po padcu ne more vstati, pri nekaterih je razlog poškodba, pri drugih pa fizična nezmogljivost (Tomšič, 2011).

Rubenstein, Powers in Maclean kot najpogostejše vzroke za padce pri starostnikih omenjajo neprimerno ravnotežje, slabo koordinacijo hoje in spremljajoče bolezni (Prah, 2008).

Prav zaradi tega vse strategije, usmerjene k preprečevanju padcev, morajo vključevati vadbo, ki vpliva na izboljševanje ravnotežja.

2 Metode

Rezultate raziskave smo pridobili s testom korakanja v štirih kvadratih. Izvajanje testiranja in vadbe je potekalo v sklopu vodene vadbe pri Društvu za osteoporozo Dolenjske, v dveh različnih skupinah, vsaka skupina je imela vadbo 2-krat tedensko po eno uro. V raziskavi so sodelovale samo ženske. Test korakanja v štirih kvadratih smo izvedli 2-krat, najprej na začetku izvajanja 4-tedenske vadbe in nato še enkrat na koncu tega obdobja. Pri vsakem izvajanju testa smo z vsako preiskovanko naredili dve ponovitvi in upoštevali boljši rezultat. Skupno smo torej izvedli štiri ponovitve testa, 2-krat ob začetku 4-tedenske vadbe za ravnotežje in nato še 2-krat na koncu tega obdobja. Merili in zabeležili smo čas, ki so ga preiskovanke potrebovale za izvedbo testa. Tako smo preverjali učinkovitost izvajanja izbranih desetih vaj za izboljšanje ravnotežja, ki smo jih vadili v času med enim in drugim testiranjem.

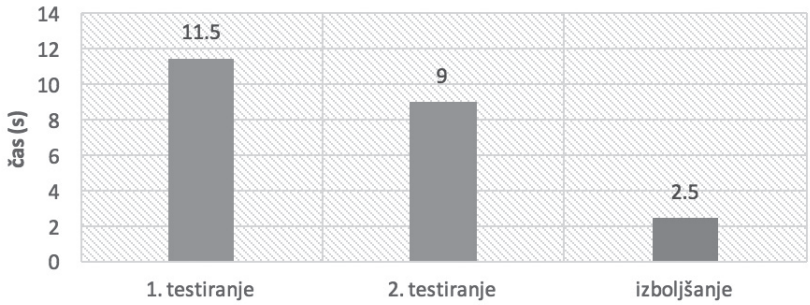
Pri ugotavljanju učinka izvajanja vaj za ravnotežje na izboljšanje rezultata pri testiranju smo upoštevali tudi, ali so bile preiskovanke aktivne v času med prejšnjo in novo vadbeno sezono (od začetka junija 2014 do začetka oktobra 2014), torej v obdobju štirih mesecev, saj v tem času vadba v društvu ni bila organizirana. Vprašali smo jih, ali so bile v tem obdobju telesno dejavne vsaj 2-krat tedensko, vsakič po 30 minut (pri dejavnostih, kot so hoja, tek, plavanje, telovadba ...). Tako smo preverili, v kolikšni meri je telesna aktivnost vplivala na rezultat pri prvem testiranju, ki smo ga izvedli na začetku nove vadbene sezone (začetek oktobra 2014).

Po končani 4-tedenski vadbi smo preiskovanke pred drugim testiranjem vprašali, ali so vaje za ravnotežje, ki smo jih izvajali na skupni vadbi, izvajale same doma vsaj še 2-krat tedensko, torej skupno 4-krat tedensko. S tem podatkom smo preverjali, v kolikšni meri je pogostost vadbe vplivala na izboljšanje ravnotežja v primerjavi s tistimi preiskovankami, ki so vaje za ravnotežje izvajale samo 2-krat tedensko, torej samo v okviru skupne vadbe.

V raziskavi je sodelovalo 34 žensk. Pri prvem izvajanju testa korakanja v štirih kvadratih je sodelovalo 47 preiskovank, od teh se jih je drugega testiranja udeležilo 34. Preiskovanke smo razvrstili v pet starostnih skupin: do 59 let, od 60 do 64 let, od 65 do 69 let, od 70 do 74 let ter 75 let in več. Povprečna starost preiskovank je bila 66,3 leta. Najmlajša preiskovanka je imela 53 let, najstarejša preiskovanka pa 76 let.

3 Rezultati

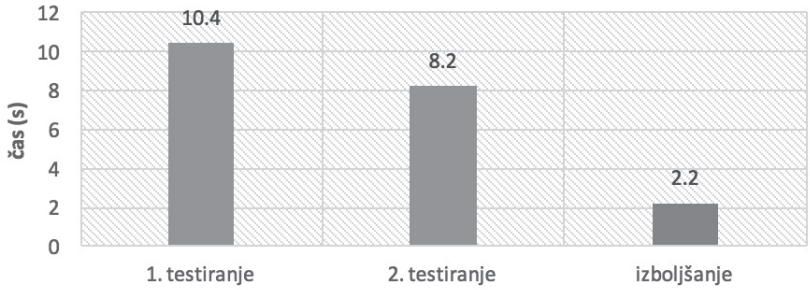
Graf 1: Rezultati testiranja za starostno skupino do 59 let



Vir: raziskava, 2014

V starostni skupini do 59 let (2 preiskovanki) je bilo povprečno izboljšanje izvedbe testa: 2,5 sekunde oz. za 21,7 %.

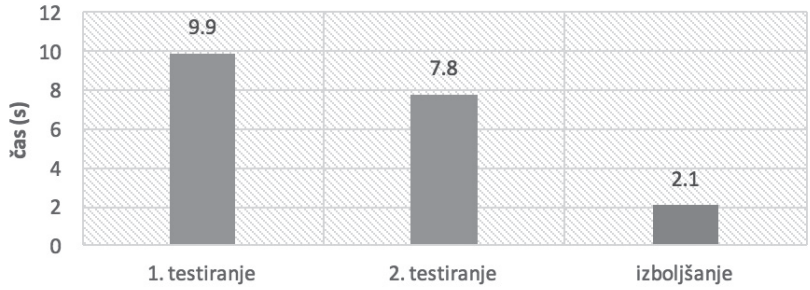
Graf 2: Rezultati testiranja za starostno skupino od 60 do 64 let



Vir: raziskava, 2014

Med preiskovankami iz starostne skupine od 60 do 64 let (13 preiskovank) smo zabeležili povprečno izboljšanje: 2,2 sekunde oz. za 21,2 %.

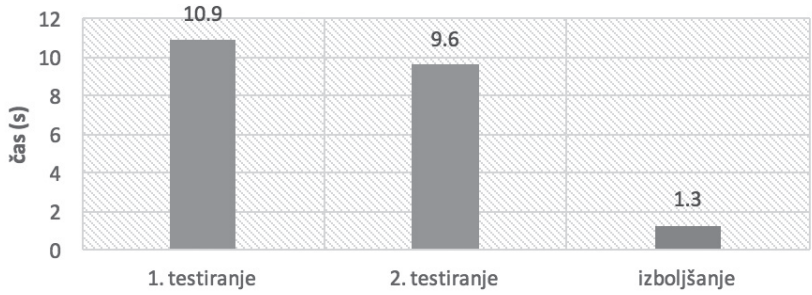
Graf 3: Rezultati testiranja za starostno skupino od 65 do 69 let



Vir: raziskava, 2014

Povprečno izboljšanje izvedbe testa v starostni skupini od 65 do 69 let (9 preiskovank): 2,1 sekunde oz. za 21,2 %.

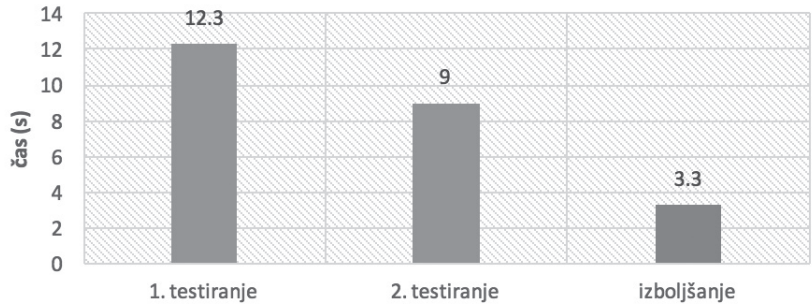
Graf 4: Rezultati testiranja za starostno skupino od 70 do 74 let



Vir: raziskava, 2014

V skupini od 70 do 74 let, v kateri je bilo 7 preiskovank, smo ugotovili povprečno izboljšanje izvedbe: 1,3 sekunde oz. za 12 %.

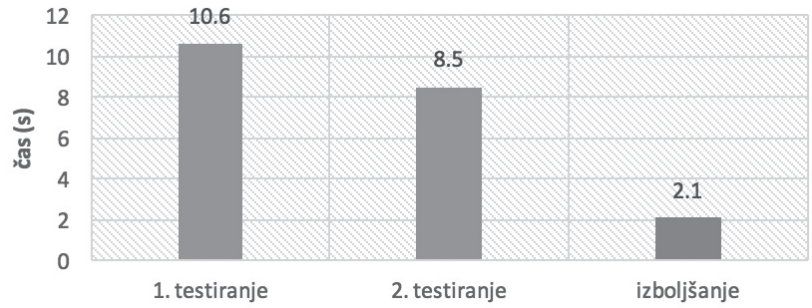
Graf 5: Rezultati testiranja za starostno skupino nad 75 let



Vir: raziskava, 2014

V najstarejši skupini, nad 75 let, v kateri so bile samo 3 preiskovanke, smo izmerili povprečno izboljšanje: 3,3 sekunde oz. za 26,8 %.

Graf 6: Rezultati testiranja pri vseh starostnih skupinah



Vir: raziskava, 2014

Skupno povprečno izboljšanje rezultata testa korakanja v štirih kvadratih pri drugem testiranju v primerjavi s prvim testiranjem: 2,1 sekunde oz. za 19,8 %.

4 Razprava

S podatki, pridobljenimi v sklopu raziskovalne naloge v obdobju vadbe v Društvu za osteoporozo Dolenjske, lahko ugotovimo, ali se uspešnost izvedbe testa razlikuje glede na starostne skupine in ali pogostost vadbe vpliva na rezultat testa.

Izmed 34 preiskovank jih je 32 oz. 94,1 % pri drugem testiranju izboljšalo svoj rezultat glede na prvo testiranje. Dve preiskovanki sta imeli enak rezultat pri prvem in drugem testiranju. Nobena preiskovanka pri drugem testiranju ni imela slabšega rezultata kot pri prvem testiranju. V vseh starostnih skupinah se je ravnotežje po zaključku 4-tedenske vadbe izboljšalo pri več kot polovici preiskovank.

Več kot polovica oziroma 61,8 % (21 od 34 preiskovank) je vaje za ravnotežje dodatno izvajala vsaj 2-krat tedensko tudi doma. Pri drugem testiranju so dosegle povprečni čas 7,9 sekunde, kar je za 0,6 sekunde oz. za 7,1 % boljši rezultat od povprečja – 8,5 sekunde. Pri drugem testiranju so, glede na prvo testiranje, dosegle povprečno izboljšanje 2,4 sekunde, kar je 0,3 sekunde oz. 14,2 % boljši rezultat od povprečnega izboljšanja – 2,1 sekunde.

Izmed 34 preiskovank jih 13 vaj za ravnotežje ni izvajalo doma. Pri drugem testiranju so dosegle povprečni čas 9,4 sekunde, kar je za 0,9 sekunde oz. za 10,6 % slabši rezultat od povprečja – 8,5 sekunde. Pri drugem testiranju so, glede na prvo testiranje, dosegle povprečno izboljšanje 1,6 sekunde, kar je 0,5 sekunde oz. 23,8 % slabši rezultat od povprečnega izboljšanja – 2,1 sekunde.

Izmed 34 preiskovank je bilo v obdobju med koncem prejšnje in začetkom nove vadbene sezone telesno dejavnih 29 oz. 85,3 % preiskovank. Njihov povprečni rezultat prvega testiranja je znašal 10,3 sekunde, kar je za 0,3 sekunde oz. za 2,8 % boljši rezultat od povprečnega rezultata – 10,6 sekunde.

Pet od 34 preiskovank jih ni bilo telesno aktivnih v obdobju med koncem prejšnje in začetkom nove vadbene sezone. Njihov povprečni rezultat prvega testiranja je znašal 12 sekund, kar je za 1,4 sekunde oz. za 13,2 % slabši rezultat od povprečnega rezultata – 10,6 sekunde.

5 Zaključek

V članku smo dokazali, da lahko izboljšamo ravnotežje pri pacientkah z osteoporozo z ustreznim izvajanjem izbranih vaj za ravnotežje. Izboljšanje ravnotežja smo dosegli v različnih starostnih skupinah. Izboljšanje ravnotežja je pri pacientkah z osteoporozo še posebno pomembno, saj je osteoporoza pri ženskah pogostejša kot pri moških. Z izboljšanjem ravnotežja zmanjšamo tudi nevarnost za padce in posledično za zlome, saj je pri pacientih z osteoporozo nevarnost padcev in z njimi povezanih komplikacij večja. Za izboljšanje ravnotežja ni potrebna dolgo trajajoča vadba, kar dokazujejo rezultati raziskave, saj so ravnotežje izboljšale tudi tiste, ki so vadile samo 2-krat tedensko.

Literatura

Čokolič, M. (2015). Osteoporoza je povezana s starostjo, a zametki nastanejo že v otroštvu. Dostopno na: http://www.rtvslo.si/moja-generacija/osteoporoza-je-povezana-s-starostjo--a-zametki-nastanejo-ze-v-otrostvu/376733 (9.2.2015).

Handanagić, S. (2007). Što je osteoporoza? Dostopno na: http://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/16046/Sto-je-osteoporoza.html (9.2.2016).

Kocjan, T. (2008). Vse kar moram vedeti o osteoporozi. Zveza društev bolnikov z osteoporozo Slovenije. Božnar in partner: Ljubljana.

Lipar, T. (2011). Preusmeritev pozornosti pri preprečevanju zlomov od osteoporoze k padcem. Dostopno na: http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost /clanek.html?ID=1125 (1.2.2016).

Mladenović, M. (2016). Osteoporoza. Dostopno na: http://masmedika.com/interna-medicina/osteoporoza/ (9.2.2016).

Prah, A. (2008). Vzroki in posledice padcev. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, diplomsko delo.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. (2015). Dostopno na: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/neva.exe?name=ssbsj&tch=14&expression=zs%3D54549 (4.2.2016).

Širca, S. (2012). Osteoporoza: kako se zaščititi pred zlomi. Dostopno na:http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/osteoporoza-kako-se-zascititi-pred-zlomi/ (1.2.2016).

Tomšič, M. (2011). Zakaj starejši padejo in kako padce preprečiti. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Dostopno na: http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/staranje2011/11.pdf (9.2.2016).

Dr. sci. Maruša Hribar, mag. farm.
Baronesavital, d. o. o.

INTEGRATIVNA HOMEOPATIJA KOT CELOSTNI PRISTOP ZDRAVLJENJA

INTEGRATIVE HOMEOPATHY AS A COMPLETE MEDICAL TREATMENT

Povzetek

Integrativna homeopatija predstavlja celostni pristop zdravljenja k obravnavi pacienta kot posameznika (personalizirana medicina). Predstavlja pomemben doprinos h kakovostni klinični zdravstveni obravnavi vseh skupin ljudi, tako tistih, ki so že bolni, kot tistih, ki so še zdravi. Podali bomo stanje integracije homeopatije v javni zdravstveni prostor v Evropi in po svetu ter primerjavo s stanjem v Sloveniji. Predavanje bo podkrepljeno s kliničnimi znanstvenimi študijami, ki potrjujejo, da gre za znanstveno dokazano kakovostno strokovno delo. Obravnavali bomo izbrane skupine obolelih, kot so duševni bolniki, z različnih vidikov, tako preventive kot kurative zdravljenja s homeopatskimi zdravili. V nadaljevanju pa bo predstavljeno homeopatsko zdravljenje obolenj s področja onkologije s poudarkom na zmanjševanju stranskih učinkov kemoterapije in radioterapije. Zajeto bo področje homeopatskega zdravljenja menopavze. Prikazana bo francoska študija, ki potrjuje, da uporaba homeopatskega zdravljenja bistveno zmanjšuje uporabo antibiotikov pri mnogih boleznih in s tem preprečuje razvoj rezistence (odpornost mikrobov na delovanje antibiotikov).

Ključne besede: homeopatija, integrativna medicina, personalizirana medicina

Abstract

Integrative homeopathy represents a holistic approach to addressing the treatment of the patient as an individual (personalised medicine). It represents an important contribution towards improving the quality of clinical medical treatment of all groups of people, both those who are already sick, and those who are still healthy. The paper will present the state of integration of homeopathy to the public health area in Europe and around the world, as well as a comparison with the situation in Slovenia. The presentation will be supported by clinical scientific studies, which confirm that homeopathy is a scientifically proven quality professional work. We will consider selected group of patients, such as mental health patients, from different perspectives, both preventive and curative treatment with homeopathic medicines. Homeopathic treatment of diseases in the field of oncology will also be presented, with a focus on reducing the side effects of chemotherapy and radiotherapy. We will show homeopathic treatment of menopausal syndromes. A French study, which concludes that the use of homeopathic treatment significantly reduces the use of antibiotics in many diseases and prevents the development of resistance (antibiotic resistance in microbes to) will also be presented.

Key words: homeopathy, integrative medicine, personalized medicine

1 Uvod

Homeopatija je holistična metoda zdravljenja, kar pomeni, da obravnava človeka celostno. Lahko služi kot primarno ali dopolnilno zdravljenje v sodelovanju s sodobno medicino. Po definiciji je homeopatija terapevtska metoda, ki uporablja zdravila, ki so razredčena in dinamizirana, upoštevajoč zakon podobnosti, ki ga je prvi opisal ustanovitelj dr. Samuel Hahnemann. Zakon pravi, da se vsaka farmakološko aktivna substanca, ki povzroča pri zdravem človeku karakteristične bolezenske znake, lahko uporablja v minimalnih dozah za zdravljenje bolnikov s podobnimi ali enakimi znaki. Cilj homeopatije je vzpostaviti pri bolnem človeku ponovno zdravo stanje – ravnovesje. Homeopatska zdravila so izdelana iz rastlin, živali ter drugih organskih in anorganskih snovi. Če malce karikiram, od fosforja in morske soli, kamilice do čebel in mačje dlake.

Prednost homeopatskih zdravil je, da se lahko predpišejo bolj prilagojeno posamezniku (izbere se kombinacija, ki ustreza njegovi telesni, čustveni in mentalni predispoziciji), kar predstavlja individualen, osebni pristop zdravljenja.

Homeopatska zdravila namreč podprejo proces vzpostavljanja porušenega ravnovesja v človekovem telesu, saj odpravljajo vzroke za določeno obolenje. Ne predpisujejo se le za določeno bolezen, ampak so prilagojena celotnemu človekovemu zdravstvenemu stanju, njegovi konstituciji in genetskim predispozicijam.

Sodobna medicina človeku nudi neprecenljivo pomoč in se nenehno razvija. Na drugi strani pa moramo priznati, da se včasih preveč posvečamo odpravi posledic, namesto da bi poiskali vzroke. Ko nastanejo hude posledice na človekovem zdravju, je takšna situacija prav gotovo eden največjih izzivov za posameznika. Homeopatija nudi možnost nagovora različnih sprememb v celotnem spektru človekovega počutja od fizičnih, miselnih in čustvenih nihanj. Tu vidimo posebno vlogo homeopatije. Pomaga nam lahko namreč tudi preventivno in nas hkrati uči, da vemo, kako se počutimo in kaj se nam dogaja. Ko nastopi enkrat kronična bolezen, je pogosto bolj potrebna konkretnejša pomoč. Posledic ne doživlja le posamezna oseba, ampak cela družina in družba.

2 Homeopatija kot personalizirana medicina

Omenili smo preventivno zdravljenje in ozaveščanje našega počutja. V tem vidimo zares pomembno profilakso oziroma preventivni pristop k razumevanju zdravja. Če pogledamo še druge celostne pristope k zdravju, kot je ayurveda oziroma indijska tradicionalna medicina, lahko vidimo, da ta razume zdravje kot ravnovesje različnih elementov. Kaj je ravnovesje za posamezno osebo, pa je različno. Homeopatska zdravila podprejo proces v človekovem telesu, ki je nastal kot posledica kakršnegakoli neravnovesja. Ne predpisujejo se le za določeno bolezen, temveč so prilagojena celotnemu zdravstvenemu stanju človeka, njegovi konstituciji in genetskim predispozicijam (individualna in personalizirana medicina). Za vzpostavitev ravnovesja pri posamezni osebi ayurveda uporablja tri osnovne tipe konstitucije: vata, pitta in kapha. Soroden pristop uporablja homeopatija, ki pozna osnovne tri konstitucijske tipe: karbonični, fosfororični in fluorični. Konstitucijski tipi so v homeopatiji v pomoč pri diagnosticiranju bolezni. Večina ljudi je mešanica konstitucijskih tipov. Homeopatija in celostne oblike zdravljenja so že pred sodobnimi genetskimi raziskavami skušale ugotavljati predispozicije, torej nagnjenosti k posameznim boleznim, kar v homeopatiji imenujemo dijateze oziroma mijazme.

3 Homeopatija v Evropi in po svetu

Končni cilj je celostna integracija homeopatije v Evropski zdravstveni sistem, kajti vse več prebivalk in prebivalcev EU zanima homeopatija v kontekstu uradne zdravstvene oskrbe. Evropski komite za homeopatijo (ECH) promovira homeopatijo kot del KAM (komplementarne in alternativne medicine) in sodeluje z različnimi NVO (nevladnimi organizacijami).

Homeopatija kot ostali KAM pristopi k zdravljenju skuša naprej aktivirati in podpreti procese v človeškem telesu, ki delujejo na principu samozdravljenja. Na ta način se lahko v nekaterih primerih izognemo stranskim učinkom močnih farmakoloških zdravil kakor tudi visokim stroškom zdravljenja. KAM pristopi zdravljena promovirajo tako samozdraviteljske sposobnosti telesa kot promocijo zdravja in zdravega načina življenja. KAM in homeopatija stremita k ohranjanju zdravja in ne le premagovanju bolezni. Homeopatija, ki jo zahtevajo milijoni uporabnikov in uporabnic v EU, ima potencial, da humanizira sodobno medicino in razširi njen pogled ne samo v bolezni, temveč v zdravje in dobro počutje v najširšem pomenu.

Ljudje se odločajo za homeopatsko zdravljenje zaradi celostnega pristopa, cenovne ugodnosti in varnosti. Danes se prebivalci in prebivalke Evrope zavedajo odgovornosti za svoje zdravje in svoje življenje. Pomoč v homeopatiji poiščejo takrat, ko jim običajno zdravljenje ne nudi zadovoljivih rezultatov, poleg tega so zaskrbljeni zaradi stranskih učinkov nekaterih zdravil. Izbira homeopatije zrcali njihove vrednote in filozofsko naravnanost k celostnemu dojemanju življenja in zdravja.

Dr. Thomas Peinbauer, predsednik ECH, je na srečanju Evropskega komiteja za homeopatijo v Londonu (4.–5. april, 2014) predstavil vizijo organizacije do leta 2020, ki je pomembna še posebej zaradi predstavitve smernic Svetovne zdravstvene organizacije za tradicionalno medicino, ki bodo določale naslednjo dekado (2014–2023). Organizacija ECH vidi svoje poslanstvo predvsem v posredovanju in izmenjevanju informacij med zdravniki, pacienti, farmacevti, proizvajalci in raziskovalci.

V svetovnem merilu se popularnost homeopatije, merjeno v odstotkih na celotno prebivalstvo posameznih držav, odraža: v Franciji več kot 50 % populacije uporablja homeopatijo, malo manj v Nemčiji in drugih zahodno evropskih državah 30–40 % ter na Poljskem 30 % (pred 25 leti 0%). V Indiji imajo več kot 300 homeopatskih medicinskih fakultet z več kot 250.000 zdravnikov homeopatov. V okviru njihovega ministrstva za zdravje imajo svoj resor AYUSH (okrajšava pomeni A – Ayurveda, Y – oga, U – Unani, S – Siddha, H – Homeopathy), ki se zavzema za integracijo holističnih pristopov zdravljenja v okvir javnega zdravja. AYUSH ima državno podporo in standardi njihovih raziskav se naglo izboljšuje.

4 Homeopatija v Sloveniji

Homeopatija ima v Evropi več kot dvestoletno tradicijo. V vsaki državi je njena vloga specifična. Liga Medicorum Homeopatica Internationalis združuje znanstvenike iz več kot 40 držav. Med državami Evropske unije obstajajo znatne razlike tako uporabe kot tradicije in kakovosti v izobraževanju s področja homeopatije. Slovenija je na začetku te poti, a so se nekateri strokovnjaki s področja homeopatije že uveljavili. Tudi izobraževanje s strani Lekarniške zbornice Slovenije, Slovenskega homeopatskega društva ter Homeopatske sekcije pri Slovenskem farmacevtskem društvu je pomemben korak, da se homeopatija približa ljudem, kajti celostne oblike zdravljenja so močno izražena potreba sodobnega človeka. Ocenjujemo, da Slovenija v tem prav nič ne zaostaja. Ne dvomimo, da bo temu prisluhnila tako zakonodaja kot stroka, ki izobražuje ljudi s področja zdravja. Za kakovostno izobraževanje si prizadeva tudi Evropski komite za homeopatijo, ki ugotavlja, da 65 % prebivalcev Evropske unije uporablja metode celostnega zdravljenja oziroma komplementarno in alternativno medicino.

5 Raziskave v homeopatiji

Glede delovanja homeopatije trenutno potekajo raziskave v treh smereh: kako delujejo visoko stopenjske razredčitve; klinične študije, ki ugotavljajo terapevtske učinke homeopatskih zdravil, in farmako-ekonomske študije, ki prikazujejo vpliv na javno zdravstvo in vpliv homeopatskih zdravil na stroške zdravljenja. Dosedanje študije dajejo spodbudne rezultate glede homeopatije, kajti uporaba homeopatije omogoča znižanje stroškov zdravljenja.

Predstavili bomo francosko študijo avtorice Trichard et al., ki je raziskovala na široki populaciji otrok rezultate učinkovitosti zdravljena infekcije zgornjih dihal pri otrocih pri uporabi homeopatskih zdravil v primerjavi z uporabo klasičnih antibiotičnih terapij. Raziskava je zajemala 529 otrok od katerih je 231 otrok prejemalo antibiotike, preostalih 268 otrok pa je dobivalo homeopatijo. Starost otrok je bila od 18 mesecev do 5 let. Kriterij za izbiro testiranih otrok pa je bil vsaj 5 x na leto predpisana antibiotična terapija. Rezultati so potrdili večjo korist pri zdravljenju s homeopatskimi zdravili glede na klasično terapijo z antibiotiki, kar se je potrdilo z nižjim številom konzultacij (obiski otrok pri zdravniku), večjo učinkovitostjo (večji terapevtski učinek in manj stranskih učinkov), manjšim številom zapletov pri aplikaciji zdravila, višjo kakovostjo življenja med samim zdravljenjem in po njem, krajši izostanek z dela staršev bolnih otrok (manj bolniških staležev) in zato nižji stroški zdravljenja.

Druga novejša in zanimiva raziskava je delo prof. dr. Paola Bellavite iz Italije, ki je na 2. konferenci HRI (Homeopathy Research Institute) junija 2015 v Rimu predstavil bazične eksperimentalne študije uporabe homeopatskih zdravil na živalih in celičnih linijah. Čeprav je homeopatija holistična metoda in zajema vse bolnikove simptome, tako fizične kot psihične, se pri bazičnih raziskavah uporabljajo in- vivo in in-vitro modeli. Dr. Bellavite se ukvarja z molekularnimi mehanizmi in gensko ekspresijo, ki jo povzročajo homeopatska zdravila, kajti ugotovljeno je bilo, da lahko homeopatska zdravila spreminjajo gensko ekspresijo (izražanje genov), ker vplivajo na sintezo signalnih proteinov v celici, kjer je možno delovati na programirano celično smrt (apoptozo) in druge celične funkcije.

Dr. Peter Fisher, direktor kraljeve londonske bolnišnice za integrativno medicino Royal London Hospital for Integrated Medicine je v svoji raziskavi na 70. konferenci Liga homeopatika v Rio de Janeiru avgusta 2015 predstavil študijo, v kateri je opozoril na širjenje rezistence (odpornosti) bakterij na zdravljenje z antibiotiki. Bakterije postajajo odporne na vse antibiotike zaradi vse pogostejšega stika s klasičnimi antibiotiki, ki se preveč pogosto predpisujejo ljudem pri infekcijskih obolenjih.

6 Homeopatski pristop zdravljenja psihičnih težav

Psihične težave niso kategorija, ki bi jo zlahka definirali. So splet socialnih in kulturnih okoliščin ter bioloških dejavnikov. Zato izraze, kot so psihična preobremenjenost in stres, pogosto slišimo ne samo v strokovnih krogih, ki se ukvarjajo z zdravjem človeka, temveč tudi v laičnih krogih. Psihične težave in stiske so bile določeno obdobje potisnjene v ozadje, zdaj pa ponovno stopajo v ospredje zanimanja humanistike in medicine ter splošnih javnosti. Treba je poudariti, da homeopatija ni primerna oblika zdravljenja hujših poporodnih depresij, shizofrenije, bipolarne motnje, suicidnosti ali psihoz. Učinkovita in primerna je, preden nastopijo težave, ki jih obravnava psihiatrija, torej v fazi psihološkega zdravljenja.

Takšno zdravljenje ima običajne prednosti homeopatskega zdravljenja: ne povzroča odvisnosti, ni kontraindikacij z drugimi zdravili in praviloma nima stranskih učinkov. Lahko jih jemljejo tudi najbolj občutljive skupine (otroci, nosečnice, doječe matere, starostniki, alergiki). Homeopatska zdravila se specifično usmerijo na določeno življenjsko obdobje, celo na spol in značajske lastnosti človeka. Homeopatska zdravila lahko jemljemo dalj časa, delujejo globinsko.

Homeopatski pristop zdravljenja psihičnih motenj, ki jih označujejo žalostno razpoloženje, pobitost, pesimizem, pomanjkanje vzpodbud in tesnobnost, se nanašajo na določene homeopatske pripravke, ki ustrezajo določenemu tipu ljudi. Upošteva se tako psihološki profil kot telesni simptomi osebe. V različnih življenjskih obdobjih lahko identificiramo najpogostejše psihične težave.

7 Homeopatska podpora za zmanjševanje stranskih učinkov zdravljenja raka

Homeopatija se v sodobnosti usmerja v razvoj in raziskave podpornega zdravljenja raka, predvsem na odpravo nezaželenih stranskih učinkov radioterapije pri začetnih stadijih raka in/ali stranskih učinkov kemoterapije pri kasnejših stadijih raka. Homeopatska zdravila pri zdravljenju raka delujejo komplementarno s predpisanim zdravljenjem (radioterapija, kemoterapija). Uporaba homeopatskih zdravil pri zdravljenju raka deluje kot preventiva pred specifičnimi stranskimi učinki, kar v celoti povečuje možnosti okrevanja. Homeopatija se uvršča med celostne (holistic) metode zdravljenja, ki skušajo upoštevati več vidikov zdravljenja hkrati.

Homeopatska zdravila nimajo stranskih učinkov in so kompatibilna z alopatskimi onkološkimi zdravili. Kakor kažejo raziskave (glej reference), imajo osebe, ki poleg predpisanega zdravljena jemljejo še homeopatska zdravila, boljše rezultate zdravljenja.

V Evropi 35 % oseb, ki obolijo za rakavimi obolenji, uporablja homeopatijo kot dodatno – komplementarno metodo zdravljenja (Molassiotis in dr., 2005). V Franciji so izvedli raziskavo, ki je vključevala 234 pacientov z rakavimi obolenji v bolnišnici v Strasbourgu (Simon in dr., 2007). Raziskava je pojasnila, s kakšnim namenom se osebe odločijo za komplementarno jemanje homeopatskih zdravil ob predpisanem zdravljenju:

1. Da bi okrepili imunski sistem: 87 %
2. Z namenom boljšega izida zdravljenja raka s predpisanimi zdravili: 87 %
3. Za izboljšanje splošnega počutja med zdravljenjem rakavega obolenja: 97 %
4. Z namenom izboljševanja utrujenosti ob postopkih zdravljenja rakavih obolenj: 97 %
5. Za zmanjševanje slabosti (navzea) ob postopkih zdravljenja rakavih obolenj: 85 %.

V Franciji je letno približno 2 milijona rakavih bolnikov in 400.000 jih uporablja homeopatijo. 54 % bolnikov se za homeopatijo odloči prvič šele, ko izvejo za diagnozo rakavega obolenja. Dve tretjini vseh rakavih bolnikov uporablja različne oblike komplementarnega zdravljenja.

8 Homeopatija in menopavza

V prejšnjem desetletju se je uveljavila pretirana medikalizacija obdobja menopavze. V sedanjem času se vedno pogosteje hormonski nadomestki predpisujejo v skladu z evropskimi smernicami in le na podlagi skrbnih raziskav ter za določeno (omejeno) časovno obdobje. V evropskem kontekstu je prenehanje menstruacije družbeno slabše vrednoteno, kar nedvomno prinaša s seboj kup tako fizičnih kot duševnih nevšečnosti. Velja razmisliti, kako bi sprejemali obdobje prenehanja menstruacije, če bi le-to označevalo najlepši – zreli del življenja ženske? Trenutno so najpogostejše težave v klimakteriju vročični navali, nespečnost in možna nihanja v razpoloženju. Homeopatija je blag pripomoček brez stranskih učinkov za prehod v novo življenjsko obdobje ženske.

Uporabo in uspešnost zdravljenja s homeopatskimi zdravili pri menopavzi je predstavila Dr. M. Bordet na podlagi raziskav, ki so jih opravili v Boironovem institutu v Franciji. Raziskava, v kateri je sodelovalo 99 zdravnikov iz 8. držav, je vključevala vzorec 500 žensk. Homeopatska terapija je potekala od dveh do šestih mesecev in je zajemala ženske, ki so imele izražene navale vročine in se še niso zdravile s konvencionalnimi pripravki. Ugotovitve raziskav so naslednje: pri homeopatski terapiji so se zmanjšali dnevni in nočni vročični oblivi, izboljšalo se je spanje, 90 % žensk ni imelo po terapiji več vročičnih oblivov ali pa so se zmanjšali. Homeopatska zdravila, ki so bila uporabljena v potenci od 9 do 15 CH, so bila naslednja: Lachesis mutus, Belladonna, Sulfur, Sepia, Sanginaria in Glonoinum.

Literatura

Molassiotis A., Fernandez-Ortega P., Pud P., Ozden G., Scott J. A., Panteli V., Margulies A. et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Ann Oncol, 2005; 16(4): 655–663.

Simon L., Beretz A., Lobstein A., Prebay D., Bagot J. L. Medecines complementaires et alternatives suivies par les patients cancereux en France. Bulletin de la Societe francaise du canncer. Sous presse. Accepte le 7 fev. 2007.

Trichard M. et al. Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children. Homeopathy, 2005; 94: 3–9.

World Health Organisation. Antimicrobial Resistance. Global Report on Surveillance; 2014, (dr. Peter Fisher).

Jean Claude Karp. Best supportive care in Oncology. 1. mednarodna konferenca klinične homeopatije (ICCH), junij 2014, Los Angeles.

Marie France Bordet. La menopause et l'homeopathie. 7. mednarodni dnevi Instituta Boiron, Lyon, 31 marec – 1 april 2006.

70. Liga homeopathica konferenca, Rio de Janeiro, avgust 2015 (dr. Peter Fisher in prof. dr. Paulo Bellavite).

Katarina Kac, dipl. m. s., Minja Fištravec, dipl. m. s., doc. ddr. Joca Zurc
Alma Mater Europaea – ECM

POZNAVANJE IN UPORABA KOMPLEMENTARNIH METOD ZDRAVLJENJA MED DIJAKI IN ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE

KNOWLEDGE AND USE OF COMPLEMENTARY METHODS OF TREATMENT AMONG NURSING STUDENTS

Povzetek

Teoretična izhodišča: Uradna medicina se sooča z dolgimi čakalnimi dobami in nezadovoljstvom pacientov. Pacienti si želijo kakovostne in hitre obravnave. Zato se tudi v Sloveniji vedno bolj pojavlja interes po uporabi različnih oblik komplementarnega zdravljenja, ki je v zadnjih dvajsetih letih doživelo velik razmah. Ob odgovornem delu s pacienti se h komplementarni in alternativni medicini obračajo tudi zaposleni v zdravstveni negi, na to vplivajo posameznikove življenjske navade in njegova prepričanja. Namen naše raziskave je bil, ugotoviti poznavanje komplementarnih metod zdravljenja med dijaki in študenti dodiplomskega ter magistrskega študija.

Metodologija: Naredili smo raziskavo z anonimno anketo in Likertovo lestvico stališč, ki je potekala decembra 2015 in januarja 2016. Ciljna populacija so bili dijaki in študenti zdravstvenih smeri v učnih enotah Maribor. Dobljene rezultate smo obdelali v statističnem programu SPSS Statistic 22.

Rezultati: V prispevku so predstavljeni rezultati ankete iz poznavanja in uporabe komplementarnih metod zdravljenja v času izobraževanja za delo v zdravstvu glede na stopnjo izobrazbe ter razlike in podobnosti med skupinami. Komplementarno zdravljenje anketiranci srednje dobro poznajo. O teh metodah zdravljenja so bili prvič seznanjeni v šoli ali iz različnih medijev. Četrtina anketirancev je katero od komplementarnih metod zdravljenja že uporabila zaradi zdravstvenih težav, med njimi je največ magistrskih študentov. Večina anketirancev (80,3 %) meni, da so komplementarne metode zdravljenja učinkovite in da obstaja potreba po magistrskem študiju integrativnih ved. Predvsem dodiplomski in magistrski študenti zdravstvenih smeri menijo, da je treba uradno medicino dopolniti s komplementarnimi metodami zdravljenja, kar za zdravstveno nego pomeni razumevanje konceptov komplementarne in alternativne medicine ter prevzemanje novih odgovornosti.

Razprava: Raziskava prispeva k osvetlitvi potreb po vključitvi komplementarnih oblik zdravljenja v izobraževanje prihodnjih zdravstvenih delavcev.

Ključne besede: komplementarne oblike zdravljenja, zdravstvena nega, test znanja, srednješolsko in visokošolsko izobraževanje

Abstract

Theoretical background: Official medicine is facing long waiting periods and patient dissatisfaction. Patients want quality and prompt treatment. Therefore, also in Slovenia the interest to use versatile forms of complementary treatments is increasingly emerging during the past twenty years. Considering responsible work with patients, complementary and alternative medicine turns to be used also by healthcare workers. It all depends on the lifestyle of the individual and his beliefs. The aim of our research was to determine the knowledge of scholars and students in undergraduate and master's degree studies about complementary treatments.

Methodology: Our research was conducted in December 2015 and January 2016, with anonymous questionnaires and Likert scale observations. The target group were scholars and healthcare students of Maribor learning units. Results were processed with statistical program SPSS Statistic 22.

Results: In the paper, the results of the survey about the knowledge and use of complementary treatments in healthcare education are presented (depending on the level of education and differences / similarities between the groups). Respondents showed an average knowledge about complementary treatments. They first heard of these treatments at school or from different media. A quarter of respondents already used some of the complementary treatments due to health problems (at most master's degree students). The majority of respondents (80.3%) opine that complementary treatments are efficient. They also expressed the need for a master's degree study of integrative sciences. Primarily undergraduate and master's degree students of medicine and health science opine that it is necessary to supplement official medicine with complementary treatments. For healthcare, it represents the need of understanding the concepts of complementary and alternative medicine, and assuming new responsibilities.

Discussion: The research contributes to highlight the needs for inclusion of complementary treatments to the education of future health professionals.

Key words: complementary treatments, health care, knowledge test, secondary and higher education

1 Uvod

Uradna medicina temelji na znanstveno dokazanih učinkih, predvsem na osnovi statističnih metod. Zdravljenje, ki ga izvaja zdravnik z medicinsko izobrazbo, se s časom spreminja in izboljšuje. Medicina se odloči za nov način zdravljenja na osnovi statistične primerjave uspešnosti med starim in novim zdravljenjem. Če je nov način zdravljenja uspešnejši, zamenja starega (Sok, 2005).

NCCAM (National Center of Complementary and Alternative Medicine, ZDA) ima sledečo definicijo: Komplementarna in alternativna medicina (KAM) je skupina različnih medicinskih sistemov, praks ali proizvodov, ki trenutno niso del konvencionalne medicine. NCCAM je KAM sistematiziral na alternativne medicinske sisteme (ajurveda, homeopatija, naturopatija, tradicionalna kitajska medicina), psihosomatske intervencije (hipnoza, meditacija, ples, molitev), biološko osnovane terapije (zeliščarstvo, aromaterapije, diete, uživanje vitaminov ali bioloških substanc), manipulativne in telesne terapije (kiropraktika, osteopatija, masaža, rolfing, kraniosakralna terapija) in energetske terapije (terapevtski dotik, zdravilni dotik, reiki, qi gong, bioelektromagnetne terapije) (NCCAM).

Skupna poglavitna značilnost alternativnih metod zdravljenja je celostni pristop do pacienta, pri katerem se zavzemajo za splošno boljše počutje in zdravje. To pa je tudi v skladu z definicijo zdravja Svetovne zdravstvene organizacije, ki pravi, da je zdravje stanje človekovega popolnega fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega blagoslova, ne le odsotnost bolezni ali nemoči (WHO). Pri večini oblik KAM gre za metode in postopke, ki sicer niso znanstveno dokazani, vendar njihova uporaba temelji na večstoletnih (tudi večtisočletnih) izkušnjah ter preverjanju učinkovitosti njihovih metod.

Čeprav nekonvencionalne načine zdravljenja pogosto imenujemo alternativne, v zadnjem času gledamo nanje predvsem kot na komplementarne, torej dopolnilne oblike zdravljenja, ki z ramo ob rami sodelujejo z znanstveno medicino. KAM se umešča v vrzeli, ki so manj ali nepomembne za znanstveno medicino in hkrati zelo pomembne za pacienta. Njena prednost je celosten pristop do posameznika. Nekateri priznajo, da je KAM najmočnejša v preventivi in je zelo uspešna v sodelovanju s klasično medicino, kot dodatek, zaradi česar je uradna medicina ne bi smela zapostavljati. Zdravilci ne zdravijo, temveč le spodbudijo notranjega zdravilca, ki ga ima vsak posameznik. To pa ne more nadomestiti nujnosti uradne medicine, temveč jo lahko dopolnjuje (Verdel 2006, v Plešnar, 2008, str. 13).

Medicinske sestre se zavedajo, da veliko pacientov, s katerimi se srečujejo pri vsakdanjem delu, uporablja različne metode naravnega zdravilstva in komplementarne metode zdravljenja, zato je vedno večja potreba po seznanjenosti medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov s temi metodami zdravljenja (Sima et al., 2015). Sima in drugi povedo, da predstavlja vključevanje komplementarnega zdravilstva v konvencionalno zdravstveno oskrbo izziv za vsa področja delovanja, posebno za medicinske sestre kot ključne akterke pri podajanju informacij in učenju pacientov. Kompetence medicinskih sester za izvajanje komplementarne oskrbe se začnejo z izobraževanjem medicinskih sester in zaključijo z nudenjem varne in strokovne zaščite za paciente. Načini in poti, da medicinske sestre pravilno prepoznajo in uporabijo naučene metode, so pogovori s pacientom in svojci, s poudarkom na kulturni občutljivosti v iskanju ustreznih metod komplementarne oskrbe (Kramlich, v Sima, 2015).

V študijskem letu 2014/15 je bil prvič v Sloveniji izveden program II. bolonjske stopnje, magistrski študijski program Zdravstvene vede, smer Integrativne zdravstvene vede, na fakulteti Alma Mater Europaea – Evropski center Maribor, kjer se lahko študenti seznanijo z različnimi komplementarnimi metodami zdravljenja za vključevanje v konvencionalno zdravljenje. Študenti se na tej usmeritvi seznanijo z oblikami integrativne in komplementarne medicine, znanstvenim pristopom v integrativnih zdravstvenih vedah, od izbirnih predmetov pa se lahko odločijo za seznanitev z akupunkturo in tradicionalno kitajsko medicino, body mind medicino, rehabilitacijo, manualno medicino in manualno terapijo, vzgojo za zdrav življenjski slog, komplementarne oblike v zdravstvu, integrativno onkologijo in druge (Alma Mater Europaea, 2015).

V zadnjih letih je omogočeno zdravstvenim delavcem v veliki meri obiskovati predavanja in tečaje različnih komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja za lajšanje nekaterih težav, preprečevanje bolezni in zdrav življenjski slog. Namen naše raziskave je bil, izvedeti, koliko so o nekonvencionalnih metodah zdravljenja seznanjeni mariborski dijaki in študenti zdravstvenih smeri v času izobraževanja in ali so katero KAM že uporabili. Prav tako nas je zanimalo mnenje anketiranih, ali je treba uradno medicino dopolniti s komplementarnimi metodami zdravljenja in ali to pomeni za zdravstveno nego prevzemanje novih odgovornosti ter pridobivanje novega znanja, potrebo po izobraževanju komplementarnih in integrativnih ved.

2 Namen raziskave in hipotezi

Zanimalo nas je, ali med dijaki Srednje zdravstvene šole (SZŠ) Maribor, dodiplomskimi in podiplomskimi študenti Fakultete za zdravstvene vede (FZV) Univerze v Mariboru obstajajo statistično značilne razlike v poznavanju in uporabi komplementarnih oblik zdravljenja.

HIPOTEZA 1

Besedno zvezo in pomen »komplementarna medicina« bolje poznajo študenti magistrskega študija v primerjavi s študenti dodiplomskega študija in dijaki srednje šole.

HIPOTEZA 2

Študenti magistrskega študija imajo bolj pozitiven odnos do komplementarnih oblik zdravljenja kot dijaki in študenti dodiplomskega študija zdravstvene nege.

Hipotezi smo oblikovali na osnovi teoretičnih izhodišč in jih preverjali v empiričnem delu, v katerem je analizirana anketa.

3 Raziskovalna metodologija

3.1 Raziskovalna metoda

Raziskava temelji na kvantitativnem pristopu, pri katerem smo uporabili anonimni anketni vprašalnik z metodo naključnega izbora. Pred izvedbo raziskave je bilo pridobljeno soglasje vključenih zavodov.

3.2 Merski instrument

Anketa je vsebovala predstavitveni in pojasnilni uvod namena raziskave, 15 vprašanj zaprtega tipa in 3 vprašanja polodprtega tipa. Na podane trditve na koncu vprašalnika so anketiranci odgovarjali z Likertovo lestvico stališč, kjer je število 1 pomenilo sploh se ne strinjam in število 5 popolnoma se strinjam. Vrednost Cronbachovega koeficienta znaša 0,795, kar kaže na dovolj zanesljiv vprašalnik oziroma lestvico.

3.3 Vzorec

Anketo smo razdelili 50 dijakom Srednje zdravstvene šole Maribor, 50 študentom dodiplomskega študija (smer Zdravstvena nega) in 50 študentom magistrskega študija (smeri Zdravstvena nega, Urgentna medicina, Bioinformatika in Management v zdravstveni negi) na Fakulteti za zdravstvene vede Maribor; skupno 150 anket. Iz raziskave so bile izločene vse tiste enote, za katere niso bile podane ocene v vseh merjenih spremenljivkah. Dejansko je v raziskavi sodelovalo 145 anketirancev, kar kaže, da je realizacija vključenega vzorca 96,6 odstotna. Populacija, ki nas je zanimala, so izvajalci (in prav tako uporabniki) zdravstvenih storitev. Vzorec vsebuje 77,2 % žensk in 22,8 % moških. Na osnovi vseh vrnjenih anket (143, 2 nista odgovorila) lahko ugotovimo, da je 65,7 % brez delovnih izkušenj v zdravstvu; to so dijaki in večina študentov dodiplomskega študija, ki so prišli študirat takoj po srednji šoli. Anketirani so odgovorili, da imajo od 0 (nič) do 25 let delovnih izkušenj v zdravstveni negi; povprečna delovna doba je 7,2 leta na magistrskem študijskem programu, kar pomeni, da so leta delovnih izkušenj glede na trenutno stopnjo izobraževanja statistično značilna.

3.4 Postopek zbiranja podatkov

Za izvedbo raziskave med dijaki in študenti sta bili pridobljeni soglasji obeh zavodov. Anketiranje je potekalo med 15. 12. 2015 in 22. 1. 2016. Anketne vprašalnike smo odnesli na vključena zavoda. Podravnateljica Srednje zdravstvene šole Maribor je odobrila začetek raziskave takoj po srečanju, pri katerem smo predstavili namen raziskave. Dijaki četrtega letnika SZŠ Maribor so anonimno anketo reševali pri šolskih urah naključnih profesorjev med 16. in 21. decembrom 2015. Fakulteta za zdravstvene vede Maribor je pisno prošnjo za izvajanje raziskave obravnavala na senatu fakultete in ustno soglasje za izvajanje ankete smo dobili 20. 1. 2016. Na FZV Maribor smo se z naključnimi profesorji dogovorili za izvedbo ankete pred predavanji ali po njih. Študentom smo se predstavili, pojasnili namen raziskave in naključnim študentom razdelili ankete osebno ter počakali na vrnjene ankete.

3.5 Analiza podatkov

Pridobljene rezultate anket smo vnesli in analizirali v programu SPSS Statistics 22. Narejena je bila deskriptivna statistika, analiza s hi-kvadrat testom in analiza variance – ANOVA.

4 Rezultati

Pri vprašanju »Kaj je komplementarno zdravljenje?« se je pokazalo, da od 143 anketirancev pozna besedno zvezo in njen pomen 50,3 % anketirancev. Anketiranci srednje dobro poznajo pomen komplementarnega zdravljenja. Kar 23,1 % jih je menilo, da je komplementarno zdravljenje veda, ki temelji na spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah, ki jo izvajajo zdravniki in zobozdravniki na osnovi zakona, ki ureja zdravniško službo; kar opredeljuje šolsko medicino. 14,0 % anketirancev je menilo, da je komplementarno zdravljenje medicina, pri kateri zdravilec in zdravnik neposredno sodelujeta ali sta zastopana v eni osebi; kar opredeljuje integrativno medicino. In 12,6 % jih je menilo, da je komplementarno zdravljenje tradicionalna medicina z drugih kulturnih območij (iz Azije, Afrike).

Preglednica 1: Opisna statistika poznavanja besedne zveze komplementarno zdravljenje in njenega pomena glede na trenutno izobraževanje

	N	AS	SO	p (ANOVA)
srednješolka/srednješolec	50	2,10	0,97	
dodiplomski študij	44	2,18	1,02	0,843
magistrski študij	49	2,20	0,79	
skupaj	143	2,16	0,92	

N = število anketirancev, AS = asimetrična sredina, SO = standardni odklon, p = vrednost statističnega testa

Vir: anketni vprašalnik, lasten, 2016

Preglednica 1 prikazuje rezultate opisne statistike poznavanja besedne zveze komplementarno zdravljenje in njenega pomena glede na merjeno skupino. Aritmetična sredina kaže, da najbolje poznajo ta izraz magistrski študenti (AS = 2,20). Odgovori so najmanj razpršeni pri magistrskih študentih (SO = 0,79). P-vrednost testa homogenosti varianc je p = 0,15 > 0,05, torej ničelne domneve o enakosti varianc ne moremo zavrniti pri 5-odstotnem tveganju. P-vrednost analize variance (ANOVA) je 0,843 > 0,05, kar kaže, da med dijaki in študenti ni statistično značilnih razlik pri podanih odgovorih na vprašanje »Kaj je komplementarno zdravljenje?«.

Pri vprašanju, kje so se prvič seznanili s komplementarnimi metodami zdravljenja, je največ anketirancev odgovorilo v šoli (44,9 %) in iz različnih medijev (42,0 %). Od prijateljev ali sorodnikov je za komplementarne metode zdravljenja slišalo 10,1 % anketirancev in le 2,9 % pri osebnem zdravniku. Od 144 odgovorov je 18 % (26 anketirancev) obravnavalo katero od komplementarnih metod zdravljenja v šoli/na fakulteti; od tega 24 % (12) srednješolcev, vendar niso navedli nobene metode (anketa, razdeljena na SZŠ, ni imela možnosti dopisa; pozneje je bila anketa dopolnjena z odprtim odgovorom za možnost dopisa, katero komplementarno metodo zdravljenja so obravnavali v času izobraževanja). Na FZV Maribor je komplementarne metode zdravljenja obravnavalo 20 % (9) dodiplomskih študentov in 10 % (5) magistrskih študentov; med študijem so slišali za/obravnavali akupunkturo, homeopatijo, ajurvedo, kineziologijo, refleksoterapijo, hidroterapijo, zdravilna zelišča in nefarmakološke metode lajšanja bolečin.

Preglednica 2: Statistična analiza s hi-kvadrat testom uporabe katere od komplementarnih metod zdravljenja zaradi zdravstvenih težav glede na trenutno izobraževanje anketirancev

			Trenutno izobraževanje anketirancev			
			SZŠ	DFZV	MFZV	Skupaj
Uporaba KM zaradi zdravstve-nih težav	ne	Število	39	33	33	105
		(%) Uporaba KM zaradi zdravstvenih težav	37,1 %	31,4 %	31,4 %	100,0 %
		(%) Izobrazba anketirancev	78,0 %	73,3 %	70,2 %	73,9 %
		(%) Skupno	27,5 %	23,2 %	23,2 %	73,9 %
	da	Število	11	12	14	37
		(%) Uporaba KM zaradi zdravstvenih težav	29,7 %	32,4 %	37,8 %	100,0 %
		(%) Izobrazba anketirancev	22,0 %	26,7 %	29,8 %	26,1 %
		(%) Skupno	7,7 %	8,5 %	9,9 %	26,1 %
Skupaj	Število		50	45	47	142
	(%) Uporaba KM zaradi zdravstvenih težav		35,2 %	31,7 %	33,1 %	100,0 %
	(%) Izobrazba anketirancev		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
	(%) Skupno		35,2 %	31,7 %	33,1 %	100,0 %

x^2 (n = 142) = 0,77; p = 0,68

Vir: anketni vprašalnik, lasten, 2016

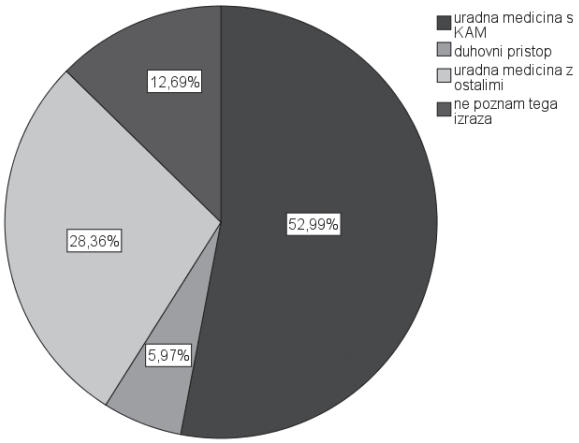
Iz preglednice 2 je razvidno, da je četrtina anketirancev (26,1 %) že uporabila katero od komplementarnih metod zdravljenja zaradi zdravstvenih težav. Magistrski študenti imajo bolj pozitiven odnos do uporabe komplementarnih metod zdravljenja, saj jih je katero od komplementarnih metod zdravljenja že uporabilo 37,8 % (14 anketirancev). Dodiplomski študenti so uporabili katero od komplementarnih metod zdravljenja v 32,4 % in srednješolci v 29,7 %. P-vrednost hi-kvadrat testa je enaka 0,68 (x2 = 0,77), kar pomeni, da uporaba katere od komplementarnih metod zdravljenja in stopnja izobrazbe nista povezani pri 5-odstotni stopnji značilnosti. Med dijaki in študenti ni statistično značilnih razlik pri uporabi komplementarnih metod zdravljenja.

Pri vprašanju, katere komplementarne metode so anketiranci že poskusili, so imeli navedenih le nekaj bolj znanih, pri zadnjem odgovoru pa so lahko dopisali katero, ki ni bila navedena. Od naštetih jih je največ poskusilo izboljšati počutje z meditacijo, jogo ali ajurvedo (28,1 %), razmeroma visok odstotek je bil tudi pri homeopatiji (16,5 %) in akupunkturi (14,8 %). Sledi uporaba kineziologije (12,2 %), refleksoterapije (11,3 %) in manualne medicine (4,3 %). Pri odprtem vprašanju pod »drugo« so anketiranci navedli še nekatere metode komplementarnega zdravljenja, ki so jih poskusili, te so: akupresura, bioenergija, Bownova terapija, kolonohidroterapija, zeliščarstvo, masaža, reiki, karmična diagnostika in taping. Od 115 anketirancev, ki so odgovorili na to vprašanje, je 46 anketirancev (40 %) navedlo, da še niso poskusili nobene od komplementarnih metod zdravljenja.

Pri vprašanju »Menite, da je zdravljenje s katero od teh metod učinkovito?« 5,5 % anketirancev ni odgovorilo, 19,7 % jih je menilo, da ni učinkovito, ostalih 80,3 % jih je menilo, da so komplementarne metode zdravljenja učinkovite. Od vseh, ki so menili, da so metode učinkovite, jih je 32,4 % (47 anketirancev) na odprti del vprašanja zapisalo naslednje metode komplementarnega zdravljenja: akupunktura 60 % (28 anketirancev), meditacija 38,3 % (18), da so vse učinkovite 31,9 % (15), homeopatija, refleksoterapija in kineziologija 29,8 % (14), joga 19,1 % (9), bioenergija, ajurveda in zelišča 6,4 % (3) in po en anketiranec reiki ter konopljino olje 2,1 %.

Na vprašanje, kaj predstavlja pojem celostnega pristopa k zdravljenju (grafikon 1), 7,6 % anketirancev ni odgovorilo. Od ostalih 134 anketirancev jih je 53 % odgovorilo, da pomeni celostni pristop sodelovanje uradne medicine skupaj s komplementarnimi in alternativnimi metodami zdravljenja, da skupaj odkrijejo in zdravijo vzrok težav/bolezni. Da uradna medicina in vse ostale oblike zdravljenja delujejo z roko v roki in se ne izključujejo, je odgovorilo 28,4 % anketirancev, 6 % jih je odgovorilo, da je to zdravljenje na osnovi duhovnega pristopa. Izraza »celostni pristop k zdravljenju« ni poznalo 12,7 % anketirancev.

Grafikon 1: Odgovori anketirancev na vprašanje »Kaj predstavlja pojem celostnega pristopa k zdravljenju?«



Vir : anketni vprašalnik, lasten, 2016

Preglednica 3: Likertova lestvica stališč med skupinami SZŠ, DFZV in MFZV

		N	AS	SO	p (ANOVA)	Brown-Forsythov test	Welchev test
Medicinske sestre bolje skrbijo za svoje zdravje in iščejo različne načine za ohranjanje oziroma izboljšanje zdravja.	SZŠ	12	3,67	1,97			
	DFZV	45	3,22	0,82	0,422	0,651	0,708
	MFZV	49	3,31	0,89			
	Skupaj	106	3,31	1,04			
Medicinska sestra/zdravstveni tehnik lahko seznani pacienta s katero komplementarno metodo zdravljenja.	SZŠ	18	3,89	1,84			
	DFZV	45	3,31	1,04	0,017	0,052	0,060
	MFZV	49	2,90	1,19			
	Skupaj	112	3,22	1,30			
Obstaja potreba po magistrskem študiju integrativnih ved.	SZŠ	14	3,00	2,07			
	DFZV	45	3,27	1,21	0,034	0,131	0,044
	MFZV	49	3,84	1,05			
	Skupaj	108	3,49	1,31			
Ljudje/pacienti bolj zaupajo izobraženemu kadru komplementarne metode zdravljenja in v času svoje bolezni hitreje uporabijo katere od njih.	SZŠ	13	3,46	2,02			
	DFZV	45	3,31	1,06	0,635	0,771	0,558
	MFZV	48	3,54	0,94			
	Skupaj	106	3,43	1,16			
Integrativno zdravstvo vključuje zahteve za interdisciplinarno in multiprofesionalno sodelovanje in povezovanje pri pacientovi obravnavi.	SZŠ	5	1,80	1,79			
	DFZV	45	3,44	0,81	0,001	0,063	0,072
	MFZV	49	3,71	0,87			
	Skupaj	99	3,49	0,98			
Komplementarno zdravljenje za zdravstveno nego pomeni razumevanje konceptov KAM.	SZŠ	14	3,29	2,05			
	DFZV	45	3,82	0,96	0,142	0,347	0,410
	MFZV	48	3,98	0,93			
	Skupaj	107	3,82	1,16			

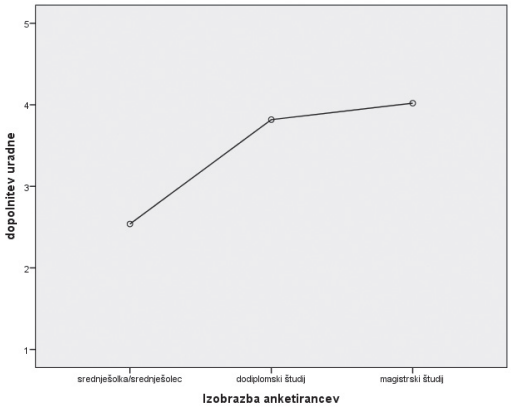
N = število anketirancev, AS = asimetrična sredina, SO = standardni odklon, p = vrednost statističnega testa
SZŠ = srednješolci zdravstvene šole Maribor
DFZV = dodiplomski študenti Fakultete za zdravstvene vede Maribor
MFZV = magistrski študenti Fakultete za zdravstvene vede Maribor
Vir: anketni vprašalnik, lasten, 2016

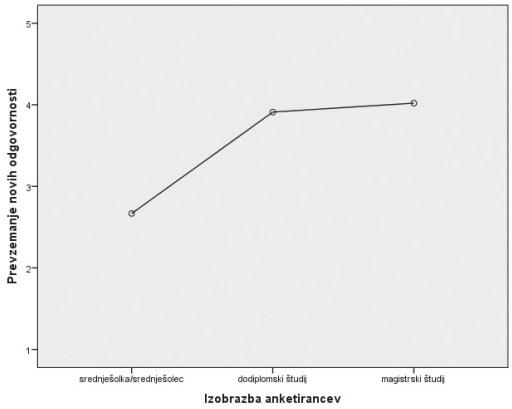
Preglednica 3 prikazuje stališča anketirancev na določene trditve glede na trenutno stopnjo izobraževanja. Pri vseh podanih trditvah je opaziti malo odgovorov srednješolcev (med 5 in 18 od 50 anketirancev), kar lahko pojasnjuje nepoznavanje besednih zvez komplementarna in alternativna medicina – KAM in integrativna medicina ter njunega pomena (v primerjavi s predhodnim vprašanjem »Kaj je komplementarno zdravljenje?«, kjer so tudi srednješolci razmeroma dobro poznali besedno zvezo komplementarno zdravljenje in njen pomen). Pri vprašanju, ali medicinske sestre s svojim znanjem bolje skrbijo za svoje zdravje kot ostali profili poklicev, so vse skupine večinoma menile, da medicinske sestre do neke mere bolje skrbijo za svoje zdravje (AS = 3,22 do 3,67). Glede podajanja informacij medicinske sestre o komplementarnih metodah zdravljenja pacientu med skupinami anketirancev na to vprašanje obstajajo statistične razlike (sig. = 0,017); magistrski študenti so bili najbolj skeptični, ali lahko medicinske sestre podajo informacije pacientu o komplementarnih metodah zdravljenja. Magistrski študenti so menili, da pacienti bolj zaupajo izobraženemu kadru komplementarne metode zdravljenja in v času svoje bolezni hitreje uporabijo katere od njih (AS = 3,54), vendar so razlike v odgovorih majhne in med skupinami ne obstajajo statistično značilne razlike.

Dodiplomski in magistrski študenti so večinoma menili, da integrativno zdravstvo vključuje zahteve za interdisciplinarno in multiprofesionalno sodelovanje in povezovanje pri pacientovi obravnavi (AS = 3,44 pri DFZV in 3,71 pri MFZV). Pri tej trditvi ni bilo zaslediti odgovorov »sploh se ne strinjam« pri dodiplomskih in magistrskih študentih. Odgovori so pri magistrskih študentih najmanj razpršeni (SO = 0,87). Da komplementarno zdravljenje pomeni za zdravstveno nego razumevanje konceptov KAM, se je precej ali popolnoma strinjalo veliko dodiplomskih in magistrskih študentov (AS = 3,82 za DFZV in 3,98 za MFZV).

Pri dveh trditvah »Medicinska sestra/zdravstveni tehnik lahko seznani pacienta s katero komplementarno metodo zdravljenja« (p (ANOVA) = 0,017; p (Brown-Forsythov test) = 0,052) in »Obstaja potreba po magistrskem študiju integrativnih ved« (p (ANOVA) = 0,034; p (Welchev test) = 0,044) so vrednosti statističnih analiz variance (ANOVA) in nadaljnji testi (Brown-Forsythov in Welchev test) pokazali p ≤ 0,05, torej ničelno domnevo o enakosti povprečnih stališč med skupinami zavrnemo pri 5-odstotnem tveganju. Med skupinami pri teh dveh trditvah namreč obstajajo statistično značilne razlike v podanih stališčih.

Grafa 2 in 3: Prikaz premice odgovorov na vprašanji, ali anketiranci menijo, da je treba uradno medicino dopolniti s komplementarnimi metodami zdravljenja, ter ali to pomeni prevzemanje odgovornosti za zdravstveno nego (številka 1 na lestvici pomeni sploh se ne strinjam do 5, ki pomeni popolnoma se strinjam).





Vir: anketni vprašalnik, lasten, 2016

Iz grafov 2 in 3 je razvidno, da z višjo stopnjo izobraževanja narašča mnenje, da je treba uradno medicino dopolniti s komplementarnimi metodami zdravljenja in da le-to pomeni prevzemanje novih odgovornosti, pridobivanje temeljnega znanja in vrednot za zdravstveno nego. Pri magistrskih študentih je za prevzemanje novih odgovornosti AS = 4,02 in nobenega odgovora ni s trditvijo »malo« ali »sploh se ne strinjam« (minimum = 3). Tudi dodiplomski študentje so menili podobno (AS = 3,91). Na osnovi vrednosti statističnih testov je p < 0,05, torej ničelno domnevo o enakosti stališč med skupinami zavrnemo pri 5-odstotnem tveganju. Na osnovi statističnih testov enakosti povprečij pri teh dveh vprašanjih sklepamo, da med skupinami obstajajo statistično značilne razlike pri mnenju, da obstaja potreba dopolnitve uradne medicine s komplementarno medicino (ANOVA p = 0,001; Welchev test F (2, 29.90) = 3,26, p = 0,052; Brown-Forsythov test F (2, 21.21) = 4,75, p = 0,020), in pri pomenu prevzemanja novih odgovornosti za zdravstveno nego ter pridobivanja novih znanj in vrednot (ANOVA p = 0,001; Welchev test F (2, 27.04) = 2,49, p = 0,102; Brown-Forsythov test F (2, 16.15) = 4,00, p = 0,039).

5 Razprava

Glede na namen naše raziskave, ki je bil, izvedeti, koliko so o komplementarnih metodah zdravljenja seznanjeni mariborski dijaki in študenti zdravstvene smeri v času izobraževanja, kakšen je njihov odnos do KAM in koliko uporabljajo tovrstne metode zdravljenja, smo v raziskovalni nalogi postavili dve hipotezi.

Prva hipoteza je temeljila na tem, da dijaki in dodiplomski študenti poznajo besedno zvezo komplementarna medicina in njen pomen manj kot študenti magistrskega študija FZV Maribor. Na osnovi dobljenih ugotovitev lahko prvo hipotezo potrdimo. Študenti magistrskega študija FZV najbolj poznajo besedno zvezo komplementarna medicina in njen pomen. Ne smemo pa zanemariti dejstva, da so srednješolci in dodiplomski študenti mlada in zdrava populacija ter nimajo veliko zdravstvenih težav.

Podoben rezultat poznavanja KAM (61,9 %) so dobili v raziskavi Medicinske sestre v Sloveniji, ki je reprezentativna in posplošljiva na slovensko populacijo medicinskih sester (Šmitek, v Požun, 2002, str. 63).

Zanimiva je tudi primerjava z anketo, ki so jo izvedli med zaposlenimi medicinskimi sestrami v bolnišnici in zdravstvenem domu Murska Sobota. Definicijo komplementarnih metod zdravljenja je poznalo manj medicinskih sester kot v naši raziskavi, zgolj 35 % vprašanih. Medtem ko ima kar 90 % vprašanih pozitiven odnos do komplementarnih metod zdravljenja (Lang, 2012).

Druga hipoteza je temeljila na tem, da imajo študenti magistrskega študija FZV Maribor bolj pozitiven odnos do komplementarnih oblik zdravljenja kot dijaki SZŠ in študenti dodiplomskega študija FZV Maribor. Tudi to hipotezo lahko potrdimo. Magistrski študenti imajo največ let delovnih izkušenj v kliničnem okolju, kjer pacienti za izboljšanje zdravja zagotovo postavljajo vprašanja o nekonvencionalni medicini tudi medicinskim sestram. Morda so se seznanile o nekonvencionalnih metodah zdravljenja pri uporabi iz lastnih izkustev, morda skozi priporočila znancev ali medijev. V naši raziskavi prednjačijo študenti podiplomskega študija, vendar ne v velikem odstotku; od vseh magistrskih študentov (n = 47) jih je katero od komplementarnih metod zdravljenja uporabilo zgolj 37,8 % (14 anketirancev).

V raziskavi, ki jo je izvedlo Združenje za integrativno medicino Slovenije leta 2013, je 84 % vprašanih odgovorilo, da poznajo komplementarne metode zdravljenja, in kar 76,8 % jih ima pozitiven odnos do teh metod (Sedevčič in Rome, 2013).

Presenetil nas je podatek, da dijaki poznajo in tudi uporabljajo komplementarne metode zdravljenja. Morda so tovrstne metode že zelo infiltrirane v vsakdan. Morda pa je zgolj pokazatelj, da so prepisovali pri izpolnjevanju vprašalnika.

Zanimivi so odgovori anketirancev na vprašanje, kje so se prvič srečali s KAM. In sicer v največ primerih v šoli, kljub temu da ni nobenega predmeta s tega področja v izobraževalnem programu. Vendar se je v zadnjih letih mogoče udeležiti veliko predavanj in delavnic, prav tako so v medijih velikokrat omenjene komplementarne metode zdravljenja. Zato ne preseneča dobljen podatek, da so se anketiranci že uporabili omenjene metode zdravljenja. Najpogostejše so: meditacija, joga in ajurveda.

Avtorica Lang navaja, da je 67 % anketiranih dobilo informacije o alternativnih metodah zdravljenja prek javnih medijev (radia, televizije, časopisov/revij), samo 18 % vprašanih pa je te informacije pridobilo iz strokovne literature. V njeni raziskavi so vprašani v največ odstotkih (12 %) poznali kot metode komplementarnega zdravljenja akupunkturo, masažo in zeliščarstvo (Lang, 2012).

Dobljene ugotovitve potrjujejo, da bi bilo treba v izobraževalni program umestiti komplementarne metode. S tem bi se pridobivala nova temeljna znanja, vrednote, razumevanje, kot tudi nove odgovornosti. Kar sta ugotovili tudi avtorici Majda Pajnkihar in Dominika Vrbnjak, ki menita, da bi bilo smiselno vključiti integrativno zdravstvo in integrativno zdravstveno nego v izobraževalne programe (Pajnkihar, 2015).

Vsekakor bi bilo zanimivo raziskavo ponoviti čez nekaj let na podobni populaciji, če bo postalo komplementarno zdravljenje poučevano v šolah in na fakultetah ter dostopno in uporabljeno v kliničnih institucijah kot integrativna medicina.

6 Zaključek

Komplementarne metode zdravljenja so postale trend pri sodobni celostni obravnavi pacienta. Ne glede na neurejene zakonske predpise in nezaupanje, predvsem zdravniške sredine, ljudje vse bolj uporabljajo komplementarne metode zdravljenja. Velikokrat na »lastno pest«, za kar se uradna medicina čuti ogroženo, kar posledično pomeni, da ne priznavajo pozitivnih učinkov kombinacije uradne medicine in komplementarnih metod zdravljenja.

Pacient in njegova dobrobit sta predmet obravnave uradne in prav tako komplementarne medicine. Pacienti iščejo in zahtevajo različne poti do boljšega počutja in zdravja, medicina in zdravstvo pa bi morala nasproti prihajati samo z eno medicino – integrativno medicino.

Literatura

Alma Mater Europaea, ECM (Evropski center Maribor). Dostopno na: http://www.almamater.si/si (15.1.2016).

Lang, U. 2012. Medicinske sestre in alternativne metode zdravljenja. Dostopno na: https://dk.um.si/Dokument.php?id=29836 (8.3.2016).

NCCAM (National Center of Complementary and Alternative Medicine, ZDA). Dostopno na: https://nccih.nih.gov/health/integrative-health (22.12.2015).

Pajnkihar, M., Vrbnjak, D. Interdisciplinarni pristopi v integrativni medicini. V: Integrativna medicina – izziv sodobne družbe: zbornik izvlečkov. 24. posvetovanje Medicina in pravo, 20. in 21. marec 2015. Maribor: Univerzitetni klinični center. 2015; 53–54.

Plešnar, U. Konvencionalna in alternativna medicina v Sloveniji (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; Ljubljana. 2008; 13.

Požun, P. Zdravje in zdravilstvo v številkah – velike priložnosti tudi v zdravstveni negi? V: Urbančič, K., Klemenc, D. (ur.). Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. 2002; 63.

Sedevčič, B., Rome, A. Raziskava in izsledki o stanju in številčnosti uporabe KAM v Sloveniji. Združenje za integrativno medicino Slovenije, Vojnik, 23. 11. 2013. Dostopno na: http://zims.si/1-kongres-integrativne-medicine/ (22.12.2015).

Sima, Đ. et al. Komplementarno zdravilstvo skozi pregled Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. V: Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj z recenzijo. 10., jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, 11. in 12. maj 2015. Kongresni center Brdo – Brdo pri Kranju: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2015; 134–141.

Sok, M. Imam raka! Kako mi lahko pomagajo zdravilci? V: Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije ISIS – leto IX, številka 11. 2005; 56–59.

WHO (World Health Organization). Dostopno na: http://www.who.int/about/en/ (22.12.2015).

Zvezdana Kupnik, dipl. m. s., Sabina Eberl, dipl. m. s.
Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, Univerza v Mariboru

VPLIV INOVATIVNOSTI NA ORGANIZACIJO DELA NA ODDELKU ZA DIALIZO UKC MARIBOR

THE IMPACT OF INNOVATION TO ORGANIZATION OF WORK AT THE DEPARTMENT OF DIALYSIS UMC MARIBOR

Povzetek

Teoretična izhodišča: Hiter razvoj medicine, informacijska revolucija in prilagajanje potrebam sodobnega življenja zahtevajo nenehno izobraževanje. V praksi je treba uporabiti nova spoznanja. To ni vedno preprosto, saj ima večina rada ustaljeni red. V praksi moramo iskati optimalne rešitve in premagati številne omejitve (znanje, finance, število zaposlenih, čas ...) (Kupnik et al., 2015).

Metodologija: Pri raziskavi smo uporabili več metod. V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno (opisno) metodo, v empiričnem delu naloge smo uporabili zgodovinsko metodo, s katero smo sledili razvoju oddelka v zadnjih štiridesetih letih, ter metodo anketiranja. Naredili smo polstrukturirani anketni vprašalnik, ki smo ga razdelili med medicinske sestre na Oddelku za dializo UKC Maribor.

Rezultati: Skozi zgodovino so bile potrebe po dializnem zdravljenju vedno večje, zato so oddelek nekajkrat razširili in adaptirali. Po adaptaciji leta 2009 lahko rečemo, da imamo dializni center z najsodobnejšo tehnologijo, ki je prispevala k delitvi dela. Poleg hemodialize opravljamo tudi druge zahtevnejše postopke in posege, zato imamo delo natančno opredeljeno v smislu, kdo kaj dela. To nam pomaga, da smo pri delu lahko zadovoljni, samozavestno opravljamo naloge in obenem poskrbimo za kakovostno in varno obravnavo bolnikov. S pojavom inovativnosti se je povečala potreba zaposlenih po izobraževanju. Neformalno izobraževanje je dobilo težnjo z razvojem medicinske stroke in dializne tehnologije. Anketa je pokazala, da se medicinske sestre kontinuirano strokovno izpopolnjujejo, prenašajo znanje in se učijo iz lastnih izkušenj. Vsi anketirani so mnenja, da je uvajanje novosti timsko delo, predstavlja jim odgovornost in stres. Večina anketirancev meni, da jim delodajalec zagotavlja premalo možnosti za izobraževanje.

Razprava: Zaposleni na Oddelku za dializo se zavedamo, kako pomembni sta organizacija in delitev dela za uspešno in nemoteno delovanje oddelka. Delitev dela je leta 2009 omogočila, da smo uspešnejši na različnih področjih delovanja in obenem zadovoljni s svojim osebnostnim razvojem. Samo zadovoljno osebje lahko zadovoljuje potrebe bolnikov in jim daje občutek pripadnosti in varnosti.

Ključne besede: izobraževanje, organizacija dela, delitev dela, inovativnost, medicinska sestra

Abstract

Theoretical background: Rapid development of medicine, information revolution and adaptation to the needs of modern life require constant training. In practice, it is necessary to apply new knowledge. It is not always easy as most of us like an established order. In practice we must look for the optimal solution and overcome many restrictions (knowledge, finances, staffing, time ...) (Kupnik et al., 2015).

Methodology: We used a number of methods for this study. In the theoretical part, we used a descriptive method, in the empirical part of the thesis we used the historical method, where we have followed development of the department over the last forty years, and the survey method. Half-structured questionnaire was distributed among the nurses at the Department of Dialysis UMC Maribor.

Results: The need for dialysis treatment is constantly increasing, so the department expanded and adapted several times. After the adaptation in 2009, we can say that we have a dialysis centre with the latest technology, which contributed to the division of work. Apart from hemodialysis, we offer other complex procedures and interventions, so it is necessary to precisely define who does what. It helps us to be satisfied at work, confidently perform our tasks and also take care of quality and safety of patients. The need for staff education has increased with innovations. Informal education is more and more important at the development of medical profession and dialysis technology. The study showed that nurses continuously go through advanced professional training, transferable knowledge, and learn from their experiences. All respondents believe that introduction of novelties is teamwork and is characterised with more responsibility and stress. Most respondents believe that their employer does not provide enough opportunities for education.

Discussion: Staff at the Department for Dialysis is aware of the importance of the organization and division of work for the efficient and smooth functioning of the department. The division of work in 2009 enabled us to perform better in different areas of operation and to be more satisfied with our personal development. Only satisfied staff can meet the needs of patients and gives them a sense of belonging and security.

Key words: education, work organization, division of labour, innovation, nurse

1 Uvod

Ljudje so skozi zgodovino človeštva izumljali, izboljševali in dodajali k že obstoječemu znanju novo. Današnji svet hitro napreduje in rečemo lahko, da živimo v dobi eksplozije inovacij, katere sodobniki smo tudi mi.

Če družba ne bi sledila tej usmeritvi, bi bila obsojena na tehnološki in tudi na duhovni propad. Inovacija je področje, ki potrebuje tim strokovnjakov različnih področij in organiziran pristop, v katerem ni noben člen v invencijski in inovacijski verigi prepuščen naključjem (Ivanko, 2007).

Sodelavcev si ne moremo izbirati sami, zato se moramo v timu, v katerem delamo, znati prilagoditi. Dobri medosebni odnosi in zadovoljstvo zaposlenih so na delovnem mestu ključnega pomena, tako za uspešno delo posameznika kot za delo v timu. Ugodno razpoloženje (klima) v organizaciji olajša uvajanje novosti, nove oblike in spremembe pri delu. Spremembe so nujne, saj lahko le tako sledimo tržnim zahtevam. Znanje v zdravstveni negi je treba bogatiti in graditi zaradi potreb sodobne družbe. Zadovoljiti moramo potrebe in pričakovanja bolnikov, obenem pa moramo biti medicinske sestre pripravljene sprejemati in razvijati lastno prakso, vrednotiti lastno delo ter zagotavljati varnost in kakovost pri delu.

K dobrim medosebnim odnosom prispeva dobra organizacija dela na oddelku, ki je v prvi vrsti odvisna od njenega vodstva, kakor tudi od zaposlenih. Zavedati se moramo, da je dober (multidisciplinarni) tim usmerjen k dobri in celoviti obravnavi in oskrbi pacientov. Pomembno je poznati sebe in sprejemati različnost drugih ljudi (sodelavcev in pacientov) v svojem delovnem okolju.

1 Opredelitev problema

V raziskovalni nalogi bomo prikazali zgodovinski razvoj Oddelka za dializo UKC Maribor od 60. prejšnjega stoletja do sedanjega sodobnega dializnega centra z vizijo v prihodnost. Prikazati želimo, kakšen vpliv je imelo uvajanje novosti pri organizaciji dela na oddelku.

Nefrološka dejavnost v Mariboru se je razvila leta 1973 pod okriljem Internega oddelka Splošne bolnišnice Maribor. Ustanovljen je bil Odsek za nefrologijo in hemodializo z 22 bolniškimi posteljami. Število bolnikov s končno ledvično odpovedjo je nenehno naraščalo, zato so bile težave z organizacijo in izvajanjem dializne dejavnosti iz leta v leto težje. Prisiljeni smo bili razmišljati o ponovni širitvi oddelka. Pri številu dializnih mest namreč niso imeli več nobenih rezerv, zato se je oddelek vseskozi neprestano obnavljal in širil. S prostorskim širjenjem pa se je pokazala tudi potreba po izobraževanju vseh zaposlenih na oddelku. Kljub skromni kadrovski zasedbi je od 90. leta potekalo sistematično raziskovalno delo. Raziskave so usmerili v različna tematska področja, ki potekajo še danes. Napredovala je tudi tehnologija. Vrhunska tehnologija omogoča uspešno zdravljenje pacientom, k čemur pripomore predano in požrtvovalno delo medicinskih sester, ki delajo z bolniki na dializi. Razvoj tehnologije in stroke je zahteval velik preobrat v izobraževanju zaposlenih, saj je bilo v prakso treba uvesti nova spoznanja in znanja. Zaradi povečanega obsega dela se je povečalo število zaposlenih v multidisciplinarnem timu, katerega članice smo tudi dializne medicinske sestre. To je sprožilo potrebe po reorganizaciji in delitvi dela, s poudarkom na pridobivanju znanja vseh zaposlenih na oddelku.

3 Metodološki pristopi in osnovna trditev

3.1 Namen raziskave

Namen raziskave je prikazati, kako se je Oddelek za dializo širil in razvijal v zadnjih 40. letih, in kako je razvoj vplival na organizacijo dela.

Poskušali bomo dokazati, da hiter razvoj znanosti, tehnologije in ZN na področju nefrologije, dialize in transplantacije zahteva izobražene zdravstvene delavce, ter dokazati, da izobraževanje vpliva na zadovoljstvo zaposlenih na Oddelku za dializo UKC Maribor.

3.2 Hipoteze

Zastavili smo si tri hipoteze, ki smo jih z raziskavo skušali potrditi.

Hipoteza 1: Razvoj in inovativnost imata vpliv na organizacijo dela na Oddelku za dializo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor.
Hipoteza 2: Inovativnost vpliva na izobraževanje zaposlenih.
Hipoteza 3: Organizacija zagotovi dovolj strokovnih izobraževanj za zaposlene na Oddelku za dializo UKC Maribor.

3.3 Metode in cilji

3.3.1 Metode

Pri izdelavi raziskave smo uporabili več metod. Deskriptivno (opisno) metodo v teoretičnem delu, v empiričnem delu smo uporabili zgodovinsko metodo, s katero smo sledili razvoju oddelka v zadnjih štiridesetih letih, ter metodo anketiranja. Naredili smo polstrukturiran anketni vprašalnik, ki smo ga razdelili med medicinske sestre na Oddelku za dializo UKC Maribor.

Vprašalnik je sestavljen iz treh delov. V uvodnem delu je opredeljen namen ankete. Drugi del vprašalnika sestavljajo vprašanja, ki se nanašajo na demografske značilnosti zaposlenih, kot so: spol, starost, stopnja izobrazbe in skupna delovna doba ter delovna doba na Oddelku za dializo UKC Maribor. Tretji del se nanaša na izobraževanje, organizacijo izobraževanja in uvajanja novosti v dializnem zdravljenju, ki temelji na oceni zadovoljstva zaposlenih.

3.3.2 Cilji

Cilj raziskovalnega dela je dokazati, da se moramo medicinske sestre, ki se ukvarjamo z dializnim zdravljenjem, kontinuirano izobraževati, slediti novim trendom, nenehno medsebojno deliti znanje in ga prenašati tudi na novo zaposlene. Delo na dializi je specifično in se ne more primerjati z delom na drugih oddelkih, zato ob pomanjkanju kadra ni mogoče pričakovati pomoči od drugod. Potrebna so specifična in poglobljena znanja s področja nefrologije in dialize, ki nam ga lahko nudijo le strokovnjaki s tega področja. Za nemoten proces zdravstvene nege sta potrebna dobra organizacija dela in dobro strokovno usposobljeno osebje.

4 Teoretična izhodišča

Sodobne organizacije morajo biti hitre, fleksibilne, integrativne, inovativne (Maze, 2009) in morajo biti oblikovane po meri današnjega in jutrišnjega sveta, zato je pomembno vedeti in se odločiti, kako je najbolje delati zdaj (Ivanko, 2014).

4.1 Organizacija zdravstvene nege

Zdravstveni sistemi držav članic Evropske unije temeljijo na skupnih načelih: univerzalen dostop do zdravstvenih storitev, solidarnost pri zbiranju sredstev in enakost dostopa do visoko kakovostnih storitev. Zato zdravstvena politika povsod po Evropi išče ravnotežje med univerzalnim kritjem, pravičnostjo, učinkovitostjo, izbiro in obvladovanjem stroškov (Prevolnik-Rupel et al., 2012).

»Zdravstvena nega je del organizirane bolnišnične dejavnosti, ki z ustrezno organizacijo in izvajalci zagotavlja neprekinjeno nudenje kakovostnih, individualno usmerjenih ter učinkovitih storitev za paciente. V bolnišnicah predstavlja največje področje delovanja, saj zaposluje največjo poklicno skupino« (Maze, 2008).

Menedžment zdravstvene nege je pomemben pri zagotavljanju kakovosti in varnosti. Ključna vloga menedžmenta zdravstvene nege in njenih nadrejenih je aktivno spreminjanje trenutno prevladujoče kulture dela v zdravstvu. Menedžerji zdravstvene nege morajo oblikovati sistem, ki bo spodbujal k razvoju postopkov za strukturirane probleme. Potrebne so strategije za izboljšanje delovnega okolja za zadovoljstvo zaposlenih (Dobnik & Skela Savič, 2015).

4.2 Pojav inovativnosti in kakovost dela v zdravstvu

Uspešnost organizacije je v veliki meri odvisna od njihove konkurenčne sposobnosti, ki jo dosegajo z inovacijami v izdelke, tehniko, tehnologijo, organizacijo itd. (Ivanko, 2007). Inovativnost je ključni dejavnik uspeha, zato mora biti inovativna celotna organizacija (Bogovič, 2014).

Bogovič (2014) meni, »če hoče biti organizacija uspešna, ne zadošča samo peščica zaposlenih v podjetju, ki imajo visoko stopnjo ustvarjalnosti, temveč jih mora biti veliko. Zato skušajo podjetja z različnimi metodami in tehnikami prebuditi in nato izboljšati nerazkrito ustvarjalnost delavca na raven, ki pripomore k dobrobiti podjetja«.

Pomembno vlogo na področju inovativnosti zaposlenih ima menedžment organizacije, saj mora le-ta prepoznati, zaposlovati, spodbujati in nagrajevati inovativne posameznike, ki so ključ do poslovnega uspeha. »Gre za prepoznavanje inovacijske kompetentnosti, ki se razume kot zmožnost posameznika, da aktivira, uporabi in poveže pridobljeno znanje, sposobnosti in veščine v situacijah, ki zahtevajo inovativne reakcije in inovativno vedenje. Lastnosti inovacijsko kompetentnega posameznika so radovednost, avtonomnost, fleksibilnost, sposobnost opazovanja, motiviranost, ambicioznost, ustvarjalnost, samozavestnost in podjetnost.« (Pirš & Lubi, 2009)

4.3 Medicinske sestre kot menedžerke v zdravstveni negi

Kadivec et al. (2013) v povzetku dokumenta »Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020« navajajo, da »vodilne medicinske sestre v zdravstveni negi in oskrbi za zasedbo delovnih mest velikokrat nimajo ustreznega znanja in kompetenc s področja vodenja. Le nekateri zavodi imajo na področju zdravstvene nege in oskrbe opredeljene pristojnosti in odgovornosti zaposlenih z opisi delovnih mest ter jasnimi organizacijskimi predpisi ter navodili«.

Diplomirana medicinska sestra je danes menedžerka v zdravstveni negi in oskrbi. Poleg ustrezne izobrazbe mora imeti dodatna menedžerska znanja, obvladovati mora smiselno in mrežno povezovanje različnih virov, kot so človeški, tehnološki, prostorski, finančni in informacijski.

Da zdravstvena nega sledi potrebam sodobnega človeka, je potreben stalen proces izboljšav, ki ga morajo kot način dela sprejeti vsi izvajalci zdravstvene nege. To je mogoče doseči s kritično presojo lastnega dela, z iskanjem, opazovanjem in načrtnim odpravljanjem problemov, ali pa le z opozarjanjem le-teh, kadar presegajo naše možnosti (Lokar, 2015).

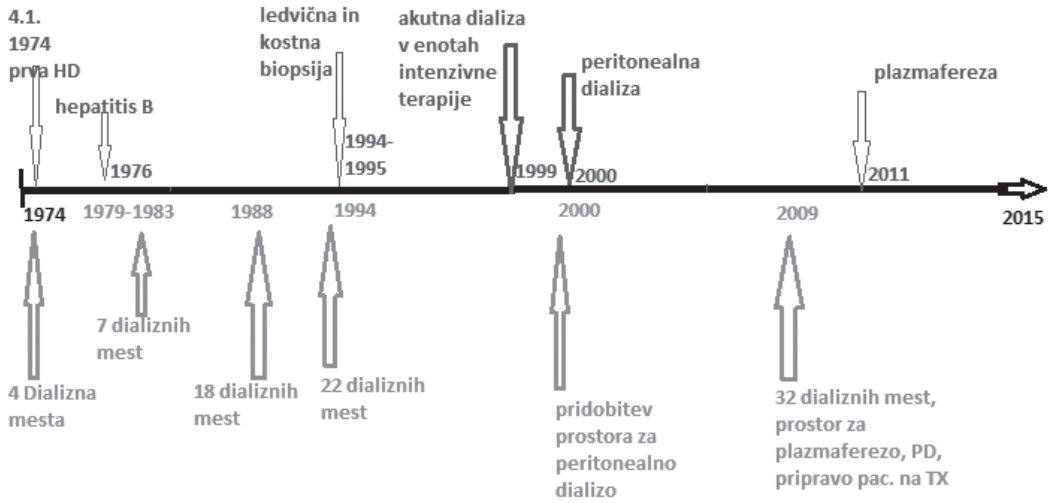
V sodobnem svetu je znanje konkurenčna prednost. Ni dovolj, da ima posameznik pridobljeno znanje le sam, temveč ga mora prenašati tudi na druge in ga znati uporabiti. S tem ustvarjamo kakovost (Kaučič & Lahe, 2005).

5 Empirični del raziskave

5.1. Zgodovinski razvoj oddelka za dializo ukc maribor

Nefrološka dejavnost v Mariboru se je razvila leta 1973 pod okriljem Internega oddelka Splošne bolnišnice Maribor (SBM) na pobudo prim. Jožeta Hojsa, dr. med. Ustanovljen je bil Odsek za nefrologijo in hemodializo z 22 bolniškimi posteljami. Kljub idejam o ureditvi dializnega zdravljenja v SBM konec 60. let je bila prva hemodializa opravljena 4. januarja 1974. Na voljo so bila 4 dializna mesta, v program kroničnega zdravljenja je bilo vključenih 12 bolnikov, ki so se zdravili dvakrat tedensko po 12 ur. Leta 1976 so začeli pri dializnih bolnikih določati antigen in protitelesa proti hepatitisu B (velik pomen za varnost bolnikov in vseh zaposlenih). Razvijala se je dializna formacija. Od leta 1976 dalje so uporabljali dializno raztopino in dializatorje za enkratno uporabo, vendar je bilo mogoče izvajati le acetatno dializo. Delo je potekalo v treh izmenah. Leta 1988 je bil odprt nov oddelek z 18 dializnimi posteljami. Bolniki s hepatitisom B so bili dializirani v drugih, ločenih prostorih. Istega leta se je pričela uporaba bikarbonatne dialize in ultrazvočna diagnostika (UZ dializnih žilnih pristopov). Delo je potekalo v dveh etažah in je zato zahtevalo več kadra. Zato so dodatno zaposlili 6 medicinskih sester. Leta 1990 se je z dializo zdravilo okoli 55 bolnikov. Od leta 1993 so na oddelku aktivno sodelovali trije zdravniki, leto kasneje se je zaposlil še eden. Leta 1994 je bil oddelek nekoliko prenovljen, dobili so dodatna 4 dializna mesta in tako so imeli na voljo skupno 22 dializnih postelj. Istega leta so pričeli z izvajanjem ledvične biopsije – med prvimi v svetu. Leta 1995 so pričeli z izvajanjem kostne biopsije pri kroničnih ledvičnih bolnikih. Velika prelomnica v dializnem zdravljenju je bila leta 1999 s pričetkom uvajanja kontinuiranih metod zdravljenja končne ledvične odpovedi pri kritično bolnih v intenzivnih enotah. Istega leta so dodatno zaposlili še enega zdravnika. Leta 2000, po adaptaciji prostorov, so začeli z izvajanjem peritonealne (trebušne) dialize – tako kontinuirano ambulantno kot avtomatizirano peritonealno dializo. Dodatno so zaposlili še enega zdravnika. Od leta 2009 po adaptaciji in razširitvi imamo 32 dializnih mest. Od leta 2011 opravljamo tudi membransko plazmaferezo. S spodnjo sliko smo želeli prikazati pomembne datume v razvoju oddelka

Slika 1: Zgodovinski razvoj Oddelka za dializo UKC Maribor



Vir: Lasten

5.2 Sodelovanje z drugimi oddelki in delitev dela

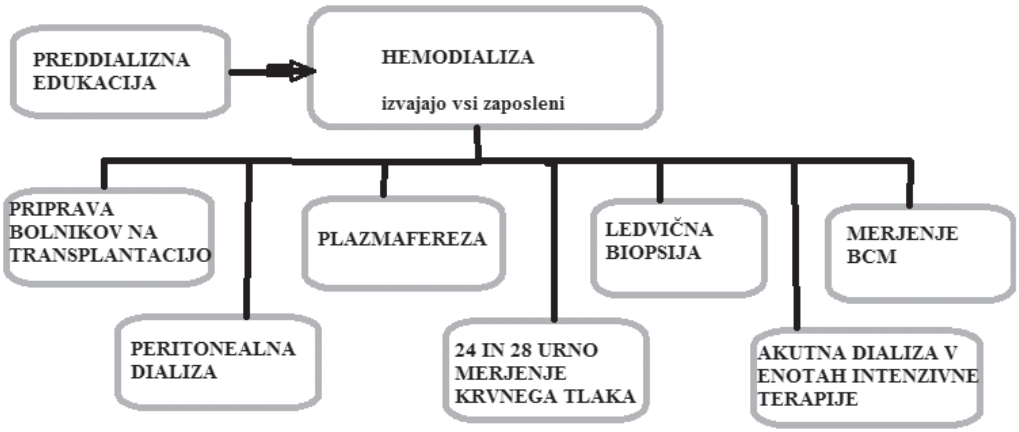
Ker se zdravljenje ledvične bolezni prepleta tudi z drugimi osnovnimi boleznimi posameznika, smo bili skozi zgodovino v tesnih stikih tudi z drugimi oddelki UKC Maribor. Vendar se je delo od leta 1999 bistveno spremenilo. Od uvedbe kontinuirane metode zdravljenja dializne medicinske sestre obiščemo bolnika v enotah intenzivne terapije. Tako kritično bolnemu zagotavljamo večjo varnost in kakovost pri zdravstveni obravnavi, obenem pa olajšamo delo sebi kot drugim udeležencem v postopku zdravljenja. Leta 2009 je bil Oddelek za dializo prostorsko popolnoma preurejen. Uvedena je bila delitev dela. Tako se je leta 2000 dializno zdravljenje porazdelilo v podskupine, kjer posamezniki izvajamo tudi še:

- ledvično biopsijo od leta 1994,
- akutne dialize - dialize v intenzivnih enotah od leta 1999,
- peritonealne dialize – CAPD in APD od leta 2000,
- priprava bolnikov na transplantacijo intenzivneje od leta 2000,
- 24- in- 48 urno merjenje krvnega tlaka od leta 2005,
- preddializna edukacija od leta 2009,
- merjenje BCM (Body Composition Monitor) od leta 2010,
- plazmafereze od leta 2011.

Ker delitev dela ni bila enostavna, je strokovna vodja zdravstvene nege ob tem upoštevala kognitivne sposobnosti posameznega zaposlenega, njihov lastni interes in druge lastnosti posameznika. Pomembno vlogo so odigrale tudi delovne izkušnje, strokovnost in sposobnost izvajanja določenega dela.

Slika 2 prikazuje, kako je nastala delitev dela na Oddelku za dializo UKC Maribor in kako delo poteka danes. Zaposleni imajo poleg izvajanja hemodialize tudi dodatne funkcije in s tem večjo odgovornost. Obseg dela je prevelik, da bi lahko vsi izvajali vse. Da bi bili ob izvajanju del in nalog uspešni in zadovoljni, je bilo treba naloge smiselno razporediti.

Slika 2: Prikaz delitve dela na Oddelku za dializo UKC Maribor



Vir: Lasten

5.3 Pogled v prihodnost

Cilj našega dializnega centra je izboljšanje izhoda zdravljenja kritično bolnih z akutno odpovedjo ledvic, ki danes predstavlja 50–80% umrljivost (v svetu in pri nas). Poleg tega želimo začeti uporabljati nove dializne membrane za zdravljenje bolnikov z multiplim mielanomom v sodelovanju z Oddelkom za hematologijo UKC Maribor. Če bo trend naraščanja bolnikov s končno ledvično odpovedjo enak (2009–2012 je bil povprečni letni porast v UKC Maribor +12,5 bolnika), bo potrebna ponovna širitev oddelka. Vsekakor bomo nadaljevali s stalnim raziskovalnim pristopom za izvajanje kliničnih raziskav tako v domači ustanovi kot v mednarodnih raziskavah (Ekart, 2014).

Za uresničitev zastavljenih ciljev je neobhodno ponovno ovrednotenje kadrovskih normativov za nefrološko in dializno dejavnost na sekundarnem in terciarnem nivoju, saj smo kljub hitremu razvoju nefrološke stroke trenutno priča nezavidljivi kadrovski situaciji, ki zaradi pomanjkanja medicinskega osebja in kadra zdravstvene nege praktično onemogoča vzdrževanje dosedanjih programov, da o širjenju tako potrebnih dejavnosti, ki bodo dolgoročno prinesle izrazit prihranek in več zdravja, niti ne govorimo.

6 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Razvoj in inovativnost imata vpliv na organizacijo dela na oddelku za dializo univerzitetnega kliničnega centra maribor.

Hipotezo 1 smo potrdili, ker je zgodovinski pregled razvoja dializnega oddelka pokazal, da se je z napredkom medicine širil tudi oddelek. Vedno večje so bile potrebe po dializnem zdravljenju, zato se je oddelek nekajkrat razširil in adaptiral, tako da imamo danes 32 dializnih mest. Kljub temu čutimo prostorsko stisko, saj je porast dializnih bolnikov v UKC Maribor +12,5 bolnika (raziskava 4-letnega obdobja 2009–2012). Po adaptaciji leta 2009 lahko rečemo, da imamo dializni center z najsodobnejšo tehnologijo, ki je doprinesla k delitvi dela. Poleg hemodialize opravljamo tudi druge zahtevnejše postopke in posege, zato imamo delo natančno opredeljeno v smislu, kdo kaj dela. To nam pomaga, da smo pri delu lahko zadovoljni, samozavestno opravljamo naloge in obenem poskrbimo za kakovostno in varno obravnavo bolnikov.

Hipoteza 2: Inovativnost vpliva na izobraževanje zaposlenih.

Hipotezo 2 smo potrdili, saj se je s pojavom inovativnosti povečala potreba zaposlenih po izobraževanju. Formalno izobraževanje je zahtevano s strani delodajalca tako, da se sestre lahko delimo na vodje in izvajalce ter zagotovimo potrebo delodajalca po zaposlitvi različnih profilov zdravstvenega osebja. Neformalno izobraževanje je dobilo pomen z razvojem medicinske stroke in dializne tehnologije, saj je anketa pokazala, da se sestre kontinuirano strokovno izpopolnjujejo, prenašajo znanje druga na drugo in se učijo iz lastnih izkušenj. Vsi anketirani so mnenja, da je uvajanje novosti timsko delo, predstavlja jim odgovornost in stres.

Hipoteza 3: Organizacija zagotovi dovolj strokovnih izobraževanj za zaposlene na oddelku za dializo UKC Maribor

Hipotezo 3 smo ovrgli, saj so skoraj vsi anketirani, 96,67 %, odgovorili, da imajo potrebo po dodatnem izobraževanju. Sicer vodja oddelka 2–3- krat mesečno organizira strokovne in organizacijske sestanke, ki potekajo na oddelku. Vsebina sestanka je aktualna dializna tema, ki jo pripravijo zaposleni sami, ali povabimo strokovnjake s tega področja, s katerimi tesno sodelujemo. Vendar s tem ne zagotovi potrebe zaposlenih po dodatnem izobraževanju. Sicer večina anketiranih, 23 (76,67 %) meni, da imajo dovolj znanja in izkušenj, da lahko vplivajo na sam potek dializnega zdravljenja, medtem ko se jih le 14 (46,67 %) zaposlenih čuti dovolj sposobne,da lahko uvajajo novosti v dializnem zdravljenju. Večina, 19 (63,33 %), zaposlenih meni, da jim delodajalec zagotavlja premalo možnosti za izobraževanje.

Le dober in uspešen delavec lahko vpliva na zadovoljstvo bolnikov z našimi storitvami. S tem vplivamo na uspešnost in ugled našega dializnega centra.

7 Zaključek

Z raziskovalno nalogo smo ugotovili, kako se je oddelek za dializo UKC Maribor širil in razvijal skozi 40-letno obdobje obstoja. Razvoj je imel velik vpliv na organizacijo dela zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni na oddelku za dializo se zavedamo, kako pomembni sta organizacija in delitev dela za uspešno in nemoteno delovanje oddelka, saj nam je delitev dela leta 2009 omogočila, da smo uspešnejši na različnih področjih in obenem zadovoljni s svojim osebnostnim razvojem. Kontinuirano izobraževanje, ki ga je prinesel hiter razvoj dializne tehnologije, je zaposlenim v oporo pri delu in jim ne predstavlja dodatne obremenitve. To so pokazali tudi rezultati ankete, ki smo jo izvedli med vsemi zaposlenimi.

Literatura

Bogovič M. Spodbujanje ustvarjalnosti in inovativnosti v bolnišnici X: Revija za univerzalno odličnost. 2014; 3(1): 34–43.

Cregård A. Solli R., Zapata P. Crisis and Organisational Innovation: Icelandic Local Government Responses: Uprava. 2012; 10: 35–49.

Dobnik M., Skela Savič B. Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti: Obzornik Zdr N..2015; 49: 136–143.

Ekart R. Zgodovinski in strokovni razvoj oddelka za dializo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. In: Ekart R. 40. obletnica dialize v UKC Maribor z mednarodno udeležbo, 4. in 5. april 2014. Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino, Oddelek dializo in Oddelek za nefrologijo; 2014: 29–34.

Ivanko Š. Organiziranje dela. Možina S. Menedžment: nova znanja za uspeh, Radovljica: Didakta; 2002: 375–409.

Ivanko Š. Sodobne teorije organizacije. Ljubljana: Fakulteta za upravo; 2007.

Ivanko Š. Teorija organizacije. Ljubljana: Fakulteta za upravo: 2014.

Kadivec S., Skela Savič B., Kramar Z. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: Obzornik Zdr N; 2013: 47(1): 97–112.

Kos Grabnar E. Status zdravstvene in babiške nege v bolnišnični dejavnosti. In: Kvas A, eds. Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri, ... ob 80-letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji, 27. november. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 147–150.

Kupnik Z., Balevska V., Eberl S. Pomen izobraževanja medicinskih sester pri uvajanju novosti v dializnem zdravljenju. In: Skela Savič B., Hvalič Touzery S. Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje, 11. in 12. junij. Bled – Jesenice: Fakulteta za zdravstvo; 2015: 234–241.

Maze H. Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici. Magistrsko delo. Kranj; 2008.

Maze H. Organiziranje zdravstvene nege v bolnišnici; 2009. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/ (30.10.2015).

Petkovšek V., Setnikar Cankar S. Ekonomika zdravstva: orodje za merjenje učinkovitosti na področju zdravstva v Sloveniji. In: Setnikar Cankar S., eds. Ekonomika in menedžment v javnem sektorju v razmerah gospodarske krize. Ljubljana: Fakulteta za upravo; 2014: 75-93.

Pirš K., Lubi T. Odgovornost in inovativnost – vrednoti kakovosti v zdravstveni in babiški negi; 2008. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/ (30.10.2015).

Prevolnik-Rupel V., Marušič D., Turk E. Sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in predvidene spremembe. In Vintar M, eds. Primerjalni pogled na delovanje izbranih področij javnega sektorja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za upravo; 2012: 35–54.

Robida A. Kultura varnosti. In: Kvas A, eds. Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri, ..: ob 80- letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji, 27. November, Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 178–188.

Rozman R., Kovač J. Management. Ljubljana: GV Založba; 2012.

Skela Savič B. Smeri razvoja zdravstvene nege v prihodnosti. In: Kvas A, eds. Približajmo zdravstveno okolje pacientu. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2013: 89–102.

Svetic A. Kako učinkovito motivirati zaposlene v sodobni organizaciji; 2012. Dostopno na: http://porocevalec.ibs.si/ (2.11.2015).

Škerbinek L. Razmejitev zdravstvene nege. Zdravstveni Obzornik. 1993; 27(1): 43.

Špalir Kujavec B. Vloga medicinske sestre na Oddelku za dializo UKC Maribor 1974–2014. In: Ekart R. 40. obletnica dialize v UKC Maribor z mednarodno udeležbo, 4. in 5 april 2014. Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino, Oddelek dializo in Oddelek za nefrologijo; 2014: 41–45.

Tavčar M. Management spreminjanja. In: Možina S. Management: nova znanja za uspeh, Radovljica: Didakta; 2002:375–409.

Železnik D. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.

Igor Legčević, Larisa Ignatijev, Tatjana Horvat
Alma Mater Europaea – ECM

TESTIRANJE TELESNE ZMOGLJIVOSTI NA ENOSTAVNEM SLUČAJNOSTNEM VZORCU LJUDI

TESTING OF PHYSICAL CAPACITY ON A SIMPLE RANDOM SAMPLE OF PEOPLE

Izvleček

Vemo, kako pomembni sta telesna aktivnost in zmogljivost v 21. stoletju. Populacija se stara, ljudje sčasoma postanejo neaktivni. Izboljšanje ravni telesne pripravljenosti posameznika lahko prepreči oz. zniža tveganje za oslabitev telesnih funkcij in struktur. Nastajajoči podatki raziskav nakazujejo povečanje moči in vzdržljivosti pri mlajši populaciji zaradi mehanskih obremenitev na skeletno tkivo. Za funkcijsko zmogljivost so pomembne fiziološke rezerve, kot so moč, vzdržljivost, ravnotežje in gibčnost. Ti segmenti so bili vključeni v raziskavo, ki je potekala v Mariboru, katere namen je zajemal: pregled literature zadnjih desetih let, vpogled v telesno zmogljivost na večjem vzorcu mimoidočih, ugotovitev razlike med spoloma in po starosti (tri starostne skupine), analizo in primerjavo z normativnimi vrednostmi, ki nakazujejo oceno stanja funkcijske zmogljivosti testirancev. Izvedli smo naslednje teste: zmogljivost prijema, test stoje na eni nogi, test dosega za vrat in hrbet ter test lovljenja ravnila.

Ključne besede: funkcijska zmogljivost, moč, ravnotežje, fleksibilnost

Abstract

We all know the importance of physical activity and performance in the 21st century. The population is aging, people are gradually becoming inactive. Improving the fitness level of an individual can prevent or at least reduce the risk of impairment of bodily functions and structures. Emerging research data indicates an increase in strength and endurance in the younger population, caused by mechanical stress in skeletal tissue. Physiological reserves, such as strength, endurance, balance, and agility are important for functional capacity. These segments were included in the study, which took place in the area of Maribor and is intended to cover: a review of literature over the last ten years; an insight into the physical performance in a larger sample of passers-by; identification of differences between gender and age (three age groups); the analysis and comparison with normative values that indicate the functional capacity assessment test takers. The following tests were carried out: handgrip strength test, one-leg stance test, back scratch test, ruler drop test.

Key words: functional capacity, strength, balance, flexibility

1 Uvod

Dandanes vemo, kako pomembni sta telesna aktivnost in zmogljivost, še posebej v 21. stoletju, ko ljudje preživimo večino časa sede v pisarnah za računalnikih. Populacija se stara in s tem nastajajo nove težave, ljudje sčasoma postanejo nedejavni. Fizična aktivnost pozitivno vpliva na posameznikovo splošno zdravje, dobro počutje in telesno pripravljenost. Izboljšanje ravni posameznikove telesne pripravljenosti lahko prepreči, sanira, izboljša, vzdržuje in zniža tveganje za oslabitev telesnih funkcij ter struktur.

V zadnjih letih nastajajoči podatki raziskav nakazujejo povečanje mišične moči in vzdržljivosti pri mlajši populaciji, to lahko pripisujemo mehanskim obremenitvam na skeletno tkivo pri vajah z uporom, ki lahko učinkovito spodbujajo tvorbo kostne mase pri mladih odraslih ter počasno izgubo v srednjih letih (Haskell et al., 2007).

Za funkcijsko zmogljivost sta prav tako pomembna – poleg zadostne fiziološke rezerve, moči in vzdržljivosti – ravnotežje ter gibčnost. Ravnotežje je celovita motorična spretnost, ki vključuje občutek položaja in gibanja iz vizualnega, somatosenzornega in vestibularnega sistema. Ti sistemi podajo senzorične informacije za določitev telesne orientacije in gibanja ter motorični odziv, ki prinaša telo v ravnovesje (Zemková, Miklović, Hamar, 2009).

Gibčnost oz. fleksibilnost je sposobnost izvajanja gibov z maksimalno amplitudo, na katero vplivata raztegljivost mehkih obsklepnih struktur in gibljivost sklepa. Zmanjšanje fleksibilnosti poveča možnost nastanka poškodb in ovira telesno aktivnost. Z leti se v splošnem obsegi gibov zmanjšajo, kar pomeni, da se pri starostnikih lahko pojavijo zapleti zaradi izgube fleksibilnosti in se tako zmanjša kakovost življenja (Jakovljević et al., 2006).

Zato smo ob svetovnem dnevu fizioterapije izvajali meritve zmogljivosti, ravnotežja, fleksibilnosti, pozornosti in reakcijski čas. Meritve so potekale v Mariboru in so zajemale populacijo v starosti 14–90 let. Uporabljali smo standardne in modificirane klinične teste, ki so varni, zanesljivi ter veljavni.

Namen raziskave je zajemal 3 cilje:

- dobiti vpogled v telesno zmogljivost na večjem vzorcu mimoidočih v Mariboru, dne 8. 9. 2015;
- ugotoviti razlike med spoloma in po starosti. Testirance smo razdelili v tri starostne skupine: 14–35 let, 35–60 let in 65+;
- na osnovi pridobljenih rezultatov narediti analize in primerjave z normativnimi vrednostmi, ki nakazujejo oceno stanja funkcijske zmogljivosti testirancev.

Izvedli smo naslednje teste: zmogljivost prijema, test stoje na eni nogi, test dosega za vrat in hrbet ter test lovljenja ravnila.

2 Metode

Metode dela smo razdelili v več sklopov. Prvi sklop je zajemal pregled literature, ki je obsegal obdobje zadnjih desetih let, drugi sklop je bil izbor testov, ki so bili primerni za testiranje zmogljivosti. Zbiranju in pregledu literature je sledil sklop izvajanja testov na slučajnostnem enostavnem vzorcu ljudi. Uporabili smo:

- kvantitativni pristop,
- merilne instrumente (kronometer, ravnilo, dinamometer),
- število ljudi: 73–85,
- analizo podatkov (najboljši čas, najslabši čas, povprečje).

PREGLED TESTOV

1. ZMOGLJIVOST PRIJEMA

Namen:

- Merimo maksimalno silo, ki jo mišice podlakti in roke razvijejo pri izometrični kontrakciji, ter vrednotimo funkcijsko stanje roke.

Oprema:

- dinamometer, standardni stol z naslonjalom

Postopek:

- preiskovanec sedi na stolu brez naslonjala za zgornje ude,
- nadlaket je v addukciji in srednjem položaju med zunanjo in notranjo rotacijo, komolec flektiran za 90°,
- podlaket v srednjem položaju med supinacijo in pronacijo, zapestje pa od 0° do 30° v dorzalni fleksiji preiskovančeve nadlakti, preiskovanec drži dinamometer in s tem zagotavlja testni položaj.

Navodila:

- morajo biti jasna, kratka in glasna: »Želel bi, da držite ročaj tako kot jaz in ga potem stisnete čim bolj močno.«;
- preiskovalec demonstrira in da dinamometer v preiskovančevo roko;
- ko se le-ta namesti v pravilen položaj, preiskovalec vpraša: »Ali ste pripravljeni?« Če dobi pritrdilen odgovor, nadaljuje: »Stisnite čim bolj močno!«;
- ko preiskovanec začne ročaj stiskati, ga preiskovalec spodbuja: »Še močneje, še, še! ... Sprostite se.«

Vrednotenje:

Ocena	Moški	Ženska
Nad povprečjem	> 50 kg	> 30 kg
Povprečno	45–50 kg	25–30 kg
Pod povprečjem	< 45 kg	< 25 kg

2. STOJA NA ENI NOG

Namen:

- Ocenjevanje posameznikove sposobnosti, da lahko vzdržuje ravnotežje na zmanjšani podporni ploskvi.

Oprema:

- kronometer

Postopek:

- lahko testiramo stojo na dominantni in nedominantni nogi;
- preiskovanec stoji bos, vzravnano, z zgornjimi udi prekrižanimi čez prsni koš;
- med testom pokrči nestojno nogo tako, da je v kolenu 90° fleksije;
- merjenje časa se začne od dviga stopala od podlage in konča, ko opazimo:
- premik stojne noge,
- dotik tal z nestojno nogo,
- uporabo nestojne noge za podporo stojni.

Vrednotenje:

- Osebe, ki ne morejo zadrževati položaja 5 s, so dvakrat bolj izpostavljene poškodbam zaradi padca.

Nad povprečjem	Povprečno	Pod povprečjem
Nad 50 s	40–50 s	Pod 40 s

3. TEST DOSEGA ZA VRAT IN HRBET

Namen:

- ocenjujemo gibčnost zgornjih udov, predvsem ramenskega sklepa

Oprema:

- ravnilo ali kovinski tekoči meter

Postopek:

- preiskovanec stoji, eno roko da za vrat, tako da s prsti drsi po hrbtu navzdol, drugo roko da za hrbet in drsi s prsti navzgor;
- test opravi dvakrat poskusno in nato za meritve;
- razdalja med konicama srednjih prstov na 1 cm natančno.

Vrednotenje:

Nad povprečjem	Povprečno	Pod povprečjem
Manj kot 0 cm	0–5 cm	Več kot 5 cm

4. TEST LOVLJENJA RAVNILA

Namen:

- ocena reakcijskega časa

Oprema:

- oštevilčeno ravnilo, računalo

Postopek:

- preiskovanec sedi, dominantno roko ima dvignjeno in pripravljeno za testiranje;
- kazalec in palec sta iztegnjena in med njima je ravnilo v ravni številke 0;
- pomembno je, da se preiskovanec ravnila ne dotika s prsti;
- oseba, ki testira, stoji in drži ravnilo pri njegovem zgornjem koncu;
- v trenutku, ko preiskovalec brez opozorila izpusti ravnilo, ga mora preiskovanec čim prej ujeti s svojim palcem in kazalcem;
- ko preiskovanec ujame ravnilo, preiskovalec izmeri razdaljo od 0 do konic njegovih prstov. Test se ponovi trikrat, najboljši poskus pa se vpiše kot rezultat.

Vrednotenje:

- reakcijski čas izračunamo po formuli: $t = \sqrt{(2d/a)}$;
- kjer je d = razdalja v metrih, a = pospešek = 9,81 m/s2 in t = čas v sekundah;
- izmerjene rezultate vrednotimo z normativi.

Nad povprečjem	Povprečno	Pod povprečjem
15,9 cm in manj	15,9–20,4 cm	20,4 cm in več
180 ms in manj	181–204 ms	205 ms in več

3 Rezultati

Preglednica 1: Zmogljivost prijema

	14–35 let	36–65 let	66–90 let
Moški	48,7 kg	53 kg	43,56 kg
Ženske	29,6 kg	32,2 kg	23,7 kg

Iz pridobljenih rezultatov lahko ugotavljamo znatne razlike med spoloma. Spoznamo, da rezultati pri obeh spolih sovpadajo glede na starostno skupino. Starostna skupina od 14 do 35 let je v povprečju glede na normativne vrednosti (M: 48,7 kg; Ž: 29,6 kg), skupina od 36 do 65 let je nad povprečjem (M: 53 kg; Ž: 32,2 kg) in hkrati najmočnejša, v starostnem obdobju od 66 do 90 let pa se že opazijo dejavniki staranja, kajti zmogljivost te skupine je pod povprečjem (M: 43,56 kg; Ž: 23,7 kg).

Preglednica 2: Test stoje na eni nogi (dominantna noga)

	14–35 let	36–65 let	66–90 let
Moški	45,91 s	40,43 s	20,42 s
Ženske	53,4 s	35,48 s	13,44 s

Preglednica 3: Test stoje na eni nogi (nedominantna noga)

	14–35 let	36–65 let	66–90 let
Moški	41,09 s	30,43 s	13 s
Ženske	44,2 s	28,29 s	17 s

Testiranje stoje na eni nogi nakazuje upad vzdrževanja ravnotežja s starostjo pri obeh spolih, tako na dominantni kot nedominantni nogi. Najmlajša starostna skupina je glede na normativne vrednosti v povprečju, ostali skupini sta pod povprečjem. Razlike med spoloma niso pretirano velike, le v mlajši starostni skupini izstopajo ženske na dominantni nogi, katerih rezultat je nad povprečjem.

Preglednica 4: Test dosega za vrat in hrbet

	14–35 let	36–65 let	66–90 let
Moški	popoln doseg	21,1 cm	26,8 cm
Ženske	2,8 cm	7,8 cm	7,4 cm

Gibljivost ramenskega obroča je v najmlajši starostni skupini pri moških nadpovprečna glede na normativne vrednosti, kajti vsi testiranci so dosegli popoln doseg, pri ženskah pa je v povprečju. Predvsem pri moških pa so v naslednjih dveh starostnih skupinah rezultati zelo slabi in precej pod povprečjem.

Preglednica 5: Test lovljenja ravnila

	14–35 let	36–65 let	6690 let
Moški	9,4 cm; 138 ms	18,2 cm; 193 ms	16,7 cm; 185 ms
Ženske	13,4 cm; 165 ms	16,9 cm; 187 ms	18,1 cm; 192 ms

Rezultati so pokazali, da je reakcijski čas v najmlajši starostni skupini pri obeh spolih nad povprečjem. Ostali dve starostni skupini sta ostali v povprečju in se bistveno ne razlikujeta.

4 Razprava

Splošno znano je, da se telesna zmogljivost populacije s starostjo zmanjšuje. S testi zmogljivosti prijema, stoje na eni nogi, dosega za vrat in hrbet ter testom lovljenja ravnila smo želeli potrditi to tezo. Rezultati so pokazatelj dejanskega stanja telesne zmogljivosti mlajše, srednje in starejše populacije.

Razvidno je, da je pri testu zmogljivosti prijema, testu dosega za vrat in hrbet ter testu stoje na dominantni nogi razlika med spoloma očitna, po drugi strani pa rezultati potrjujejo tezo, da se telesna zmogljivost s staranjem zmanjšuje.

Pri rezultatih testa zmogljivosti prijema opazimo, da se moč prijema povečuje od starostne skupine 14–35 let do starostne skupine 36–65 let, ki je tu nad povprečjem glede na normativne vrednosti. Nato pa se že opazijo dejavniki staranja, kajti zmogljivost prijema te skupine je pod povprečjem normativnih vrednosti.

Testiranje stoje na eni nogi, ki je pokazatelj ravnotežja, nakazuje upad vzdrževanja ravnotežja s starostjo pri obeh spolih, tako na dominantni kot na nedominantni nogi. Najmlajša starostna skupina je glede na normativne vrednosti v povprečju, ostali skupini sta pod povprečjem. Iz te ugotovitve lahko razberemo, da je ravnotežje v starostnih skupinah 36–65 let ter 66–90 let slabo, in ker se z leti še slabša, bi bil nujno potreben poudarek na izboljšanju ravnotežja že v mlajših letih.

Pri testu dosega za vrat in hrbet ugotovimo, da se v primerjavi z rezultati starostne skupine 14–35 let, ki so glede na normativne vrednosti pri ženskah v povprečju, pri moških pa nadpovprečni, pri naslednjih dveh starostnih skupinah gibljivost ramenskega obroča poslabša, pri moških pa je ta razlika zelo velika, saj so rezultati zelo slabi in precej pod povprečjem. Vzrok temu bi lahko pripisali procesom staranja in/ali bolezenskim procesom.

Rezultati pri testu lovljenja ravnila so pokazali, da z gotovostjo ne moremo trditi, da je hitrost reakcije povezana s starostjo, saj se pri moških v najstarejši starostni skupini reakcijski čas celo izboljša glede na predhodno starostno skupino.

Staranje je problem današnje populacije, slaba telesna zmogljivost zmanjšuje sposobnost vsakodnevnih aktivnosti. Zato se moramo posvetiti izboljšanju le-te in glede na rezultate priporočati dejavnosti za izboljšanje telesne pripravljenosti skozi staranje.

5 Sklep

Z razvojem tehnologij smo ljudje izpostavljeni slabši telesni pripravljenosti zaradi pomanjkanja gibanja, ki ga na primer naši predniki niso občutili, saj je fizično delo pripomoglo k boljši fizični pripravljenosti. Z ozaveščanjem ljudi bi lahko izboljšali kakovost načina življenja, kar bi imelo pozitivne, konstruktivne posledice na telesno pripravljenost skozi staranje in potemtakem na kakovost življenja.

Literatura

Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., Maki, B. (1992). Measuring balance in eldery: validation of an instrument. J Public Health; 83(2): 7–11.

Gerodimos, V., Karatrantou, K. (2013). Reliability of manual handgrip strength test in pre-pubertal an pubertal wrestlers. Pediatric Exercise Science; 25(2): 308–322.

Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., Macera, C. A., Heath, G. W., Thompson, P. D. (2007). A physical activity and public health updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. Med Sci Sports Exerc; 39(8): 1423–34.

Jakovljević, M., Rugelj, D., Hlebš, S., Kacin, A., Sevšek, F., Dremelj, K., Špoljar, J., Leskošek, B. (2006). Skupina testov za ocenjevanje telesne pripravljenosti starostnikov. Posvetovanje: Celostna obravnava starostnikov (zbornik predavanj); Ljubljana, 24. novembra 2006, Visoka šola za zdravstvo Ljubljana; 49–58.

Jonsson, E. (2006). Effects of healthy aging on balance: a quantitative analysis of clinical tests. Stockholm: Karolinska Institutet; 4–50.

Jonsson, E., Seiger, A., Hirschfeld, H. (2004). One-leg stance in healthy young and eldery adults:a measure of postural steadiness? Clin Biomech; 19: 688–94.

Rugelj, D., Palma, P. (2013). Bergova lestvica za oceno ravnotežja. Fizioterapija; 21(1): 15–25.

VanGundy, T. B. (2006). Reliability of the senior fitness test in a modified environment. Retrospective Theses and Dissertation; 874.

Zemková, E., Miklovič, P., Hamar, D. Visual reaction time and sway velocity while balancing on a wobble board. Kinesiologia Slovenica; 15(3): 40–47.

Janja Lorber, dipl. m. s., viš. pred. dr. Mateja Lorber
Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru

IZPOSTAVLJENOST ŠTUDENTOV DEJAVNIKOM TVEGANJA ZA NASTANEK KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

STUDENTS EXPOSURE TO RISK FACTORS OF CHRONIC NON-CONTAGIOUS DISEASES

Povzetek

Teoretična izhodišča: V študentskih letih si izoblikujemo navade, ki nas bodo spremljale skozi celotno življenje. Izberemo si lahko svoj način življenja in ga popolnoma prilagodimo svojim potrebam. Način življenja skozi otroštvo in mladostništvo se namreč lahko odraža v boleznih v starosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali so študentje izpostavljeni dejavnikom tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in ali so med anketiranci prisotne.

Metodologija: Uporabili smo kvantitativno metodologijo dela. Kot raziskovalni instrument smo uporabili vprašalnik, sestavljen iz 27 vprašanj. Podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom Microsoft Office Excel, rezultate smo prikazali z grafi.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da imajo študentje v večini dobre prehranjevalne navade in niso zelo izpostavljeni dejavnikom tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, ampak se srečujejo predvsem s težavami v počutju. Kronične nenalezljive bolezni so prisotne pri 12 % anketiranih, pri 42 % anketiranih pa imajo kronična nenalezljiva obolenja ožji družinski člani.

Razprava: Pomembno je, da skrbimo za zdravje takrat, ko smo zdravi, to pomeni, takrat, ko lahko še sami veliko storimo zase. Prav tako je ključnega pomena, da poznamo dejavnike tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in prepoznamo tvegana vedenja, saj so kronične nenalezljive bolezni v porastu. Treba bi bilo opraviti dodatne raziskave, s katerimi bi odkrili vzroke težav v počutju študentov.

Ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, študentje, dejavniki tveganja, zdravstvena vzgoja

Abstract

Theoretical bases: As students we develop certain habits which will follow us through our life. We choose our own way of living and adopt it to our needs. Habits and lifestyle we had as children and adolescents can later reflect with diseases we get as we grow old. With this research, we wanted to find out, if health care students are exposed to risk factors for chronic non-contagious diseases and if these are already present among them.

Methodology: We used quantitative methods of work. For quantitative method we used a questionnaire. It contained 27 questions, which help us to answer on our research questions.

Results: The research showed us good diet habits among students, low exposure to risk factors for chronic non-contagious diseases, but also problems with wellbeing. Chronic non-contagious diseases were present at 12% students. 42 % students have chronic non-contagious diseases present among immediate family members.

Discussion: It is important to take care for our health when we are still healthy and capable to do something for ourselves. Knowing the risk factors for development of chronic non-contagious diseases is of a major importance. It is also significant to recognise risk behaviour because of increasing rate of chronic non-contagious diseases. It would be necessary to make some more research to discover the causes for student's distress.

Key words: chronic non-contagious diseases, students, risk factors, health education

1 Uvod

Zdravi mladostniki so v tesni povezavi z zdravjem celotne populacije, pozneje pa se odražajo kot uspešna, zdrava družba. Za njihovo zdravje je pomembno vlagati sredstva ter izvajati določene aktivnosti in programe, da bi lahko čim bolj zmanjšali nezdrave življenjske navade in jim hkrati omogočiti upoštevanje načel zdravega življenjskega sloga (Koprivnikar, et al., 2011). Samo z opravljenimi raziskavami, ki ugotavljajo, kakšen je dejanski življenjski slog prebivalcev, lahko oblikujemo programe, ki bi omogočili spreminjanje življenjskega sloga državljanov, hkrati pa se lahko oceni učinkovitost dosedanjih programov, ki delujejo na področju krepitve in ohranitve zdravja (Hlastan Ribič, 2010). Ljudje spoznavamo, da je naš vložek v lastno zdravje vse pomembnejši, da lahko sami za svoje zdravje največ naredimo. Ob današnjem poteku življenja je lahko pravi izziv sprememba življenjskega sloga (Štemberger Kolnik & Klemenc, 2010).

Kronične nenalezljive bolezni so obolenja, ki se ne prenašajo s stikom druge osebe. To so dolgotrajne bolezni, ki počasi napredujejo. Ločimo štiri glavne skupine kroničnih nenalezljivih bolezni, mednje prištevamo bolezni srca in ožilja, rakava obolenja, kronična respiratorna obolenja ter sladkorno bolezen (WHO, n. d.). Pogostost kroničnih obolenj se povečuje vsako leto. Naraščajo predvsem bolezni, ki so posledica sodobnega življenjskega sloga. Med te bolezni spadajo sladkorna bolezen, srčno-žilna obolenja, respiratorna ter rakava obolenja. Najpomembnejši vložek v zdravje postaja lasten trud in želja po zdravem življenju (Štemberger Kolnik & Klemenc, 2010). Štemberger Kolnik & Klemenc (2010) navajata, da so kronične nenalezljive bolezni v današnjem času vzrok smrti pri 35 milijonih ljudi letno. Po podatkih WHO (2014) v Sloveniji beležimo letno 19.000 smrtnih primerov, od tega zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni umre 88 %. Vodilni vzrok smrti so srčno-žilna obolenja, kar 38 %, sledijo jim rakava obolenja s 33 %, zaradi ostalih bolezni jih umre 13 %, zaradi poškodb 8 % ter 4 % zaradi nalezljivih bolezni in ostalih vzrokov.

Dejstvo, da nezdrav način življenja pospešuje nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, je dokazano (SZO, 2006). Kot navajajo Artnik et al. (2012) za kronične nenalezljive bolezni obstajajo dejavniki tveganja, ki so odraz našega življenjskega sloga. Med dejavnike tveganja uvrščamo nezdravo prehrano, premalo telesne dejavnosti, izpostavljenost tobaku, pretirano pitje alkoholnih pijač, slabo skrb za ustno zdravje in stresne situacije. Način prehranjevanja je v tesni povezavi z zdravjem, deluje lahko namreč varovalno ali pa kot dejavnik tveganja, ki zdravje ogroža. Pomembne so pravilna izbira živil, priprava hrane, razporejenost obrokov in energijska vrednost zaužite hrane (Djomba, et al., 2010). Pojavljajo se velike družbene spremembe in globalizacija, širijo se tobačna industrija ter industrija pijač in živil, ki pomembno vplivajo na širjenje nezdravega življenjskega sloga (SZO, 2006). Tveganje za nastanek kroničnih nenalezljivih obolenj se lahko začne že v genetskem razvoju celic ter se nadaljuje skozi celotno življenje, k čemur pripomorejo biološki in vedenjski dejavniki tveganja, ki so posledica nezdravega življenjskega sloga (Hlastan Ribič, 2010).

Strategije, namenjene preprečevanju kroničnih bolezni, morajo za uspešno delo vključevati tudi ostale sektorje, kot so kmetijstvo, finance, transport, izobraževanje, šport, načrtovanje urbanizacije in trgovina (ICN, 2010). Pregled kazalnikov zdravja in zdravstvenih sistemov je pokazal napredek pri splošnem zdravju prebivalstva, saj se je povprečna življenjska doba od leta 1980 podaljšala za 6 let (Petrič & Žerdin, 2013). Koprivnikar et al. (2011) so ugotovili, da je treba za uspešno delovanje preventivnih programov za zdravje otrok in mladostnikov vsebine prilagajati glede na starost in jih dopolnjevati glede na okolje, v katerem živijo.

Ljudje se iz različnih razlogov vključujejo v dejavnosti, ki delujejo v prid zdravju. To počnejo ali za boljše počutje, videz ali za vzdrževanje zdravja. Za uspešno promoviranje zdravja in zdravega življenjskega sloga je potrebno sodelovanje celotne skupnosti (ICN, 2010). Motiviran pacient, ki ima dovolj informacij, sposobnosti in zaupanja vase, lahko izvaja učinkovite ukrepe in aktivnosti, ki delujejo pozitivno na njegovo zdravje (ICN, 2010).

Glede na porast kroničnih nenalezljivih bolezni smo želeli ugotoviti prisotnost dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in prisotnost bolezni pri študentih Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. V ta namen smo si zastavili dve raziskovalni vprašanji:

- V kolikšni meri in katere kronične nenalezljive bolezni so prisotne pri študentih?
- Katerim dejavnikom tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni so študentje izpostavljeni?

2 Metodologija

Raziskava je potekala med študenti 1., 2. in 3. letnika Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Zanimala nas je prisotnost kroničnih nenalezljivih obolenj in morebitna prisotnost le-teh pri študentih. Uporabljeni sta bili deskriptivna metoda dela in kvantitativna metodologija. Podatke smo pridobili z vprašalnikom, ki je vseboval 27 vprašanj zaprtega tipa, anketa je bila anonimna. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, prav tako so imeli sodelujoči možnost zavrnitve sodelovanja v raziskavi. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

3 Rezultati

V anketi so sodelovali 103 študentje, od tega je bilo 83 % žensk in 17 % moških. Na vasi živi 68 % anketiranih, v primestju 14 % in 18 % v mestu. Iz preglednice 1 je razvidno, da so kronična nenalezljiva obolenja prisotna pri 12 % anketiranih študentov. Najpogosteje so navedli obolenja, kot so astma (3 %) in gastritis (3 %), sledili so atopijski dermatitis, migrena, intoleranca na glukozo, obolenja ščitnice, alergije in sladkorna bolezen. Pri ožjih družinskih članih so prisotne kronične nenalezljive bolezni pri 42 % anketiranih študentov. Največkrat sta kot družinska člana omenjena babica, in sicer pri 15 %, ter dedek pri 8 %. V veliki večini so prisotni povišan krvni tlak (7 %), sladkorna bolezen (9 %) in srčna obolenja (3 %).

Preglednica 1: Prisotnost kroničnih nenalezljivih obolenj

	DA	NE
Prisotnost kroničnih nenalezljivih obolenj pri anketiranih	12 %	88 %
Prisotnost kroničnih nenalezljivih obolenj pri ožjih družinskih članih	42 %	58 %

Vir: anketni vprašalnik, 2014

Indeks telesne mase med 18,5 in 24,9 kg/m2 ima 80 % anketiranih, 12 % jih ima med 25 in 29,9 kg/m2, 5 jih ima več kot 30 kg/m2, do 18,49 kg/m2 pa 3 % anketiranih. Obroke najpogosteje, in sicer kar 41 % anketiranih, uživajo doma, kuhajo jim jih starši, 38 % anketiranih kuha zase, v restavracijah se prehranjuje 16 % anketiranih, 4 % anketiranih pa je pod mogoč odgovor drugo pripisalo, da ko so doma, si kuhajo sami, ko so na fakulteti, pa gredo ali v restavracije ali jim kuhajo starši.

Rezultati ankete so pokazali, da 82 % anketiranih ne kadi, 9 % jih kadi od 3 do 5 let, od 1 do 3 let jih kadi 5 %, več kot 5 let kadi 4 % anketiranih. S telesno aktivnostjo se ukvarja občasno 33 % anketiranih, 22 % se z njo ukvarja 3- do 5-krat tedensko, nekajkrat mesečno 20 %, vsak dan 18 % in 7 % nekajkrat letno. Sadje in zelenjavo anketirani uživajo v več kot 90 % vsakodnevno ali pa 3- do 5-krat tedensko. Največ anketirancev, kar 85 %, najpogosteje za žejo pije navadno vodo. Alkoholne pijače najpogosteje uživajo le ob posebnih priložnostih. Hrane si ne dosoli 56 % anketiranih, občasno pa si jo soli 34 %. Več kot polovica anketiranih, kar 65 %, najpogosteje uživa polbeli, polnozrnati ali pirin kruh. Vsaki dan zajtrkuje 55 % anketiranih, 3- do 5-krat tedensko jih zajtrkuje 27 %, 18 % jih ne zajtrkuje. 72 % anketiranih si umiva zobe 2- ali večkrat dnevno, več kot 70 % je obiskalo zobozdravnika v zadnjem letu. Največje odstopanje je pri počutju anketiranih, 46 % se jih počuti odlično, 28 % jih občuti izgubo motivacije, ciljev, smisla (občutek notranje praznine), 25 % jih občuti kronično utrujenost in izčrpanost, 19 % jih

ima motnje spanja, 7 % jih občuti depresijo in anksioznost, 5 % anketiranih pa je pod mogoč odgovor drugo zapisalo, da občasno občutijo dosti od naštetega, počutijo se utrujene, brez energije, imajo prebavne težave.

4 Razprava

Rezultati prikazujejo, da so kronična nenalezljiva obolenja prisotna pri 12 % anketiranih. Prevladujejo bolezni, kot sta astma (3 %) in gastritis (3 %). Glede na pridobljene rezultate lahko sklepamo, da med anketiranimi študenti ni veliko prisotnih kroničnih nenalezljivih obolenj. Med naključno izbranimi študenti z Univerze v Mariboru in Univerze v Ljubljani je bila leta 2008 opravljena raziskava o prisotnosti kroničnih nenalezljivih obolenj. Kot navajajo Klemenc - Ketiš et al. (2010), kronična obolenja še posebej močno vplivajo na študente. Rezultati njihove raziskave so namreč pokazali, da je prisotnost kroničnih nenalezljivih obolenj med študenti ljubljanske in mariborske univerze kar 40,3-odstotna. Zaradi pogostih obiskov pri zdravniku imajo namreč lahko težave s koncentracijo, kar vpliva na učno uspešnost. Obolenja, ki so jih anketiranci najpogosteje navedlil, so bila: alergije, seneni nahod, kožne bolezni in tesnoba.

Prikazani rezultati navajajo, da anketirani upoštevajo načela zdrave prehrane in se v večji meri dokaj redno ukvarjajo s telesno dejavnostjo, največji odklon rezultatov je zaznati pri počutju študentov. Smiselno in potrebno bi bilo ugotoviti, kje je poglavitni vzrok za pogosto utrujenost ter izgubo motivacije in ciljev, glede na tako pozitivne pridobljene rezultate pri prehranjevanju, gibanju in ostalih aktivnostih za zdravje. Anketirani so tudi posredno ogroženi za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni prek ožjih družinskih članov. Pri družinskih članih je prisotnost teh obolenj 42-odstotna. Z zdravim življenjskim slogom lahko to posredno ogroženost bistveno zmanjšajo.

Rezultatov naše raziskave ne moremo posploševati, saj se je izvajala samo na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. V prihodnje bi bilo treba opraviti raziskave, ki bi odkrile vzroke v odklonih od dobrega počutja. Rezultati bi morebiti prinesli ugotovitve, kako bi lahko odkrili morebitna odstopanja od počutja in potrebne ukrepe. Glede na potek delovnega dneva študentov imajo le-ti možnost prilagoditi sebi v prid potek dejavnosti, ki jih počnejo. Dan študentov je precej natrpan, tako da je treba odstraniti ali pa v veliki večini prilagoditi ostale, obslužbene in/ali študijske dejavnosti. Dnevno so študenti izpostavljeni stresu, ki se ga morajo naučiti ustrezno obvladati. Tako kot vsi ljudje se morajo tudi študenti zavedati, kaj pomeni biti zdrav in kako to doseči. Kot navaja Kersnik (2010), je dandanes zdravje družbena in moralna norma. Ko si zdrav, lahko počneš vse, kar je v tvoji volji. Zdravje kot vrednoto pomaknemo v ospredje zanimanja takrat, ko ga izgubimo (Štemberger Kolnik & Klemenc, 2010). Kako bomo živeli v mladostništvu, je odvisno od nas, od družbe, v kateri bivamo, in od zunanjih dejavnikov, ki se prepletajo.

5 Sklep

Kronične nenalezljive bolezni so razširjene po vsem svetu. Povsod po svetu se je spremenil način življenja, ki negativno učinkuje na zdravje. Zdravje potrebuje pravo promocijo, medicinska sestra pa je tista, ki podaja informacije o zdravem načinu življenja, pravilni prehrani, skrbi za splošno dobro počutje in zadovoljstvo. Študentsko življenje obsega veliko mero izzivov, stresa in novih priložnosti na več različnih področjih. Pomembno je, da se mladi zgodaj začnejo zavedati, kaj pomeni biti zdrav. Prav tako lahko svoje zdravje z raznimi ukrepi in dejavnostmi še okrepijo. Treba je najti pravo ravnovesje v telesu, ki odraža način našega udejstvovanja v vsakodnevnem življenju in je pri vsakem posamezniku drugačno. Posameznike je treba navdušiti za zdrav življenjski slog, saj je za zdravje potrebno skupno sodelovanje.

Literatura In Viri

Artnik, B., Bajt, M., Borovničar, A., Hitij, J. B., Djomba, J. K. (2012). Povzetek. V: Maučec Zakotnik, J., Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A., Zaletel Kragelj, L. (ur.). Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, str. XI–XXII.

Djomba, J. K., Vertnik, L., Zaletel Kragelj, L., Maučec Zakotnik, J., Hlastan Ribič, C. (2010). Prehranske navade kot dejavnik tveganja za kronične nenalezljive bolezni. V: Hlastan Ribič, C. (ur.). Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010, Zdrava prehrana in javno zdravje: zbornik prispevkov. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, str. 69–84.

Hlastan Ribič, C. (2010). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Dostopno na: http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:-DOC-9WUT23TJ (23. 2. 2015).

ICN. (2010). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. Dostopno na: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf (23. 2. 2015).

Kersnik, J. (2010). Kdo je bolnik s kronično boleznijo – medicinski vidik. V: Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S. (ur.). Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo / 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije. Portorož, 12. maj. Koper: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic, in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic, str. 11–16.

Klemenc - Ketiš, Z., Hladnik, Ž., Rotar - Pavlič, D., Post, M., Kersnik, J. (2010). Self-reported chronic conditions in student population in Slovenia. Zdravniški vestnik (79), str. 31–41.

Koprivnikar, H., Roškar, S., Jeriček Klanšček, H., Gabrijelčič Blenkuš, M., Hočevar, T. (2011). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. V: Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Koprivnikar, H., Pucelj, V., Bajt, M., Zupanič, T. (ur.). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, str. 262–281.

Petrič, D., Žerdin, M. (2013). Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/MREZA_PRIMARA/Mreza_za_ZS_13-11-2013-lektorirano.pdf (25. 2. 2015).

SZO. (2006). Strategija za preprečevanje kroničnih bolezni v Evropi, Dejavnosti na področju javnega zdravja, Vizija CINDI. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, CINDI Slovenija.

Štemberger Kolnik, T., Klemenc, D. (2010). Stroka zdravstvene nege ob mednarodnem dnevu medicinskih sester zagotavlja varnost in uvaja novosti. V: Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S. (ur.). Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo / 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije. Portorož, 12. maj. Koper: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic, in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, str. 5–6.

WHO. (2014). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. Switzerland, s.n.

WHO. n. d. Noncommunicable diseases. Dostopno na: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/ (25. 2. 2015).

Zrinka Mach, dipl. med. lab. ing.,
doktorant Alma Mater Europaea - ECM
Dijana Babić, dipl. med. tech.,
Klinika za kardiovaskularne bolesti "Magdalena", Krapinske Toplice

ZDRAVSTVENE NAVIKE STARIJIH OSOBA S HIPERTENZIJOM

HEALTH HABITS OF SENIOR CITIZENS AFFECTED BY HYPERTENSION

Sažetak

Udio oboljelih od povišenog krvnog tlaka u stalnome je porastu. Hipertenzija je kronična bolest koja povećava rizik za obolijevanje od drugih srčanožilnih bolesti i, ukoliko se pravilno ne liječi, može imati značajne posljedice na zdravlje i kvalitetu života oboljele osobe. Rizik za obolijevanje od hipertenzije raste s godinama života.

U cilju bolje kontrole povišenih vrijednosti krvnoga tlaka, savjetuje se prilagodba načina života i usvajanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja koje se temelji na redukciji unosa soli u hrani, primjeni dijetalne ishrane, održavanju optimalne tjelesne težine, redovitoj fizičkoj aktivnosti, prestanku pušenja i uzimanja alkohola, te usvajanju tehnika suočavanja sa stresom.

Zdravstveno osoblje savjetuje i educira pacijente o prilagodbi na život s povišenim krvnim tlakom kako bi se umanjili njegovi dugoročni štetni učinci na organske sustave.

Iz različitih do sada učinjenih istraživanja vidljivo je da je iznimno teško djelovati na promjenu životnih navika koje pojedinac usvoji tijekom života.

Provedenim istraživanjem na pacijentima starije životne dobi (+65) nastojali smo utvrditi koji životni stil njeguju oboljeli od hipertenzije i u kojoj mjeri se pridržavaju zdravstvenih uputa u svakodnevnom životu, te kako navedeno utječe na kontrolu povišenog krvnog tlaka.

Rezultati istraživanja ukazuju na korake koje je potrebno poduzeti u javnozdravstvenim akcijama koje imaju za cilj prevenciju kardiovaskularnih rizika i bolju kontrolu povišenih vrijednosti krvnoga tlaka kod oboljelih starije životne dobi.

Ključne riječi: hipertenzija, životne navike, zdravstveno ponašanje, starije osobe

Abstract

The share of people with high blood pressure is constantly on the rise. Hypertension is a chronic disease, which increases the risk for other cardiovascular diseases and can have, if is not properly treated, significant effects on health and the quality of life of those affected. The risk of developing hypertension increases with age.

In order to have a better control over hypertension, adjustment of lifestyle and adaptation of positive health behaviour, which is based on the reduction of salt, implementation of nutritious diet, maintaining optimal body weight, regular physical activity, smoking and alcohol, and adopting techniques to cope with stress, is necessary.

Health professionals advise and educate patients about adjusting to life with high blood pressure to reduce its long-term adverse effects on the body and its organs.

Several researches show that it is extremely difficult to change habits that an individual adopts in life.

The research was conducted on elderly patients (+65), in order to determine the lifestyle of the elderly, suffering from hypertension, and to what extent the patients follow the medical guidelines in their daily lives, and how this affects the control of high blood pressure.

Research results specify the steps to be taken in public health actions aimed at the prevention of cardiovascular diseases and over better control of hypertension in the elderly.

Key words: hypertension, habits, health, elderly

1 Arterijska hipertenzija u općoj populaciji

Arterijska hipertenzija predstavlja veliki javnozdravstveni problem i prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) vodeći je rizični čimbenik smrtnosti u svijetu (Ezzati et al, 2002).

Prema rezultatima studije EHUH (Jelaković, Kuzmanić, Laganović, 2001), 37,5% stanovništva u RH imalo je arterijsku hipertenziju, a prema rezultatima „Hrvatske zdravstvene ankete" (HZA) iz 2003. godine, arterijsku hipertenziju imalo je 44,2% stanovništva (Erceg, Hrabak-Žerjavić, Ivičević Uhernik, 2007). Udio osoba s povišenim arterijskim tlakom rastao je s dobi. U dobnoj skupini 18 do 34 godine iznosio je 13,8%, u dobnoj skupini 35 do 64 godine 46,9%, a u dobi 65 i više godina 78,9%.

Prema smjernicama europskog društva za hipertenziju i europskog kardiološkog društva (ESH/ESC) iz 2013. godine, arterijska hipertenzija definirana je kao vrijednost sistoličkog tlaka ≥ 140 mmHg i dijastoličkog tlaka ≥ 90 mmHg izmjerenog u liječničkoj ordinaciji.

Arterijska hipertenzija kronična je bolest koja, uz primjeren način života, zahtijeva i svakodnevno uzimanje lijekova. Suvremena istraživanja ukazuju na nedostatnu regulaciju arterijskog krvnog tlaka u hipertoničara.

Kod arterijske hipertenzije iznimno je važno redovito uzimanje lijekova, ali istovremeno je prijeko potrebna promjena životnih navika, održavanje redovite tjelovježbe, smanjenje unosa soli i reduciranje tjelesne težine.

Liječenje arterijske hipertenzije temelji se na nefarmakološkim i farmakološkim mjerama. Nefarmakološke mjere u liječenju arterijske hipertenzije, prema brojnim istraživanjima, izuzetno su bitne u liječenju i preporučuju se svim bolesnicima s povišenim krvnim tlakom. Nedvojbeno su korisne sljedeće nefarmakološke mjere: smanjen unos kuhinjske soli, redukcija tjelesne težine, tjelesna aktivnost, nepušenje, odnosno prestanak pušenja, dovoljan unos voća i povrća, smanjen unos ukupnih i zasićenih masnoća te uzimanje male količine alkohola u osoba koje ga inače konzumiraju.

2 Negativno zdravstveno ponašanje

Povišenje arterijskog tlaka rezultat je različitih čimbenika i njihova međudjelovanja. Od okolišnih čimbenika dijeta ima jasnu i istaknutu ulogu u homeostazi arterijskog tlaka (Appel et al., 2006).

2.1 Prekomjeran unos soli

Prekomjeran unos kuhinjske soli povezan je s hipertenzijom, povećanim ukupnim kardiovaskularnim rizikom, moždanim udarom, bubrežnom bolesti, ali i osteoporozom, bubrežnim kamencima i nekim karcinomima (npr. želuca).

Suvremenim prehrambenim navikama dnevno unosimo čak pet do deset grama kuhinjske soli više nego što je potrebno ljudskom tijelu. Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2006), preporučena količina kuhinjske soli iznosi 5 grama.

Glavni izvori natrija u prehrani su: industrijski prehrambeni proizvodi i jela pripremljena u restoranima, koji čine 77% ukupnog unosa, 11,6% je prirodni sadržaj u namirnicama, dodavanje soli tijekom jela (6,2%), a 5% čini sol koja se dodaje tijekom procesa pripreme jela (Cvetković-Pucarin, Kern, Vuletić, 2010).

2.2 Prekomjerna tjelesna težina

Prekomjerna tjelesna težina izravno je povezana s hipertenzijom – rizik od hipertenzije je dva do šest puta veći u osoba s prekomjernom težinom (Dickey, Janick, 2001; Mishra et al., 2006).

Gubitak tjelesne težine također je važna mjera u snižavanju arterijskog tlaka. Smanjenje tjelesne težine za 5 kg dovodi do sniženja arterijskog tlaka i prevenira razvoj arterijske hipertenzije. Redukcija tjelesne težine za oko 9 kg dovodi do sniženja sistoličkog tlaka za 5 do 20 mmHg.(Appel et al., 2006). Samo smanjenje težine u preuhranjenih bolesnika već za 4,5 kg smanjuje visoke vrijednosti arterijskog tlaka i vodi prevenciji nastanka arterijske hipertenzije (He J. et al., 2000).

2.3 Alkohol

Smanjenje konzumacije alkohola važna je nefarmakološka mjera u liječenju visokog arterijskog tlaka: dokazano je da smanjenje unosa alkoholnih pića za 76% dovodi do pada sistoličkog tlaka za 3,3 mmHg, dijastoličkog arterijskog tlaka za 2,0 mmHg (Appel et al., 2006; Xin et al., 2001).

2.4 Pušenje

Pušenje uzrokuje akutni porast arterijskoga tlaka i srčane frekvencije, što traje duže od 15 minuta nakon pušenja jedne cigarete (Groppelli et al., 1992).

Pušenje je snažan kardiovaskularni rizični faktor (Doll et al., 1994), te je prekid pušenja vjerojatno najučinkovitija od pojedinačnih promjena životnih navika usmjerenih ka prevenciji velikog broja kardiovaskularnih bolesti, uključujući moždani udar i infarkt miokarda (Doll et al., 1994; Manson et al., 1992).

2.5 Fizička aktivnost

Uvođenje fizičke aktivnosti u svakodnevni život jedna je od glavnih preporuka u prevenciji i kontroli hipertenzije.

Boyer i Kasch su još 1970. godine objavili prvu studiju u kojoj su prikazali da aerobno vježbanje dva puta tjedno potiče smanjenje krvnoga tlaka i kod hipertenzivnih kao i normotenzivnih muškaraca (Diaz, Shimbo, 2013).

Američki koledž za sportsku medicinu (ACSM) predlaže vježbanje 3 do 5 dana u tjednu u trajanju 20 do 60 minuta umjerenim intenzitetom, kako bi se učinkovito snizio krvni tlak. Preporuke za vježbanje jesu aerobne aktivnosti kao što su hodanje, trčanje, biciklizam i plivanje.

3 Metodologija

U radu je primarno korištena kvalitativna metoda prikupljanja i analize podataka. Formiran je polustrukturirani upitnik prema kojem je proveden intervju s pet (5) pacijenata starije životne dobi (65+) oboljelih od hipertenzije. Pacijenti su intervjuirani tijekom liječenja u Klinici za kardiovaskularne bolesti „Magdalena" u kojoj su boravili zbog invazivne obrade i dijagnostike. Tijekom intervjua prikupljeni su općeniti podaci o dobi, spolu, visini, težini, obiteljskom i socijalnom statusu ispitanika. Tijekom razgovora s ispitanicima pokušao se dobiti uvid koje zdravstvene navike u njihovom ponašanju prevladavaju, a teoretski se mogu povezati s nastankom komplikacija povišenog krvnog tlaka.

Prosječna dob ispitanika bila je 75,6 godina. U istraživanju su sudjelovale 2 žene i 3 muškarca.

Svi ispitanici su dugogodišnji pacijenti klinike i boluju od nekoliko kroničnih bolesti. Suočavaju se s fizičkim promjenama koje donosi starenje, kao što su slabija i teža pokretljivost, te slabljenje vida i sluha. Kronična srčana bolest im predstavlja značajan problem kojemu se nastoje prilagoditi, budući da ih napredovanje bolesti ograničava u svakodnevnom životu.

Svi ispitanici su umirovljenici, žive samostalno ili u zajedničkom kućanstvu s užom obitelji. Imaju dostupne izvore podrške, najčešće u supružnicima, djeci i unucima. Također, imaju dostupnu zdravstvenu zaštitu u vidu liječnika opće prakse, kojega redovito i prema potrebi kontaktiraju, i liječnika kardiologa kojemu odlaze na kontrolne preglede i u slučaju pogoršanja bolesti.

Ispitanici žive u urbanim sredinama i imaju mogućnost informiranja i ostvarivanja društvenih kontakata. Socijalno i ekonomski su prihvatljivo zbrinuti, iako je nekima jedini izvor prihoda mirovina.

Prema obrazovanju, jedan ispitanik ima završenu osnovnu, dvoje ispitanika srednju, te dvoje ispitanika visoko obrazovanje.

Većina ispitanika ima prisutne rizične čimbenike za razvoj kardiovaskularnih bolesti, od kojih je najčešće prisutna prekomjerna tjelesna težina (3 ispitanika ima BMI viši od 25), fizička neaktivnost (4 ispitanika), pušenje (2 ispitanika), povišene masnoće u krvi (4 ispitanika), te povišeni krvni tlak (5 ispitanika).

Kod svih ispitanika prisutna je pozitivna obiteljska anamneza na neku od kardiovaskularnih bolesti.

Svi ispitanici su dugogodišnji hipertoničari, koji boluju i od drugih kroničnih bolesti kao što su koronarna srčana bolest, kronična opstruktivna bolest pluća, dijabetes melitus i giht.

Liječe se od povišenog krvnog tlaka dugi niz godina, te zbog toga uzimaju mnoge lijekove koji služe za regulaciju krvnoga tlaka. Terapija za hipertenziju se tijekom godina mijenjala prema nalogu liječnika opće prakse i kardiologa.

Pacijenti su na pitanja odgovarali u bolesničkoj sobi, pri čemu smo snimali razgovor i bilježili relevantne podatke, te ih naknadno razvrstali i obradili.

4 Rezultati

Analizom podataka prikupljenim tijekom intervjua s ispitanicima dolazi se do saznanja da zdravstvene navike oboljelih od hipertenzije nisu u skladu sa zdravstvenim uputama i preporukama. Ispitanici su relativno slabo upoznati s mjerama prevencije kardiovaskularnih bolesti i pozitivnim zdravstvenim ponašanjem koje može pomoći u kontroli hipertenzije i sprječavanju komplikacija.

Na pitanja o prehrambenim navikama daju općenite odgovore poput ispitanika A „Jedem sve normalno...", što se može objasniti nepoznavanjem pravila o prehrani kod hipertenzije. Ispitanica B objašnjava da na prehranu „ne stigne paziti", jer se brine za veliko kućanstvo i kuha za cijelu obitelj, te ne može uvjetovati način prehrane. Može se primijetiti da osobe muškog spola manje znaju o principima pravilne prehrane, dok osobe ženskog spola imaju više znanja, ali ih zbog raznih okolinskih čimbenika (financijske mogućnosti, nedostatak podrške) ne primjenjuju redovito.

Nadalje, fizičku aktivnost svi ispitanici prepoznaju kao važan čimbenik u održavanju zdravlja, iako joj ne pridaju dovoljno pozornosti u svakodnevnom životu. Ispitanik E navodi da se „osjećao puno bolje" dok je bio u mogućnosti fizički raditi, dok ga sadašnja bolest dosta ograničava u kretanju i radu, te se zbog toga osjeća „još lošije" nego što to zbilja i jest.

Ispitanica C navodi da redovito šeće, barem „pola sata do sat svaki dan", što joj pomaže u očuvanju pokretljivosti i općem boljem osjećanju. Prije je vježbala jogu primjerenu starijoj dobi, ali zbog reumatskih problema sada nije u mogućnosti.

Pušenje svi ispitanici smatraju lošom zdravstvenom navikom, iako neki od njih (A i D) konzumiraju nikotin i bezuspješno pokušavaju prestati. Svjesni su njegova lošeg djelovanja na krvožilni sustav, ali navode da su osjećaji nervoze i nemira koji se javljaju u periodima apstinencije, te pojačana želja za hranom, razlozi zašto ne mogu odustati od ove štetne navike.

Alkohol konzumiraju prigodno i to uglavnom ispitanici muškog spola (A, D i E). Izbjegavaju precizne odgovore o količini, ali se drže „granica normale".

Kada smo ispitivali prisutnost i nošenje sa stresnim situacijama u životu, možemo reći da se sa stresom bolje suočavaju muškarci, ili ne prepoznaju njegov loš utjecaj na zdravlje. Ispitanik A je po naravi vrlo vedra osoba i sve stresne situacije nastoji izbjeći ili se suočiti s njima kroz humor. Ispitanica C je emotivna osoba koja prepoznaje probleme drugih i doživljava ih kao svoje. Na pitanje kako se razboljela od srčane bolesti odgovara: „cijeli život sam radila sa potrebitima i starijima, i to me užasno iscrpljivalo psihički" (socijalni radnik u mirovini, op. a.).

Ispitanica B stanuje s mnogočlanom obitelji i, unatoč bolesti i problemima koji dolaze sa starenjem, i dalje aktivno brine za obitelj. Izvor stresa joj zna biti prevelika količina obveza (kuhanje, spremanje, nabavka i sl.) za koje se svakodnevno očekuje da ih ispuni.

Na pitanja o njihovom razmišljanju o rizicima koje donosi povišeni krvni tlak, ispitanici su složni u odgovorima da postoji štetno djelovanje na cjelokupni organizam (izaziva „slabost", „vrućinu", „bol", „stiskanje" i sl.). Nisu potpuno upoznati kakve bi vrijednosti tlaka trebali imati, ali uglavnom su negdje čuli ili vidjeli da su povoljne vrijednosti krvnoga tlaka u starijoj dobi one niže od 150/90 mmHg.

Općenito smatraju da starija životna dob uzrokuje više vrijednosti tlaka, zbog procesa koji se događaju organizmu koji stari. Jedino je ispitanik D naveo da „postoji krivo mišljenje među ljudima kako su za starije dobre i više vrijednosti tlaka, jer je jasno da su one idealne uvijek iste (120/80 mmHg) i da njima treba težiti". Ispitivači su bili iznenađeni odgovorom, jer nisu očekivali ovakvo razumno i primjereno objašnjenje. Na pitanje kako zna za ciljane vrijednosti tlaka, ispitanik D je odgovorio da na plakatu u čekaonici liječnika opće prakse stoje jasne upute za pacijente koji boluju od hipertenzije i svatko ih može pročitati.

Navedeno je dalo zaključiti da su zdravstvene informacije ipak na neki način dostupne i razumljive široj populaciji, no ipak ostaje pitanje prihvaćanja i pridržavanja istih u svakodnevnom životu.

Ispitanici općenito misle da se povišene vrijednosti krvnoga tlaka mogu držati pod kontrolom jedino uzimanjem medikamentozne terapije i redovitim odlascima liječniku. Ispitanica C , te ispitanici A i D, redovito kontroliraju vrijednosti krvnoga tlaka kod kuće. Misle da pravilno određena i prilagođena terapija koju propiše liječnik ima glavnu ulogu u upravljanju bolešću i sprečavanju komplikacija.

Rijetko se informiraju o drugim mogućnostima liječenja (alternativni pripravci, čajevi, biljke i sl.), i ne prepoznaju vezu između kontrole rizičnih čimbenika i pozitivnog utjecaja na već postojeću bolest.

5 Rasprava

Iako postoji mnoštvo dokaza da je arterijska hipertenzija glavni čimbenik kardiovaskularnog rizika, te unatoč činjenici kako snižavanje tlaka smanjuje taj rizik, dosadašnje studije (Kearney et al., 2004) pokazuju kako značajan dio hipertoničara nije svjestan svog zdravstvenog stanja ili, ako jesu, ne liječe se. Preporučene vrijednosti arterijskog tlaka rijetko se postižu. U Hrvatskoj tek svaki peti liječeni hipertoničar postiže ciljne vrijednosti tlaka koje su za većinu osoba manje od 140/90 mmHg (Jelaković et al., 2007). Iz razgovora sa ispitanicima može se zaključiti da većina nije svjesna opasnosti koje sa sobom nosi povišeni krvni tlak, a znanja koja imaju o ciljanim vrijednostima tlaka nisu dostatna.

Liječenje oboljelih od hipertenzije zahtjeva promjene životnih navika, koje uključuju smanjenje tjelesne težine s ciljnim vrijednostima ITM-a od 18,5 do 24,9 kg/m2, smanjen unos kuhinjske soli do 5 g NaCl na dan, konzumaciju hrane bogate voćem i povrćem, uz smanjen unos zasićenih masti, malomasnih mliječnih proizvoda, biljnih vlakana topivih u vodi, žitarica punog zrna i proteina biljnog porijekla (Khan et al., 2007, Lin et al., 2003).

Dvoje ispitanika (40%) u ovom istraživanju ima prekomjernu tjelesnu težinu (ITM > 25 kg/m2) što je slično rezultatima Hrvatske zdravstvene ankete (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, 2012), prema kojoj 46% populacije starije od 65 godina ima prekomjernu težinu.

Ispitanici se ne pridržavaju uputa o preporučenoj količini kuhinjske soli, što odgovara podacima dobivenim u drugim studijama. U razvijenim zemljama unos soli je više nego udvostručen i kreće se od 10 do 20 grama (WHO, 2007; De Wardener, MacGregor, 2002), a u Hrvatskoj je prosječan unos soli 11,6 grama (muškarci 13,3 g vs. žene 10,2 g) (Jelaković et al., 2009).

U liječenju bolesnika s hipertenzijom preporučuje se redovita tjelesna aktivnost, najmanje 30 minuta svakog dana u obliku šetnje, laganog trčanja ili plivanja (aerobne fizičke vježbe izdržljivosti) (Mancia et al. 2007), ograničen unos alkohola do 30 g etanola na dan, što odgovara količini od 720 ml piva ili 300 ml vina ili 60 ml žestokog pića za muškarce, te za polovicu manje za žene, što iznosi do 15 g etanola na dan (Mancia et al. 2007).

U ovom istraživanju četiri (80%) osobe su fizički neaktivne, što je slično rezultatima dobivenim u istraživanju CDC (2009), a prema njima je u SAD-u 49,4% nedovoljno aktivnih odraslih osoba. Što se tiče prevalencije nedovoljne fizičke aktivnosti po dobnim skupinama, ona se gotovo linearno povećava s povećanjem dobi, pa je tako najmanja u dobnoj skupini 18-24 godina (38,8%), a najveća u dobnoj skupini starijih od 65 godina (59,8%).

Iz razgovora s ispitanicima saznajemo da troje (60%) ispitanika konzumira alkohol. Iako su ispitanici izbjegavali reći koliko točno alkohola piju, ovi podaci su slični podacima dobivenim u HZA (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, 2012) prema kojoj je 77,1% stanovništva u RH konzumiralo alkohol.

Prestanak pušenja treba poticati, jer je pušenje pokazatelj rizičnog zdravstvenog ponašanja i značajno je povezano sa nastankom aterosklerotskih oštećenja krvnih žila. Prestanak pušenja smanjuje hipertenziju i rizik od kardiovaskularnih bolesti, te je stoga promocija javnozdravstvenih programa o štetnosti pušenja vrlo značajna u prevenciji nastanka hipertenzije (Primatesta et al., 2001, Poulter, 2002). U Republici Hrvatskoj je najmanje svaka treća odrasla osoba pušač (27,4% odraslih osoba) (MIZ, 2013) što je manje od rezultata koji su dobiveni u ovom istraživanju, u kojem su 40% ispitanika pušači.

Gotovo svi ispitanici imaju pasivan stav prema vlastitoj bolesti i liječenju, te se nadaju da će liječnik propisati najbolju medikamentoznu terapiju o kojoj, prema njihovu mišljenju, isključivo ovisi kontrola povišenih vrijednosti tlaka.

Životne navike koje su ispitanici ranije stekli imaju značajan utjecaj na zdravstveno ponašanje u kasnijoj dobi i usvajanje promjena u životnome stilu. Ispitanici su često svjesni potrebe da uvedu korekcije u ponašanju, ali uslijed nedostatka podrške (socijalne, financijske, obiteljske), fizičkih ograničenja i okolinskih čimbenika, teško postižu napredak.

Ograničenja istraživanja: ovo istraživanje je rađeno na malom broju ispitanika, te na osnovu toga ove rezultate ne možemo smatrati reprezentativnim. Stoga smatramo da ovo istraživanje može biti podloga za daljnja istraživanja na većem broju ispitanika i na širem zemljopisnom području. Ovo istraživanje nam može dati smjernice u daljnjem radu s hipertoničarima.

6 Zaključci

Arterijska hipertenzija je globalni javnozdravstveni problem i predstavlja sve veću prijetnju, obzirom na to da je prevalencija ove bolesti u stalnom porastu. Unatoč dobroj antihipertenzivnoj terapiji, farmakoloških i nefarmakoloških mjera, suvremena istraživanja ukazuju na nedostatnu regulaciju arterijskog krvnog tlaka u hipertoničara. Kako bi se trend porasta bolesnika počeo smanjivati, potrebno je provoditi mjere prevencije, koje uključuju promjenu životnih navika. To se može postići putem nacionalnih kampanja, javnih medija, javnozdravstvenih akcija, kroz koje bi se građani svih dobnih skupina informirali, educirali i senzibilizirali o pozitivnim aspektima zdravih stilova života. To uključuje pravilnu prehranu, redovitu tjelesnu aktivnost, smanjenje tjelesne težine, smanjen prekomjerni unos soli, ograničen unos alkoholnih pića i prestanak pušenja. Kako bi sve ovo mogli ostvariti, važno je stvaranje okruženja koje daje mogućnost podržavanja izbora zdravog ponašanja. Ovakav pristup zdravlju, promicanja u svim postavkama, traži osiguranje potrebnih resursa, poput dostupnosti znanja o mogućnosti zdravog ponašanja, društvene klime koja favorizira takvo ponašanje, mogućnosti nabavke zdrave hrane, dostupnosti rekreativnih terena i sadržaja u blizini mjesta gdje ljudi žive i rade, okruženja u kojem ljudi imaju mogućnost odabira opcije – opcije koja može za posljedicu imati smanjenje arterijskog tlaka.

Literatura

Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American: Heart Association Hypertension, 2006; 47: 296–308.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Behavioral Risk Factor Surveillance System, Prevalence and trends data. Dostupno na http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/index.asp (13.1.2016).

Cvetković-Pucarin J, Kern J, Vuletić S. Regionalne karakteristike prehrane u Hrvatskoj: Acta Med Croatica. 2010; 83-87.

De Wardener HE, MacGregor G. Salt, blood pressure and health: Int J Epidemiol, 2002; 31: 320-7.

Diaz KM, Shimbo D. Physical Activity and the Prevention of Hypertension: Curr Hypertens Rep, 2013; 15: 659-68.

Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension: Endocr Pract, 2001; 7(5): 392-9.

Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors: BMJ, 1994; 309: 901-911.

Erceg M, Hrabak-Žerjavić V, Ivičević Uhernik A. Regionalne značajke arterijske hipertenzije u odraslog stanovništva Republike Hrvatske: Acta Med Croatica, 2007; 61(3): 293-8.

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease: Lancet, 2002; 360: 1347-60.

Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking: J Hypertens, 1992; 10: 495-499.

He J, Whelton PK, Appel LJ et al. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. Hypertension, 2000; 35: 544-9.

Jelaković B, Kuzmanić D, Laganović M. Epidemiologija hipertenzije u Hrvatskoj EH-UH 2001: Liječ Vjes, 2001; 123: 334-6

Jelaković B, Premužić V, Čvorišćec D, Erceg I, Fuček M, Jelaković M, Jovanović A, Kaić-Rak A, Laganović M, Lederer P, Pećin I, Perković M, Reiner Ž, Sertić J, Špišić T: Salt Mapping in Croatia. Croatian Action on Salt and Health (CRASH): Kidney and Blood Press Research, 2009; 32: 323.

Jelaković B, Željković-Vrkić T, Pećin I, Dika Z, Jovanović A, Podobnik D et al. Arterijska hipertenzija u Hrvatskoj. Rezultati EH-UH studije. Acta Med Croatica 2007; 61: 287-92.

Khan NA, Hemmelgarn B, Padwal R et al. The 2007 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2.- therapy: Can J Cardiol, 2007; 23: 539-50.

Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review: J Hypertens, 2004; 22: 11-9.

Lin PH, Aickin M, Champagne C, Craddick S et al. Food group sources of nutrients in the dietary patterns of the DASH-Sodium trial. J Am Diet Assoc 2003; 103: 488-96.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Germano G, Grassi G et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25: 1105-87

Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, Satterfield S, Hebert P, O'Connor GT, Buring JE, Hennekens CH. The primary prevention of myocardial infarction: N Engl, J Med 1992; 326: 1406-16.

Mishra V, Arnold F, Semenov G, Hong R, Mukuria A. Epidemiology of obesity and hypertension and related risk factors in Uzbekistan: Eur J Clin Nutr, 2006; 60: 1355-66.

MIZ. 2013. Dostupno na: https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/Arhiva//74.%20-%2011.pdf (04.01.2016).

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020, 2012 g. Dostupno na: http://www.hrt.hr/fileadmin/video/49._-_1.pdf (04.01.2016).

Poulter NR. Interpendent effects of smoking on risk of hypertension: small, if present. J Hypertens, 2002; 20: 171-2.

Primatesta P, Falaschettti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from health survey for England: J Hypertens, 2001; 37: 187-93.

Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies: Arch Intern Med, 2000; 160: 939-944.

World Health Organisation. Reducing salt intake in populations: Report of a WHO forum and Technical meeting 5-7 October 2006, Paris, France. Dostupno na: http://www.who.int/dietphysicalactivity/reducingsaltintake_EN.pdf. (13.1.2016).

World Health Organization. Reducing salt intake in populations. Report of a WHO Forum and Technical meeting. Geneva: WHO, 2007.

Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials: Hypertension, 2001; 38: 1112-7.

Zdravko Maček, Ivan Balagović
Alma Mater Europaea – ECM

ANALIZA ZADOVOLJSTVA FIZIOTERAPEUTA TIMSKOM SURADNJOM NA NEUROREHABILITACIJSKOM ODJELU

ANALYSIS OF PHYSIOTHERAPISTS' SATISFACTION WITH TEAMWORK IN THE NEUROREHABILITATION DEPARTMENT

Sažetak

Uvod: Fizioterapija u neurologiji je kompleksan proces. U neurorehabilitacijskom procesu neophodan je odgovarajući oblik timske suradnje. Informiranost članova tima o timskoj suradnji i njihovo zadovoljstvo međusobnom suradnjom pokazatelji su pojedinih problema u funkcioniranju tima. Cilj istraživanja je provjeriti osnovnu informiranost fizioterapeuta članova tima o timskom radu, te analiza opažanja fizioterapeuta članova stručnog tima o funkcioniranju vlastitog neurorehabilitacijskog tima na neurološkom odjelu Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice. Postavljene su hipoteze da fizioterapeuti članovi neurorehabilitacijskog tima nemaju osnovne informacije o timskom radu, te da fizioterapeuti nisu zadovoljni radom vlastitog tima.

Metode: U radu je korišten upitnik 1 za provjeru osnovne informiranosti o timskom radu i upitnik 2 za provjeru zadovoljstva članova tima timskom suradnjom. Ukopno je sudjelovalo 20 fizioterapeuta. Rezultati su prikazani na nominalnoj skali ocjenama od 1 do 5. Obrada rezultata pokazuje prosječnu ocjenu informiranosti i zadovoljstva radom tima, te dominantne vrijednosti pojedinačnih rezultata.

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazali su da je prosječna ocjena informiranosti ispitanika 2,75, a zadovoljstvo timskim radom 2,76.

Zaključak: Istraživanje je pokazalo da je informiranost fizioterapeuta i zadovoljstvo timskim radom nije zadovoljavajuće, što ukazuje na potrebu poboljšanja timske suradnje.

Ključne riječi: neurološka rehabilitacija, timski rad, fizioterapija

Summary

Introduction: Physical therapy in neurology is a complex process. In the neurological rehabilitation process, appropriate form of team cooperation is necessary. Team members' awareness about cooperation and their satisfaction with mutual cooperation indicate certain problems in functioning of a team. The goal of this research is examine basic awareness of team members about teamwork and the analysis of the team members' observations about the functioning of their own neurological rehabilitation team within the Neurology department of the Special Hospital for Medical Rehabilitation, Krapinske Toplice. Appointed hypothesis are that physical therapists, members of the neurorehabilitation team, do not have basic information about teamwork and that they are not satisfied with the work of their own team.

Methods: In the research, two questioners have been used. Questioner 1 has been used to examine the basic awareness about teamwork and the questioner 2 has been used for examination of team members' satisfaction with their own team. 20 physical therapists have participated in the research. Results are shown in the scale from 1 to 5. Result analysis shows an average rating of awareness and satisfaction with teamwork, but with the dominate ratings of individual results.

Results: The research results have shown that an average awareness of the examinees is 2.75, and satisfaction with teamwork is 2.76.

Conclusion: The research has shown that awareness of physical therapists is good, as well as satisfaction with teamwork, but at the lowest possible level, which indicates the necessity for improvement.

Key words: neurological rehabilitation, team work, physical therapy

1 Uvod

Neurorehabilitacija je proces kojim se osobu nastoji ponovno osposobiti za što samostalnije i normalnije funkcioniranje u situacijama svakodnevnog života.

Oštećenja struktura i problemi tjelesnih funkcija koji nastaju kao posljedica bolesti ili povrede središnjeg živčanog sustava pojavljuju se u vrlo širokom spektru. Problemi se mogu manifestirati u motoričkom, senzoričkom, autonomnom i neuropsihološkom području funkcioniranja. Problemi su obično međusobno isprepleteni, ovisno o mjestu i opsegu oštećenja živčanog sustava (Edwards, 1996).

Suvremena problemski orijentirana neurorehabilitacija nastoji afirmirati holistički pristup pacijentu. Holistički pristup, nasuprot medicinskom pristupu, podrazumijeva promatranje pacijenta, njegovih problema i ciljeva na osnovi bio-psiho-socijalnog modela funkcioniranja. Holistički pristup uvažava normalne biološke karakteristike pojedinca i njihova oštećenja, psihološke osobine osobe, te usklađenost bioloških i psiholoških faktora sa živom i neživom okolinom (Gjelsvik, 2008).

Proces neurorehabilitacije je kompleksna aktivnost u kojoj sudjeluju različiti stručnjaci uglavnom medicinskih profesija (transdisciplinarni tim), ali često se ukazuje potreba uključivanja i nemedicinskih profesija (multidisciplinarni tim). Uspješnost neurorehabilitacijskog procesa ovisi o stručnosti i kompetencijama svakog člana stručnog tima, a efikasnost tima ovisi o odabiru odgovarajućeg modela timske suradnje. Studije su pokazale da dobro organizirana multidisciplinarna rehabilitacija pacijenata u postakutnoj fazi nakon moždanog udara, u bolničkim uvjetima daje statistički značajne i klinički važne rezultate u odnosu na rehabilitaciju u kojoj nisu bili zastupljeni svi potrebni stručnjaci (Langhorne, Duncan, 2001).

Guzzo (1986, prema Yancey, 1998) definira tim kao grupu individua koji se vide i viđeni su od okoline kao socijalni entitet, koji su međuzavisni zbog posla koji rade kao članovi grupe. Oni su uključeni u veći socijalni sistem i obavljaju zadatke koji utječu na druge, unutar i izvan tog socijalnog sistema. Ključno je da su samostalni, i to ih razlikuje od radnih grupa. Učinak članova tima višestruko je veći od učinka članova skupine. Sposobnosti člana tima intenzivno se i stalno razvijaju, a on ih ima prilike pokazati i dokazati. Član radne grupe je u tome uskraćen zbog jasno određene uloge i male mogućnosti da je u unaprijed definiranoj strukturi promijeni. To rezultira time da članovi tima prepoznaju svoj udio u timskom rezultatu, dok član radne grupe uglavnom može vidjeti jedino ono što sam radi.

Da bi tim bio učinkovit, ugodan za članove i efikasan, mora biti sačinjen od ljudi koji imaju timu potrebna znanja, mora imati odgovarajuću veličinu, mora imati ravnotežu privatnih i timskih uloga pojedinca, primjerene osobine ličnosti članova tima, primjereno uključivanje članova tima u aktivnost, te strukturirane uloge (Tudor, Srića, 1998).

Razvitak tima je dinamičan proces. Većina je timova u neprestanom stanju promjena. Da bi tim bio što efikasniji, prvo mora postati tim. Još 1970. Tuckman je identificirao 4 stadija kroz koje mora proći tim da bi bio uspješan. To su formiranje, orijentiranje, izrastanje i završni stadij u kojem je tim razvijen. Svaki je stadij jednako vrijedan, kao dio planiranog puta k timskoj zrelosti, a loš je samo onaj u kojemu se tim nedovoljno razvija ili predugo zadržava (Tudor, Srića, 1998).

Prvi stadij razvoja tima je formiranje. Članovi se međusobno upoznaju i pokušavaju zbližiti, ali i izboriti za pravo mjesto u strukturi skupine, dok će im voditelj pokušati predstaviti i objasniti timske ciljeve, te pokušati odrediti pojedinačne radne uloge u timu.

Drugi stadij je orijentiranje. Nakon okupljanja, upoznavanja i privikavanja na zajednički rad, skupina pojedinaca počinje postupno poprimati obilježja tima. Grupa počinje djelotvornije raditi i sve više ulagati u sebe. U ovom stadiju većina članova pokušava sudjelovati u zajedničkim aktivnostima, više skrbi za suradnike, jača skupna povezanost. No većina će ipak osjećati da rezultati dolaze mukotrpno i sporo.

Treći stadij je izrastanje. Nakon uspješno prebrođenog razdoblja krize radnog morala zbog izostajanja očekivanog rezultata, formiranjem hijerarhije, tim se sređuje i učvršćuje u skladnu cjelinu. Komunikacija je puno učinkovitija te je izražena suradnja među članovima. Timske se norme učvršćuju, visoka je povezanost, te raste upotreba niza različitih novih vještina i metoda rada.

Četvrti stadij je stadij razvijenog tima. Zajednički ciljevi postaju prvenstvenim ciljevima svakog člana. Moral tima je vrlo visok, članovi su zadovoljni, okreću se radu jer su svoje međusobne odnose stabilizirali na odgovarajući način. Svatko ispunjava svoju timsku ulogu, pojedinačna su zaduženja dobro uklopljena u cjelinu tima, usklađen je rad svakoga sa svakim, cijeli tim okrenut je zajedničkom poslovnom cilju, članovi odišu samopouzdanjem, svi su svjesni timske snage, svatko je zadovoljan jer mu rad u timu pruža mnoštvo načina i prilika za zadovoljenjem osobnih i zajedničkih potreba. U ovoj fazi vrlo je visoka efikasnost tima uz minimalnu i diskretnu potporu voditelja (Tudor, Srića, 1998).

Efikasnost timskog rada povezana je s krajnjim rezultatima tima i zadovoljstvom članova tima (Sundstrom, 1990, Draft, 2000). Zadovoljstvo proizlazi iz mogućnosti da zadovolji osobne potrebe članova tima i time povećava njihovu motiviranost i odgovornost za rad tima.

Prema veličini, timovi obično broje 3 do 20 članova, a uobičajeno su najefikasniji kada imaju oko 4 do 12 članova. Mali timovi su homogeniji, članovi su više povezani i usmjereni na rasprave, razmjenjuju iskustva, lakše se stvaraju bliski odnosi. Kada broj članova tima prelazi 12 osoba, lakše dolazi do stvaranja podgrupa, te lakše dolazi do konflikta. Neadekvatna komunikacija i nepotpuno sudjelovanje u radu tima dovode do niskog zadovoljstva članova tima (Draft, 2000).

Model timske organizacije u kojem su naglašeniji horizontalni od vertikalnih načina vođenja i djelovanja pruža višestruke pogodnosti. Odnosi u takvom timu su demokratičniji, a organizacija se može ostvariti kao živi organizam. Od velike je važnosti ostvariti međusobno povjerenje članova organizacije, koje doprinosi pozitivnom ozračju i međusobnoj potpori članova. Također je važno uvažavati individualne psihosocijalne osobine pojedinaca, dopuštati različita mišljenja, te iz njih preuzimati nove ideje. Poticanje i omogućavanje kreativnosti članova organizacije vodi k većoj učinkovitosti tima, koja je popraćena i unutarnjim zadovoljstvom članova. Kreativnost se može promatrati i sa stanovišta intelektualnog kapitala, u kojem kreativni pojedinac, nositelj ideja i znanja uspješno mijenja i nadograđuje postojeće sisteme organiziranja i vođenja organizacije.

Kohezivnost tima je osobina koja se ogleda u privlačnosti tima članovima, njihovoj međusobnoj privlačnosti, otpornosti na osipanje, povezanosti grupe, privrženosti ciljevima i idealima tima (Petz, 1992).

Modeli timske suradnje u procesu neurorehabilitacije često se isprepliću i ovise o problemima, potrebama i ciljevima pacijenta i tima (Paeth Rohlfs, 1999).

Neurorehabilitacijski tim na odjelu neurologije u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice je transdisciplinaran. Čine ga stručnjaci zdravstvenih profesija, a sastav tima propisan je od strane HZZO-a. Stručni tim čine: medicinska sestra, radni terapeut, fizioterapeut, logoped, psiholog i liječnik. Voditelj tima je liječnik neurolog ili fizijatar. Odjel za neurorehabilitaciju u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice je vrlo velik, pa je organizacijski podijeljen u četiri manja odjela kojima pripada i odgovarajući stručni tim. I nakon podjele u četiri manja tima, tim je i dalje velik i broji oko 29 članova, i to 15 medicinskih sestara, 7 fizioterapeuta, 3 radna terapeuta, 2 logopeda, 1 psihologa i 1 liječnika neurologa koji je ujedno i voditelj tima. Zbog velikog broja članova, neadekvatne organizacije timskog rada i nedovoljne edukacije članova tima, djelovanje neurorehabilitacijskog tima u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice višestruko odstupa od teoretskih načela timskog rada.

Educiranost članova tima i njihovo vlastito zadovoljstvo radom tima važni su pokazatelji organizacije i efikasnosti stručnog tima.

Cilj istraživanja je provjeriti osnovnu informiranost fizioterapeuta članova tima o timskom radu i suradnji.

Cilj istraživanja je i analiza opažanja fizioterapeuta članova stručnog tima o funkcioniranju vlastitog neurorehabilitacijskog tima na neurološkom odjelu Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice.

1.1 Hipoteze

Fizioterapeuti članovi neurorehabilitacijskog tima nemaju osnovne informacije o timskom radu.

Fizioterapeuti članovi neurorehabilitacijskog tima nisu zadovoljni radom vlastitog tima.

2 Metode

U istraživanju, naglašena je procjena zadovoljstva radom tima, procjena vlastite uloge u timu, interakcije s drugim članovima tima, motivacija, razumijevanje, uspješnost tima. Analizom samoopažanja želi se prikazati stupanj zadovoljstva fizioterapeuta članova tima i njihova ocjena vrijednosti tima.

U istraživanju su korištena dva upitnika koje su izradili autori, a koji su primijenjeni na uzorku od 20 fizioterapeuta koji rade u neurorehabilitacijskom timu u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice. Od 20 ispitanika, 10 ima završenu srednju školu, a 10 višu školu za fizioterapeute.

Prvi upitnik sadrži 5 pitanja kojima se provjeravaju osnovna informiranost ispitanika o timskom radu i suradnji. Svaki točan odgovor na postavljeno pitanje boduje se jednim bodom. Broj točnih odgovora predstavlja i ocjenu znanja ispitanika o timskom radu izraženu na skali od 1-5.

Drugi upitnik sadrži 9 pitanja ili tvrdnji na koje ispitanik izražava vlastito opažanje o nekim karakterističnim aspektima suradnje u svom stručnom timu. Pitanja se odnose na: suradnju s ostalim članovima tima, potporu i uvažavanje od strane ostalih članova tima, motivaciju članova, dojam o timskim sastancima, učinkovitosti i edukaciji članova tima. Ispitanik odgovara na pitanje ili tvrdnju ocjenom od 1 do 5, s time da na skali ocjena 1 predstavlja nepostojanje subjekta pitanja ili je stanje vrlo loše. Ocjena 2 označava loše stanje, 3 dobro, 4 vrlo dobro, a ocjena 5 predstavlja odlično, odnosno najbolje moguće stanje subjekta pitanja.

Dobiveni rezultati prvog upitnika pokazuju prosječnu informiranost ispitanih fizioterapeuta članova tima o timskom radu i suradnji.

Dobiveni rezultati drugog upitnika prikazuju prosječne i dominantne vrijednosti dojma ispitanika o karakterističnim aspektima djelovanja njihova tima. Zbroj svih ispitanih prosjeka pojedinih aspekata pokazuje prosječno cjelokupno zadovoljstvo ispitanika vlastitim stručnim timom.

Upitnik 2 daje mogućnost ispitaniku da prema vlastitoj želji iznese napomene i sugestije vezane uz timsku suradnju i njezino poboljšanje.

3 Rezultati

Rezultati dobiveni provedenom anketom u upitniku 1 prikazani su u tablici 1.

Tablica 1:

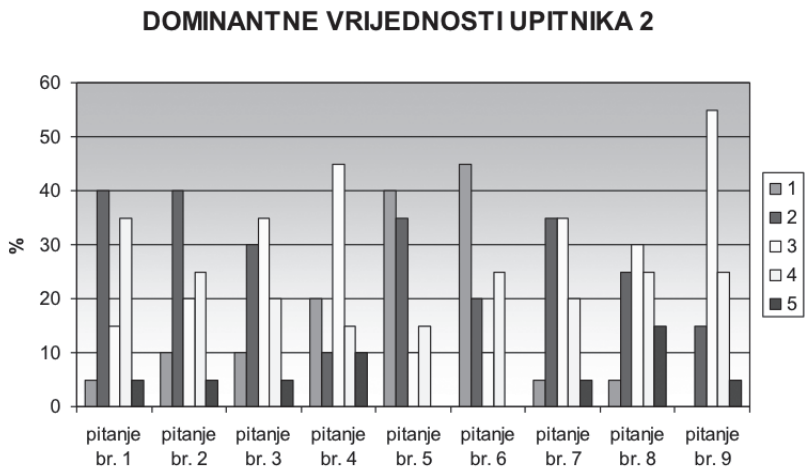
OCJENA	REZULTAT	%
1	1	5%
2	6	30%
3	11	55%
4	1	5%
5	1	5%
Srednja ocjena:	2,75	100%

Rezultati prvog upitnika pokazuju da je prosječna ocjena ispitanika o osnovnoj informiranosti ispitanika o timskom radu i suradnji 2,75. Pojedinačni rezultati istog upitnika pokazuju da je od 20 ispitanika 5% odgovorilo za ocjenu 5, 4 i 1, 30% za ocjenu 2, te 55% za ocjenu 3.

Rezultati upitnika 2 koji pokazuju rezultate zadovoljstva ispitanika pojedinim aspektima timskog rada prikazani su u tablici 2 te na grafikonu dominantnih vrijednosti:

Tablica 2:

PITANJA		ne postoji	slabo/ loše	dobro	vrlo dobro	odlično	srednja vrijednost	dominantna vrijednost
Zadovoljstvo suradnjom u timu	br.	1	8	3	7	1	2,95	3
	%	5	40	15	35	5		40 %
Razumijevanje članova tima o vašoj ulozi	br.	2	8	4	5	1	2,5	2
	%	10	40	20	25	5		40 %
Potpora i uvažavanje Vas od strane članova tima	br.	2	6	7	4	1	2,8	3
	%	10	30	35	20	5		35 %
Motivacija članova za suradnju	br.	4	2	9	3	2	2,85	3
	%	20	10	45	15	10		45 %
Pohvaljivanje i nagrađivanje članova	br.	8	7	2	3	0	2	1
	%	40	35	10	15	0		40 %
Rasprave na sastancima	br.	9	4	2	5	0	2,15	1
	%	45	20	10	25	0		45 %
Educiranost članova tima	br.	1	7	7	4	1	2,87	2 i 3
	%	5	35	35	20	5		35 %
Učinkovitost tima	br.	1	5	6	5	3	3,4	3
	%	5	25	30	25	15		30 %
Dojam o unaprjeđenju timske suradnje	br.	0	3	11	5	1	3,35	3
	%	0	15	55	25	5		55 %



Prosječna ocjena 20 ispitanika na 1. tvrdnju u upitniku iznosi 2,95, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 2 i iznosi 40%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 2. tvrdnju u upitniku je 2,5, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 2 i iznosi 40%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 3. tvrdnju u upitniku je 2,8, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 3 i iznosi 35%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 4. tvrdnju u upitniku je 2,85, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 3 i iznos 45%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 5. tvrdnju u upitniku je 2,0, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 1 i iznosi 40%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 6. tvrdnju u upitniku je 2,15, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 1 i iznosi 45%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 7. tvrdnju u upitniku je 2,85, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 3 i iznosi 40%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 8. tvrdnju u upitniku je 3,4, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 3 i iznose 30%.

Prosječna ocjena 20 ispitanika na 9. tvrdnju u upitniku je 3,35, pri čemu je dominantna vrijednost ocjena 3 i iznosi 55%.

Zbroj prosječnih ocjena ispitanika na svih 9 tvrdnji daje rezultat ukupnog dojma ispitanika o radu i suradnji unutar njihova stručnog tima i iznosi 2,76.

4 Diskusija

Dobiveni rezultati prvog upitnika pokazuju da je temeljna informiranost fizioterapeuta koji djeluju u neurorehabilitacijskom timu, u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice, o općim informacijama i načelima timskog rada dobra, prosječno iznosi 2,75, što odgovara ocjeni 3. Iz dobivenih rezultata vidljivo je da 35% ispitanika pokazuje nedovoljnu i vrlo slabu (ocjena 1 i 2) informiranost o timskom radu, što može predstavljati značajnu poteškoću u praktičnoj primjeni timske suradnje. Svega 10% ispitanika pokazuje vrlo dobru i odličnu (ocjena 4 i 5) informiranost o timskom radu, što može ukazivati na nedostatnu i neadekvatnu edukacije fizioterapeuta. Ovaj upitnik pokazuje samo osnovnu informiranost o timskom radu, a za pouzdanije istraživanje razine znanja o timskom radu bilo bi potrebno koristiti specifičniji test znanja. Budući da je prosječna ocjena osnovne informiranosti relativno niska (2,75), može se pretpostaviti da bi rezultati testa znanja o timskom radu bili vrlo loši.

Hipoteza 1 može se odbaciti jer rezultati upitnika pokazuju da su ispitani fizioterapeuti pokazali dobru osnovnu informiranost o timskom radu.

Dobiveni rezultati drugog upitnika koji se odnosi na doživljaj i zadovoljstvo 20 fizioterapeuta o funkcioniranju vlastitog neurorehabilitacijskog tima pokazalo se dobrim. Prosječna ukupna ocjena dojma fizioterapeuta o funkcioniranju neurorehabolitacijskog tima iznosi 2,76, što nije zadovoljavajuće i odgovara ocjeni 3.

U analizi pojedinih aspekata timske suradnje ispitanici su najpozitivnije ocijenili učinkovitost tima. Prosječna ocjena je 3,4 i čak 40% ispitanika nalazi da je učinkovitost tima vrlo dobra ili odlična, dok sljedećih 30% ispitanika nalazi dobru učinkovitost.

Ispitanici su relativno pozitivno ocijenili unapređenje timske suradnje u proteklih godinu dana. Prosječna ocjena ovog aspekta timske suradnje je 3,35, pri čemu čak 30% ispitanika osjeća da je suradnja bolja ili značajno bolja. Svega 15% misli da je lošija, dok niti jedan ispitanik ne ocjenjuje stanje puno lošijim. Čak 55% ispitanika nalazi da nema promjene u unapređenju timske suradnje u proteklih godinu dana, što ukazuje na sporost pozitivnih promjena u unapređenju timskog rada.

Ispitanici su zadovoljstvo suradnjom u timu ocijenili prosječnom ocjenom 2,95, razumijevanje i znanje ostalih članova tima o ulozi fizioterapeuta ocjenjeno je prosječnom ocjenom 2,5, motivacija ocjenom 2,85, a potpora od strane članova tima ocjenjena je prosječnom ocjenom 2,8. Ovi aspekti timske suradnje govore o međusobnoj direktnoj interakciji članova tima, iz koje se može zaključiti da nema izraženih otvorenih sukoba, ali nema ni razvijene otvorene timske komunikacije.

Niskom prosječnom ocjenom ocjenjena je rasprava o problemima i ciljevima pacijenta na timskim sintezama. Prosječna ocjena 2,15, pri čemu čak 45% ispitanika navodi da ovaj aspekt timske suradnje uopće ne postoji, dok sljedećih 20% ocjenjuje loše, govori u prilog nedovoljno razvijene komunikacije u timu, a također ukazuje i na organizacijske propuste vođenja tima.

Najslabijom prosječnom ocjenom ocijenjen je način pohvaljivanja i nagrađivanja uspješnih članova tima. Prosječna ocjena 2,0, pri čemu 40% ispitanika navodi da pohvaljivanje i nagrađivanje uspješnih članova tima uopće ne postoji, a slijedećih 35% da je loše, a svega 25% nalazi da je dobro ili vrlo dobro, a niti jedan da je odlično, pokazuje da je ovaj aspekt djelovanja tima izrazito nerazvijen i neadekvatan.

Hipoteza 2 također se može odbaciti, jer je istraživanje pokazalo da su ispitani fizioterapeuti članovi neurorehabilitacijskog tima svoje zadovoljstvo funkcioniranjem tima ocijenili ocjenom 3. Ocjena 3 nije zadovoljavajuća, najniža je ocjena kojom se označava pozitivan dojam o timskom radu, dok bi ocjene 1 i 2 označavale veće ili manje nezadovoljstvo timskim radom.

5 Zaključak

Istraživanje provedeno na fizioterapeutima članovima neurorehabilitacijskog tima pokazalo je da informiranost fizioterapeuta o timskom radu i suradnji postoji. Njihova informiranost nije zadovoljavajuća i ne može zadovoljiti potrebe razvijene timske suradnje. Budući da je osnovna informiranost ispitanika na razini prosječnosti, složeniji test znanja o timskom radu vjerojatno bi pokazao loše rezultate. U budućem istraživanju bilo bi korisno preciznije ispitati educiranost fizioterapeuta, ali i ostalih članova tima o timskoj suradnji.

Zadovoljstvo fizioterapeuta funkcioniranjem timskog rada i suradnjom u neurorehabilitacijskom timu na odjelu neurologije Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju pokazalo se općenito nedostatnim. Istraživanje pokazuje da su bolje ocjenjeni stručno-profesionalni aspekti djelovanja i uspješnost tima.

Značajan je podatak da su najslabije ocjenjeni organizacijski aspekti tima. Dojam o tendenciji unapređenja timske suradnje je pozitivnije ocijenjen, što pokazuje da postoje pozitivni procesi razvoja tima. Istraživanje pokazuje da je timska suradnja prosječna, da je razvoj timske suradnje prisutan, da postoji prosječna komunikacija među članovima tima.

Potrebno je ojačati organizacijski aspekt timskog rada, koji se u istraživanju pokazao najlošiji. Jačanjem organizacijske forme tima može se očekivati tendencija napredovanja i ostalih aspekata funkcioniranja neurorehabilitacijskog tima.

Literatura

Draft, R. (2000): Management. The Dryden Press. Orlando.

Edwards, S. (1996). Neurological physiotherapy. New York. Churchill Livingstone; 42-56.

Gjelsvik, BEB. (2008). The Bobath Concept in Adult neurology. Stuttgart. Thieme; 145-163.

Langhorne, P., Duncan, P. (2001). Does the organization of postacute stroke care really matter?. Stroke; 32(1): 268-74.

Paeth Rohlfs, B. (1999). Erfahrungen mit dem Bobath – Koncept. Stuttgart – New York. Thieme; 45.

Petz, B. (1992). Psihologijski rječnik. Prosvjeta. Zagreb.

Tudor, G., Srića, V. (1998). Menadžer i pobjednički tim. MEP Consult i Croman, Zagreb.

Yancey, M. (1998). Work teams: three models of effectiveness. Center for study of work teams, University of North Texas.

Danijela Majcenovič Cipot, univ. dipl. soc., Sonja Šavel, prof. ped. in soc.
Naprej – Center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo

VKLJUČEVANJE IN SODELOVANJE SVOJCEV V PROCESU DOLGOTRAJNE REHABILITACIJE OSEB S PRIDOBLJENO MOŽGANSKO POŠKODBO

INVOLVEMENT AND COOPERATION WITH RELATIVES IN THE PROCESS OF LONG-TERM REHABILITATION OF INDIVIDUALS WITH ACQUIRED BRAIN INJURY

Povzetek

Pridobljene možganske poškodbe (PMP) postajajo vedno bolj pereč družbeni problem, saj v temelju spremenijo tako življenje posameznika z možgansko poškodbo kot življenje njegovih družinskih članov. Na dolgi rok pa vplivajo tudi na sistem zdravstva in socialnega varstva, saj taki posamezniki potrebujejo več zdravstvene oskrbe in socialnih storitev ter transferjev v celotnem nadaljnjem življenju.

Posameznik se po PMP sooča s posledicami na fizični, kognitivni, čustveni, vedenjski, osebnostni in socialni ravni. Zato je pogosto odvisen od pomoči druge osebe, saj ne zmore več samostojnega vsakodnevnega delovanja. Po zaključeni medicinski rehabilitaciji je najpogosteje prepuščen v oskrbo svojcem, ki si ne predstavljajo, kako se bo tudi njim spremenilo življenje. Po PMP je prizadeta celotna družina, saj se ob skrbi za svojega člana s PMP, ki ni in ne bo več takšen, kot je bil nekoč, ostali člani lahko soočajo z občutki stiske, tesnobe, jeze in depresije.

Za uspešno vključevanje posameznika po PMP nazaj v življenjsko okolje je ključnega pomena sodelovanje svojcev v procesu rehabilitacije. Z njihovo vključitvijo se terapevtsko delo in znanje lažje prenašata v domače okolje, posameznikov trud in delo pa sta kontinuirana. Hkrati pa svojci dobivajo podporo, ki jo potrebujejo predvsem na čustvenem področju.

Ključne besede: pridobljene možganske poškodbe, dolgotrajna rehabilitacija, svojci, sodelovanje, Center Naprej

Abstract

Acquired brain injuries (ABI) are becoming more and more acute social problem because they fundamentally alter the life of an individual with ABI, as well as his family. In the long term, ABI also affect the system of health and social care, because such individuals require more health care and usually become users of different social services and transfers throughout their entire lives.

A person with an ABI faces the consequences on physical, cognitive, emotional, behavioural, personal, and social level. Therefore, he is usually dependent on the assistance of another person, because he is no longer able to function in everyday life. After the finishing medical rehabilitation, he is usually left in the care of relatives who cannot imagine how their lives will change. ABI affect the whole family, because taking care of a member with ABI, who is no longer and will never be the same, can cause other members to face feelings of distress, anxiety, anger, and depression.

The participation of family members in the rehabilitation process forms an important part in a successful integration of the person with ABI back into the living environment. Inclusion of family members in the process, therapeutic work, and knowledge, helps the patient to be more easily transmitted in the home environment, while individual effort and work are continuous. At the same time, relatives receive the support they need, emotional in particular.

Key words: acquired brain injury, long-term rehabilitation, relatives, co-operation, Centre Naprej

1 Uvod

V zadnjih nekaj desetletjih se je število oseb, ki so utrpele poškodbe možganov, povečalo do mere, da lahko govorimo o »tihi epidemiji« (Powell, 2007). Zagotovo lahko iščemo vzroke za to v spremenjenem načinu življenja, saj je posameznik veliko hitrejši, pogumnejši in bolj preizkuša meje svojih zmožnosti in vzdržljivost svojega telesa. Sodobna znanost, tehnologija in medicina omogočajo vse večje preživetje ljudi po nesrečah, hkrati pa ljudje sami s svojimi razvadami in tudi samim načinom življenja spodbujamo porast nekaterih bolezni, zaradi katerih lahko pride do poškodb možganov (porast srčno-žilnih obolenj, zloraba opojnih substanc, stres ...), kot je bilo ugotovljeno v Slovenskem nacionalnem programu preprečevanja bolezni srca in žilja (Pinter et al., 2009/2010).

Pridobljene možganske poškodbe (PMP) postajajo vedno bolj pereč družbeni problem, saj v temelju spremenijo tako življenje posameznika, ki možgansko poškodbo utrpi, kot tudi življenje vseh njegovih družinskih članov. Na dolgi rok pa vplivajo tudi na sistem zdravstva in socialnega varstva, saj taki posamezniki potrebujejo več zdravstvene oskrbe skozi vse življenje, po navadi pa postanejo tudi uporabniki različnih socialnih storitev in transferjev, saj ne morejo več dejavno sodelovati na trgu delovne sile.

V nadaljevanju bova zaradi lažjega razumevanja pomena vključevanja svojcev v proces rehabilitacije oseb s PMP predstavili težave, s katerimi se soočajo posamezniki in družine po pridobljeni možganski poškodbi. Nato pa bova predstavili vključevanje in sodelovanje svojcev v procesu dolgotrajne rehabilitacije uporabnikov Centra Naprej na vseh ravneh: pri strokovnem delu, v družabnih in prostočasnih dejavnostih, športnih dejavnostih ter v obliki skupine svojcev za samopomoč. Osvetlili bova pomen tega sodelovanja tako za uporabnike kot tudi za njihove svojce in ne nazadnje za uspeh našega strokovnega dela.

2 Posameznik in pridobljene možganske poškodbe

Naši možgani so nadzorno središče telesa. Odgovorni so za naše celotno delovanje: zaznavanje sveta okoli nas, odzivanje na dražljaje, premikanje, prehranjevanje, učenje, mišljenje, načrtovanje, sanje, čustvovanje ... Lahko rečemo, da so odgovorni za to, kar smo. Možgani so varno spravljeni v naši glavi, varuje jih več zaščitnih plasti (koža, lasje, kosti, možganske ovojnice ...), saj so zaradi svoje funkcije neprecenljive vrednosti.

2.1 Vzroki za nastanek pridobljenih možganskih poškodb

Pridobljene možganske poškodbe lahko nastanejo zaradi različnih vzrokov, ki so travmatske ali netravmatske narave. Najpogosteje nastanejo kot posledica padcev, prometnih nesreč, poškodb pri športnih dejavnostih, udarcev in trčenj, eksplozij ali nasilnih dejanj. Poleg tega pa lahko nastanejo zaradi netravmatskih vzrokov: kot posledica pomanjkanja kisika v možganih, kapi, možganske krvavitve, anevrizme, možganskega tumorja ali operacije na možganih ter kot posledica nekaterih bolezni (AIDS, presnovne bolezni), okužb, zastrupitev ter zlorabe alkohola in drog. PMP običajno označujeta obdobje spremenjene zavesti (vse do kome) in/ali obdobje posttravmatske amnezije, ki lahko traja različno dolgo. Glede na dolžino teh obdobij lahko PMP delimo na lažje, zmerne in hude. Po Powellu je posledica poškodbe okvara možganovine, zaradi katere se poslabšajo poškodovančeve telesne, duševne in čustvene sposobnosti (Powell, 2007).

2.2 Posledice pridobljenih možganskih poškodb pri posamezniku

Posledice pridobljene možganske poškodbe se med posamezniki razlikujejo in jih je težko predvideti. Odvisne so od več dejavnikov: vrste in teže poškodbe, lokacije poškodbe v možganih, starosti in psihofizične kondicije poškodovanega ter njegovega odnosa do poškodbe in procesa rehabilitacije.

Posledice pridobljenih možganskih poškodb se delijo na (projekt ABI):

- motnje kognitivnih funkcij (spomin, pozornost, koncentracija, izvršilne sposobnosti, obdelava podatkov, reševanje problemov, fleksibilnost mišljenja, načrtovanje, odločanje, vpogled v težave, zaznavanje in vidno-prostorsko procesiranje);
- govorne in jezikovne motnje (govorjenje, razumevanje, branje in pisanje);
- somatske motnje (motnje gibanja, koordinacije in ravnotežja, utrudljivost, glavobol, epileptični napadi, motnje požiranja, inkontinenca);
- senzorične motnje (motnje občutenja);
- spremembe osebnosti, čustvovanja in vedenja (jeza in agresija, neprimerne oblike vedenja, seksualne težave, samomorilno vedenje);
- spremembe v družinskem življenju in pri stikih z ljudmi;
- spremembe v poklicnem življenju.

Zelo pomembno je, da se tako strokovnjaki kot vsi drugi, ki prihajamo v stik z osebami s PMP, zavedamo, da so posledice PMP po navadi večplastne – to pomeni, da ima tak posameznik posledice na več področjih. V večini primerov so te posledice nepopravljive, posebno pri zmernih in hudih poškodbah. Z rehabilitacijo se lahko posledice odpravijo le do določene mere, nekatere spremembe pa ostanejo za vedno. Nekoč »normalni« in dejavni državljani postanejo odvisni od pomoči družine in od sistema.

2.3 Posameznikovo življenje po pridobljeni možganski poškodbi

Veliko poškodovanih se obdobja ob in takoj po poškodbi slabo ali sploh ne spominja. V bolnišnici zanje skrbi usposobljeno osebje, dan poteka ob mnogih terapijah, predvsem na fizičnem področju so napredki večji in hitrejši. Ko je poškodovani stabilen z medicinskega vidika, je najpogosteje odpuščen v domačo oskrbo. Večina poškodovanih je zelo veselih, ko pridejo domov, saj jim dom predstavlja varen prostor, kjer lahko ponovno najdejo sebe. Veseli so tudi družina in prijatelji, vendar se slednjim življenje hitro vrne v vsakdanjo rutino. Posledice PMP pa se za poškodovanega začnejo najbolj kazati, ko se mora soočiti z vsakdanjimi izzivi. Najpogostejše težave oseb s PMP so nezmožnost načrtovanja in organizacije dneva, spomniti se in uporabiti določene informacije, ostati osredotočen na nalogo, medtem ko jih bombardirajo zunanje informacije, in na splošno osmisliti svet, v katerem živijo. Drugi ljudje pogosto te spremembe težko razumejo. Poškodovani kmalu ugotovi, da ni več enakih razlogov, da zjutraj vstane, da nima nikogar za druženje, da nekoč znane stvari niso več enake, z družinskimi člani prihaja do nesoglasij. Odzivi poškodovanca na te spremembe so pogosto negativni in začne se začarani krog neprimernega vedenja. Neželeno vedenje se ne razvije čez noč, prav tako čez noč ne izgine. Potrebno je veliko dela, podpore in potrpljenja poškodovanca in družine, da se s takim vedenjem soočijo in razvijejo strategije za obvladovanje.

3 Družina in pridobljene možganske poškodbe

Ko posameznik utrpi PMP, lahko rečemo, da jo je utrpela tudi njegova družina, ki je do neke mere celo bolj prizadeta, saj se veliko bolj zaveda težav, s katerimi se soočajo po poškodbi. Veliko študij v tujini, kjer je to področje bolj raziskano, je pokazalo, da se partnerji, zakonci, starši, otroci in vsi tisti, ki skrbijo za osebo s PMP, pogosto soočajo z občutki stiske, tesnobe, jeze in depresije.

3.1 Posledice, s katerimi se soočajo družinski člani takoj po PMP

Obdobje takoj po poškodbi je zelo zmedeno. Bližnji je velikokrat v življenjski nevarnosti, priklopljen na aparate na intenzivni negi. Izmenjujejo se obdobja »dobrih in slabih dni«, ki so za svojce čustveno zelo uničujoča, saj se bojijo za življenje svojega ljubljenega.

3.2 Poznejši dnevi v bolnici

Ko je oseba zdravstveno stabilna, se začne nadaljnja rehabilitacija. Večina zdravstvenih težav se ne pojavlja več tako pogosto, fizično okrevanje je hitrejše in bolj opazno kot intelektualno okrevanje. V tem obdobju se poškodovani večinoma ne zaveda vseh posledic poškodbe. Le--te se pokažejo, ko mora poškodovani vedno bolj prevzemati skrb zase, vendar tega v celoti ne zmore več. Takrat lahko nastopijo vedenjske težave, ki pogosto svojce prestrašijo in najdejo nepripravljene (razburjanje, jeza, jok, kletvice, izguba motivacije ...). Svojci potrebujejo v tem obdobju več podpore in učenja, kako se spoprijemati z dano situacijo. Po PMP je fokus rehabilitacije usmerjen na posameznika in kaj hitro se zgodi, da družinski člani pozabijo na svoje dobro počutje. S tem ko se vedno bolj približuje dan odpusta poškodovanega iz bolnišnice, pa se pojavijo tudi težave z novo organizacijo življenja, ki bo potrebna.

3.3 Doma

Okrevanje po PMP je zelo nepredvidljivo in odvisno od številnih dejavnikov. Nobena družina ni nikoli popolnoma pripravljena na življenjske spremembe, ki jih povzroči PMP. Večina se jih trudi preživeti iz dneva v dan in sproti reševati probleme, saj niso pripravljeni na vse kognitivne in vedenjske spremembe, ki jih je težko obvladovati. Posameznikove fizične omejitve okolica lažje razume in sprejema, le redki pa razumejo in prenašajo vedenje, ki nastane zaradi hude kognitivne motnje in je za družino, ki se z njim sooča iz dneva v dan, izčrpavajoče. Družinski člani se borijo z mnogimi negativnimi občutki, katere velikokrat ne morejo zaupati drugim ljudem.

3.3.1 Jeza, frustracija in občutek izolacije

Povsem naravno je, da se svojci srečujejo z občutki krivde, jeze in frustracije, saj se jim je življenje obrnilo na glavo, mnogih dejavnosti ne morejo več izvajati zaradi osredotočenosti na skrb za poškodovanega člana. Prav tako se lahko čutijo izolirane, saj je oseba s PMP včasih videti, kot da je povsem brez težav. Okolica veliko težav ne prepozna, zato jih ne razume. Pomanjkanje razumevanja pa povečuje občutek izolacije. Vendar je zelo priporočljivo, da jezo in frustracije svojci izrazijo, kot priporoča Stables, da najdejo dejavnosti, ki jih sproščajo, poskušajo raziskati vzroke jeze, frustracij in nekoga, ki jih bo razumel in poslušal. Tudi krivdo morajo znati sprejeti kot naravni občutek, poskušati sprejemati sebe in svoje občutke kot realne ter si jih odpustiti. Nikakor ne smejo svojci od sebe pričakovati popolnosti (Stables, 2007).

3.3.2 Utrujenost

Že zaradi predelovanja in soočanja s prej omenjenimi občutki svojci hitro čutijo utrujenost. Prav tako je zelo naporna nenehna skrb za drugega. Zelo pomembno je, da v rehabilitaciji po PMP svojci ne pozabijo na skrb zase. Uravnotežena prehrana, dovolj spanja, sproščanje, identificiranje lastnih potreb in njihovo zadovoljevanje, sprejemanje pomoči in svetovanja so stvari, ki jih potrebujejo.

3.3.3 Izguba

Oseba po PMP ni več ista, zato se mnogi svojci srečujejo z občutki izgube svojca, čeprav ta dejansko še živi. Izgubijo tisto osebnost, ki so jo imeli radi. V partnerskem odnosu se lahko pojavita prekinitev ljubezenskega odnosa, in občutek, da živijo s tujcem. Pomembno je, da svojec zna raziskati in ozavestiti lastna čustva, se o njih pogovoriti in po potrebi najti primerno svetovanje. V odnosu staršev in otrok prihaja do težav pri odmerjanju zaščitništva, saj je v veliko primerih poškodovani otrok po starosti odrasel, vendar v nekaterih pogledih povsem nesamostojen in potreben pomoči. Starši morajo znati najti pravo stopnjo pomoči, da omogočijo razvoj samostojnosti do mere, kot jo je oseba s PMP sposobna razviti (Stables, 2007).

3.4 Spoprijemanje s težavami

Način, s katerim se družine soočajo s spremembami, določa kakovost njihovega nadaljnjega življenja. Stables (2007) izpostavlja dve kvaliteti družin, ki se uspešno spoprijemajo s težavami:

- Fleksibilnost in videnje sprememb kot izziv: Ta drža prinaša manj frustracij, družina se lažje reorganizira glede na trenutne potrebe.
- Odprta komunikacija: Odprto komuniciranje omogoča prepoznavanje potreb vseh družinskih članov, izražanje vseh čustev in predelavo čustev.

S prisotnostjo obeh kvalitet lahko družina na poti rehabilitacije doseže peto stopnjo v petstopenjskem modelu »procesa soočanja oziroma sprejemanja poškodbe glave«. To pomeni stopnjo, ko se vloge v družini na novo postavijo, pričakovanja realno oblikujejo, prepoznavajo se čustva drug drugega, osebo s PMP realno poznajo, nudijo ustrezno pomoč in dejavno sodelujejo v rehabilitacijskem timu (Stables, 2007).

4 Rehabilitacija oseb s PMP v Centru Naprej

V Centru Naprej izvajamo dolgotrajno kompleksno psihosocialno rehabilitacijo oseb s pridobljeno možgansko poškodbo. Tovrstna rehabilitacija je za poškodovanega izjemno pomembna, saj le-ta po zaključku medicinske rehabilitacije in vrnitvi v domače okolje potrebuje podporo in pomoč tako družine kot tudi ustreznih strokovnjakov, da lahko razvije sposobnosti in strategije, ki mu pomagajo soočati se s spremenjenim življenjem, ter doseže najvišjo mogočo mero samostojnosti po PMP. Vključen mora biti v okolje, ki je zanj stimulativno, mu omogoča razvoj obstoječih in učenje novih znanj, spretnosti in veščin, ga spodbuja pri vključevanju v širše okolje, pomaga pri obvladovanju čustvovanja in vedenja ter pri iskanju in uresničevanju novih življenjskih ciljev. In prav to nudimo našim uporabnikom v Centru Naprej, kjer celovit večdisciplinarni strokovni pristop temelji na spoštovanju, sodelovanju in posameznikovi individualnosti.

Rehabilitacija po PMP je dolgotrajen proces, ki se mora nadaljevati tudi v domači oskrbi. Zato je ključnega pomena, da so v proces vključeni družinski člani in vsi, ki pomagajo posamezniku v okolju, kjer živi. Zato v Centru Naprej nudimo tudi podporo in pomoč družinam naših uporabnikov in jih vključujemo v proces rehabilitacije od načrtovanja do izvajanja.

5 Vključevanje svojcev v proces rehabilitacije v Centru Naprej

Za uspešno vključevanje posameznika po PMP nazaj v življenjsko okolje je ključnega pomena sodelovanje svojcev v procesu rehabilitacije. Z njihovo vključitvijo se terapevtsko delo in znanje lažje prenašata v domače okolje, posameznikov trud in delo pa sta kontinuirana. Hkrati pa svojci dobivajo podporo, ki jo potrebujejo predvsem na čustvenem področju.

5.1 Vključevanje pri strokovnem delu

Svojci so v strokovno delo vključeni na več načinov in v različnih fazah rehabilitacije.

5.1.1 Individualno načrtovanje rehabilitacije

Osnova našega strokovnega dela z uporabnikom je individualni načrt rehabilitacije (INR), ki ga naredimo v več fazah. V prvi fazi identificiramo osnovne informacije o poškodovancu in ocenimo njegovo delovanje po strokovnih področjih (prvi trije meseci po vključitvi). V naslednjih treh mesecih poškodovani skozi načrt prepoznava svoje življenje po PMP, svojo socialno mrežo, ki mu nudi podporo, preostale sposobnosti, močna in šibka področja, razišče svoje želje in pričakovanja za naprej. Skozi ta proces ga vodi matični delavec, s pomočjo katerega poškodovani pripravi svojo predstavitev in skliče timski sestanek za načrtovanje nadaljnje rehabilitacije. Na timski sestanek povabi vse zanj pomembne osebe. Najpogosteje so to prav svojci, ki z udeležbo na timskem sestanku postanejo dejavni soudeleženci pri načrtovanju in izvajanju nadaljnje rehabilitacije. Prisotnost svojcev na timskem sestanku je pomembna z vidika pridobitve informacij o poškodovančevem delovanju, saj le-ta zaradi posledic PMP pogosto ne zmore realne ocene svojih sposobnosti, nima uvida v svoje delovanje ali neprimer-

no vedenje ali pa zaradi težav s spominom ne zmore vsega tega izraziti. Ob podpori svojcev in strokovnih delavcev poškodovani oblikuje individualne cilje, ki jih želi doseči z vključitvijo v rehabilitacijske programe, in pripravi načrt za njihovo doseganje. Prisotnost svojcev na sestanku je pri tem delu pomembna zato, da so seznanjeni s cilji poškodovanega in s svojo vlogo, ki jo bodo imeli pri njihovem doseganju. Dogovorimo se o stopnji podpore in pomoči, ki jo bodo nudili poškodovancu. Saj se le tako, da se naše strokovno delo in pristopi nadaljujejo tudi v domačem okolju, uspeh rehabilitacije izboljša.

5.1.2 Skupinsko delo s svojci

Skupinsko delo s svojci poteka v obliki sestankov za uporabnike in svojce, ki so namenjeni seznanjanju svojcev s pomembnimi informacijami o delu Centra Naprej, načrtovanih dejavnostih, dogodkih in programih, ki jih izvajamo. Del takih srečanj so tudi predavanja zunanjih strokovnjakov o temah, ki so za uporabnike in svojce pomembne. Sestanke za uporabnike in svojce organiziramo vsaj dvakrat letno v obeh enotah. Druga oblika skupinskega dela so timski sestanki, ki jih skličemo, ko je treba rešiti določeno problematiko, ki se pojavi v procesu rehabilitacije in zahteva, da so seznanjeni tudi svojci. Tako lahko raziščemo težave z vseh zornih kotov, tj. uporabnika, svojcev in Centra Naprej. Na timskih sestankih strokovni delavci skupaj z uporabnikom in svojci iščemo rešitve problemov in sklepamo nadaljnje dogovore. Timske sestanke skličemo po potrebi.

5.1.3 Individualno delo s svojci

Individualno delo s svojci poteka v obliki osebnih individualnih pogovorov in s telefonskimi pogovori. Za osebne pogovore se svojci dogovorijo z matičnim delavcem ter drugimi zaposlenimi, ki jih želijo obvestiti o pomembnih stvareh, ki zadevajo uporabnika, ko iščejo nasvet, se dogovarjajo glede poteka rehabilitacije ali pa potrebujejo podporo in pomoč. Osebnim pogovorom je namenjen tudi čas po sestankih za uporabnike in svojce. Zaradi ažurnega pretoka informacij smo s svojci v stiku tudi po telefonu. Po tej poti sporočajo svojci posebnosti glede prevozov, prisotnosti, zdravstvenega stanja uporabnikov, dogodkov doma. Te informacije so pomembne za tekoče delo z uporabniki in za načrtovanje dela vnaprej.

5.2 Vključevanje v družabne in prostočasne dejavnosti

Zelo pomembno je, da vsi, ki skrbijo za druge, znajo poskrbeti tudi zase. Stables priporoča zastavljanje sedmih vprašanj, ki svojce usmerijo k razmišljanju in osredotočanju na lastne potrebe (2007). Da bi svojcem nudili podporo tudi v tem pogledu, jih vključujemo v družabna srečanja in dogodke, ki jih pripravljamo. Vsako leto pripravimo koncert v adventnem času in novoletno srečanje, ki se ju svojci udeležijo v večjem številu. Svojci so dobrodošli tudi ob dnevih odprtih vrat in raznih drugih prireditvah, ki jih organiziramo znotraj Centra Naprej in v širšem družbenem okolju. Namen tovrstnega druženja je povezovanje družin s podobnimi izkušnjami, ustvarjanje priložnosti za izmenjavo dobrih praks, izkušenj, mnenj, utrjevanje vezi med Centrom Naprej, svojci in uporabniki. Naši uporabniki imajo zaradi invalidnosti pogosto negativno samopodobo in zato tudi negativno doživljajo okolico. S kakovostnim druženjem in preživljanjem prostega časa pripomoremo k višji kakovosti tako njihovega življenja kot življenja njihovih družinskih članov. Z vključevanjem svojcev v družabne in prostočasne dejavnosti omogočamo lažji prenos dejavnosti in njihovih pozitivnih učinkov za uporabnika in svojce v domače okolje (Športna rehabilitacija v Centru Naprej, 2014).

5.3 Vključevanje v športne dejavnosti

Šport je zelo pomemben element pri rehabilitaciji oseb po PMP. Veliko uporabnikov se je pred PMP s športom dejavno ukvarjalo, zato spodbujamo ohranjanje teh spretnosti, k športnim dejavnostim pa spodbujamo tudi vse ostale. Cilji športnih dejavnosti so: »izboljšati ali ohranjati fizično kondicijo, izboljšati in spodbujati zdrav način življenja, razvijati ustrezen odnos do narave, uporabljati njene danosti za zdrav način življenja, spodbujati pozitivno samopodobo in osebno zadovoljstvo v življenju, večati občutek lastne vrednosti ob izvedenih nalogah, pridobivati nova znanja, spretnosti, veščine« (Športna rehabilitacija v Centru Naprej, 2014).

K športnim dejavnostim večkrat povabimo tudi svojce, ki marsikdaj sami uporabniku ne bi znali in zmogli nuditi vključitve v katero od mnogih športnih dejavnosti, ki jih izvajamo. S tem krepimo vezi med uporabniki in družinskimi člani, spodbujamo medsebojno sodelovanje, uporabnik se lahko prek športa pokaže in dokaže, kar izboljša njegovo podobo v lastnih in očeh družine.

5.4 Skupina svojcev za samopomoč

Skozi sodelovanje z družinami naših uporabnikov smo zaznali potrebo svojcev po oblikovanju podporne skupine svojcev, zato smo maja 2013 povabili svojce na srečanje, na katerem smo zastavili temelje delovanja skupine. Skupino smo sicer poimenovali Skupina svojcev za samopomoč, vendar deluje po principu podpornih skupin. Razlika med skupinami za samopomoč in podpornimi skupinami je po Klemenčič Rozmanovi v tem, da so prve usmerjene v podporo in edukacijo članov, ki si medsebojno pomagajo, hkrati pa delujejo z namenom družbenih sprememb problematike, ki jih združuje. Podporne skupine pa so usmerjene le na osebne spremembe, člani si nudijo medsebojno pomoč in informacije. Pogosto jih vodijo strokovnjaki, ki imajo strokovno znanje, redko pa enako osebno izkušnjo kot svojci (Klemenčič Rozman, 2015).

Tudi našo skupino vodiva sodelavki s socialnega in zdravstvenega področja. Vanjo je vključenih šest rednih članov, občasno pa se glede na potrebe vključijo tudi drugi. Do zdaj so bili v skupino vključeni svojci enajstih uporabnikov, kar znaša v dveinpolletnem delovanju skupine 1/3 svojcev. Skupina se sestaja redno 1-krat mesečno v enoti Maribor. Svojci na srečanjih nudijo drug drugemu podporo tako z besedami kot s pozornostjo in sprejemanjem, izmenjujemo tako informacije s strokovnega področja kot osebne izkušnje z reševanjem in spoprijemanjem s težavami po PMP, drug drugega učimo metod spoprijemanja s težavami. V skupini se je razvil občutek pripadnosti, je varen prostor, v katerem lahko svojci odkrito govorijo o težavah in občutkih z drugimi, ki vedo in razumejo, o čem govorijo. Sodelovanje med svojci je preraslo meje skupine, saj se svojci pokličejo po telefonu in družijo tudi zunaj skupine. Kot skupina so tekmovali tudi na orientacijskem pohodu, ki smo ga priredili. Njihova večja povezanost se kaže še na družabnih dogodkih, saj po navadi sedijo skupaj in takoj razvijejo medsebojni pogovor.

Po dveh letih sodelovanja sva s sodelavko člane skupine povprašali, kaj jim pomeni sodelovanje v skupini. Prav vsi vključeni so potrdili, da jim sodelovanje v skupini veliko pomeni, da so našli druge s podobnimi težavami, s katerimi lahko odkrito govorijo o svojih občutkih. Vsi si želijo nadaljevati s srečanji.

6 Zaključek

Za uspešno premagovanje posledic pridobljenih možganskih poškodb je nujno vključevanje poškodovanca v dolgotrajno rehabilitacijo, ki zajema vsa področja človekovega delovanja. Ker PMP prizadenejo vso družino, ne le poškodovanca, je vključevanje svojcev v proces rehabilitacije nujno z več vidikov. Tako kot poškodovanec se tudi njegovi svojci morajo znati uspešno spopadati z vsemi težavami, ki jih povzročajo PMP. Za uspešno nudenje pomoči in podpore morajo svojci znati predelati svoje stiske, poučeni morajo biti o pravilnih pristopih in načinih dela s poškodovancem. V rehabilitacijskem procesu pa so pomembni tudi zato, ker prispevajo pomemben del v mozaiku poznavanja poškodovanca, njegovega delovanja pred poškodbo in po njej. Delovanje v domačem okolju je marsikdaj rehabilitacijskemu timu neznano ali pa je predstavljeno nerealno skozi prizmo vseh težav, ki jih poškodovanec sam doživlja. Svojci zmorejo predstaviti realnejšo sliko delovanja, kar pripomore k postavljanju ciljev, pomembnih za poškodovanca. Enako pomembno kot sodelovanje svojcev v procesu rehabilitacije je tudi delo na sebi. Svojci morajo znati poskrbeti zase, za svoje potrebe, čustva in zdravje. Edino tako so lahko močna opora poškodovancu. V Centru Naprej zato svojce vključujemo v celoten proces rehabilitacije uporabnikov od načrtovanja naprej. Omogočamo pa jim tudi čustveno oporo, potrebne informacije, izmenjavo izkušenj in izobraževanje o temah, katerih poznavanje je za ustrezno nudenje pomoči uporabnikom nujno. Vse to je zanje zelo pomembno, saj jim pomaga pri predelavi in spoprijemanju s težavami zaradi spremenjenega načina življenja po PMP ter tako viša kakovost njihovega življenja.

Literatura

Anthal, Z., Čeh, M. (ur.). (2011). Priročnik za delo z osebami s pridobljeno možgansko poškodbo (projekt ABI). Ljubljana: Center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo Zarja; 19–35.

Family & Caregivers: Brain injury affects the whole family. Vienna: Brain Injury Association of America. (2015). Dostopno na: http://www.biausa.org/brain-injury-family-caregivers.htm. (3. 1. 2016).

Family Change after Brain Injury. Arlington: BrainLine.org. (2015). Dostopno na: http://www.brainline.org/content/2009/06/family-change-after-brain-injury.html. (3. 1. 2016).

Klemenčič Rozman, M. M. (2015). Sami po moč: skupine za samopomoč in podporne skupine kot vir moči. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani; 23–43.

Pinter, E., Bačar, J. (ur.). (2009/2010). Slovenski nacionalni program preprečevanja bolezni srca in ožilja. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje. Dostopno na: http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/9269cad529cc371ecac547db85c3f57f.pdf. (15. 2. 2016).

Powell, T. (2007). Poškodbe glave: praktični vodnik. Ljubljana: Društvo Vita za pomoč po nezgodni poškodbi možganov; 18–44.

Resources for Families and Support Workers. Brisbane: Queensland Government. (2013). Dostopno na: https://www.health.qld.gov.au/abios/behaviour/asp/res_family_sw.asp in https://www.health.qld.gov.au/abios/behaviour/asp/res_professionals.asp. (3. 1. 2016).

Stables, R. (2007). Vodič za skrbnike in družino: Uspešno se spoprijeti s pridobljeno možgansko poškodbo. Ljubljana: Društvo Vita za pomoč po nezgodni poškodbi glave; 14–40.

Športna rehabilitacija v Centru Naprej. (2014). Maribor: interno glasilo Centra Naprej.

Traumatic Brain Injury: Caregiving. San Francisco: Family Caregiver Alliance, National Center on Caregiving. (2015). Dostopno na: https://www.caregiver.org/traumatic-brain-injury. (3. 1. 2016).

Michela Manfreda, dipl. m. s.,
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica
mag. Mirko Prosen, viš. pred.,
Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

KAKOVOST ŽIVLJENJA ŽENSK PO PREBOLELEM RAKU DOJKE
QUALITY OF LIFE AMONG BREAST CANCER SURVIVORS

Povzetek

Uvod: Rak dojke je v razvitem svetu eden najpogostejših rakov žensk in zato pomemben javnozdravstveni problem. Doživljanje raka dojke pri ženskah je odvisno od številnih dejavnikov, med kateri je tudi sposobnost spoprijemanja z boleznijo od postavitve diagnoze, zdravljenja, rehabilitacije in celo ponovitve bolezni. Namen raziskave je bil, ugotoviti, kako ženske po prebolelem raku dojke zaznavajo kakovost življenja oziroma kako se je ta spreminjala skozi obdobja, od postavitve diagnoze do rehabilitacije.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metodologija. Izbrana je bila biografska metoda. Na namenskem vzorcu treh žensk iz treh različnih evropskih držav, ki so prebolele rak dojke in so zaključile primarno bolnišnično zdravljenje, so bili narejeni biografski delno strukturirani intervjuji. Raziskava je potekala v maju 2015. Podatki so bili analizirani z metodo analize vsebine.

Rezultati: Skozi analizo je bilo identificiranih osem tem, in sicer: (1) pomembnost samopregledovanja dojk in ozaveščenost o dejavnikih tveganja, (2) pogled na življenje po zdravljenju, (3) spoprijemanje z diagnozo, (4) socialna interakcija, (5) oblika zdravljenja, (6) kakovost življenja pred diagnozo, (7) sporočila za mlajšo generacijo žensk in tiste, ki so za diagnozo šele izvedele, in (8) spremenjena samopodoba.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve potrjujejo dejstvo, da rak dojke pomembno vpliva ne le na fizično, temveč tudi na psihično počutje pacientk in s tem povezano socialno interakcijo, ki je v času zdravljenja in rehabilitacije zmanjšana. Zanimivo je dejstvo, da vse poročajo o boljši kakovosti življenja po preboleli bolezni, zlasti boljši samopodobi, kar kaže na to, da so se začele zavedati zdravja in življenja okrog sebe šele po postavljeni diagnozi.

Ključne besede: doživljanje bolezni, samopodoba, samopregledovanje dojk, socialna interakcija

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancers among women in the developed world and, therefore, an important public health problem. Experiencing breast cancer is influenced by numerous factors including their ability of coping with the illness from the diagnosis, treatment, rehabilitation and even relapses. The purpose of the research was to determine how women, after recovering from breast cancer, perceive the quality of life, and how has this changed over the period from diagnosis to rehabilitation.

Methods: For the purposes of the research qualitative methodology, i.e. biographical method was applied. Purposive sample included three women from three different European countries, who have had breast cancer and have completed primary hospital treatment. The data was collected using semi-structured biographical interviews. The interviews were conducted in May 2015. The data was analysed using content analysis method.

Results: The analysis yielded eight themes, namely (1) the importance of breast self-examination and awareness of risk factors, (2) view on life after treatment, (3) dealing with the diagnosis, (4) social interaction, (5) the form of treatment, (6) the quality of life before the diagnosis, (7) messages for the younger generation of women and those who have just found out the diagnosis, and (8) changed self-esteem.

Discussion and conclusion: The findings confirm that breast cancer has a significant impact not only on the physical but also on the mental well-being of female patients and also on social interaction, which is reduced at the time of treatment and rehabilitation. An interesting fact is that all women reported better quality of life after recovery, in particular a better self-image, which shows that the awareness regarding their care for health and life in general improved after the diagnosis.

Key words: experiencing illness, self-image, breast self-examination, social interaction

1 Uvod

Rak dojk je eden izmed najpogostejših rakov pri ženskah v zahodnem svetu (Montazeri et al., 2008; Potisek, Sedmak, 2011; Gao, Dizon, 2013). Med postavitvijo diagnoze in zdravljenjem večina žensk občuti psihosocialne težave, ki lahko nastanejo zaradi fizičnih, psihičnih ali socialnih vzrokov, npr. družine, zaposlitve ipd. (Hewitt, Herdman, Holland, 2004; Ličen, Čemažar, Bernot, 2004). Občutenje psihosocialnih težav se med ženskami razlikuje. Za nekatere to pomeni veliko breme, ki vpliva na njihovo stopnjo udobja, kakovost življenja in avtonomijo, medtem ko nekatere tega ne občutijo v tako veliki meri (Hewitt, Herdman, Holland, 2004). Šmit (2004) pravi, da je doživljanje žensk, obolelih za rakom na dojki, edinstveno in je odvisno od njihove sposobnosti spoprijemanja z življenjskimi cilji, ki se spreminjajo od postavitve diagnoze, med zdravljenjem in rehabilitacijo do obdobja daljšega preživetja ali ponovitve bolezni. Najpogostejše psihosocialne težave so povezane s strahom pred ponovitvijo bolezni in zdravljenjem, fizičnimi simptomi, moteno samopodobo, motnjami v spolnem življenju, negativnimi mislimi o bolezni, občutki ranljivosti in eksistencialnimi vprašanji, povezanimi z umiranjem in smrtjo (Vacek et al., 2003; Hewitt, Herdman, Holland, 2004; Ličen, Čemažar, Bernot, 2004).

Razumevanje in proučevanje kakovosti življenja žensk po prebolelem raku dojke postaja vse pomembnejša raziskovalna disciplina (Vacek et al., 2003) in pomemben element načrta zdravljenja (Gorišek, Krajnc, Krajnc, 2009). Kakovost življenja je opredeljena kot večdimenzionalen koncept, ki obsega posameznikovo fizično, psihično, socialno, čustveno in funkcionalno dobro počutje in skrbi, povezane z rakom dojk (Zou, Hu, McCoy, 2014). Čas, ki mine od postavitve diagnoze, začetnega zdravljenja in prvi meseci, ki sledijo zdravljenju, je prehodno obdobje, za katerega sta značilna težje prilagajanje novonastali situaciji in upad zaznane kakovosti življenja (Montazeri et al., 2008).

Namen prispevka je, predstaviti rezultate raziskave, v okviru katere je bila proučevana zaznana kakovost življenja žensk po prebolelem raku dojke, in sicer z vidika kakovosti življenja pred diagnozo, med zdravljenjem in po njem.

2 Metodologija

Raziskava temelji na kvalitativni metodologiji. Izbrana metoda proučevanja je biografska (narativna) metoda. Slednja postavlja v ospredje intervjuvane, hkrati omogoča vpogled v njihove družbene, ekonomske in zdravstvene pogoje v različnih življenjskih situacijah. Omogoča preučevanje teh pogojev in način, kako so se intervjuvani obnašali v teh situacijah, hkrati pa nam lahko razkrijejo svoje izkušnje (Pajnik, Bajt, 2009).

2.1 Opis instrumenta

Podatki so bili zbrani z delno strukturiranim narativnim intervjujem z namenom, da intervjuvanec sledi toku zgodbe in proučevanemu vidiku (Parahoo, 2006), ki vključuje vsa tri obdobja, tj. pred boleznijo, ob diagnozi in zdravljenju. Biografski ali narativni intervju išče načine za minimiziranje vloge izpraševalca ob hkratnem vzpostavljanju situacije, ki omogoča čim boljšo podajanje zgodbe – naracijo s perspektive intervjuvanca (Pajnik, Bajt, 2009).

2.2 Opis vzorca

Uporabljen je bil namenski vzorec, ki je vključeval tri ženske, pri katerih je bila postavljena diagnoza rak dojke. Dve izmed vključenih sta zaključili bolnišnično zdravljenje, tretja ga je zaključevala. Bolezen se je ponovila pri eni izmed intervjuvanih. Pacientke so bile različnih starostnih skupin (dve 54 let, ena 49 let) in iz treh različnih evropskih držav (Slovenije, Italije in Španije).

2.3 Potek raziskave in analiza podatkov

Potencialno sodelujoče smo k raziskavi povabili prek telefona in elektronske pošte. Razložili smo jim namen, cilje in način raziskovanja. Glede na njihove želje in zmogljivosti smo se dogovorili za datum intervjuja. Intervjuji so potekali maja 2015. Dva intervjuja sta potekala na domovih sodelujočih pacientk, eden pa v občinski knjižnici v Gorici (v Italiji). Upoštevali smo etične vidike raziskovanja, zato so morale intervjuvanke pred začetkom intervjuja podpisati t. i. informirano soglasje. Pred tem so se intervjuvanke ponovno seznanile z namenom, cilji in potekom raziskave, koristmi, varovanjem zaupnosti podatkov in anonimnostjo, predvidenim trajanjem intervjuja, možnostmi prekinitve intervjuja ter možnostmi povratnih informacij raziskave. Pred intervjujem so bile intervjuvane naprošene, da podajo nekaj demografskih podatkov. Intervjuji so bili zvočno snemani. Posamezen intervju je trajal v povprečju 40 minut. Imena intervjuvank so bila nadomeščena z izmišljenimi imeni.

Za analizo podatkov smo uporabili metodo analize vsebine. Transkripti so bili večkrat prebrani, odprto kodirani, kategorizirani in oblikovane teme. Rezultati so prikazani v preglednici.

3 Rezultati

Metoda analize vsebine je podala osem tem (preglednica 1), ki pojasnjujejo doživljanja žensk in vpliv bolezni na kakovost življenja.

Preglednica 1: Tematska struktura

Tema	Podtema	Reference
1. POMEMBNOST SAMOPREGLEDOVANJA DOJK IN OZAVEŠČENOSTI TER ZAVEDANJE BREMENA DRUŽINSKE ANAMNEZE	– redno samopregledovanje dojk; – patološke spremembe so zaznale same; – prisoten rak v družini – pri ožjih sorodnikih; – premalo informiranosti o bolezni; – informiranje o raku dojk z dostopno literaturo; – informiranje o raku dojk s strani žensk, ki so rak dojk že prebolele;	20
2. POGLED NA ŽIVLJENJE PO ZDRAVLJENJU	– na prvo mesto so postavile sebe; – spremenjen pogled na življenje; – pomembnost duhovnosti; – veselje do življenja; – ponovna »rojstvo«;	14
3. SPOPRIJEMANJE Z DIAGNOZO	– spoprijemanje z diagnozo rak dojk je zelo hudo in nepričakovano; – pozitivno gledanje na bolezen;	13
4. SOCIALNA INTERAKCIJA	– socialna izolacija; – dvojno življenje – skrivanje bolezni pred otroki; – izkušnje z zdravstvenim sistemom;	12

5. OBLIKA ZDRAVLJENJA	– alternativni načini zdravljenja; – invazivni in neinvazivni konvencionalni načini zdravljenja;	11
6. KAKOVOST ŽIVLJENJA ŽENSK PREDEN SO IZVEDELE ZA DIAGNOZO	– aktivno življenje – polna zaposlitev (služba in prostočasne aktivnosti);	
7. IN ZA ŽENSKE, KI SO DANES IZVEDELE ZA RAK DOJKE	– redni zdravstveni pregledi; – takojšnje iskanje pomoči; – pozitivnost do bolezni;	6
8. VPLIV RAKA DOJKE NA TELESNO SAMOPODOBO	– motena samopodoba – spremenjen pogled nase; – boljša samopodoba – ženskost.	5

4 Razprava

Čeprav je rak dojk bolezen, ki zelo pretrese življenje vsake ženske, pri kateri je postavljena diagnoza, je iz njihovih zgodb razvidno, da ti pretresi niso nujno negativni. V času zaključka zdravljenja v ospredje svojih zgodb postavljajo sporočila za mlajše generacije žensk s poudarkom na pomembnosti samopregledovanja dojk ter zavedanju dejavnikov tveganja, med katerimi izpostavljajo družinsko anamnezo. Gre za temo, ki neposredno pooseblja lastne izkušnje, in temo, v kateri ženske z diagnosticiranim rakom dojke svetujejo ostalim ženskam redne ginekološke preglede, takojšnje iskanje pomoči ob zaznavi sprememb in pozitiven pristop.

Ustreza informiranost s strani zdravstvenih delavcev je očitno problematična, saj vse menijo, da so bile nezadostno informirane, kar v raziskavi, opravljeni v Sloveniji, ugotavljajo Ličen, Čemažar in Bernot (2004). O odnosih znotraj zdravstvenega sistema govorijo z mešanimi občutki, saj menijo, da so izvedele za diagnozo na ne dovolj obziren način s strani zdravnika.

Spoprijemanje z diagnozo je bilo za vse intervjuvanke hudo in nepričakovano, vendar je bil njihov odnos do bolezni pozitiven. Podobno ugotavljajo tudi v raziskavi Ličen, Čemažar in Bernot (2004), ki ugotavljajo, da po prvem šoku in začetnem strahu pacientke postanejo neučakane, komaj čakajo, da se zdravljenje začne in da se tumorja znebijo. Ob tem vidijo zavetje v podpori bližnjih, družini in prijateljih, kar kažejo tudi druge raziskave (Cheng et al., 2013), čeprav priznavajo, da so se same vsaj v začetku odkritja bolezni odmaknile od širšega družbenega življenja, v katerem je včasih moteče razlagati osebne stvari, medtem ko ena intervjuvanka priznava, da je bila v službi izolirana zaradi svoje bolezni. Intervjuvane pripovedujejo tudi, da niso želel obremenjevati svojih otrok z boleznijo in so jo zamolčale, saj jim niso želele povzročati skrbi zaradi svojega zdravstvenega stanja. Zdravljenje bolezni je pri vseh treh intervjuvankah potekalo različno, pri čemer je ena izmed njih (iz Španije) raje kot konvencionalno medicino izbrala alternativne in komplementarne metode zdravljenja, ki pa nimajo dokazanih uspešnih učinkov (Shneerson et al., 2013). Glede samopodobe so si mnenja intervjuvanih nasprotujoča. Medtem ko je bilo za eno izmed intervjuvanih to zelo težko (»[...] nisem si upala pogledati se v ogledalo [...]«), druga priznava, da je iz spremenjene telesne samopodobe »potegnila še več ženstvenosti«. Ugotovite drugih (Gorišek, Krajnc, Krajnc, 2009) kažejo, da k temu pomembno prispeva način zdravljenja raka dojke, pri čemer so operativni posegi, ki drastično ne spremenijo videza dojke, povezani z višjo stopnjo zadovoljstva in boljšo samopodobo.

Pred diagnozo je bilo v ospredju vse drugo razen zdravja, medtem ko se je to spremenilo s postavitvijo diagnoze. Čas po zdravljenju zaznamuje spremenjen pogled na življenje, ženske »postavljajo sebe na prvo mesto«, govorijo o »ponovnem rojstvu« in drugačnem pogledu na svet okrog sebe. Podobno v slovenski raziskavi zaključujejo tudi Gorišek, P. Krajnc in I. Krajnc (2009). Veselijo se življenja, pogled usmerijo vase, zato tudi govorijo o pomembnosti duhovnosti v času po zdravljenju. Duhovnost je, kot ugotavlja J. Manning-Walsh (2005), pomembna komponenta za ženske z rakom dojke, vendar prinaša poleg pozitivnih učinkov (npr. samoaktualizacija, duhovna rast) tudi negativne (vera v boga, rak kot božja kazen za greh ipd.), kar je pokazala raziskava iste avtorice.

Priložnosti za nadaljnje raziskovanje se kažejo v kvalitativni metodologiji, na večjem vzorcu sodelujočih (npr. fokusne skupine) in proučevanju določenega segmenta kakovosti življenja žensk z rakom dojke. Priložnosti raziskovanja pa so tudi v kvantitativni metodologiji, kjer bi lahko z anketnimi vprašalniki proučili povezanost demografskih spremenljivk z zaznano stopnjo kakovosti življenja.

Literatura

Cheng, H. et al. Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: findings from a mixed methods study: Eur J Oncol Nurs. 2013; 17 (6): 788–96.

Gao, J., Dizon, D. S. Preparing for Survivorship: Quality of Life in Breast Cancer Survivors: J Sex Med. 2013; 10: 16–20.

Gorišek, B., Krajnc, P., Krajnc, I. Quality of Life and the Effect on Social Status among Slovenian Women after Breast Cancer Treatment: J Int Med Res. 2009; 37 (2): 557–66.

Hewitt, M. E., Herdman, R., Holland, J. Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. V: Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. Washington: The National Academies Press; 2004: 21–69.

Ličen, S., Čemažar, M., Bernot, M. Strah in tesnoba pri pacientkah z rakom dojke: Obzornik zdravstvene nege. 2004; 42 (4): 273–80.

Manning-Walsh, J. Spiritual Struggle: Effect on Quality of Life and Life Satisfaction in Women with Breast Cancer: J Holist Nurs. 2005; 23 (2): 120–40.

Montazeri, A. et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study: BMC Cancer. 2008; 8: 330–30.

Pajnik, M., Bajt, V. Biografski narativni intervju: aplikacija na študije migracij: Dve domovini. 2009; 30: 69–89.

Parahoo, K. Nursing Research: Principles, Process and Issues. New York: Palgrave Macmillan; 2006: 329–330, 390–396.

Potisek, K., Sedmak, S. Potrebe bolnic z rakom dojke po celostni rehabilitaciji: Medicinski razgledi. 2011; 50: 149–57.

Shneerson, C. et al. The effect of complementary and alternative medicine on the quality of life of cancer survivors: A systematic review and meta-analyses: Complement Ther Med. 2013; 21 (4): 417–29.

Šmit, M. Doživljanje žensk, obolelih za rakom dojke, in način pomoči medicinskih sester (I. del): Obzornik zdravstvene nege. 2004; 38 (2): 159–65.

Vacek, P. M. et al. Factors Influencing Quality of Life in Breast Cancer Survivors: Qual Life Res. 2003; 12 (5): 527–37.

Zou, Z., Hu, J., McCoy, T. P. Quality of life among women with breast cancer living in Wuhan, China: IJNSS. 2014; 1 (1): 79–88.

Suzana Mavrinac, bacc. oec.
Alma Mater Europaea – ECM, Vitanova home for elderly and disabled
Bojana Ćoso, Ph. D.
Vitanova home for elderly and disabled
Marija Brekalo, bacc. oec.
Alma Mater Europaea – ECM, Family home for elderly and disabled „Marija Brekalo“

STAVOVI O DEMENCIJI ZDRAVSTVENOG, NEZDRAVSTVENOG OSOBLJA I KORISNIKA DOMOVA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

ATTITUDES TOWARD DEMENTIA: A CASE OF HEALTHCARE STAFF, NON-HEALTHCARE STAFF AND USERS OF LONG-TERM CARE IN RETIREMENT HOME

Sažetak

Teoretska pozadina: Demencija se definira kao poremećaj kognitivnih aktivnosti koji uvelike otežava svakodnevicu, oboljelima, ali i osobama koje ih okružuju. Incidencija demencije u velikom je porastu pa potreba za educiranim osobljem postaje nezanemariva. U Hrvatskoj se danas osobe oboljele od demencije smještaju u ustanove socijalne skrbi kao što su domovi za starije i nemoćne osobe. Pri tome stavovi o demenciji zaposlenika i korisnika domova do sada nisu ispitivani, iako je poznat utjecaj ugodnosti u kontaktu i znanja o demenciji na adekvatnost skrbi dementnih osoba.

Metodologija: Ispitanici su bili podijeljeni u tri skupine: zdravstveno i nezdravstveno osoblje koje je u svakodnevnom doticaju s dementnim osobama te korisnici koji povremeno susreću pacijente s odjela za dementne korisnike. Skala stavova u demenciji (DAS) korištena je kako bi ispitali stavove o demenciji na dva faktora, ugodnosti u kontaktu s dementnim osobama te znanje o demenciji.

Rezultati: Medicinsko osoblje osjeća značajno veću ugodnost u radu s dementnim osobama te pokazuje veće znanje o demenciji u usporedbi s nemedicinskim osobljem. Također, obje skupine zaposlenika pokazuju veću ugodnost od ostalih korisnika u domu. Istodobno, stariji ispitanici osjećaju značajno manju ugodnost, dok osobe koje borave ili rade u domu kraće iskazuju veću ugodnost u kontaktu s dementnim osobama.

Rasprava: Pretpostavka je kako bi primjerena edukacija svih djelatnika o postupanju i brizi o dementnim osobama povećala znanje o bolesti i ugodnost u radu te stoga pridonijela kvalitetnije odrađenom poslu. Također, ukazuje se potreba za edukacijom ostalih korisnika doma koji imaju značajno niže rezultate na ugodnosti i znanju u usporedbi s djelatnicima.

Ključne riječi: demencija, stavovi o demenciji, zdravstveno osoblje, nezdravstveno osoblje, dom za starije i nemoćne osobne

Abstract

The term dementia implies cognitive disabilities that complicate everyday life, not only for people suffering from dementia, but also for people nearby. A number of diagnosed people suffering from dementia, is constantly increasing, resulting in greater need for adequate care and educated healthcare workers. Considering this trend, it is important to address adequate institutionalisation – in Croatia, people suffering from dementia are often placed in retirement homes. There are no previous researches of how people, suffering from dementia in Croatian retirement homes, are taken care of, although their importance for adequate care is widely accepted. Dementia Attitudes Scale (DAS) was used to investigate attitudes toward dementia on two levels, knowledge on dementia and social comfort. Participants were divided into three groups: healthcare and non-healthcare staff, which are in everyday contact with people suffering from dementia, as well as users of long-term care in retirement homes. Healthcare staff included nurses, practice nurses, physiotherapists and occupational therapists. Non-healthcare staff included cleaners, food servers, laundresses, janitors and receptionists. Results show need for education of both, healthcare and non-healthcare staff for adequate work with people suffering from dementia. Adequate education of all retirement home employees about care and treatment of patients with dementia would increase knowledge on dementia and social comfort, resulting in greater quality of work. It is the fact that dementia is becoming epidemic, and lack of classification of institutions in respect to education of employees, could lead to a serious lack of adequate health care for people suffering from dementia. Results also show great importance of constant education of users of long-term care in retirement homes, resulting in higher knowledge on dementia and social comfort.

Key words: dementia, attitudes toward dementia, healthcare staff, non-healthcare staff, retirement home

1 Uvod

1.1 Stavovi o demenciji

Demencija se vrlo često označava kao jedan od najčešćih medicinski i socijalnih problema u starosti. Demencija značajno narušava kognitivno funkcioniranje oboljele osobe, a bolest onemogućuje normalnu svakodnevicu pacijentima, ali i njihovim obiteljima. Važno je naglasiti kako ponekad već u prvim stadijima demencije osoba nije u mogućnosti brinuti se za sebe, pa je sve češća institucionalizacija oboljelih već u ranoj starijoj dobi, između 65. i 70. godine. S obzirom na specifičnosti oboljenja, brojni autori naglašavaju važnost educiranosti osoblja koje vodi brigu o oboljelima (Gustin i sur., 2014; Nakahira i sur., 2009; Perko i sur., 2005) jer, iako se ponekad agresivno ponašanje dementnih osoba može dijelom pripisati organizacijskim i praktičnim problemima pri smještaju (Nakahira i sur., 2009), sam odnos zaposlenika i korisnika ima centralnu ulogu u dobrobiti korisnika (Bowers, Esmond, Jacobson, 2000). Stavovi o demenciji u sebi sadrže tri osnovne komponente karakteristične za stavove općenito: kognitivnu, ponašajnu i emocionalnu, a svaka od njih može imati pozitivan ili negativan karakter. Istraživanja stavova prema starijim osobama općenito pokazuju manju atraktivnost starijih osoba (Kite i sur., 2005), što može utjecati na ponašajnu komponentu kod osoba koje su u svakodnevnom kontaktu sa starijima. Istodobno, osobe s dijagnosticiranom demencijom u početnim stadijima bolesti osjećaju negativne emocije prema dijagnozi i o njoj su sklone razgovarati isključivo s obitelji (Langon, Eagle, Warner, 2007). Ako se uzme u obzir kako su dementne osobe procjenjivane manje pozitivno u odnosu na ostale korisnike ustanova (Askham, 1995; Kahana i sur., 1996), od velike je važnosti ispitati stavove prema demenciji kod osoba koje svakodnevno dolaze u doticaj s dementnim korisnicima.

To se naročito odnosi na osoblje ustanove u kojoj su smješteni, te je potrebno sistematski utjecati na stvaranje pozitivnih stavova kroz edukaciju i usmjeravanje na personalizirane aspekte bolesti. Vrlo je važno naglasiti kako je većina istraživanja stavova o demenciji napravljena na uzorku medicinskih sestara i njegovatelja iz specijaliziranih ustanova ili bolnica, a vrlo je malo istraživanja rađeno na zaposlenicima domova za starije i nemoćne, iako u Americi broj korisnika s demencijom smještenih u domovima za starije i nemoćne raste i do 40% (Zimmerman, Sloane, 1999).

1.2 Institucionalizacija osoba s demencijom u Hrvatskoj

Demencija je etiketirana kao jedan od četiri osnovna javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj (Perko i sur., 2005), pri čemu se bilježi statistički značajan porast broja osoba hospitaliziranih zbog različitih dementnih poremećaja (Gilić, Perinčić, Kovač, 2008). Autori sugeriraju dva moguća uzroka povećanog broja hospitalizacija: povećanje broja oboljelih, ali i smanjenje tolerancije obitelji prema oboljelim članovima. Većina pacijenata s dijagnosticiranom demencijom donedavno je bila smještana u psihijatrijske ustanove te je u pojedinim ustanovama broj psihogerijatrijskih bolesnika s dijagnosticiranom demencijom premašivao 40% (Gustin i sur., 2014; Perko i sur., 2005). Ipak, u posljednje se vrijeme taj trend promijenio pa je sve više bolesnika smješteno u domove za starije i nemoćne osobe. Stoga su pojedini domovi (poput Vitanove, u kojoj je proveden dio ovoga istraživanja) počeli otvarati zasebne jedinice za pokretne dementne osobe, no bez posebno educiranog osoblja za rad na takvim odjelima. Upravo zbog toga, a s obzirom na veliki postotak korisnika dubrovačkog doma za stare i nemoćne kojima je dijagnosticiran neki stupanj demencije (20%), Gustin i sur. (2014) u svome radu ukazuju na nužnost otvaranja specifičnih zdravstvenih ustanova za njegu dementnih osoba. Pri tome naglašavaju nužnost dodatne adekvatne edukacije djelatnika koji vrše zdravstvenu njegu korisnika.

1.3 Istraživanje stavova o demenciji u domovima za starije i nemoćne u Hrvatskoj

U Hrvatskoj do sada nije vršeno ispitivanje stavova o demenciji u domovima za starije i nemoćne. Međutim, s obzirom na iskazanu važnost stavova za adekvatnu skrb o dementnim osobama, vrlo je važno povećati znanje o demenciji i osjećaj ugodnosti u kontaktu s dementnim osobama kod svih zaposlenika domova. Također, u domovima za starije i nemoćne u kojima je provedeno istraživanje nije zaposleno samo medicinsko osoblje. Veliki je dio zaposlenih bez formalnog medicinskog obrazovanja, a u svakodnevni kontakt s dementnim osobama uključeni su i drugi korisnici doma. Stoga se čini opravdano ispitati eventualne razlike u stavovima prema demenciji između svih triju skupina. Dosadašnja istraživanja ukazala su na razlike u stavovima o demenciji između medicinskog osoblja i ispitanika koji nisu bili u kontaktu sa dementnim osobama (Leung i sur., 2013). Tako najnovije istraživanje iz Njemačke (Lüdecke, Knesebeck, Kofahl, 2016) pokazuje kako veće znanje o demenciji imaju osobe s iskustvom rada u njezi pacijenata, no oni istodobno više ukazuju na smanjenu kvalitetu života oboljelih. Boustani i sur. (2011) ustanovili su kako medicinsko osoblje ima više rezultate pri percipiranju patnje vezane uz demenciju, naročito uz depresiju, gubitak samostalnosti i negativan utjecaj na nezavisnost osobe. Stupanj educiranosti, dob, radno iskustvo te odjel na kojem rade također su se pokazali kao faktori koji uzrokuju razlike u stavovima u demenciji (Kada i sur., 2009), te su stoga i varijable staža, spola i dobi uključene u ovo istraživanje. Rezultati istraživanja mogli bi poslužiti kao polazišna točka za rad na većoj ugodnosti u radu i znanju o djelatnika i korisnika domova o demenciji kroz dodatne edukacije svih uključenih strana.

2 Metoda

2.1 Ispitanici

U ispitivanju je sudjelovalo ukupno 84 ispitanika, od čega 24 muškarca i 57 žena, a troje ispitanika nije zaokružilo spol. Ispitani su zaposlenici i korisnici Doma za starije i nemoćne osobe Vitanova u Viškovu te Obiteljskog doma „Marija Brekalo" u Dugom selu. Neravnomjeran omjer muških i ženskih ispitanika uzrokovan je češćim zapošljavanjem žena u sustavu skrbi za starije i nemoćne. Ispitanici su bili dobi od 19 do 90 godina, pri čemu su prema deskriptivnim karakteristikama uzorka podijeljeni u tri dobne kategorije – 29 ispitanika na početku karijere u dobi od 19-35 godina, 23 ispitanika s iskustvom između 35-65 godina te 31 umirovljenik u dobi od 66-90 godina. Nadalje, ispitanici su podijeljeni u tri kategorije ovisno o ulozi koju imaju u domu: u kategoriji medicinskog osoblja bilo je 26 ispitanika, u kategoriji nemedicinskog osoblja 23 ispitanika, a ispitano je i 35 korisnika doma. Konačno, prema duljini kontakata s dementnim korisnicima, 25 ispitanika je u sustavu manje od 2 godine, 30 između dvije i četiri godine te 21 više od 4 godine.

2.2 Pribor

U ispitivanju je korištena Skala stavova o demenciji (DAS, Dementia Attitude Scale) koju su razvili O'Connor i McFadden (2010). Skala se sastoji od dvadeset čestica, a faktorska analiza upitnika na engleskom jeziku pokazala je postojanje dva faktora: ugodnosti u kontaktu s dementnom osobom te faktor znanja o demenciji. Faktor ugodnosti sastoji se od 12 čestica, dok se faktor znanja sastoji od osam čestica. Prema autorima, posebna vrijednost skale je u njenoj sveobuhvatnosti, pri čemu se ispituju afektivne, bihevioralne i kognitivne komponente stavova o demenciji.

Kako bi ispitali strukturu DAS skale na hrvatskom uzorku, napravljena je PAF faktorska analiza s Oblimin rotacijom. Faktorska analiza pokazala je postojanje dva faktora koji ukupno objašnjavaju 35,59% varijance. Među faktorima nije bilo značajne povezanosti, $p = .181$. Dobivena dva faktora odgovaraju originalnim faktorima znanja i ugodnosti, iako ne pokazuju potpuno istovjetnu strukturu na pojedinim česticama. Tako npr. čestica Osobe s demencijom mogu biti kreativne u originalnom upitniku odgovara faktoru ugodnosti, dok kod hrvatskog uzorka ispitanika odgovara faktoru znanja. Također, čestica Bojim se dementnih osoba nije se pokazala dijelom niti jednog od faktora, dok u originalnom radu odgovara faktoru ugodnosti. Unatoč ovim razlikama, s obzirom na mali broj ispitanika na kojima je rađena faktorska analiza DAS skale, ne čini se opravdano mijenjati faktore te su oni za daljnju analizu korišteni kao u originalnoj verziji skale.

2.3 Postupak

Ispitivanje je provođeno sa svakim ispitanikom individualno. Ispitanicima je objašnjena svrha istraživanja te dana kratka uputa. Glavna uputa bila je verbalna, a ispitanike je usmjeravala na čitanje tvrdnji koje su zatim trebali ocijeniti. Osoblje zaposleno u domu upitnik je ispunjavalo na svome radnome mjestu, dok su korisnici doma upitnike ispunjavali u sobama.

3 Rezultati

3.1 Faktor ugodnosti

Faktor ugodnosti ispitan je na četiri nezavisne varijable: spol, uloga u domu, dob te duljina boravka/rada u domu (staž). S obzirom na relativno mali broj ispitanika, nije bilo moguće napraviti faktorsku analizu varijance s uključenim svim nezavisnim varijablama. Stoga je njihov eventualni utjecaj na utjecaj na ugodnost razmatran zasebno u dvije faktorske analize varijance.

Faktorska 3 x 2 analiza varijance (ANOVA) korištena je kako bi ispitali postojanje utjecaja uloge u domu i spola na ugodnost u kontaktu s dementnom osobom. Rezultati su pokazali postojanje značajnog efekta uloge u domu na ugodnost, $F(2,75) = 19.74$, $p < .001$. Post hoc Newman-Keulsov test pokazao je kako medicinsko osoblje izvješćuje o značajno većoj ugodnosti pri kontaktu s dementnim osobama u odnosu na nemedicinsko osoblje, $p = .001$, ali i u usporedbi s korisnicima doma, $p < .001$. Istovremeno i nemedicinsko osoblje imalo je značajno više rezultate na faktoru ugodnosti u odnosu na korisnike doma, $p = .003$. Rezultati nisu pokazali postojanje značajnog efekta spola na ugodnost u kontaktu s dementnim osobama, $F(1,75) = 2.07$, $p = .154$ te muškarci i žene izvješćuju o jednakoj razini ugodnosti. Također, nije se pokazalo postojanje interakcije između uloge u domu i spola, $F(2,75) = 0.76$, $p = .469$.

Tablica 1. Deskriptivna statistika za faktore ugodnosti i znanja prema ulozi u domu i spolu te dobi i stažu

		UGODNOST		ZNANJE	
		M	SE	M	SE
ULOGA	medicinsko osoblje	3.80	.11	4.25	.11
	nemedicinsko osoblje	3.29	.11	3.78	.11
	korisnici	2.97	.07	3.74	.07
SPOL	muško	3.44	.10	3.99	.10
	žensko	3.27	.05	3.86	.05
DOB	19-35	3.48	.08	3.89	.09
	36-65	3.49	.10	3.95	.10
	65 i više	3.09	.10	3.73	.10
STAŽ	1-2 godine	3.44	.09	3.93	.10
	2-4 godine	3.13	.08	3.73	.08
	više od 4 godine	3.47	.10	3.91	.11

Kako bi ispitali utjecaj dobi i staža na ugodnost, također je korištena faktorska ANOVA (3 x 3) te je pokazala značajan efekt dobi na faktor ugodnosti, $F(2,67) = 5.44$, $p = .006$. Prema post hoc Newman-Keulsovom testu, ispitanici u dobi većoj od 65 godina imali su značajno niže rezultate na faktoru ugodnosti u odnosu na one u kategoriji od 19 do 35 godina, $p = .002$, te na kategoriju od 36 do 65 godina, $p = .003$. Među ispitanicima dvije mlađe kategorije nije bilo značajne razlike, $p = .877$. Varijabla staža također je pokazala značajan efekt na faktor ugodnosti, $F(2,67) = 4.64$, $p = .013$, pri čemu ispitanici srednjeg staža, između 2 i 4 godine, imaju značajno niži rezultat u odnosu na ispitanike do 2 godine staža, $p = .013$, kao i one s više od 4 godine staža, $p = .004$. Među te dvije kategorije nije bilo razlike, $p = .458$. Interakcija dobi i staža nije se pokazala značajna, $F(2,75) = 0.74$, $p = .565$.

3.2 Faktor znanja

Kako bi ispitali faktor znanja, također su izvedene dvije ANOVE sa po dvije nezavisne varijable. Prva je faktorska 3 x 2 ANOVA korištena kako bi se ispitao utjecaj uloge u domu i spola na znanje o demenciji. Rezultati su pokazali značajan utjecaj uloge na znanje o demenciji $F(2,75) = 8.24$, $p < .001$, pri čemu medicinsko osoblje pokazuje veće znanje o demenciji u odnosu na nemedicinsko osoblje, $p = .004$ i ostale korisnike u domu, $p = .002$. Između ostalih korisnika i nemedicinskog osoblja nije bilo razlike u znanju o demenciji, $p = .983$. Istodobno, spol se nije pokazao značajnom varijablom na faktoru znanja, $F(1,75) = 1.36$, $p = .247$, odnosno muškarci i žene pokazuju jednako znanje o demenciji. Interakcija uloge i spola također se nije pokazala značajnom, $F(2,75) = 2.79$, $p = .068$.

Konačno, za ispitivanje utjecaja dobi i staža na faktor znanja, korištena je faktorska 3 x 3 ANOVA, koja nije pokazala postojanje značajnih efekata kako dobi, $F(2,67) = 1.57$, $p = .215$, tako niti staža, $F(2,67) = 1.35$, $p = .266$. Prema tome, ispitanici svih skupina dobi i staža pokazuju podjednako znanje o demenciji. Interakcija dviju varijabli također se nije pokazala značajnom, $F(2,67) = 0.06$, $p = .992$.

4 Rasprava

Ispitivanje stavova o demenciji kod osoblja i korisnika domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj pokazalo je značajno veću ugodnost rada s dementnim korisnicima i znanje o demenciji kod medicinskog osoblja u usporedbi s nemedicinskim osobljem. Rezultati su dijelom u skladu s ranijim istraživanjima, koja su pokazala kako medicinsko osoblje ima pozitivne stavove o dementnim osobama (Norbergh i sur., 2006). Istodobno, ostali korisnici doma osjećaju značajno manju ugodnost u kontaktu s dementnim osobama u usporedbi s osobljem zaposlenim u domovima. S obzirom na to kako je i nemedicinsko osoblje u svakodnevnom kontaktu s pacijentima s odjela za dementne korisnike, vrlo je važno edukacijom utjecati na njihove stavove o demenciji. U Hrvatskoj ne postoji dodatna edukacija za zaposlenike domova za starije i nemoćne osobe koji nisu medicinske struke, a koja bi ih uputila u adekvatan rad s dementnim osobama te dala daljnju potporu u radu. Ta činjenica značajno smanjuje njihovo znanje od demenciji i ugodnost u radu s dementnim korisnicima. Također, ranije provedeno istraživanje u Hrvatskoj, ukazalo je na potrebu za dodatnom potporom osoblju zbog povećane anksioznosti i depresije (Ostojić i sur., 2014), a s obzirom na to kako cjelokupno osoblje pokazuje relativno nisku ugodnost u kontaktu s dementnim osobama, moguće je da bi se utjecanjem na stavove o demenciji mogla smanjiti i ranije uočena anksioznost kod osoblja.

Od iznimne je važnosti naglasiti potrebu za edukacijom ostalih korisnika doma koji imaju značajno niže rezultate na ugodnosti i znanju u usporedbi s djelatnicima, a s obzirom na to kako su pojedini korisnici u svakodnevnom kontaktu s dementnima u zajedničkim prostorijama za druženje. Ukoliko uzmemo u obzir kako kod starijih osoba postoji strah od razvijanja kognitivnih poremećaja, naročito demencije (Cornner, Bond, 2004), značajno niža ugodnost i znanje o demenciji u odnosu na mlađe zaposlenike potpuno je očekivana. Svakodnevni kontakt s dementnim osobama moguće samo povećava strah ostalih korisnika od razvoja kognitivnih poremećaja vezanih uz demenciju. Dodatna edukacija i podrška smanjile bi strah od razvoja demencije te povisile znanje, a time i ugodnost u kontaktu.

Dob se pokazala kao značajna varijabla za ispitivanje stavova o demenciji, ali samo u odnosu umirovljenika naprama radnicima, pri čemu umirovljenici pokazuju manju ugodnost u kontaktu s dementnom osobom. Ipak, što se tiče zaposlenika, dob se nije pokazala značajnom. Istodobno, staž odnosno duljina boravka u domu pokazala se kao značajna varijabla na faktoru ugodnosti. Interesantno je kako ispitanici koji rade/žive između dvije i četiri godine u domu imaju značajno niže rezultate na faktoru ugodnosti u odnosu na ispitanike koji su s domom vezani kraće ili duže od tog perioda, dok kod znanja nije bilo razlike. Čini se kako se kod djelatnika i korisnika nakon određenog vremena provedenog u kontaktu s dementnim osobama javljaju negativniji stavovi, koji ne utječu na znanje o demenciji, ali utječu na osjećaj ugodnosti. S obzirom na ove podatke, te na istraživanje Zimmermana i sur. (2005) koji izvješćuju kako zaposlenici koji rade kraće vrijeme s dementnim osobama (do dvije godine) osjećaju veći stres od onih koji rade duže na istim poslovima, čini se kako svakoj od skupina s obzirom na staž treba pristupiti s različitom vrstom edukacije i potpore. Edukacija i potpora je važna ne samo zbog mijenjanja stavova o demenciji te dobrobiti djelatnika i korisnika, već i zbog toga što postoji bojazan od mijenjanja struke uslijed negativnog percipiranja posla (Zimmerman i sur., 2005) koje bi se u hrvatskome slučaju moglo javiti nakon dvije godine rada.

Osim što je u prvi plan istaknulo nužnost edukacije svih zaposlenika i korisnika domova, provedeno ispitivanje ukazalo je i na nužnost daljnjeg istraživanja stavova o demenciji kod osoblja i korisnika domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj. S obzirom na postojeće razlike, bilo bi značajno ispitati stavove o demenciji kod opće populacije ali i kod učenika medicinskih škola koji će se u budućnosti susresti s dementnim osobama. Također, bilo bi interesantno ispitati stavove o demenciji kod zaposlenika psihijatrijskih ustanova gdje su također smještene dementne osobe te ih usporediti s postojećim podacima.

5 Zaključak

Rezultati ispitivanja stavova o demenciji u hrvatskim domovima za starije i nemoćne pokazala su kako medicinsko osoblje ima značajno viši rezultat na faktoru ugodnosti i faktoru znanja u odnosu na nemedicinsko osoblje, ali i na ostale korisnike doma. Također, stariji ispitanici osjećaju značajno manju ugodnost u odnosu na mlađe ispitanike, dok osobe koje borave ili rade u domu kraće iskazuju veću ugodnost u kontaktu s dementnim osobama u odnosu na one koje su u rad doma uključene u periodu od dvije do četiri godine. S obzirom na navedene razlike, nužnost edukacije svog osoblja i korisnika doma čini se neophodna, naročito kod nemedicinskog osoblja i korisnika koji dijele svakodnevni život s oboljelima od demencije. Pri tome, posebnu pozornost trebalo bi posvetiti radnicima i zaposlenicima koji su u domovima duže od dvije godine.

Literatura

Askham, J. Making sense of dementia: carers' perceptions: Aging & Society; 1995; 15; 103-114.

Boustani, MA, Justiss, MD, Frame, A, Austrom, MG, Perkins, AJ, Cai, X, Sachs, GA, Torke, AM, Monahan, P, Hendrie, HC. Caregivers and Non-Caregivers Attitudes about Dementia Screening: Journal of the American Geriatrics Society; 2011; 59 (4); 681-686.

Bowers, B, Esmond, S, Jacobson, N. The relationship between staffing and quality in long--term care facilities: Exploring the views of nurse sides: Journal of Nurse Care Quality; 2000; 14; 55-64.

Corner, L, Bond, J. Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults: Journal of Aging Studies; 2004; 18 (2); 143-155.

Gilić, A, Perinčić, R, Kovač, I. Broj hospitalizacija poradi demencija i organskog psihosindroma na Psihijatrijskom odjelu Opće bolnice u Zadru kroz 20 godina: Medica Jadertina; 2008; 38 (1-2); 33-39.

Gustin, M, Žuvela, I, Jerinić, A, Roso, M, Kunić, I. Incidencija demencije u Domu umirovljenika Dubrovnik – čimbenik uključivanja u Mental Health Gap Action program Svjetske zdravstvene organizacije: Sestrinski glasnik; 2015; 20 (2); 128-132.

Kada, S, Nygaard, HA, Mukesh, BN, Geitung, JT. Staff attitudes towards institutionalized dementia residents: Journal of Clinical Nursing; 2009; 18 (16); 2383-2392.

Kahana, E, Kinney JM, Kercher K, Kahana B, Tinsley VV, King C, Stuckey JC, Ishler KJ. Predictors of attitudes toward three target groups of elderly persons: the well, the physically ill, and patients with Alzheimer's disease: Journal of Aging and Health; 1996; 8 (1); 27-53.

Kite, ME, Stockdale, GD, Whitley Jr., BE, Johnson, BT. Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review: Journal of Social Issues; 2005; 61 (2); 241-266.

Langdon, SA, Eagle, A, Warner, J. Making sense of dementia in the social world: a qualitative study: Social Science and Medicine; 2007; 64 (4); 989-1000.

Leung, JLM, Sezto, NW, Chan, WC, Cheng, SP, Tang, SH, Lam, LCW. Attitudes and perceived competence of residential care homes staff about dementia care: Asian Journal of Gerontology and Geriatrics; 2013; 8; 21-29.

Lüdecke, D, Knesebeck, O, Kofahl, C. Public knowledge about dementia in Germany – results of a population survey: International Journal of Public Health; 2016; 61 (1); 9-16.

O'Connor, ML, McFadden, SH. Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale: International Journal of Alzheimer's disease; 2010; Article ID 454218; doi: 10.4061/2010/454218.

Ostojić, D, Vidović, D, Bačeković, A, Brečić, P, Jukić, V. Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzeheimer's dementia patients: Acta Clinica Croatica; 2014; 53; 17-21.

Nakahira, M, Moyle, W, Creedy, D, Hitomi, H. Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings: Journal of Clinical Nursing; 2009; 18; 807-816.

Norbergh, KG, Helin, Y, Dahl, A, Hellzen, O, Asplund, K. Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique: Nursing Ethics; 2006; 13 (3); 264-274.

Perko, G, Tomek-Roksandić, S, Mihok, D, Puljak, A, Radašević, H, Tomić, B, Čulig, J. Četiri javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj: MEDICU; 2005; 14 (2); 205-217.

Zimmerman, SI, Sloane, PD. Optimum residential care for people with dementia: Generations; 1999; 23; 62-68.

Zimmerman, S, Williams, CS, Reed, PS, Boustani, M, Preisser, JS, Heck, E, Sloane, PD. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia: 2005; Gerontologist; 45; 96-105.

Petra Medved Jereb, univ. dipl. org., dipl. fiziot.
Prim. doc. dr. Breda Jesenšek Papež, dr. med.
Alma Mater Europaea – ECM

FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA BOLNIKA S SUBAKROMIALNIM UTESNITVENIM SINDROMOM

PHYSIOTHERAPY TREATMENT OF A PATIENT WITH SUBACROMIAL IMPINGEMENT SYNDROMOM

Povzetek

Teoretična izhodišča: Ramenski sklep kot del ramenskega obroča in kot najgibljivejši sklep v človeškem telesu je pogosto izpostavljen poškodbam in nastanku različnih nepravilnosti. Primer je subakromialni utesnitveni sindrom (SAUS), pri katerem gre za stisnjenje tetiv rotatorne manšete ali subakromialne burze v subakromialnem prostoru med gibom elevacije.

Metoda: Namen raziskovalnega dela je, preučiti fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS. Raziskava temelji na kvantitativni metodi. Kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, v raziskavo smo zajeli fizioterapevte SV Slovenije.

Rezultati: 93,7 % fizioterapevtov obravnava bolnika s SAUS vsak dan. Od aparaturne terapije se največ uporabljajo interferenčni tokovi (69 %) in ultrazvok (81 %). Vzrok za utesnitev je poznan pri manj kot četrtini bolnikov (52 %). Kot cilj obravnave je usmerjenost na lopatico na tretjem mestu. Fizioterapevtsko testiranje opravi 64 % fizioterapevtov, protokola za obravnavo nimajo (89 %).

Razprava: Fizioterapevti najnovejših smernic za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS ne poznajo, vendar se vaje za stabilnost lopatice v praksi delno uporabljajo. Ustno dogovorjenih smernic ali pisnega protokola nimajo. Večina fizioterapevtov se odloča individualno glede izbire metode in tehnike obravnave, a le dobra polovica teh jih opravi fizioterapevtsko testiranje pred prvo obravnavo.

Ključne besede: subakromialni utesnitveni sindrom, subakromialni prostor, rotatorna manšeta, fizioterapija

Summary

Theoretical background: Shoulder joint is the most flexible joint in the human body and is often exposed to injuries and the emergence of various irregularities. One of them is the so-called subacromial impingement syndrome, i.e. compression of subacromial structures in the subacromial space during the elevation movement.

Method: The purpose of the paper is to investigate physiotherapy treatment of patients with the subacromial impingement syndrome. The study is based on a quantitative method. A questionnaire was used as the research instrument, the study included physiotherapists from northeastern Slovenia.

Results: 93.7% of physiotherapists treat patients with subacromial impingement syndrome daily, mostly with interference waves (69%) and ultrasound (81%). The cause of the subacromial impingement syndrome is known in less than a quarter of patients (52%). The aim of the treatment is to focus on the shoulder blade. Physiotherapy testing is carried out by 64% of physiotherapists; they do not have any protocol for treatment (89%).

Discussion: Physiotherapists do not know the latest guidelines for physiotherapeutic treatment of patients with subacromial impingement syndrome, although they partially use exercises for the stability of the shoulder blade in practice. They neither have verbally agreed guidelines nor a written protocol. Most physiotherapists choose methods and techniques of treatment individually; only about half of them do physiotherapy testing before the first treatment.

Key words: subacromial impingement syndrome, subacromial space, rotator cuff, physiotherapy

1 Uvod

Ramenski sklep kot del ramenskega obroča je najgibljivejši del v človeškem telesu. To mu omogočata oblika sklepa in ohlapna sklepna ovojnica. Stabiliziran je predvsem z mehkotkivnimi strukturami. To so statični in dinamični stabilizatorji. Statični stabilizatorji so ligamenti in sklepna ovojnica, dinamični stabilizatorji pa so mišice rotatorne manšete (infraspinatus, supraspinatus, subskapularis, teres minor). Za nemoteno delovanje sklepa morajo biti vse strukture neprizadete.

Pod izrazom subakromialna utesnitev razumemo utesnitev mehkih tkiv v subakromialnem prostoru, ki je zaradi različnih razlogov lahko zmanjšan oziroma zožen. Vzroki za zožitev so različne anatomske in funkcionalne spremembe. Razdelimo jih na intrinzične in ekstrinzične, ki opisujejo patoanatomske spremembe burze in tetiv rotatorne manšete, anatomske anomalije akromiona in sekundarno nastale spremembe v artrokinematiki ramenskega sklepa (Kramberger, Krajnc, Bajec, 2005, str. 76).

2 Terapevtski pristop obravnave bolnika s SAUS

V zadnjih petih letih je bilo na temo fizioterapevtske obravnave bolnika s subakromialnim utesnitvenim sindromom (v nadaljevanju SAUS) objavljenih zelo veliko znanstvenih raziskav. Raziskovali so skupne značilnosti bolnikov s subakromialno utesnitvijo oziroma njihova morebitna funkcionalna odstopanja in s katero terapijo, metodo ali tehniko dosežemo največjo učinkovitost konservativnega zdravljenja.

Sodobni terapevtski pristopi temeljijo na poenotenju obravnave, z jasno zastavljenimi cilji, načrtom obravnave in sprotnim ocenjevanjem uspešnosti terapevtskih postopkov ob upoštevanju pacienta kot individuuma.

Predlagane smernice fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS

V okviru fizioterapevtske obravnave najprej obravnavamo lopatico (Houglum, 2010, str. 598):

- krepitev stabilizatorjev lopatice (srednja in spodnja vlakna trapeziusa, seratus anterior in romboide) – upoštevati je treba stopnjevanje (Litchfield, 2013, str. 86),
- pasivna mobilizacija lopatice (Struyf idr., 2013, str. 85),
- trening motoričnega nadzora lopatice (Struyf idr., 2013, str. 85).

Hkrati obravnavamo rotatorno manšeto (Hanratty, 2012, str. 313):

- krepitev rotatorne manšete z ekscentričnimi vajami (de Bruijn, 2010, str. 60; Holmgren, 2012) – upoštevati stopnjevanje (Litchfield, 2013, str. 86),
- prečna frikcija (de Bruijn, 2010).

Obravnavamo tudi ramenski sklep:

- 3-dimenzionalna mobilizacija (de Bruijn, 2000, str. 81),
- raztezanje zadnjega dela sklepne ovojnice (Budoff, 2006, str. 576, de Bruijn, 2010, str. 59; Holmgren idr., 2012).

Vključimo tudi:

- krepitev adduktorjev ramenskega sklepa (Hinterwimmer idr., 2003, str. 2055),
- po potrebi vključimo tudi raztezanje zgornjega trapeziusa ter mišic levator skapule in pektoralis minor (Struyf idr., 2012, str. 79).

3 Raziskava

3.1 Namen raziskovanja

Namen raziskave je bil, raziskati fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS v SV Sloveniji. Zanimalo nas je, ali fizioterapevti poznajo najnovejše smernice fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS, ali se najnovejše smernice v praksi upoštevajo in ali imajo fizioterapevtski kabineti izdelan protokol za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS.

3.2 Raziskovalna metodologija

Podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom, ki smo ga sestavili za raziskavo.

Zajeli smo fizioterapevte SV Slovenije, ki so zaposleni na primarni in sekundarni ravni. Odločili smo se za vzorčenje, saj nismo mogli zajeti vseh fizioterapevtov omenjenega področja.

Poslanih je bilo 90 anketnih vprašalnikov v bolnišnice, zdravstveni dom in zdravilišča. Vrnjenih smo dobili 64 vprašalnikov, to je 71 %, kar predstavlja vzorec fizioterapevtov SV Slovenije.

4 Rezultati

Od vseh anketiranih fizioterapevtov je bilo 92 % žensk in 8 % moških. Delovna doba anketiranih fizioterapevtov je dokaj enakomerno porazdeljena v vse štiri kategorije. 20 % fizioterapevtov ima delovne dobe 5 let ali manj, 27 % med 6 in 15 let, 34 % med 16 in 25 let in 19 % anketiranih fizioterapevtov ima več kot 25 let delovne dobe.

3 % fizioterapevtov pozna vzrok nastanka subakromialne utesnitve pri več kot treh četrtinah bolnikov, ki jih obravnavajo, 9 % fizioterapevtov pozna vzrok pri treh četrtinah bolnikov, 30 % pri polovici, 52 % pri manj kot četrtini in 6 % fizioterapevtov nikoli ne pozna vzroka nastanka.

Za krepitev moči mišic rotatorne manšete 41 % anketiranih fizioterapevtov uporablja kombinacijo ekscentričnega in koncentričnega treninga s poudarkom na ekscentričnem treningu, 44 % uporablja enako razmerje koncentričnega in ekscentričnega treninga, 15 % poudarja celo koncentrični trening in noben fizioterapevt ne uporablja samo ekscentričnega treninga.

Pomembnost ciljev pri obravnavi bolnika s SAUS v okviru kinezioterapije je prikazana v preglednici 1.

Preglednica 1: Pomembnost ciljev pri obravnavi bolnika s SAUS v okviru kinezioterapije

Cilji pri obravnavi bolnika s SAUS	Povprečni rang
Povečanje gibljivosti v ramenskem sklepu	2,02
Stabilnost in pravilno gibanje lopatice	2,18
Povečanje mišične moči rotatorne manšete	2,74
Izboljšanje propriocepcije za ramenski sklep	3,6
Stabilnost vratnega dela hrbtenice	4,68
Izboljšanje propriocepcije vratne hrbtenice	5,79

Vir: anketni vprašalnik, 2013

Za izbiro metod in tehnik pri predpisani kinezioterapiji se 8 % fizioterapevtov odloča na osnovi diagnoze, 64 % se jih odloča na osnovi diagnoze in fizioterapevtskega testiranja, 11 % samo na osnovi diagnoze, saj za testiranja nimajo časa, 15 % fizioterapevtov pravi, da jim metodo oziroma tehniko predpiše zdravnik, in 2 % fizioterapevtov se odloča glede na pacientove težave.

Da imajo pisno izdelan protokol za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS, se je opredelilo le 6 % anketiranih fizioterapevtov, 5 % jih pravi, da imajo ustno dogovorjene smernice, večina, 89 % fizioterapevtov pa se individualno odloča glede na posamezne primere brez določenih smernic.

K deležu fizioterapevtskih kabinetov, ki nimajo izdelanega protokola za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS, lahko štejemo vse tiste, ki so odgovorili, da imajo ustno dogovor-

jene smernice ali pa se odločajo individualno glede na posamezne primere brez določenih smernic. Delež takih odgovorov pri vzorcu predstavlja p = 93,8 %. Na stopnji tveganja α = 0,05 lahko trdimo, da je pri populaciji fizioterapevtov SV Slovenije strukturni odstotek P fizioterapevtskih kabinetov, ki nimajo izdelanega protokola za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS, na intervalu zaupanja 87,9 % < P < 99,7 %. Zato lahko zaključimo, da večina fizioterapevtskih kabinetov SV Slovenije nima izdelanega protokola za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS.

Pomožni izračun intervala zaupanja (p % - z0,05•sep, p % + z0,05•sep):

- vzorec je velik, saj je N = 64 > 50
- z vrednost za 5-odstotno tveganje (α = 0,05): z0,05 = 1,96
- strukturni odstotek fizioterapevtskih kabinetov, ki nimajo izdelanega protokola za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS na vzorcu: p = 93,8 %
- standardna napaka ocene strukturnega vzorca:
  se_p=√((100-p)p/N)=√((100-93,8)93,8/64)=3,01
- interval zaupanja deleža P na populaciji fizioterapevtov SV Slovenije:
  (p % - z0,05•sep, p % + z0,05•sep)
  (93,8 % - 1,96•3,01, 93,8 % + 1,96•3,01)
  (87,9 %, 99,7 %)

Od vseh fizioterapevtov, ki se individualno odločajo za fizioterapevtsko obravnavo brez smernic, jih 68 % opravi fizioterapevtsko testiranje, 32 % pa testiranja ne opravi.

Poznavanje najnovejših smernic fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS je prikazano v preglednici 2.

Preglednica 2: Usmerjenost fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS

Usmerjenost fizioterapevtske obravnave na:	Število	%
propriocepcijo ramenskega sklepa	1	1,6
povečanje gibljivosti v ramenskem sklepu	0	0
moč mišic rotatorne manšete	0	0
stabilnost in pravilno gibanje lopatice	**3**	**4,7**
pravilno sklepno drsenje glavice humerusa v odnosu na glenoid	4	6,2
obseg gibljivosti in pravilno gibanje akromio- in sternoklavikularnega sklepa	3	4,7
stabilnost in gibljivost vratne hrbtenice	0	0
ne vem	53	82,8
Skupaj	64	100

Opomba: Najnovejša smernica je napisana krepko.
Vir: anketni vprašalnik, 2013

V našem vzorcu je najnovejše smernice fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS poznalo le p = 4,7 % anketiranih fizioterapevtov. Na stopnji tveganja α = 0,05 lahko trdimo, da je pri populaciji fizioterapevtov SV Slovenije strukturni odstotek P poznavanja najnovejših smernic na intervalu zaupanja 0,0 % < P < 9,9 %, kar predstavlja manj kot desetino obravnavane populacije fizioterapevtov. Zato lahko zaključimo, da fizioterapevti večinoma ne poznajo najnovejših smernic fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS.

Pomožni izračun intervala zaupanja (p % - z0,05•sep, p % + z0,05•sep):

- vzorec je velik, saj je N = 64 > 50
- z vrednost za 5-odstotno tveganje (α = 0,05): z0,05 = 1,96
- strukturni odstotek fizioterapevtov, ki poznajo najnovejše smernice na vzorcu: p = 4,7 %
- standardna napaka ocene strukturnega vzorca:
  se_p=√((100-p)p/N)=√((100-4,7)4,7/64)=2,65
- interval zaupanja deleža P na populaciji fizioterapevtov SV Slovenije:
  (p % - z0,05•sep, p % + z0,05•sep)
  (4,7 % - 1,96•2,65, 4,7 % + 1,96•2,65)
  (–0,5 %, 9,9 %) oz. (0 %, 9,9 %)

Uporaba najnovejših smernic fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS je prikazana v preglednici 3.

Preglednica 3: Kaj fizioterapevti izvajajo pri bolnikih s SAUS v okviru kinezioterapije

Način terapije	1 – nikoli	2 – redko	3 – pogosto	4 – vedno	Povprečna vrednost	Rang
Krepitev mišic rotatorne manšete	0	2	13	49	3,73	1
Dejavno asistirane vaje za povečanje gibljivosti ramenskega sklepa	0	3	19	42	3,61	2
Mobilizacija lopatice	**0**	**9**	**29**	**26**	**3,27**	**3**
Trening propriocepcije ramenskega sklepa	4	5	27	28	3,23	4
Trening motoričnega nadzora lopatice	**3**	**15**	**25**	**21**	**3,0**	**5,5**
Trakcija ramenskega sklepa	5	14	21	24	3,0	5,5
Krepitev mišic, ki stabilizirajo lopatico	**0**	**4**	**17**	**43**	**2,69**	**7**
Pasivne vaje za ramenski sklep	4	32	13	15	2,61	8
3-dimenzionalna mobilizacija ramenskega sklepa	22	4	18	20	2,56	9
Krepitev mišic, ki stabilizirajo vratno hrbtenico	15	19	25	5	2,31	10
Trening propriocepcije vratne hrbtenice	22	23	15	4	2,02	11

Opomba: Terapije, ki se nanašajo na najnovejšo smernico, so napisane krepko.
Vir: anketni vprašalnik, 2013

Na osnovi razvrščanja povprečnih vrednosti pogostosti uporabe posameznih pristopov v okviru kinezioterapije pri bolnikih s SAUS se je na vzorcu izkazalo, da se najnovejše smernice fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS (v preglednici 3 zapisane poudarjeno) v praksi le delno upoštevajo: njihovi rangi med 11 povprečnimi vrednostmi pogostosti uporabe so 3, 5,5 in 7, kar pomeni, da je en pristop v zgornji polovici rangov pogostosti uporabe (s povprečno vrednostjo 3,27), en pristop na sredini (s povprečno vrednostjo 3,0), en pristop pa v spodnji polovici rangov pogostosti uporabe (s povprečno vrednostjo 2,69).

5 Razprava

Vzrok, zakaj se pri bolniku pojavi subakromialna utesnitev, bi fizioterapevti morali poznati, da bi s terapijo lahko vplivali neposredno nanj, ga zmanjšali ali celo odpravili, bolniku pa povrnili funkcijo celotne zgornje ekstremitete (Witte, Nagels, Arkel, Visser, Nelissen, 2011, str. 282). Ugotavljamo pa, da temu ni tako, saj kar 88 % fizioterapevtov pozna vzrok le pri polovici bolnikov ali manj.

Glede na raziskave in dokazane pozitivne učinke ekscentričnega treninga (de Bruijn, 2010, str. 60) bi se morali fizioterapevti odločati vsaj za kombinacijo s poudarkom na ekscentričnem treningu, v določenih primerih, kot je trening zelo šibkih, poškodovanih ali degenerativno spremenjenih mišic in tetiv rotatorne manšete, pa uporabljati le ekscentrični trening.

Strinjamo se, da je najpomembnejši cilj, pridobiti gibljivost v ramenskem sklepu, saj s tem pridobi bolnik več funkcije zgornjega uda. Pa vendar glede na skapulotorakalno gibanje in dokazano značilno povečano rotacijo lopatice navzgor med gibom elevacije pri bolnikih s SAUS (Wassinger, Sole, Osborne, 2013, str. 199) bi moral biti pri obravnavi takega bolnika najpomembnejši cilj stabilnost in pravilno gibanje lopatice (Baskurt idr., 2011, str. 173; Struyf idr., 2013, str. 85). Če se lopatica giblje pravilno, potem se subakromialni prostor med elevacijo ne zmanjša in gibljivost v ramenskem sklepu je večja. Kot izredno pomemben cilj mora biti tudi povečanje moči mišic rotatorne manšete (Hanratty, 2013, str. 313), da ima ramenski sklep dobro dinamično stabilizacijo, ki omogoča pravilno artrokinematiko sklepa in s tem predpogoj za povečevanje gibljivosti. Anketirani fizioterapevti so ga uvrstili na tretje mesto. Iz razvrstitve ciljev sklepamo, da fizioterapevti poznajo, kateri so bolj ali manj pomembni cilji pri obravnavi bolnika s SAUS, saj so jih razvrstili v pravilnem zaporedju, le za povečanje gibljivosti v ramenskem sklepu menimo, da ga ne gre uvrstiti na prvo mesto, saj je treba najprej ustvariti pogoje, kot sta pravilno gibanje in stabilnost lopatice, in s tem preprečiti preveliko zmanjševanje subakromialnega prostora med gibanjem ter ustrezno moč mišic rotatorne manšete za optimalno dinamično stabilizacijo ramenskega sklepa.

Glede na to, da se za izbiro metod in tehnik več kot polovica fizioterapevtov odloča na osnovi diagnoze in fizioterapevtskega testiranja lahko sklepamo, da se fizioterapevti zavedajo, da je vsak bolnik individualen, da imajo lahko bolniki različne težave z lokomotornim sistemom že pred nastankom utesnitve in da je potreben strogo individualen pristop, h kateremu sodi obvezna fizioterapevtska ocena stanja, ki jo lahko pridobimo le s fizioterapevtskim testiranjem. Čeprav 11 % anketiranih fizioterapevtov navaja, da za fizioterapevtsko testiranje nimajo časa, menimo, da bi fizioterapevt moral prvo obravnavo časovno razporediti tako, da bi najprej izvedel fizioterapevtsko testiranje.

Menimo, da je sprejemljivo individualno odločanje brez smernic le takrat, ko fizioterapevt v okviru prve obravnave opravi fizioterapevtsko testiranje.

Ugotavljamo, da skoraj dve tretjini fizioterapevtov res testirata bolnike pred prvo obravnavo, a je še vedno tretjina fizioterapevtov, ki se sicer odločajo za obravnavo brez smernic in ne opravijo fizioterapevtskega testiranja. Menimo, da je fizioterapevtsko testiranje ključnega pomena pri fizioterapevtski obravnavi bolnika s SAUS. Vsak bolnik je individuum, z lastnim načinom gibanja, držo, spremljajočimi težavami lokomotornega sistema ali morebitnimi preteklimi poškodbami. Zato naj bo fizioterapevtska obravnava prilagojena vsakemu bolniku posebej (zajema fizioterapevtsko testiranje), če imamo določene smernice ali pa ne.

Ugotavljamo, da fizioterapevti najnovejših smernic fizioterapevtske obravnave bolnika s SAUS ne poznajo. Pa vendar vidimo, da jih kljub temu v praksi delno uporabljajo, poleg ostalih usmeritev je njihova obravnava delno usmerjena tudi na stabilnost in pravilno gibanje lopatice. Iz tega lahko sklepamo, da lahko fizioterapevti s fizioterapevtskim testiranjem pred obravnavo pridobijo oceno bolnikovega stanja, ki jim pove, katere cilje si bodo postavili kot pomembne in na kaj bo njihova obravnava usmerjena. Iz tega lahko sklepamo, da je fizioterapevtsko testiranje pred obravnavo za fizioterapevta zelo dragocena pridobitev informacij. Zato predlagamo, da bi se v vseh ustanovah, če se še niso, uveljavila enotna fizioterapevtska poročila, v katerih bi bila zapisana fizioterapevtska ocena stanja (meritve gibljivosti, mišični status ali orientacijski mišični status, stabilnost lopatice, moč rotatorne manšete), metode in tehnike fizioterapevtske obravnave, usmeritev obravnave in druga potrebna beleženja.

6 Zaključek

Fizioterapevti najnovejših smernic za fizioterapevtsko obravnavo bolnika s SAUS ne poznajo, vendar se vaje za stabilnost lopatice v praksi delno uporabljajo. Ustno dogovorjenih smernic ali pisnega protokola nimajo. Večina fizioterapevtov se odloča individualno glede izbire metode in tehnike obravnave, a le dobra polovica teh jih opravi fizioterapevtsko testiranje pred prvo obravnavo.

Literatura

Baskurt, Z., Baskurt, F., Gelecek, N., Özkan, M. H. (2011). The effectiveness of scapular stabilization exercise in the patients with subacromial impingement syndrom. J Back Muscoloskelet Rehabil; 24 (3):173–9.

Bruijn, R. (2010). Orthopädische Medizin. Fysioprint.

Bruijn, R. (2000). Subakromialni sindrom. Fizis; 77–85.

Budoff, E. (2006). Tendinopathy of the rotator cuff and proximal biceps. V: Trumble, E. T., Budoff, E. J., Corwall, R. (ur). Hand, Elbow, Shoulder: Core Knowledge in Orthopaedics. Filadelfija: Mosby; 573–592.

Hanratty, C. E., McVeigh, J. G., Kerr, D. P., Basdorf, J. R., Finch, M. B., Pendleton, A., Sim, J. (2013). The Effectiveness of Physiontherapy Exercise in Subacromial Impingement Syndrome. Sem Arthritis Rheum; 42: 297–316.

Hinterwimmer, S., Von Eisenhart-Rothe, R., Siebert, M., Putz, R., Eckstein, F., Vogl, T., Graichen, H. (2003). Inluence of adducting and abducting muscle forses on the subacromial space width. Med Sci Sports Exerc; 35 (12): 2055–9.

Holmgren, T., Björnsson, H., Öberg, B., Adolfsson, L., Johansson, K. (2012). Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised contolled study. BMJ; 344: e787.

Houglum, P. A. (2010). Therapeutic Exercise for Muskuloskeletal Injuries (3rd edition). Champaign: Human Kinetics.

Kramberger, M., Krajnc, Z., Bajec, T. (2005). Subakromialna utesnitev. V: Vogrin, M. (ur.). 1. mariborsko ortopedsko srečanje, Rama v ortopediji, 6. maj 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 73–80.

Litchfield, R. (2013). Progressive strenghtening for subacromial impingement syndrome. Clin J Sport Med; 23 (1): 86–87.

Struyf, F., Nijs, J., Mollekens, S., Jeurissen, I., Truijen, S., Mottram, S., Meeusen, R. (2013). Scapular focused treatment in patients with shoulder impingement syndrome: a randomized clinical trial. Clin Rheumatil; 32 (1): 73–85.

Wassinger, C. A., Sole, G., Osborne, H. (2013). Clinical mesasurement of scapular upward rotation in response to acute subacromial pain. J Orthop Sports Phys Ther; 43 (3): 199–203.

Witte, P. B., Nagels, J., Arkel, E. R. A., Visser, C. P. J., Nelissen, R. G. H. H., Groot, J. H. (2011). Study protocol subacromial impingement: the identification of pathophysiologic mechanisms (SISTIM). Muscoloskelet Disord; 12: 282.

Mitja Milič, dipl. del. ter.
Jasna Vešligaj Damiš, univ. dipl. psih.
Danijela Majcenovič Cipot, univ. dipl. soc.
Naprej, Center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo Maribor

POMEN PROGRAMOV ŠPORTNE REHABILITACIJE IN ŠPORTNIH DEJAVNOSTI PRI DVIGU KAKOVOSTI ŽIVLJENJA OSEB S PRIDOBLJENO MOŽGANSKO POŠKODBO

THE IMPORTANCE OF PHYSICAL REHABILITATION PROGRAMMES AND SPORTS ACTIVITIES IN RAISING THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH ACQUIRED BRAIN INJURY

Povzetek

V vsakdanjem življenju ljudje stremimo k izboljšanju kakovosti življenja in s tem namenom počnemo stvari, ki nas osrečujejo. Za mnoge izmed nas je ravno šport tisti medij, ki doprinese k višji kakovosti življenja.

Osebe, ki so utrpele možgansko poškodbo, pogosto ne morejo več delovati v družbi na enak način kot pred poškodbo. To velikokrat povzroča občutke manjvrednosti, frustracije in socialno izključenost. V Centru Naprej ponujamo našim uporabnikom več športnorehabilitacijskih programov in dejavnosti, ki so del naše kompleksne psihosocialne rehabilitacije. Vse dejavnosti so zastavljene tako, da izboljšujejo fizično stanje uporabnikov, promovirajo zdrav način življenja, spodbujajo pozitivno dojemanje samega sebe in seveda pripomorejo k pridobivanju starih in novih veščin. Prek športnih dejavnosti se naši uporabniki tudi vključujejo v širše družbeno okolje in tako ponovno prevzemajo določene družbene vloge.

V tem prispevku bomo predstavili programe športne rehabilitacije in športne dejavnosti, ki jih izvajamo v Centru Naprej. Izpostavili bomo njihove učinke na izvajanje vsakodnevnih dejavnosti naših uporabnikov in vpliv na dvig kakovosti njihovega življenja. Vsi ti programi in dejavnosti so prilagojeni potrebam, sposobnostim in omejitvam posameznikov ter zastavljeni tako, da omogočajo uporabnikom doseganje specifičnih individualnih ciljev.

Ključne besede: dolgotrajna rehabilitacija, pridobljene možganske poškodbe, šport, prilagoditve, dvig kakovosti življenja

Abstract

In everyday life people strive to improve the quality of life and therefore we are doing things that make us happy. For many of us sport is an important medium that contributes to a higher quality of life.

Individuals, who had suffered a brain injury, are often not able to function in society in the same manner as before. This often leads to feelings of inferiority, frustration and social exclusion. In Centre Naprej, we provide our users many sports rehabilitation programmes and activities that are part of our complex psychosocial rehabilitation. All activities are planned to improve physical condition of users, to promote healthy lifestyles, encourage positive self-perception and, of course, contribute to the acquisition of the old and new skills. Our users can, through sport activities, participate in wider social environment and thus adopt certain social roles again.

In this paper, we are going to present programmes of sports rehabilitation and sports activities, which are carried out in Centre Naprej. We will highlight their effects on the implementation of daily activities of our users and the impact on raising the quality of their lives. All of these programmes and activities are adapted to the needs, abilities and limitations of individuals with acquired brain injury, and designed in a manner that enables the users to achieve specific individual goals.

Key words: long-term rehabilitation, acquired brain injury, sports, adaptations, improving the quality of life

1 Uvod

Pridobljena možganska poškodba (PMP) je okvara možganov, ki se pojavi po rojstvu in ni posledica genetskih sprememb, degenerativnih procesov, kot je staranje, ali nezgode pri porodu (Antal et al., 2011). Dolgoročne posledice možganskih poškodb je težko napovedati. Med posamezniki se razlikujejo in segajo od blagih do zelo težkih.

Po možganski poškodbi je pogosto potrebna rehabilitacija na različnih področjih delovanja z različnimi potrebami po rehabilitaciji na različnih točkah v procesu okrevanja. Britansko združenje za rehabilitacijsko medicino rehabilitacijo možganskih poškodb opredeljuje v smislu koncepta in storitve (Turner Stokes, 2003). Koncept rehabilitacije opredeljujejo kot »proces aktivne spremembe, s katerim oseba, ki je postala invalid, pridobi znanje in veščine, ki so potrebne za optimalno fizično, psihološko in socialno delovanje«. Storitev rehabilitacije opisujejo kot »uporabo vseh sredstev, da se zmanjša vpliv invalidnega stanja, in kot pomoč invalidom za dosego želene stopnje avtonomije in sodelovanja v družbi«. Rehabilitacija – zagotovljena vzdolž kontinuuma oskrbe v razponu od bolnišnične do rehabilitacije v skupnosti – lahko izboljša zdravstvene rezultate, zmanjša stroške, skrajša število bolnišničnih dni, zmanjša invalidnost in izboljša kakovost življenja (WHO – World Report on Disability, 2011).

Cilj rehabilitacije po pridobljeni možganski poškodbi je, poškodovancem pomagati ponovno zaživeti samostojno, s čim manj pomoči in podpore; rehabilitacija je torej proces dejavnega učenja in poteka v treh fazah (Grabljevec, 2014):

- akutna se začne takoj po vzpostavitvi osnov življenjskega delovanja in po vseh potrebnih operativnih posegih,
- postakutna rehabilitacija nastopi, ko se bolnik začne zbujati iz kome in lahko začne tudi dejavno sodelovati,
- dolgotrajna psihosocialna rehabilitacija je potrebna po odpustu iz zdravstvene ali rehabilitacijske ustanove v domače okolje.

2 Opredelitev dolgotrajne rehabilitacije v Centru Naprej

V Centru Naprej že od začetka izvajamo celostno, strokovno, dolgotrajno psihosocialno rehabilitacijo za osebe s pridobljenimi možganskimi poškodbami. V naše programe vključujemo osebe, ki so doživeli tako travmatske kot tudi netravmatske možganske poškodbe:

- nezgodne možganske poškodbe zaradi prometnih nesreč, padcev, delovnih nesreč ipd., z zlomom možganskih kosti ali brez njega in/ali poškodbo vratu,
- anoksija/hipoksija: pomanjkanje kisika v možganih, ki lahko nastane pri skorajšnji utopitvi, zadušitvi, poskusu samomora, električnem šoku, zastoju srca itd.,
- možganska kap,
- hemoragije (možganske krvavitve), anevrizme (počena žila v možganih),
- možganski tumorji,
- možganske operacije,

- arteriovenske malformacije (klobčič krvnih žil v možganih),
- bolezni: aids, presnovne bolezni ipd.,
- infekcije in okužbe: meningitis, encefalitis ipd.,
- zastrupitve: s svincem, ogljikovim monoksidom, strupenimi kemikalijami,
- zloraba alkohola in drog.

Osnova rehabilitacije, ki jo izvajamo, je usmerjanje k dejavnemu vključevanju uporabnikov v življenjsko okolje in dvig kakovosti njihovega življenja, kot tudi življenja njihovih svojcev. Naše delo je zasnovano tako, da pripravimo individualni načrt rehabilitacije za vsakega uporabnika. Pri pripravi načrta sledimo smernicam, da je uporabnik v središču, določanje ciljev izhaja iz njegovih potreb. Uporabnik skupaj s podpornimi osebami, ki so največkrat člani njegove družine, in ob podpori strokovnih delavcev oblikuje rehabilitacijske prioritete, ki mu bodo prinesle najboljše rezultate. Dejavnost zavoda izvajamo v dveh specializiranih enotah – v Mariboru in Murski Soboti.

V okviru rednega programa izvajamo psihosocialne in zdravstvene storitve: varstvo, vodenje in zaposlitev pod posebnimi pogoji, rehabilitacijsko zdravstveno nego, psihosocialno rehabilitacijo, psihološko in psihiatrično obravnavo, nevrofizioterapijo, delovno terapijo ter različne pedagoške in preventivne programe. Naš tim je večdisciplinaren in ga sestavljajo: psiholog, sociolog, socialna delavka, nevrofizioterapevt, delovni terapevt, medicinski tehnik, varuh, delovni inštruktor, zdravnik in psihiater, ki sta zunanja sodelavca.

Poleg rednih programov izvajamo še številne dodatne, nadstandardne programe, kot so športna rehabilitacija, izleti, letovanja, zimovanja, obiski kulturnih prireditev, športne in družabne dejavnosti ipd.

3 Šport kot rehabilitacijski medij v Centru Naprej

Številne študije so dokazale, da šport zelo pozitivno vpliva na človekov organizem. To velja tudi za invalidne osebe. Pri njih se po nastanku invalidnosti pogosto zmanjša splošna kondicija, pojavijo se tudi motnje psihološkega in socialnega značaja. Vse to lahko povzroči zapiranje vase in izoliranje od okolice. A. Žalar ugotavlja, da lahko ukvarjanje s športom na posameznika vpliva terapevtsko, obenem pa ga spodbuja k vključevanju v širše družbeno okolje in do interakcije z drugimi ljudmi. Redna telesna dejavnost ima veliko pozitivnih učinkov na človeško telo, saj krepi mišice, vpliva na zdravje kosti, zmanjšuje stres, krepi imunski sistem, blaži upadanje psihofizičnih in funkcionalnih sposobnosti telesa, skupaj z ustrezno prehrano pa varuje pred prekomerno telesno težo in debelostjo ter zmanjšuje tveganje za padce in poškodbe pri padcih. Športne dejavnosti so zelo pomembne za krepitev samozavesti, tekmovalnega duha, čustvenosti, obenem pa dajejo posamezniku občutek zadovoljstva. Hkrati A. Žalar pravi tudi, da lahko šport in rekreacija odvrneta negativne posledice invalidnosti – izgubljeno ravnotežje, razne deformacije in pesimizem – ter tako olajšata invalidu stik z okolico. Veliko invalidov najde tudi svojega življenjskega tovariša pri športu, na izletih ali tekmovanjih (Žalar, 1980).

Tudi v Centru Naprej se zavedamo dejstva, da sta šport in rekreacija zelo pomembna za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo, zato omogočamo vsakemu uporabniku, da se športno udejstvuje po svojih zmožnostih. Za vsakega posameznika prilagodimo določene športne dejavnosti, pri katerih lahko varno sodeluje in je tudi uspešen. Zavedamo se, da je prvotni namen športa razvijanje nevromuskularnih mehanizmov, zelo veliko vlogo pa ima tudi pri krepitvi samozavesti, odločnosti in tekmovalnosti, ne nazadnje spodbuja tudi skupinsko pripadnost. Ker pri našem delu stremimo k čim uspešnejši vrnitvi posameznika v okolje, se zavedamo pomena učenja družbenega vedenja ter spretnosti in veščin, ki pripomorejo k temu. Ena izmed pomembnih spretnosti je šport – le-ta lahko pripomore k uspešni vrnitvi v družbeno življenje, obenem pa zmanjša negativne posledice izoliranosti.

Veliko športnih dejavnosti namreč organiziramo v širšem družbenem okolju, kjer se uporabniki srečujejo in prihajajo v interakcije z drugimi ljudmi ter se odzivajo na dražljaje vsakdanjega življenja. Tako udejstvovanje pri različnih športnih dejavnostih ne pripomore samo k boljši telesni rehabilitaciji, ampak je idealen medij za rehabilitacijo na mnogih področjih človekovega delovanja.

Pomembno izhodišče za izvajanje športnih dejavnosti v okviru dolgotrajne rehabilitacije je tudi 5. točka 30. člena Konvencije o pravicah invalidov, ki govori o sodelovanju v kulturnem življenju, pri rekreaciji, prostočasnih dejavnostih in športu, ki pravi: »Države pogodbenice (Slovenija je ratificirala Konvencijo o pravicah invalidov leta 2008) sprejmejo ustrezne ukrepe, s katerimi invalidom enako kot drugim omogočajo sodelovanje pri rekreacijskih, prostočasnih in športnih dejavnostih« (Konvencija o pravicah invalidov, 2006).

4 Športni programi in dejavnosti, ki jih izvajamo

Pri rehabilitaciji nudimo našim uporabnikom širok izbor športnih dejavnosti, tako da se za vsakega najde nekaj primernega. V celotnem času delovanja Centra Naprej smo pod vodstvom usposobljenih terapevtov za namen rehabilitacije izvedli 26 različnih športnih dejavnosti:

Preglednica 1: Športne dejavnosti v Centru Naprej

1. jahanje	14. nogomet
2. plavanje	15. ribolov
3. vadba na simulatorju smučanja	16. sankanje
4. smučanje	17. krpljanje
5. supanje	18. igre z žogo
6. rehabilitacijska telovadba	19. balinanje
7. namizni tenis	20. tenis
8. nordijska hoja	21. kegljanje
9. pohodništvo	22. bovling
10. orientacijsko pohodništvo	23. streljanje z lokom
11. crossboccia	24. športno plezanje po umetni steni
12. badminton	25. streljanje z zračno puško
13. košarka	26. hoja po vrvi (slackline)

Velik poudarek namenjamo povezavi med športnimi dejavnostmi in posebnostmi naših uporabnikov. Pri izvajanju športnih dejavnosti se prilagajmo potrebam, sposobnostim in omejitvam uporabnikov. Na prvem mestu je varno izvajanje dejavnosti. Vsak športni program ima opredeljene rehabilitacijske cilje in uporabniki se v posamezen program vključijo glede na:

- lasten interes in sposobnosti,
- cilje, opredeljene v individualnem načrtu rehabilitacije,
- omejitve posameznega programa in oceno tveganja, ki je narejena za vsak športni program in za vsakega uporabnika.

Glavni cilji programov športne rehabilitacije so:

- izboljšanje ali ohranjanje fizične kondicije,
- izboljšanje gibljivosti, mobilnosti,
- dvig splošne motivacije zaradi aktivacije in doseganja uspehov na športnem področju,
- dvig občutka lastne vrednosti in osebnega zadovoljstva v življenju,
- pridobivanje novih znanj, spretnosti, veščin.

Ob tem želimo s programi tudi:

- spodbujati zdrav način življenja (dobre higienske navade, pomen uravnotežene prehrane, rekreacije, športa ...),
- spodbujati skrb za zdravje (obvladovati prekomerno težo in debelost, preprečevati nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, učiti in spodbujati primerno ravnanje v primeru poškodb in bolezni),
- razvijati ustrezen odnos do narave in uporabljati njene danosti za zdrav način življenja,
- spodbujati izvajanje športnih dejavnosti v domačem okolju in s tem koristno in zdravo zapolnitev prostega časa,
- posledično doseči višjo kakovost življenja uporabnikov in samodejavnost.

V osnovnih programih, ki so financirani na osnovi koncesijske pogodbe (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter ZZZS), ni možnosti intenzivnejšega dela z namenom doseganja omenjenih ciljih, zato zanje iščemo dodatna finančna sredstva (razpisi, projekti, donacije). S kakovostnim preživljanjem prostega časa v domačem okolju se uporabnikom ponudi možnost za zmanjšanje negativnih vplivov, ki jih povzroča njihovo zdravstveno stanje na izrazito slabo samopodobo in doživljanje sveta okoli sebe. Posledično se lahko prepreči razvoj dodatnih obolenj v povezavi z negativnim dojemanjem samega sebe (depresija, anksioznost, samomorilnost) (Športna rehabilitacija v Centru Naprej, 2014).

5 Uporabniki, ki se vključujejo v športne programe in dejavnosti

V letu 2015 smo za namene predstavitve naših športnih programov in njihovih učinkov na mednarodni konferenci o možganskih poškodbah TBI Challenge na Dunaju izvedli krajšo raziskavo, saj smo te programe že na začetku zastavili tako, da smo dejavnosti lahko spremljali, merili in analizirali učinke športa v rehabilitaciji.

5.1 Uporabniki po spolu

Center Naprej deluje od 1. marca 2008 in na dan 31. 8. 2015, ko smo zajemali podatke, smo delovali 7 let in pol. V tem času se je v dolgotrajno rehabilitacijo vključilo skupno 69 uporabnikov, od tega 49 moških in 20 žensk. Vidimo lahko, da je izrazito več vključenih moških s PMP kot žensk. Najprej je začela s svojim delovanjem enota v Mariboru in nato še marca 2010 enota v Murski Soboti. Tako smo imeli v omenjenem časovnem obdobju v enoti Maribor vključenih 50 uporabnikov, od tega 70 % moških in 30 % žensk, v enoti Murska Sobota pa 19 uporabnikov, od tega 74 % moških in 26 % žensk.

Z raziskavo smo dokazali, da se v povprečju moški udeležujejo več različnih športnih dejavnosti kot ženske. Moški v večini primerov že od mladosti dajejo večji pomen športu, kar se nadaljuje tudi po PMP.

5.2 Starostna struktura

Povprečna starost uporabnikov Centra Naprej je 47,81 leta. Najstarejši vključen uporabnik je bil moški z 81 leti in ženska s 76 leti. Najmlajši moški je bil star 23 let in ženska 30 let. Glede na to, da je vključenih izrazito več moških kot žensk, je tudi širši starostni razpon pri vključenih moških, kjer je 58 let, medtem ko je pri ženskah 46 let. V povprečju so vključene ženske starejše, saj je povprečna starost žensk 51 let, povprečna starost moških pa 46,5 leta.

Naša raziskava je potrdila, da mlajši kot so uporabniki, v več različnih športnih dejavnosti se vključujejo, kar običajno velja tudi za osebe, ki nimajo PMP.

5.3 Premikanje, mobilnost uporabnikov – hoja in uporaba invalidskega vozička

Mobilnost uporabnikov smo ocenjevali z merskim pripomočkom FIM (Functional Indenpendence Mesaure) in FAM (Functional Assesment Measure), ki ju sestavljata dve lestvici, s katerima ocenjujemo, kakšne so telesne in kognitivne sposobnosti uporabnikov in kakšna je glede na rezultat njihova stopnja samostojnosti. Lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM) je najširše uporabljeno orodje za ocenjevanje izida v rehabilitacijski medicini. Sestavljata jo motorična in kognitivna podlestvica s 13 oz. 5 postavkami, ocene so na 7 stopenjski lestvici. Lestvica FAM je sestavljena kot dopolnilo lestvice FIM z namenom ponuditi več informacij o pacientih po travmatskih možganskih poškodbah in možganski kapi. Lestvico sestavlja 12 postavk, ki jih enako kot lestvico FIM ocenjujemo na 7-stopenjski lestvici.

V okviru ocenjevalne lestvice FIM/FAM smo v namen raziskave uporabili ocenjevanje gibanja, in sicer hojo oziroma uporabo invalidskega vozička na 50 metrov. Zaradi realnejše slike smo ocene izvedli v uporabnikovem naravnem okolju.

Preglednica 2: Merila za oceno HOJE OZIROMA UPORABE INVALIDSKEGA VOZIČKA NA 50 METROV na 7-stopenski lestvici:

OCENA	MERILO
1	POPOLNA ASISTENCA: Samostojno izvede manj kot 25 % dejavnosti, ostalo ob fizični pomoči druge osebe.
2	MAKSIMALNA ASISTENCA: Samostojno izvede 25 % do 49 % dejavnosti, ostalo ob fizični pomoči druge osebe.
3	ZMERNA ASISTENCA: Samostojno izvede 50 % do 74 % dejavnosti, ostalo ob fizični pomoči druge osebe.
4	MINIMALNA ASISTENCA: Samostojno izvede vsaj 75 % dejavnosti, ostalo ob fizični pomoči druge osebe.
5	NADZOR: Potrebuje drugo osebo, da ga vodi, usmerja, spodbuja oziroma mu ustrezno prilagodi okolje.
6	MODIFICIRANA SAMOSTOJNOST: Potrebuje pripomočke in več časa, da izvede dejavnost, ne potrebuje pa pomoči druge osebe.
7	POPOLNA SAMOSTOJNOST: Varno in v ustreznem času izvede dejavnost.
8	Neocenjen uporabnik.

Rezultati so pokazali, da višja kot je ocena uporabnika na lestvici FAM, v več različnih športnih dejavnosti se vključuje. Ker so uporabniki, ki potrebujejo pri gibanju manj pomoči, tudi bolj samostojni, se ne počutijo toliko odvisni od spremljevalcev, obenem pa so pri dejavnosti svobodnejši. Poleg tega imajo več možnosti za udeležbo, saj niso vse športne dejavnosti primerne za težje gibljive uporabnike oziroma jim dejavnosti v okviru naše storitve ne moremo dovolj varno prilagoditi.

5.4 Vrsta pridobljene možganske poškodbe – travmatska ali netravmatska

Od 69 vključenih uporabnikov jih je 55 % doživelo travmatsko možgansko poškodbo in 45 % netravmatsko. Izrazito več je poškodovanih moških zaradi travmatske poškodbe, in to kar 71 % od vseh. Pri ženskah uporabnicah je to razmerje popolnoma obrnejo in je v prid netravmatskih poškodb. Tako je kar 85 % vseh žensk doživelo netravmatske poškodbe.

Z raziskavo se je pokazalo, da se z več športnimi dejavnostmi ukvarjajo uporabniki, ki so doživeli travmatsko možgansko poškodbo, v primerjavi s tistimi, ki so doživeli netravmatsko možgansko poškodbo. To lahko potrdimo z dejstvom, da je ravno dejaven življenjski slog pogosto razlog za nastanek travmatske poškodbe možganov. Medtem ko je razlog za netravmatske možganske poškodbe pogosto nezdrav način življenja in nedejavnost na športnem področju.

6 Zakaj šport za osebe s PMP

Telesna nedejavnost ima negativne posledice na vse ljudi, posebej pa še na osebe s PMP, kot so v svoji raziskavi dokazovali v Mount Sinai School of Medicine (povzeto po Brainline.org, 2015). Ta raziskava je pokazala veliko pozitivnih učinkov telesne vadbe za osebe s PMP:

- tisti, ki so športno dejavni, manj tožijo o fizičnih, emocionalnih in kognitivnih težavah, kot so težave s spanjem, razdražljivost, pozabljanje in neorganiziranost;
- športno nedejavni so se več pritoževali glede težav na kognitivnem področju, medtem ko so dejavni poročali o izboljšanih sposobnostih spomina in mišljenja;
- športno dejavni so bili manj depresivni;
- sebe so športno dejavni zaznavali kot bolj zdrave v nasprotju z nedejavnimi;
- športno dejavni so bili pogosteje vključeni v razne oblike izobraževanja ali dela in so se bolj znašli v skupnosti;
- več športno dejavnih je utrpelo težke možganske poškodbe, kar kaže na dejstvo, da teža možganske poškodbe ne preprečuje ukvarjanja s športnimi dejavnostmi.

Ta raziskava je bila osredotočena na pozitivne učinke aerobne vadbe, vendar raziskovalci pravijo, da tudi neaerobna vadba, npr. joga, bovling, golf ..., koristi ljudem, saj jih sprošča, izboljšuje koncentracijo in mišično dejavnost. Svetujejo, naj se osebe s PMP udejstvujejo v čim več različnih športnih dejavnosti (Brainline.org, 2015).

Omenjena raziskava je izpostavila pozitivne učinke športne vadbe, ki jih opažamo tudi pri naših uporabnikih. Naša raziskava sicer ni bila zastavljena tako, da bi lahko potrdili podobna dognanja na populaciji naših uporabnikov, spodbudila pa nas je za nadaljnje raziskovanje.

7 Zaključek

Šport nikakor ne sme biti izključna pravica posamezne skupine ljudi. Vključevanje oseb s posebnimi potrebami v različne športne dejavnosti pomaga družbi premagovati predsodke in strahove pred to populacijo, kar pogosto izvira ravno iz nepoznavanja njihovega življenja in omejitev zaradi družbene izoliranosti. Kot za zdravo populacijo je tudi za osebe s posebnimi potrebami izredno pomembna redna telesna dejavnost, saj jih varuje pred dodatnimi zdravstvenimi težavami, kot so kap, rak, depresija in drugo. Posebno za slednje sta šport in rekreacija izrednega pomena ter nujna za ohranjanje lastne telesne neodvisnosti. Sodelovanje v različnih športnih dejavnostih je odlična priložnost za sklepanje novih vezi med njimi in tudi z ostalo populacijo. Z dejavnim sodelovanjem v športnih dejavnostih posamezniki napredujejo ne samo na področju motoričnih spretnosti, ampak tudi na čustvenem področju, krepijo si samozavest in spodbujajo tekmovalni duh.

Šport ima ključno vlogo pri vzdrževanju kondicije in ohranjanju zdravja, skupinske športne dejavnosti pa imajo še dodatne pozitivne učinke, saj povečujejo družbene interakcije in krepijo disciplino ter timsko sodelovanje. Pri dolgotrajni rehabilitaciji oseb s PMP ima šport zelo pomembno vlogo, saj z dejavnim udejstvovanjem v različnih športnih dejavnostih le-ti izboljšujejo uspeh pri doseganju svojih rehabilitacijskih ciljev. Športne dejavnosti, ki se izvajajo v neposrednem in širšem družbenem okolju, vplivajo na večjo vključenost oseb s PMP v družbo in spodbujajo dejavno vlogo v vsakodnevnih življenjskih situacijah. Z uspehi, ki jih doživijo pri izvajanju športnih dejavnosti, krepijo občutek lastne vrednosti. Tako lahko trdimo, da ti programi vplivajo na izboljšanje življenja oseb s PMP s telesnega, duševnega, čustvenega in socialnega vidika, kar opažamo tudi pri naših uporabnikih.

Literatura

Aerobic Exercise Following TBI. Arlington: Brainline.org. (2015). Dostopno na: http://www.brainline.org/content/2008/07/aerobic-exercise-following-tbi_pageall.html. (19. 2. 2016).

Anthal, Z., Čeh, M. (ur.). (2011). Priročnik za delo z osebami s pridobljeno možgansko poškodbo (projekt ABI). Ljubljana: Center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo Zarja; 11.

Fridrich, R. (2007). Ponovno rojstvo. Zbornik društva Vita. Ljubljana: Društvo Vita za pomoč po nezgodni poškodbi možganov; 13–20.

Grabljevec, K. (2014). Možganske poškodbe – golo preživetje ne zadošča. Ljubljana: elektronska izdaja revije Zdravje. Dostopno na: http://www.zdravje.si/mozganske-poskodbe. (6. 12. 2015).

Kapus, V. in sod. (2002). Plavanje, učenje, pomen plavanja. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport; 49–60.

Konvencija o pravicah invalidov. Generalna skupščina združenih narodov. (2006). Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/invalidi_vzv/konvencija_o_pravicah_invalidov/. (15. 11. 2015).

Košorok, V. (2005). Poškodbe glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. Zbornik predavanj – 16. dnevi rehabilitacijske medicine. 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 9–17.

Športna rehabilitacija v Centru Naprej. (2014). Maribor: interno glasilo Centra Naprej.

Turner Stokes, L. (ur.). (2003). Rehabilitation following acquired brain injury: national clinical guidelines. London: Royal College of Physicians and British Society of Rehabilitation Medicine; 2–11.

Žalar, A. (1980). Šport in rekreacija kot dopolnilna oblika celovite rehabilitacije paraplegikov.

Celje: Zdravstveni center Celje; 242–250. Dostopno na: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=2e315083-d7db- 4186-b7c8-1cbedf074464. (10. 2. 2016).

WHO. (2011). World Report on Disability. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 120. Dostopno na: http://www.who.int/disabilities/world%20report/2011/report.pdf?ua=1. (15. 11. 2015).

Sara Mozetič, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica
mag. Mirko Prosen, viš. pred.
Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

KOMUNIKACIJSKE OVIRE V OBRAVNAVI SPOLNOSTI PRI PACIENTKAH Z GINEKOLOŠKIM RAKOM

COMMUNICATION BARRIERS REGARDING SEXUALITY IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER

Povzetek

Uvod: Človekova spolnost ni povezana le z njegovim razmnoževanjem, temveč je tudi zaznamovana z medčloveškimi odnosi in družbenimi vplivi. Pacientke, ki so zbolele za ginekološkim rakom spremljajo številni psihofizični problemi, med katerimi je tudi spremenjeno doživljanje in občutenje spolnosti. Namen raziskave je bil proučiti vidik medicinskih sester do spolnosti kot človekove potrebe pri pacientkah z ginekološkim rakom ter ovire, ki vplivajo na celovito zagotavljanje zdravstvene nege.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metodologija, fenomenološki pristop. V namenski vzorec je bilo vključenih 8 zaposlenih na področju ginekološke zdravstvene nege (3 diplomirane medicinske sestre in 5 zdravstvenih tehnikov). Podatki so bili pridobljeni s pomočjo polstrukturiranih intervjujev, ki so potekali maja 2015. Besedilo je bilo analizirano z metodo analize vsebine, ki je značilna za fenomenologijo.

Rezultati: Identificiranih je bilo sedem tem, ki pojasnjujejo, da so pacientke redko pobudnice pogovora o spolnosti, če pa že, se raje obrnejo k zdravniku. Pogovor o spolnosti pogosto omejujejo številne ovire, od kulturnih, infrastrukturnih ter tistih povezanih s psihofizičnim stanjem. V ospredje razreševanja dilem in težav vstopa predvsem individualiziran pristop, pri čemer je vključevanje partnerja pomembno, kar vpliva na zaznano kakovost življenja.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve kažejo, da pogovore o spolnosti usmerjajo predvsem kulturni vplivi. Medicinske sestre v komunikaciji prevzemajo aktivno vlogo, saj se zavedajo, da ginekološki rak pomembno vpliva na samopodobo ženske. Individualiziran pristop, ki upošteva celovitost skrbi, je pomemben za vzpostavljanje medsebojnega zaupanja zakar je razreševanje dilem in težav lažje in hitrejše. Kljub ginekološkemu raku je spolnost pomembna, saj pacientkam daje občutek, da so kljub bolezni in posledicah, ki jo spremljajo, še vedno privlačne, ljubljene in sprejete.

Ključne besede: komunikacija, neoplazme, zdravstvena nega, ginekologija, seksualnost

ABSTRACT

Introduction: Human sexuality is not only related to its reproduction, but also with interpersonal relationships and societal influences. Patients who are diagnosed with gynecological cancer are suffering from numerous physical and psychological problems, including an altered perception and feelings regarding their sexuality. The purpose of this research was to examine the nurses' perspective towards sexuality as a human need in patients with gynecological cancer and obstacles that affect the overall provision of health care.

Methods: Qualitative methodology, which included phenomenological approach, was used. The purposive sample included 8 employees in the field of gynecological nursing (3 nurses and 5 nursing assistants). Data were obtained through semi-structured interviews, which were held in May 2015. The text was analyzed by using content analysis method specific for phenomenology.

Results: Seven themes were identified which explain that the female patients are rarely initiators of conversation regarding their sexuality, but if they are, they would rather discuss it with the doctor. Discussion about sexuality is often limited by numerous barriers, from cultural ones, problems related with infrastructure and those associated with physical and psychological condition. In the forefront of solving dilemmas and problems individualized approach has the highest impact, where the involvement of significant other is important, since it affects the perceived quality of life.

Discussion and conclusion: The findings point out that discussions about sexuality are primarily guided by cultural influences. In communication process nurses assume an active role, because they realize that gynecological cancer has a significant impact on the self-esteem of women. Individualized approach that takes into account the integrity of care is important facilitator of mutual trust which leads to easier and faster resolution of patients' dilemmas and problems. Despite gynecological cancer and its consequences sexuality remains important for patients, because it gives a sense of attraction, love and acceptance.

Key words: communication, neoplasm, nursing, gynaecology, sexuality

1 Uvod

Spolnost je kompleksen, multidimenzionalen fenomen, ki vključuje biološki, psihološki in vedenjski vidik (Mansour, Mohamed, 2015). Predstavlja pomembno komponento kakovosti življenja vsakega človeka na katero vpliva rak in njegovo zdravljenje (Montazeri et al., 2008; Sacerdoti, Lagana', Koopman, 2010; Saevarsdottir, Fridriksdottir, Gunnarsdottir, 2010; Zeng, Liu, Loke, 2012; Vanlerenberghe, Sedda, Ait-Kaci, 2015). Ginekološki rak in rak dojk ne predstavljata le javno zdravstveni problem, temveč prizadeneta tudi organe, ki jim različne kulture pripisujejo pomemben simbolni pomen povezan s spolnostjo in telesno podobo (Sacerdoti, Lagana', Koopman, 2010; Ferreira et al., 2015) ter medosebnimi odnosi in spolno identiteto (Vanlerenberghe, Sedda, Ait-Kaci, 2015; Jonsdottir et al., 2016). Kljub dejstvu, da je pri pacientkah spolnost pogosto kompromitirana, zdravstveni delavci nezadostno ustrezno ocenijo tovrstne težave, kar posledično vpliva na njihovo odpravljanje (Ferreira et al., 2015). Dosedanje raziskave kažejo, da je pogovor o spolnosti pri pacientih z rakom redkost (Jonsdottir et al., 2016), zaradi česar ne moremo govoriti o celoviti, holistični zdravstveni oskrbi. Ugotovitve drugih raziskav (Ferreira et al., 2015; Mansour, Mohamed, 2015; Jonsdottir et al., 2016) zlasti kažejo na težave in vrzeli v komunikaciji o spolnosti med zdravstvenimi delavci (medicinsko sestro) in pacienti z rakom, pri čemer se kažejo komunikacijske ovire pri obojih. Zeng, Liu in Loke (2012) ugotavljajo, da obstajajo na strani zdravstvenih delavcev številni vzroki zaradi katerih je spolnost v zdravstveni oskrbi pogosto prezrta. Navajajo na primer mite in predsodke; prepričanje, da pogovori o spolnosti niso v domeni zdravstvene nege; strah pred užalitvijo pacienta/ke; prepričanje, da niso zadostno usposobljene za obravnavo te človekove potreb ali pa da celo pacienti/ke ne pričakujejo, da bo te probleme reševala medicinska sestra.

Namen raziskave je bil proučiti vidik medicinskih sester do spolnosti kot človekove potrebe pri pacientkah z ginekološkim rakom ter ovire, ki vplivajo na celovito zagotavljanje zdravstvene nege.

2 Metodologija

V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metodologija v okviru katere je bil izbran fenomenološki pristop. Ta se usmerja na posameznikovo interpretacijo lastnih izkušenj in načine kako jih izrazijo. V tem kontekstu samo tisti, ki izkusijo nek fenomen lahko o njem ustrezno poročajo (Parahoo, 2006; Robinson, 2006).

2.1 Opis instrumenta

Uporabljen je bil polstrukturiran intervju. Matthews in Ross (2010) navajata, da je slednji uporaben takrat, ko raziskovalca zanimajo obnašanje, razumevanje ljudi, predvsem pa njihove izkušnje, ter ravnanja. Intervju poteka tako, da si raziskovalec vnaprej pripravi glavna vprašanja odprtega tipa, ki jih postavi vsakemu intervjuvancu. Preostala podvprašanja pa jih oblikuje med samim potekom intervjuja.

2.2 Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen namenski kvotni vzorec. Gre za vzorec, ki odraža nekatere lastnosti populacije, kot recimo izobrazbeno strukturo, starostno strukturo, spol, vendar enote niso izbrane naključno (Matthews, Ross, 2010). Vključenih je bilo 8 zaposlenih v zdravstveni negi na ginekološkem področju. Vse vključene so bile ženskega spola. Tri izmed teh so zaključile visokošolski strokovni program Zdravstvena nega in pet srednješolsko strokovno izobraževanje. Povprečna starost sodelujočih je bila 41 let. Najstarejša sodelujoča je imela 53 let, najmlajša pa 29 let.

2.3 Potek raziskave in analiza podatkov

Sodelujoče smo osebno povabili k sodelovanju v raziskavi. Razložili smo jim namen, cilj in način raziskovanja. Glede na njihov prosti čas smo se dogovorili za predvideni datum intervjuja. Intervjuji so potekali maja 2015 na njihovih domovih. Sodelujoče, ki so potrdile sodelovanje v raziskavi, so podale pisno soglasje. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno. V začetku intervjuja so bile sodelujoče naprošene, da podajo nekatere demografske podatke. Vsak intervju je trajal v povprečju 20 minut. Imena sodelujočih so bila nadomeščena z namišljenimi imeni, pri čemer starost ostaja nespremenjena.

Za obdelavo podatkov je bila uporabljena metoda analize vsebine, ki je značilna za fenomenološke študije (Robinson, 2006). Ta temelji na zbiranju podatkov udeležencev, preučevanju transkripcij intervjujev, ekstrakcij stavkov, ki so neposredno povezane s fenomenom in njihovi interpretaciji, povezovanju v istopomenske skupine (angl. cluster groups) oz. kategorije, oblikovanju tem ter končni konceptualizaciji fenomena (Robinson, 2006). Rezultati so predstavljeni v tabelarični obliki z vključenim številom posameznih podobnih fraz.

3 Rezultati

Identificiranih je bilo šest tem (tabela 1).

Tabela 1: Identificirane teme v kvalitativni analizi

Tema	Tematska skupina	Št. izjav
1. MEDICINSKE SESTRE VZPOSTAVLJAJO AKTIVNO KOMUNIKACIJO S PACIENTKAMI, VENDAR SLEDNJE O SPOLNOSTI RAJE GOVORIJO Z ZDRAVNIKOM.	Medicinske sestre vzpostavljajo aktivno komunikacijo s pacientkami.	22
	Pacientke o tem raje govorijo z zdravnikom.	3
2. POBUDNIK KOMUNIKACIJE NAJ BO PACIENTKA, ČEPRAV JE Z NJIHOVE STRANI REDKO DANA POBUDA IN TO PREVZAME MEDICINSKA SESTRA.	Pobudnik komunikacije naj bo pacientka.	12
	Pacientke redkokdaj dajo pobudo medicinski sestri za pogovor o spolnosti.	10
	Pacientke pričakujejo več pobude s strani medicinskih sester za pogovor o spolnosti.	1
3. OVIRE, KI ONEMOGOČAJO USTREZNO KOMUNIKACIJO S PACIENTKAMI O SPOLNOSTI.	Nezanimanje za pogovor o spolnosti v prvih dneh zdravljenja.	7
	Stereotipi in predsodki vplivajo na obravnavo spolnosti pri pacientki.	6
	Neustrezni prostori v bolnišnici, za pogovor o spolnosti.	4
	Psihično počutje pacientke (vpliva na sprejemanje informacij).	3
	Komunikacija s strani pacientke nastopi ob pojavu problema.	3
	Pomanjkanje časa za pogovor s pacientko o spolnosti.	2
	Lažja vzpostavitev komunikacije glede fizioloških potreb kot so potreba po hrani, vodi, gibanju.	2
	Osebna prepričanja medicinskih sester.	1
4. POGOVOR S PACIENTKO O SPOLNOSTI, OPREDELJUJE VZPOSTAVLJENO ZAUPANJE, INDIVIDUALNO OBRAVNAVO IN PRISTOP MEDICINSKE SESTRE, ZLASTI OB PRVEM KONTAKTU.	Vzpostavitev zaupanja med medicinsko sestro in pacientko.	5
	Način pristopa medicinske sestre do pacientke za pogovor o spolnosti.	3
	Individualna obravnava medicinske sestre s pacientko.	2
	Prvi kontakt med medicinsko sestro in pacientko.	2
5. ZAGOTAVLJANJE USPEŠNE ZDRAVSTVENE VZGOJE, JE POGOJENO Z ANALIZO PRIČAKOVANJ IN POTREB PACIENTK, SAJ NI POVRATNIH INFORMACIJ O USPEŠNOSTI IN ZADOSTNOSTI PODANIH INFORMACIJ.	Seznanitev pacientk glede problemov pred pričetkom zdravljenja.	3
	Individualno iskanje informacij pacientk (največ preko spleta).	3
	Zdravstvena vzgoja učinkovitejša kasneje.	3
	Nezadostna povratna informacija.	1
	Analiza pričakovanj in potreb pacientk.	1
6. POMEMBEN DEL OSKRBE IN TUDI ODPIRANJA POGOVORA O SPOLNOSTI, JE VKLJUČEVANJE PARTNERJA IN / ALI PROSTOVOLJK.	Spolnost- naravni del življenja.	2
	Aktivno vključevanje partnerja v proces zdravstvene nege.	1
	Zaupanje v prostovoljke.	1

4 Razprava

Ginekološki rak je bolezen, ki povzroči pri ženskah dramatične spremembe in posledice, ki se dotikajo tako fizičnih, psihičnih in socialnih področij življenja. Z omenjenim je povezana tudi potreba po spolnosti, pri kateri pa moramo imeti v mislih, zlasti tisto, ki je povezana z ljubečim medosebnim odnosom in občutkom ljubezni, ki daje v takšnih trenutkih življenja, potrebno podporo in moč.

Ugotovitve raziskave kažejo, da so v večini medicinske sestre pobudnice komunikacije o spolnosti pri pacientkah z ginekološkim rakom, čeprav nekatere pacientke o tem raje govorijo z zdravnikom. Po drugi strani pa nekatere pričakujejo od medicinskih sester več pobude za pogovore o spolnosti, kar kaže na to, da se lahko nekatere te teme izogibajo, kar ugotavljajo tudi v drugih raziskavah (Zeng, Liu, Loke, 2012; Mansour, Mohamed, 2015; Jonsdottir et al., 2016).

Med spoznane komunikacijske ovire intervjuvanke uvrščajo psihično počutje pacientke in posledično njihovo nezanimanje za pogovor o spolnosti, zlasti v prvih dneh zdravljenja, kar tudi potrjuje dejstvo, da je pobuda za pogovor o tem z njihove strani redka oziroma nastopi šele s pojavom problema. Rezultati raziskave opravljene med medicinskimi sestrami na Kitajskem so pokazali, da 63 % medicinskih sester meni, da so hospitalizirane pacientke preveč bolne in se počutijo preveč slabotno, da bi jih spolnost sploh zanimala (zeng). Prisotnost predsodkov in stereotipov pri pacientkah onemogoča komunikacijo o spolnosti, kar potrjujejo tudi druge raziskave (Zeng, Liu, Loke, 2012; Ferreira et al., 2015). Mnogo lažja je namreč komunikacija o fizičnih problemih kot pa o psihičnih težavah in s tem povezanim spolnim življenjem. K temu dodatno prispevajo še osebna prepričanja medicinskih sester, ki vplivajo na odkrit pogovor (lastna zadrega, nekaj neobičajnega ipd.) in zrcalijo vpliv biomedicinskega modela, kar v svoji raziskavi ugotavljajo Ferreira in sodelavci (2015). V prej omenjeni raziskavi (Zeng, Liu, Loke, 2012) je bilo ugotovljeno, da se 77,7 % medicinskih sester te tematike izogiba predvsem zaradi prepričanja, da gre za preveč intimno področje.

Uspešnost ugotavljanja problemov in dilem povezanih s spolnostjo je pogojena z vzpostavljenim medsebojnim zaupanjem, ki se začne že s prvim stikom z pacientko, njeno individualno obravnavo in ubranim pristopom. Štemberger Kolnik, Majcen Dvoršak in Goričan (2009) pravijo, da je zdravstveni delavec tista oseba, ki mora v procesu komuniciranja zgraditi potrebno zaupanje pacienta. To pomeni v pogovoru s pacientom uporabljati jezik, ki je le-temu razumljiv, da lahko v pogovoru aktivno sodeluje in da ustvarimo tako klimo, ki bo pacientu vzbudila občutek zaupanja, pripravljenosti na pomoč in motivacijo. Pogosto je to lahko tudi onemogočeno zaradi neustreznih prostorov v bolnišnici, ki ne dovoljujejo dovolj zasebnosti ali pa po mnenju medicinskih sester, pomanjkanje časa za pogovor, kar ugotavljajo tudi drugi (Zeng, Liu, Loke, 2012; Ferreira et al., 2015; Mansour, Mohamed, 2015). Zeng, Liu in Loke (2012) na primer zaključujejo, da si je skoraj 40 % medicinskih sester včasih ali pogosto vzelo čas za pogovor, skoraj 80 % medicinskih sester si ni nikoli ali zelo redko vzelo čas, da so prisluhnile težavam, s katerimi se srečujejo pacientke na področju spolnosti. Omejene resurse in pomanjkanje kadra omenjajo kot poglavitna dejavnika za nezadostno komuniciranje o spolnosti s pacientkami z ginekološkim rakom tudi mansour in Mohamed (2015). Oba v raziskavi navedena dejavnika, neustrezni prostori in pomanjkanje časa, ne vzdržita, ko govorimo o nudenju celovite zdravstvene nege oziroma oskrbe.

Med analiziranimi temami je v povezavi s spolnostjo izpostavljena zdravstvena vzgoja, za katero pa se zdi, da ni ustreznih povratnih informacij o njeni uspešnosti oziroma učinkovitosti. Pomembno se jim zdi, da so pacientke seznanjene z možnimi problemi in težavami že pred pričetkom zdravljenja. S pravočasnim in ustreznim informiranjem lahko zdravstveni delavci pripomoremo k hitrejšemu vključevanju razumskih presoj in s tem tudi razumskega iskanja rešitev, ki pripomorejo k izboljšanju kakovosti življenja (Štemberger Kolnik, Majcen Dvoršak, Goričan, 2009). K temu prispeva dejstvo, da je potrebno spolnost sprejeti kot naravni del življenja ter aktivno vključevati partnerja in druge podporne sisteme (npr. prostovoljke, ki jih medicinske sestre vidijo kot dobrodošlo pomoč – tudi v povezavi z rešitvijo ob navedenem pomanjkanju časa). Vendar se še vedno zdi, da je spolnost v očeh medicinskih sester spoznana kot preveč intimna in občutljiva tema, da bi postala »normalen« del ocene stanja v procesu zdravstvene nege. V tem je viden tudi vpliv biomedicinskega modela po katerem poteka tudi izobraževanje medicinskih sester. Ne glede na to pa rezultati pozitivno nakazujejo, da se dogajajo premiki na strani pacientk in medicinskih sester.

Literatura

Ferreira, S M d A, et al. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals: Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015; 23(1): 82-89.

Jonsdottir, J I, et al. Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital: European Journal of Oncology Nursing. 2016; 21: 24-30.

Mansour, S E, Mohamed, H E. Handling Sexuality Concerns in Women with Gynecological Cancer: Egyptian Nurse's Knowledge and Attitudes: Journal of Education and Practice. 2015; 6(3): 146-59.

Matthews, B, Ross, L. Research methods: A practical guide for the social sciences. Essex: Pearsons Education Limited; 2010: 152-173, 218-233.

Montazeri, A, et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study: BMC Cancer. 2008; 8: 330.

Parahoo, K. Nursing Research: Principles, Process and Issues. New York: Palgrave Macmillan; 2006: 68-69.

Robinson, A. Phenomenology. In: Cluet, E R, Bluff, R., eds. Phenomenology. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006: 187-219.

Sacerdoti, R C, Lagana', L, Koopman, C. Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help?: Professional psychology, research and practice. 2010; 41(6): 533-40.

Saevarsdottir, T, Fridriksdottir, N , Gunnarsdottir, S. Quality of life and symptoms of anxiety and depression of patients receiving cancer chemotherapy: longitudinal study: Cancer Nursing. 2010; 33(1): E1-E10.

Štemberger Kolnik, T, Majcen Dvoršak, S, Goričan, A. Informiranost kot ključno vodilo do kakovosti življenja pacientov s stomo: Obzornik zdravstvene nege. 2009; 43(4): 253-60.

Vanlerenberghe, E, Sedda, A-L, Ait-Kaci, F. Cancers de la femme, sexualité et approche du couple: Bulletin du Cancer. 2015; 102(5): 454-62.

Zeng, Y C, Liu, X, Loke, A Y. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice: Journal of Advanced Nursing. 2012; 68(2): 280-92.

Marijana Neuberg mag., v. pred., Irena Canjuga mag. pred.
Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Odjel za biomedicinske znanosti
doc. dr. sc. Sonja Kalauz,
Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Odjel za biomedicinske znanosti;
Zdravstveno veleučilište, Zagreb
Vesna Sertić, dipl. med. techn.,
Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Odjel za biomedicinske znanosti;
OB "Tomislav Bardek" Koprivnica

MOTIVACIJA KAO PREDIKTOR ODRŽAVANJA KVALITETNE ZDRAVSTVENE NJEGE

MOTIVATION AS A PREDICTOR OF MAINTAINING THE QUALITY OF HEALTH CARE

Sažetak

Teoretska ishodišta: Zadovoljstvo i motivacija medicinskih sestara postaju ključna pitanja suvremenih zdravstvenih organizacija, te glavni faktor u održavanju kvalitete zdravstvene njege. Teorija motivacije proučava specifičan proces motivacije, objašnjava određeno ponašanje ljudi na poslu, opisuje što zdravstvene organizacije mogu učiniti kako bi ohrabrile medicinske sestre i tehničare da ulože znanje, sposobnosti i vještine na način koji će omogućiti ostvarenje ciljeva zdravstvene ustanove.

Metodologija: Kao metoda korištena je deskriptivna statistika na osnovu prikupljenih podataka, nestandardiziranom anketom koja je ispitivala tri varijable: privlačnost nagrade za pojedinca, vjerojatnost da će za savjesno i dobro odrađen posao uslijediti nagrada i učestalost ispitivanja motivacije medicinskih sestara na radnim mjestima. U istraživanju su sudjelovale medicinske sestre i tehničari te studenti sestrinstva Sveučilišta Sjever. Ispitano je 100 ispitanika.

Rezultati: Provedeno istraživanje ukazalo je kako je motivacija važan psihološki fenomen koji doista utječe na efikasnost i kreativnost u radu medicinskih sestara. Istraživanje je pokazalo da je ispitanicima visina plaće važan motivacijski faktor, ali isključivo uz potporu ostalih motivatora koji ju daleko nadjačavaju. Sljedeći motivatori su bili siguran posao i osigurani uvjeti i sredstva za rad. Međutim, motiv napredovanja na poslu i promaknuća pokazao se kao najslabiji motivator u ovom istraživanju. Nadalje, ispitanici su također naveli kako se u njihovom svakodnevnom radu motivacija djelatnika jako rijetko, odnosno u većini slučajeva ne provodi.

Rasprava: Motivacija je, očito, nešto što svima treba, što svi žele, ne mogu raditi i živjeti bez toga, ali nisu sasvim sigurni što je to.

Ključne riječi: motivatori, medicinske sestre, zadovoljstvo, ljudski resursi

SUMMARY

Theoretical starting points: satisfaction and motivation of nurses are becoming the key issues of modern health organizations, and the principal factor in maintaining the quality of health care. The theory of motivation studies the specific process of motivation, it explains certain behavioural patterns of people in their work place, and describes what health organizations can do to encourage nurses and medical technicians to give knowledge, abilities and skills to enable the achievement of goals of health institutions.

Methods: descriptive statistics was used based on the data, obtained through a non-standardised survey, which examined three variables: appealing reward for an individual, the probability of receiving a reward based on a conscientious and a well done job, and frequency of testing the motivation of nurses in their workplaces. Nurses and medical technicians, as well as the students of the North University, participated in the survey, which included 100 examinees.

Results: the research indicated that motivation is a crucial psychological phenomenon that really affects efficiency and creativity of nurses in their workplace. Moreover, salary is a very important factor for the examinees, but also taking into consideration the rest of the motivators that consequently overcome it. The following motivators were: a steady job and good conditions, and funds. However, career promotion proved to be the weakest motivator in this research. Moreover, the examinees also stated that the motivation of employees is only rarely present or absent.

Discussion: The motivation is, obviously, something that everyone needs, wants, cannot work and live without it, but are not quite sure what it actually means.

Key words: motivators, nurses, satisfaction, human resources

1 Uvod

Motivacija predstavlja jednu od složenijih obrazaca ljudskog ponašanja. Termin motivacija dolazi od latinske riječi movere odnosno kretati se (Koontz, Weihrich, 1998). U psihologiji se definira kao stanje u kojem smo iznutra pobuđeni nekim potrebama, porivima, željama ili motivima na određeno ponašanje usmjereno prema postizanju nekog cilja. Ona se sastoji od velikog broja faktora koji utječu na to da se ljudi u organizaciji ponašaju na određeni način, posebice da ulažu napore kako bi nešto postigli i ostvarili. Koontz i Weihrich (1998) navode kako je motivacija općeniti pojam koji se odnosi na cijeli skup nagona, zahtjeva, potreba želja i sličnih sila. Iz mnogobrojnih definicija motivacije kojima obiluje teorija organizacije i upravljanja ljudskim potencijalima može se zaključiti da definicija motivacije sadrži tri čimbenika: valence odnosno vrijednosti koje pojedinac najviše cijeni, očekivanja da će ono što čini dovesti do takvog ishoda i motivacijske sile koje nastaju kao rezultat očekivanja i valence. Nadalje, Bujas (1959) naglašava da se ljudska aktivnost ne pojavljuje sama od sebe, već su potrebne određeni unutarnji i vanjski poticaji kako bi došlo do aktivnosti. Autorice Miljković i Rijavec (2005) naglašavaju kako je naporno i uporno izbjegavanje posla također motivirano ponašanje. Smatraju da motivacija nije jedini važan faktor radne uspješnosti te, u tom smislu, navode sposobnosti i osobine ličnosti te kvalitetu i raspoloživost opreme i pribora potrebnog za rad, te slaganje i neslaganje s ostalima u timu. Nadalje, Bahtijarević-Šiber (1999) navodi više definicija motivacije stranih autora, te je i sama definira kao zajednički pojam za sve unutarnje faktore koji konsolidiraju intelektualnu i fizičku energiju, iniciraju i organiziraju individualne aktivnosti, usmjeravaju ponašanje, te mu određuju smjer, intenzitet i trajanje. Nešto drugačiji pristup tumačenju motivacije ima Rheinberg (1995), koji kaže da se motivacija ne odnosi strogo na određeno područje doživljavanja i ponašanja, nego da je u određenoj mjeri apstraktna.

1.1 Strategija motiviranja medicinskih sestara

Da bi motivirali medicinske sestre i tehničare za rad, menadžeri u zdravstvenom sustavu koriste razne tehnike odnosno strategije motivacije. Cilj svake strategije je da zadovolji potrebe članova zdravstvene ustanove kroz odgovarajuće organizacijsko ponašanje. Međutim, vrlo je teško reći koja je od strategija najefikasnija, jer svaka pokazuje određene efekte u različitim organizacijskim jedinicama, različitim odjelima i ustrojstvima rada, te ovisno o tome je li riječ o privatnoj ili javnoj ustanovi i osobinama i afinitetima medicinskih sestara i tehničara koji ondje rade. Praksa je pokazala kako je kombinacija poznatih strategija najbolja u procesu radne organizacije medicinskih sestara, s naznakom da u toj kombinaciji dominantnu ulogu ima ona strategija koja je najprimjerenija trenutnoj situaciji.

Prva i osnovna strategija motiviranja medicinskih sestara i tehničara je komunikacija. Dobra i održana komunikacija između zdravstvenog menadžera i medicinskih sestara omogućava zadovoljenje elementarnih ljudskih potreba. Nosioci i inicijatori dobre komunikacije moraju biti zdravstveni menadžeri.

Druga strategija radne motivacije jest stav zdravstvenog menadžera prema medicinskim sestrama. Ova se strategija zasniva na McGregorovim teorijama X i Y, odnosno na negativnim (X) i pozitivnim (Y) pretpostavkama koje zdravstveni menadžeri imaju prema medicinskim sestrama i tehničarima (Tudor, 2010). Ako se pod sadržajem negativnog stava podrazumijevaju pretpostavke o nemarnosti i nezainteresiranosti medicinskih sestara za kvalitetu i doprinos zdravstvenoj organizaciji, pa se u tom smislu represivno djeluje na njih, nije sigurno da će takav stav djelovati motivirajuće. Međutim, pozitivan stav zdravstvenog menadžera, u smislu pretpostavki da su medicinske sestre i tehničari vrijedni, požrtvovni i da se identificiraju sa zdravstvenom ustanovom, zasigurno djeluje motivirajuće. Ni jedan se čovjek na poslu ne želi osjećati poput broja ili malog bezimenog kotačića. Svatko se želi osjećati kao čovjek koji radi važan posao i koji je zbog toga cijenjen (Tudor, 2010). Sljedeća kategorija motiviranja medicinskih sestara jest osmišljavanje i obogaćivanje posla.

U redizajniranju posla primjenjuju se različite opcije kojima je cilj učiniti posao zanimljivijim, raznolikijim i izazovnijim, a što bi trebalo rezultirati povećanjem kvalitete i proizvodnosti rada (Buble, 2006). Jedan od najstarijih načina eliminacije uobičajene rutine radnog mjesta kroz osmišljavanje posla je rotacija medicinskih sestara na drugi odjel ili odsjek. Temeljni cilj rotacije je unošenje novosti u djelatnikov rad i život. Riječ je o promjeni radnih zadaća međusobnim premještanje dvojice ili više radnika koji rade na poslovima sličnih tehnoloških zahtjeva, radnih vještina i sposobnosti unutar jedne organizacijske jedinice (Tudor, 2010).

Četvrta strategija radne motivacije zasniva se na konceptu takozvane modifikacije ponašanja medicinskih sestara. Ovaj koncept zasniva se na poticanju određenog ponašanja, u ovisnosti o posljedici koje takvo ponašanje proizvodi. Tako, medicinska sestra teži da ponavlja ono ponašanje koje se nagrađuje, a eliminira ono koje se kažnjava. Ukoliko zdravstveni menadžeri žele modificirati ponašanje medicinskih sestara, moraju prethodno znati do kakvih će posljedica dovesti ta modifikacija.

2 Metodologija

2.1 Opis uzorka

Istraživanjem su obuhvaćene medicinske sestre i tehničari, studenti Sveučilišta Sjever, smjera sestrinstvo, s minimalno jednom godinom radnog staža. Ispunjeno je 100 upitnika koji čine reprezentativni uzorak. Uzorak obuhvaća ispitanike oba spola, različite starosti i broja godina radnog staža, koji rade u različitim ustanovama.

2.2 Opis instrumenta

U mjerenju motiviranosti medicinskih sestara za rad korištena je nestandardizirana anketa koja je ispitivala sljedeće varijable:

1. privlačnost nagrade za pojedinca
2. vjerojatnost da će za savjesno i dobro obavljen posao uslijediti nagrada
3. učestalost ispitivanja motivacije medicinskih sestara i tehničara na radnim mjestima

Prve dvije varijable sadrže 12 pitanja. Tip pitanja je ocjenjivanje važnosti ponuđenih tvrdnji za pojedinca pomoću bodovne skale od 1 do 5. Tako da broj jedan (1) označava krajnje negativan stav, broj dva (2) označava negativan stav, broj tri (3) srednju važnost tvrdnje, broj četiri (4) pozitivnu važnost ponuđene tvrdnje i broj pet (5) vrlo visoku važnost ponuđene tvrdnje za pojedinca. Treća varijabla sastoji se od 3 pitanja koja su se odnosila na određivanje korelacije između ponuđenih tvrdnji u ovisnosti o ispitanikovom radnom mjestu.

2.3 Ciljevi istraživanja

1. Teorijska obrada motivacije kao fenomena s osvrtom na motivaciju medicinskih sestara i tehničara.
2. Identifikacija faktora koji su najčešći u postizanju motivacije medicinskih sestara i tehničara.
3. Doznati učestalost ispitivanja motivacije medicinskih sestara za rad na odjelima na kojima ispitani rade.

2.4 Hipoteze

1. Motivacija kao psihološki fenomen jako utječe na efikasnost i kvalitetu rada medicinskih sestara.
2. Osnovni faktori motivacije pri motiviranju medicinskih sestara i tehničara su plaća, mogućnost edukacije i napredovanje.
3. Ispitivanje motivacije na radnim mjestima provodi se vrlo rijetko.

3 Rezultati

U statističkoj analizi podataka vezanih uz određivanje faktora motivacije koje medicinske sestre i tehničari navode kao najveće motivatore, dobiveni podaci su prikazani u grafu 1 i 2.

Graf 1. Prikaz važnosti sigurnosti posla

Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Graf 2. Prikaz važnosti plaće kao motivatora

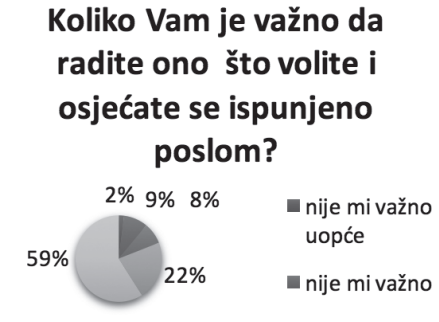
Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Iz grafa 1 vidljivo je kako se prvo pitanje odnosilo na važnost sigurnosti posla, koje predstavlja jak motivacijski faktor, odnosno čak 64% ispitanika navodi kako im je vrlo važan. Drugo se pitanje odnosilo na važnost visine plaće kao motivatora. Vidimo iz grafa 2 da 50% ispitanih navodi kako im je visina plaće veoma važan faktor, dok njih 30% navodi kako im je ona važan faktor, no ne i najvažniji za postizanje motiviranosti.

Graf 3. Važnost radnih uvjeta kao faktora motivacije za rad

Izvor: Anketni upitnik, 2014.

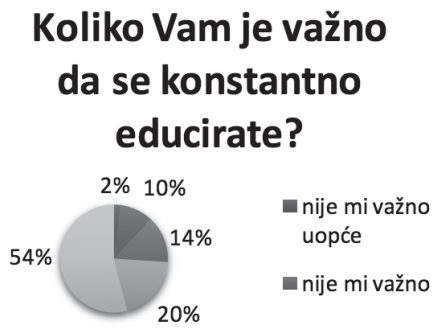
Graf 4. Važnost vlastitog osjećaja ispunjenosti poslom kao motivatora



Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Treće pitanje ispitivalo je važnost radnih uvjeta. Iz grafa 3 vidimo kako se 63% ispitanih slaže da im je to vrlo važan motivator. Četvrto pitanje odnosilo se na zadovoljstvo ispitanika vlastitim poslom kao što prikazuje graf 4.

Graf 5. Važnost edukacije na radnom mjestu



Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Graf 6. Važnost razvijanja vještina kroz rad

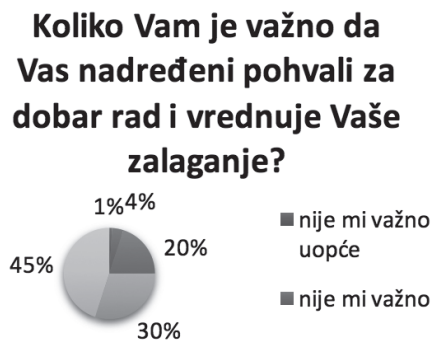
Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Peto se pitanje odnosilo na učenje i osobno napredovanje putem cjeloživotne edukacije. Iz grafa 5 vidljivo je da 54% ispitanih navodi kako im je veoma važna cjeloživotna edukacija, dok njih čak 10% navodi kako im to nije važno. Šesto po redu pitanje ispitivalo je koliko je pojedincu važno da naučeno razvija u radu, što nam predočava graf 6, s rezultatom da 54% navodi da im je mogućnost razvijanja naučenih vještina veoma važna za motivaciju, dok njih čak 15% odgovara kako im je svejedno hoće li razviti novonaučene vještine kroz rad.

Graf 7. Važnost promaknuća i napredovanja

Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Graf 8. Važnost pohvale kao motivatora



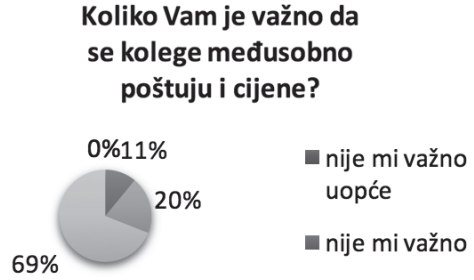
Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Na pitanje o važnost napretka i promaknuća na radnom mjestu, njih 47% odgovorilo je da je promaknuće veoma visok motivator, dok njih čak 24% navodi kako im je svejedno što prikazuje graf 7. Osmo pitanje ispituje važnost pohvale kao motivatora. Samo 45% ispitanih navodi pohvalu i vrednovanje vlastitog rada od strane nadređenog kao jako visok faktor motivacije što je ujedno i najmanji postotak odgovora na vrlo visoku motivaciju od svih pitanja. Iz grafa 8 vidljivo je i da njih 30% navodi kako im je važno, te čak 20% navodi kako im je svejedno.

Graf 9. Važnost slobode i kreativnosti u radu

Izvor: Anketni upitnik, 2014.

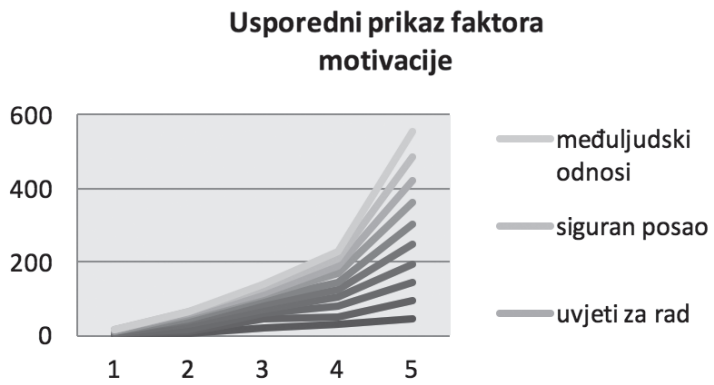
Graf 10. Važnost međuljudskih odnosa na poslu



Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Graf 9 prikazuje kako 51% ispitanika označava kao slobodu i mogućnost kreativnosti vrlo važnim faktorom, istovremeno njih 13% navodi kako im nije važno, što je ujedno i najviše ocjenjeno kao ne važno kroz anketna pitanja. Posljednje pitanje odnosilo se na važnost međusobnih odnosa na radnom mjestu, poštovanja između kolega te uzajamnog cijenjenja. Iz grafa 10 vidimo da je najveći broj ispitanika, njih 69%, što je ujedno i najviše jednakih odgovora kroz anketu, označilo je da im je u radu najvažniji motivator baš to da se kolege međusobno cijene i poštuju.

Graf 11. Usporedni grafički prikaz svih odgovora



Izvor: Anketni upitnik, 2014.

Usporedno prikazujući, može se vidjeti koji je faktor ocijenjen kao najveći motivator od strane većine ispitanika. Iako razlike u postotcima nisu velike, međuljudski odnosi prednjače kao najvažniji pri motiviranosti medicinskih sestara i tehničara za rad. Nakon njih slijede siguran posao, te normalni uvjeti za rad i vlastiti osjećaj ispunjenosti i zadovoljstva poslom. Na sredini ljestvice motivirajućih faktora nalaze se razvijanje teoretski naučenih vještina, cjeloživotna edukacija, te sloboda i kreativnost medicinskih sestara u radu. Najniže na ljestvici stoje visina plaće, važnost napretka u poslu i promaknuća na radnom mjestu i, kao najmanje motivirajući faktor, stoje pohvale nadređenih za dobro obavljen posao te vrednovanje zalaganja medicinskih sestara od strane nadređenih, što možemo vidjeti iz grafa 11.

4 Rasprava

Iz provedene ankete uočljivo je da je motivacija važan psihološki fenomen koji doista utječe na efikasnost i kreativnost u radu medicinskih sestara. To potvrđuje i istraživanje „Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review" koje je 2008. godine provela skupina autora putem internetskog časopisa Human Resources for Health i Google znalaca za pretraživanje stručnih i znanstvenih radova; istraživanje je provedeno u zemljama u razvoju. Provedeno je na 20 radova koji su se sastojali od kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja. U njima je određeno sedam većih motivacijskih tema kao što su: veličina plaće, kontinuirana edukacija, razvoj daljnje profesionalne karijere, bolnička infrastruktura, bolnički menadžment i priznanje vlastitog rada. Većina motivacijskih faktora koja je bila ponuđena, visoko je pozicionirana od strane medicinskih sestara i tehničara koji su ispitani. Pokazalo se kako je najveći motivacijski faktor u poslu medicinskih sestara i tehničara baš to da se kolege međusobno poštuju i cijene. Kako istraživanje iz 2008. godine navodi da su bez sumnje čimbenici motivacije vezani uz pojedine države, financijska ostvarenja, daljnji razvoj karijere, te problemi u samom menadžmentu, ključni faktori. Sama financijska ostvarenja nisu dovoljna da motiviraju zdravstvene radnike. Iz toga proizlazi da je priznanje od drugih kolega visoko učinkovito u poboljšanju motivacije zdravstvenih radnika i da promjene u samim resursima i infrastrukturi mogu značajno poboljšati moral. Sukladno tome, iz provedene ankete možemo vidjeti kako je i studentima koji su ispunili anketu visina plaće također važan motivacijski faktor, ali isključivo uz potporu ostalih motivatora koji je daleko nadjačavaju. Motiv napredovanja i promaknuća na poslu navode kao srednje važan motiv, koji je ujedno ispitanicima i najslabiji motivator, što poništava početno postavljenu hipotezu kako su osnovni faktori motivacije medicinskih sestara i tehničara na Sveučilištu Sjever plaća, mogućnost edukacije te napredovanje i promaknuće. Uloga razvoja karijere spominje se u 85% studija. Zdravstveni djelatnici koji rade u ruralnim predjelima obično imaju manje interesa u razvoju daljnje karijere nego oni u urbanim sredinama. Studije ukazuju na to da zdravstveni radnici bolje funkcioniraju kada znaju da imaju mogućnost napredovanja na poslu. Jasno definiranje posla je važno.

O tome da jedna tvrdnja uvjetuje drugu ispitanici su na sva pitanja odgovorili da to nije učestalo, ali da postoji mogućnost da će za dobro obavljen posao imati veću kreativnost u radu, da će napredovati na svom poslu ili da će nadređeni uvidjeti njihovo zalaganje. Što se tiče pohvale i vrednovanja rada kao motivatora, ispitanici navode kako im oni i nisu toliko važni; svejedno im je da li će ih nadređeni pohvaliti ili ne. Usporedno istraživanje o motivaciji zdravstvenih radnika u zemljama u razvoju navodi kako su priznanje i uvažavanje, bilo od menadžera, kolega ili zajednice, tema koja je nađena u 70% studija. U nekim studijima, priznanje je jedan od najvažnijih motivirajućih faktora za zdravstvene djelatnike. Radnici bolje obavljaju svoj posao kada je njihov napor i trud prepoznat i koristan u zajednici. U Tanzaniji, iako su infrastruktura i resursi bili demotivirajući, priznanje je bilo u tolikoj mjeri važno da je nadilazilo sve demotivirajuće faktore. Isto tako, visoka razina povjerenja zajednice u zdravstvene djelatnike jako povećava motivaciju.

5 Zaključak

Motivacija je vrlo kompleksna i osobnog je karaktera, pa tako nema ni jedinstvenog principa motiviranja medicinskih sestara za rad. No, njihova motiviranost za rad ovisi u manjoj mjeri o njihovoj samomotivaciji, a u većoj mjeri o faktoru motivacije koje osigurava zdravstvena ustanova i zdravstveni menadžer. Neki ključni faktori koji mogu potaknuti efikasnost i efektivnost, a ujedno i motiviranost medicinskih sestara za rad, jesu u prvom redu radni uvjeti, koji su preduvjet svim ostalim uvjetima i preduvjet za konstantno održavanje poboljšanja radnog mjesta i zadovoljstva medicinskih sestara i tehničara. U dobro organiziranoj zdravstvenoj ustanovi, korisno je dozvoliti članovima tima osobne odgovornosti za neke odluke, te pozitivno delegirati zadatke na medicinske sestre, jer takav stav povećava osobi osjećaj korisnosti i pripadnosti timu i zdravstvenoj ustanovi. Pred medicinske sestre valja stavljati izazove, no sukladno naporu koji je potreban da se oni ostvare, treba osigurati i nagradu.

Literatura

Bahtijarević-Šiber F. Management ljudskih potencijala. Zagreb; Golden marketing; 1999.

Buble M. Osnove menadžmenta. Zagreb; Sinergija nakladništvo, 2006.

Bujas Z. Uvod u metode eksperimentalne psihologije. Zagreb: Psihologija praktikum 1., Školska knjiga; 1974.

Koontz H, Weihrich H. Menadžment. Zagreb: Mate d. o. o; 1998.

Miljković D, Rijavec M. U potrazi za čarobnom svjetiljkom. Karlovac: Psihologija samomotivacije; D2, 2002.

Motivation and retention af health workers in developing countries: a systematic review. Dostupno na: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/247 (15.09.2014).

Rheinberg F. Motivacija. Zagreb; Naklada Slap; 2004.

TUDOR G: Vođenje i motiviranje ljudi: kako nadahnuti svoje ljude: jedinstveni primjeri najbolje prakse – knjiga prva – Zagreb; 2010.

ddr. Marija Ovsenik, Diana Jeleč Kaker, Suzana Špendal
Alma Mater Europaea – ECM

ODNOS ŠTUDENTOV SOCIALNE GERONTOLOGIJE IN FIZIOTERAPIJE DO DEMENTNIH BOLNIKOV SKOZI NJIHOVE IZKUŠNJE Z DEMENTNIMI BOLNIKI

ATTITUDE OF SOCIAL GERONTOLOGY AND PHYSIOTHERAPHY STUDENTS TOWARDS DEMENTIA PATIENTS, OBSERVING THROUGH THEIR EXPERIENCE WITH DEMENTIA PATIENTS

Povzetek

Spremembe prinašajo različne izkušnje, stresna stanja in potencirajo bolezni. V zadnjem času beležimo vse pogostejši pojav demence kot bolezenskega stanja. Zato smo se odločili, da bomo raziskali odnos do demence med študenti socialne gerontologije in fizioterapije. Pri študentih socialne gerontologije in fizioterapije obstajata visoka stopnja poznavanja demence in pozitiven odnos do dementnih z vidika znanja o starostnikih, medtem ko je občutje ugodja v bližini starostnikov oziroma zadovoljstva že nekoliko slabše. Izmed merjenih vidikov odnosa do demence se kot najbolj problematična izkaže splošna naklonjenost dementnim osebam. Rezultati raziskave so pokazali, da ni statistično značilnih razlik v odnosu do demence glede na spol, smer študija in glede na to, ali je v družini študenta član z demenco, tudi starost študentov ni povezana z odnosom do demence. Sicer imajo študentje socialne gerontologije nekoliko bolj pozitiven odnos do dementnih oseb kot študentje fizioterapije. Študentje, ki imajo možnost srečevanja z dementnimi bolniki na delovnem mestu, so v statistično značilno večji meri naklonjeni dementnim osebam in se tudi počutijo bolj ugodno v njihovi družbi. Ugotovitve nakazujejo podrobnejše raziskovanje konkretnih izkušenj in srečevanja z dementnimi na delovnem mestu.

Ključne besede: študenti socialne gerontologije in fizioterapije, odnos do demence

Abstract

Changes, brought on by dementia, bring various experiences, stress and intensify diseases. Lately we are noticing dementia more and more frequently. We therefore decided to research the attitude toward dementia among social gerontology and physiotherapy students. The study showed that the social gerontology and physiotherapy students already have a large knowledge of dementia and a positive attitude towards people with dementia with regards to their knowledge of the elderly, yet they do not necessary feel comfortable in their presence. Among all the measured parameters of attitude toward dementia, general affection toward people with dementia proved to be the most problematic. Results of the research showed that there are no obvious statistical differences in students' attitudes toward dementia as to their gender, age, field of study, or even with dementia being present among their family members. Social gerontology students do have a slightly better attitude toward people with dementia as physiotherapy students. Students who have the opportunity to work with dementia patients are statistically more affectionate toward people with dementia and also feel more comfortable around them. Findings suggest the need for further research of specific experiences in dealing with dementia patients in working environment.

Key words: social gerontology and physical therapy students, attitude toward dementia

1 Uvod

Naš čas zaznamuje staranje prebivalstva. Stari predstavljajo največjo družbeno manjšino, ki zahteva novo perspektivo pogleda nase. Še posebno je odnos, ki ga determinira perspektiva pogleda, pomemben takrat, ko gre za starostnike, ki jih je zaznamovala bolezen, še posebno bolezen, ki vpliva na njihovo vedenje in način življenja. V mislih imamo dementne bolnike.

Stereotipi in negativna družbena paradigma nemalokrat pogojujejo negativno predstavo starega človeka, ki povzroči upad na področju samopodobe in beg v bolezen. Demenca kot kompleksna kronična bolezen zato zahteva pretanjen odnos in pozitivno držo vseh, ki z dementnimi bolnikom prihajajo v stik.

Prav zato smo si za cilj raziskave zadali, raziskati odnos študentov do dementnih bolnikov skozi njihove izkušnje z dementnimi bolniki. Še posebno nas je zanimalo, koliko na ta odnos vpliva smer študija. Kvantitativna analiza podatkov prinaša odgovor na vprašanji, ali se študentje v odnosu do dementnih bolnikov statistično značilno razlikujejo (glede njihove izkušnje s tovrstnimi bolniki) in ali se odnos študentov do dementnih bolnikov statistično značilno razlikuje glede na smer študija.

1.1 Cilj raziskave

Cilj raziskave je bil, raziskati odnos študentov do dementnih bolnikov skozi njihove izkušnje z dementnimi. Poleg tega je bil cilj, raziskati odnos do dementnih bolnikov glede na smer študija. Skozi kvantitativno analizo podatkov lahko odgovorimo na vprašanji, ali se študentje statistično značilno razlikujejo v odnosu do dementnih bolnikov glede njihove izkušnje s tovrstnimi bolniki in ali se študentje statistično značilno razlikujejo v odnosu do dementnih bolnikov glede na smer študija.

2 Metodologija

Podatke za raziskavo smo pridobili s kvantitativno metodo. Uporabili smo metodo anketiranja. Podatki so bili pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom (zaprtega tipa) po metodi samoanketiranja, pri kateri anketiranci samostojno izpolnjujejo vprašalnik v skladu z vnaprej opredeljenimi navodili za izpolnjevanje. Podatke smo obdelali z metodami kvantitativne analize podatkov. Vprašalnike smo razdelili študentom pred predavanji in po njih ter zaprosili, naj jih vrnejo v tednu dni.

2.1 Instrumentarij

Za preverjanje odnosa študentov do dementnih bolnikov smo uporabili validirani merski instrument »Odnos do demence« (Dementia Attitude Scale, DAS O'Connor, McFadden, 2010).

Anketni vprašalnik vsebuje 20 vprašanj, s katerimi smo merili odnos študentov do dementnih bolnikov, tri sociodemografska vprašanja (spol, starost, smer izobraževanja) in dve vprašanji, s katerima smo preverjali izkušnje študentov z dementnimi bolniki. V kontekstu izkušenj študentov z dementnimi bolniki nas je zanimalo predvsem, ali je med anketirančevimi družinskimi člani bolnik z demenco in izkušnje študentov pri delu z dementnimi bolniki. Spremenljivke, ki kažejo na odnos do dementnih bolnikov, bomo obravnavali kot spremenljivke z intervalnim merskim nivojem, čeprav gre za spremenljivke z ordinalnim merskim nivojem, ki so bile merjene na 7-stopenjski Likertovi lestvici strinjanja. Reverzne spremenljivke so bile pred analizo obrnjene in so v poglavju o rezultatih označene z »R«. Uporabljeni merski instrument (anketni vprašalnik), s katerim smo merili odnos do dementnih bolnikov, le-tega obravnava kot dvofaktorski konstrukt, in sicer gre za »počutje ob dementnem bolniku« (v izvirniku »comfort«) in »poznavanje demence« (v izvirniku »knowledge«). Vprašalnik izkazuje ustrezno zanesljivost in veljavnost merjenja odnosa do dementnih bolnikov (A. Scerri, C. Scerri, 2012: 2).

2.2 Analiza podatkov

Podatki so bili statistično obdelani s statističnim programom IBM SPSS 22.0. Uporabljene so bile enostavne in napredne statistične metode: opisne statistike in t-test za neodvisne vzorce. Kot statistično značilne smo upoštevali razlike na ravni statistične značilnosti $p < 0,05$.

2.3 Vzorec

V raziskavo so bili vključeni študentje socialne gerontologije in fizioterapije, vpisani v študijskem letu 2015/2016 na evropski center za visokošolsko izobraževanje Alma Mater Europaea – ECM.

Sodelovali so študentje dodiplomskega visokošolskega izobraževanja, dodiplomskega univerzitetnega izobraževanja in podiplomskega izobraževanja.

Uporabili smo namenski vzorec, pri katerem gre za neslučajnostno obliko vzorčenja, kjer so v vzorec izbrane enote po vnaprej znanih merilih. Novembra in decembra 2015 je bilo razdeljenih 120 anketnih vprašalnikov študentom od skupno 400 vpisanih študentov v študijskem letu 2015/2016. Vrnjenih jih je bilo 107 (89-odstotna stopnja odzivnosti).

Sociodemografske značilnosti anketirancev so predstavljene v preglednici 1.

Preglednica 1: Sociodemografske značilnosti

	f (%)		f (%)
Spol		**Smer študija**	
Moški	38 (35,5)	Fizioterapija	61 (57)
Ženske	69 (64,5)	Socialna gerontologija	46 (43)
Izobraževanje		**Bolnik z demenco je član družine**	
Dodiplomsko visokošolsko	99 (92,5)	Ne	91 (85,0)
Dodiplomsko univerzitetno	6 (5,6)	Da	16 (15,0)
Podiplomsko doktorsko	2 (1,9)		
Starost		**Izkušnje pri delu z dementnimi bolniki**	
Do 20 let	36 (33,6)	Ne	81 (75,7)
21–23 let	38 (35,5)	Da	25 (23,4)
Več kot 23 let	33 (30,8)		
21–23 let	38 (35,5)		
Več 23 let			

2.4 Omejitev raziskave

Zaradi majhnega števila anketirancev in načina vzorčenja dobljenih rezultatov ni mogoče generalizirati na celotno populacijo študentov primerljivih študijskih smeri.

3 Rezultati

V preglednici 2 so predstavljene opisne statistike za trditve »počutje ob dementnem bolniku« v odnosu do dementnih bolnikov. Višje povprečne vrednosti pri posameznih indikatorjih počutja ob dementnem bolniku nakazujejo bolj naklonjen odnos do dementnih bolnikov in obratno – čim nižja je povprečna vrednost, v manjši meri je odnos do dementnih bolnikov z vidika počutja ob dementnem bolniku pozitiven.

Z vidika počutja ob dementnem bolniku so študentje pokazali pozitivnejši odnos do dementnih bolnikov. In sicer: dementnih bolnikov se ne bojijo ($M = 5,93$; $SD = 1,471$) in v bližini dementnih bolnikov se počutijo ugodno ($M = 5,82$; $SD = 1,497$). Najmanj pozitiven odnos do dementnih bolnikov pa je zaznan na področju: delo z dementnimi bolniki ne prinaša zadovoljstva ($M = 3,57$; $SD = 1,549$) in demence ne poznajo dovolj ($M = 3,66$; $SD = 1,986$).

Preglednica 2: Opisna statistika za »počutje ob dementnem bolniku«

	N	Min.	Max.	Povprečje	Standardni odklon
Delo z dementnimi bolniki prinaša zadovoljstvo.	107	1	7	3,57	1,549
Bojim se dementnih bolnikov (R).	107	2	7	5,93	1,471
Počutim se samozavestno, ko sem z dementnimi bolniki.	107	1	7	3,82	1,624
Dotikanje dementnih bolnikov mi ni neprijetno.	107	1	7	3,94	2,310
Počutim se nelagodno, ko sem v družbi dementnih bolnikov (R).	107	1	7	5,82	1,497
Na demenco se ne spoznam dobro (R).	107	1	7	3,66	1,986
Vznemirjenim dementnim bolnikom bi se izognil (R).	107	1	7	4,58	1,874
Počutim se sproščeno v družbi dementnih bolnikov.	107	1	7	4,65	1,422
Počutim se nemočno, ker ne vem, kako pomagati dementnim bolnikom (R).	107	1	7	3,77	1,936
Ne predstavljam si nege/skrbi za dementnega bolnika (R).	107	1	7	4,15	2,008
Počutje ob dementnem bolniku	107	2	7	4,39	0,883

V preglednici 3 so predstavljene opisne statistike za »poznavanje demence« v odnosu do dementnih bolnikov. Višje povprečne vrednosti pri posameznih indikatorjih poznavanja demence nakazujejo bolj naklonjen odnos do dementnih bolnikov in obratno – čim nižja kot je povprečna vrednost, v manjši meri je odnos do dementnih bolnikov, z vidika poznavanja demence, pozitiven.

Z vidika poznavanja demence se študentje v največji meri strinjajo, da pri dementnih bolnikih zaznamo, da ima vsak drugačne potrebe (M = 5,90; SD = 1,303) in da imajo dementni bolniki radi v bližini stvari, ki so jim domače (M = 5,72; SD = 1,478). Najnižje strinjanje pa smo zasledili pri trditvah, da so dementni bolniki lahko ustvarjalni (M = 4,89; SD = 1,568) in znajo uživati življenje (M = 4,91; SD = 1,557).

Preglednica 3: Opisna statistika za »poznavanje demence«

	N	Min.	Max.	Povprečje	Standardni odklon
Vsak dementni bolnik ima drugačne potrebe.	107	1	7	5,90	1,303
Dementni bolniki imajo radi v bližini stvari, ki so jim domače.	107	1	7	5,72	1,478
Pomembno je poznavanje zgodovine ljudi z demenco.	107	1	7	5,62	1,502
Dementni bolniki zaznajo prijaznost drugih do njih.	107	1	7	5,23	1,611
Zdaj lahko naredimo veliko za izboljšanje življenja dementnih bolnikov.	107	1	7	5,21	1,677
Občudujem obvladovanje veščin ljudi z demenco.	107	1	7	5,15	1,630
Težavno vedenje je lahko način komunikacije dementnega bolnika.	107	2	7	5,13	1,428
V družbi dementnih bolnikov lahko uživaš.	107	1	7	5,00	1,554
Dementni bolniki lahko uživajo življenje.	107	1	7	4,91	1,557
Dementni bolniki so lahko ustvarjalni.	107	1	7	4,89	1,568
KNOWLEDGE – Poznavanje demence	107	3	7	5,28	0,795

Kot je razvidno iz povprečnih vrednosti v preglednicah 2 in 3 – poznavanja demence in počutje ob dementnem bolniku – lahko zaključimo, da študentje relativno dobro prepoznavajo pojave demence, da pa je počutje ob dementnem bolniku nižje (M = 4,39; SD = 0,883).

Odnos do dementnih bolnikov glede na smer študija

Razlike v odnosu do dementnih bolnikov glede na smer študija smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce. Vrednosti t, ki so statistično značilne ($p < 0,05$), nakazujejo statistično značilno razliko med študenti glede na smer študija.

V preglednici 4 so predstavljeni rezultati t-testa za počutje ob dementnem bolniku. Ugotovljeno je bilo, da se pri študentih glede na smer študija kažejo nekatere razlike, ki pa niso statistično značilne. Študentje socialne gerontologije so v povprečju nekoliko bolj naklonjeni dementnim bolnikom.

Preglednica 4: Rezultati t-testa za preverjanje razlik v odnosu do dementnih z vidika počutja ob dementnem bolniku glede na smer študija

	Fizioterapija (n = 61)	Socialna gerontologija (n = 46)	
	M (SD)	M (SD)	t (p)
Delo z dementnimi bolniki prinaša zadovoljstvo.	3,39 (1,552)	3,80 (1,529)	–1,364 (0,18)
Bojim se dementnih bolnikom (R).	5,79 (1,529)	6,11 (1,386)	–1,122 (0,26)
Počutim se samozavestno, ko sem z dementnimi bolniki.	3,62 (1,562)	4,09 (1,684)	–1,471 (0,14)
Dotikanje dementnih bolnikom mi ni prijetno.	3,66 (2,301)	4,33 (2,291)	–1,495 (0,14)
Počutim se nelagodno, ko sem v bližini dementnih bolnikov (R).	5,85 (1,364)	5,78 (1,672)	0,238 (0,81)
Na demenco se ne spoznam dobro (R).	3,70 (2,044)	3,61 (1,926)	0,247 (0,81)
Vznemirjenim dementnim bolnikom bi se izognil (R).	4,49 (1,840)	4,70 (1,931)	–0,555 (0,58)
Počitim se sproščeno v družbi dementnih bolnikov.	4,57 (1,347)	4,76 (1,523)	–0,672 (0,50)
Počutim se nemočno, ker ne vem, kako pomagati dementnim bolnikom (R).	3,54 (1,963)	4,07 (1,879)	–1,393 (0,17)
Ne predstavljam si nege in skrbi za dementnega bolnika (R).	4,08 (1,900)	4,24 (2,162)	–0,399 (0,69)
Počutje ob dementnem bolniku	4,27 (0,826)	4,55 (0,939)	–1,621 (0,11)

V preglednici 5 so predstavljeni rezultati t-testa za poznavanje demence. Ugotovljeno je bilo, da so študentje socialne gerontologije v povprečju nekoliko bolj naklonjeni dementnim, tudi zato, ker bolezen bolje razumejo, čeprav se kot statistično značilne pokažejo le razlike pri stališču »Dementni bolniki imajo radi v bližini stvari, ki so jim domače« ($t = -2,547$; $p < 0,05$), s čimer se študentje socialne gerontologije strinjajo v večji meri kot študentje fizioterapije.

Preglednica 5: Rezultati t-testa za preverjanje razlik v odnosu do dementnih z vidika poznavanje demence glede na smer študija

	Fizioterapija (n = 61)	Socialna gerontologija (n = 46)	
	M (SD)	M (SD)	t (p)
Dementni bolniki so lahko ustvarjalni.	4,95 (1,510)	4,80 (1,655)	0,477 (0,63)
Vsak dementni bolnik ima drugačne potrebe.	6,10 (1,207)	5,63 (1,388)	1,861 (0,07)
Dementni bolniki imajo radi v bližini stvari, ki so jim domače	5,43 (1,648)	6,11 (1,120)	−2,547 (p < 0,05)
Pomembno je poznavanje zgodovine ljudi z demenco.	5,51 (1,501)	5,76 (1,508)	−0,860 (0,39)
V družbi dementnih bolnikov lahko uživaš.	4,95 (1,396)	5,07 (1,756)	−0,364 (0,72)
Dementni bolniki lahko uživajo življenje.	4,79 (1,714)	5,07 (1,323)	−0,915 (0,36)
Dementni bolniki zaznajo prijaznost drugih do njih.	5,23 (1,596)	5,24 (1,649)	−0,030 (0,98)
Občudujem obvladovanje veščin ljudi z demenco.	5,18 (1,668)	5,11 (1,595)	0,224 (0,82)
Zdaj lahko naredimo veliko za izboljšanje življenja dementnih bolnikov.	5,10 (1,786)	5,37 (1,525)	−0,827 (0,41)
Težavno vedenje je lahko način komunikacije dementnega bolnika.	5,10 (1,502)	5,17 (1,338)	−0,270 (0,79)
Poznavanje demence	5,23 (0,854)	5,33 (0,715)	−0,641 (0,52)

Bolnik z demenco med družinskimi člani študentov

Razlike v odnosu do dementnih bolnikov glede na dejstvo, ali je med družinskimi člani študentov tudi bolnik z demenco, smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce. V preglednici 6 so predstavljeni rezultati preizkusa za počutje ob dementnem bolniku.

Študentje, pri katerih so med družinskimi člani tudi bolniki z demenco, imajo v povprečju pozitivnejši odnos do dementnih bolnikov z vidika počutja ob dementnih bolnikih od tistih, pri katerih med družinskimi člani ni dementnih bolnikov. Kot statistično značilne se pokažejo razlike na področju stališča, da si študentje ne morejo predstavljati nege in skrbi za dementnega bolnika ($t = -2{,}286$; $p < 0{,}05$), pri čemer si tisti študentje, pri katerih je družinski član dementni bolnik, lažje predstavljajo skrb in nego za dementnega bolnika.

Preglednica 6: Rezultati t-testa za preverjanje razlik v odnosu do dementnih z vidika počutja ob dementnih bolnikih glede na dejstvo, ali je med družinskimi člani študentov tudi bolnik z demenco

	Brez družinskega člana (n = 91)	Družinski član (n = 16)	
	M (SD)	M (SD)	t (p)
Delo z dementnimi bolniki prinaša zadovoljstvo.	3,56 (1,470)	3,63 (1,996)	–0,153 (0,88)
Bojim se dementnih bolnikov (R).	5,92 (1,492)	5,94 (1,389)	–0,036 (0,97)
Počutim se samozavestno, ko sem z dementnimi bolniki.	3,87 (1,607)	3,56 (1,750)	0,692 (0,49)
Dotikanje dementnih bolnikom mi ni prijetno.	3,89 (2,278)	4,25 (2,543)	–0,573 (0,57)
Počutim se nelagodno, ko sem v bližini dementnih bolnikov (R).	5,79 (1,517)	6,00 (1,414)	–0,513 (0,61)
Na demenco se ne spoznam dobro (R).	3,55 (1,957)	4,31 (2,089)	–1,425 (0,16)
Vznemirjenim dementnim bolnikom bi se izognil (R).	4,63 (1,854)	4,31 (2,024)	0,616 (0,54)
Počutim se sproščeno v družbi dementnih bolnikov.	4,66 (1,368)	4,63 (1,746)	0,089 (0,93)
Počutim se nemočno, ker ne vem, kako pomagati dementnim bolnikom (R).	3,88 (1,867)	3,13 (2,247)	1,444 (0,15)
Ne predstavljam si nege/skrbi za dementnega bolnika (R).	3,97 (1,963)	5,19 (2,007)	–2,286 (p < 0,05)
Počutje ob dementnem bolniku	4,37 (0,849)	4,49 (1,082)	–0,509 (0,61)

Rezultati so pokazali, da je tudi odnos do dementnih z vidika poznavanja demence v povprečju pozitivnejši pri študentih, pri katerih je družinski član bolnik z demenco, kot pri tistih brez družinskega člana z demenco. Vendar pa na nobenem merjenem področju ne gre za razlike, ki bi bile statistično značilne (p > 0,05). Rezultati preizkusa so predstavljeni v preglednici 7.

Preglednica 7: Rezultati t-testa za preverjanje razlik v odnosu do dementnih z vidika poznavanja demence glede na to, ali je med družinskimi člani študentov tudi bolnik z demenco

	Brez družinskega člana (n = 91)	Družinski član (n = 16)	
	M (SD)	M (SD)	t (p)
Dementni bolniki so lahko ustvarjalni.	4,93 (1,569)	4,63 (1,586)	0,725 (0,47)
Vsak dementni bolnik ima drugačne potrebe.	5,82 (1,305)	6,31 (1,250)	–1,389 (0,17)
Dementni bolniki imajo radi v bližini stvari, ki so jim domače.	5,64 (1,517)	6,19 (1,167)	–1,379 (0,17)
Pomembno je poznavanje zgodovine ljudi z demenco.	5,51 (1,552)	6,25 (1,000)	–1,849 (0,07)
V družbi dementnih bolnikov lahko uživaš.	4,98 (1,584)	5,13 (1,408)	–0,347 (0,73)
Dementni bolniki lahko uživajo življenje.	4,93 (1,467)	4,75 (2,049)	0,344 (0,73)
Dementni bolniki zaznajo prijaznost drugih do njih.	5,18 (1,596)	5,56 (1,711)	–0,884 (0,38)
Občudujem obvladovanje veščin ljudi z demenco.	5,09 (1,624)	5,50 (1,673)	–0,932 (0,35)
Zdaj lahko naredimo veliko za izboljšanje življenja dementnih bolnikov.	5,23 (1,543)	5,13 (2,363)	0,173 (0,86)
Težavno vedenje je lahko način komunikacije dementnega bolnika.	5,08 (1,376)	5,44 (1,711)	–0,931 (0,35)
Poznavanje demence	5,24 (0,783)	5,49 (0,854)	–1,157 (0,25)

Izkušnje pri delu z dementnimi bolniki

Razlike v odnosu do dementnih bolnikov glede na njihove izkušnje pri delu z dementnimi bolniki smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce. V preglednici 8 so predstavljeni rezultati preizkusa, ki se nanašajo na počutje ob dementnem bolniku.

Izkušnje pri delu z dementnimi bolniki se izmed vseh preizkušenih neodvisnih dejavnikov pokažejo kot najvplivnejši dejavnik, saj se v počutju ob dementnem bolniku kažejo velike razlike med tistimi študenti, ki imajo izkušnje pri delu z dementnimi, in tistimi, ki jih nimajo.

Študentje z izkušnjami pri delu z dementnimi bolniki imajo statistično značilno pozitivnejši odnos do dementnih bolnikov z vidika počutja ob dementnem bolniku kot študentje brez izkušenj ($t = -5{,}837$; $p < 0{,}001$). Enako velja za trditve »Bojim se dementnih bolnikov« (R) ($t = -4{,}860$; $p < 0{,}001$), »Počutim se samozavestno, ko sem z dementnimi bolniki« ($t = -3{,}177$; $p < 0{,}001$), »Na demenco se ne spoznajo dobro« (R) ($t = -4{,}370$; $p < 0{,}001$), »Vznemirjenim dementnim bolnikom se želijo izogniti« (R) ($t = -2{,}572$; $p < 0{,}05$), »Počutim se sproščeno v družbi dementnih bolnikov« ($t = -3{,}424$; $p < 0{,}001$), »Počutim se nemočno, ker ne vem, kako pomagati dementnim bolnikom« (R) ($t = -3{,}034$; $p < 0{,}001$), »Ne morem si predstavljati nege in skrbi za dementnega bolnika« (R) ($t = -4{,}210$; $p < 0{,}001$), kjer imajo študentje z izkušnjami pri delu z dementnimi bolniki statistično značilno pozitivnejši odnos do dementnih bolnikov.

Preglednica 8: Rezultati t-testa za preverjanje razlik v odnosu do dementnih bolnikov z vidika počutja ob dementnem bolniku glede na izkušnje pri delu z dementnimi bolniki

	Brez izkušenj (n = 81)	Z izkušnjami (n = 25)	
	M (SD)	M (SD)	t (p)
Delo z dementnimi bolniki prinaša zadovoljstvo.	3,42 (1,448)	4,08 (1,801)	−1,878 (0,06)
Bojim se dementnih bolnikov (R).	5,68 (1,580)	6,72 (0,614)	−4,860 (p < 0,001)
Počutim se samozavestno, ko sem z dementnimi bolniki.	3,52 (1,397)	4,84 (1,930)	−3,177 (p < 0,001)
Dotikanje dementnih bolnikov mi ni prijetno.	4,07 (2,195)	3,60 (2,677)	0,806 (0,43)
Počutim se nelagodno, ko sem v bližini dementnih bolnikov (R).	5,70 (1,418)	6,24 (1,715)	−1,571 (0,12)
Na demenco se ne spoznam dobro (R).	3,21 (1,759)	5,04 (2,051)	−4,370 (p < 0,001)
Vznemirjenim dementnim bolnikom bi se izognil (R).	4,32 (1,850)	5,40 (1,780)	−2,572 (p < 0,05)
V družbi dementnih bolnikov lahko uživaš.	4,43 (1,369)	5,48 (1,229)	−3,424 (p < 0,001)
Počutim se nemočno, ker ne vem, kako pomagati dementnim bolnikom (R).	3,40 (1,686)	4,88 (2,261)	−3,034 (p < 0,001)
Ne predstavljam si nege/skrbi za dementnega bolnika (R).	3,72 (1,859)	5,52 (1,917)	−4,210 (p < 0,001)
COMFORT – Počutje ob dementnem bolniku	4,15 (0,748)	5,18 (0,853)	−5,837 (p < 0,001)

Odnos do dementnih bolnikov z vidika poznavanja demence je med študenti glede na njihove izkušnje z dementnimi bolniki pri delu primerljiv, saj se kot statistično značilne ne pokažejo nobene razlike, kljub temu da imajo študentje z izkušnjami pri delu nekoliko pozitivnejši odnos do dementnih z vidika poznavanja demence. Rezultati preizkusa so predstavljeni v preglednici 9.

Preglednica 9: Rezultati t-testa za preverjanje razlik v odnosu do dementnih z vidika poznavanja demence glede na izkušnje pri delu z dementnimi bolniki

	Brez izkušenj (n = 81)	Z izkušnjami (n = 25)	
	M (SD)	M (SD)	t (p)
Dementni bolniki so lahko ustvarjalni.	4,86 (1,539)	5,00 (1,708)	–0,376 (0,71)
Vsak dementni bolnik ima drugačne potrebe.	5,83 (1,349)	6,12 (1,166)	–0,978 (0,33)
Dementni bolniki imajo radi v bližini stvari, ki so jim domače.	5,74 (1,385)	5,72 (1,768)	0,061 (0,95)
Pomembno je poznavanje zgodovine ljudi z demenco.	5,57 (1,431)	5,80 (1,756)	–0,671 (0,50)
V družbi dementnih bolnikov lahko uživaš.	4,96 (1,545)	5,16 (1,625)	–0,551 (0,58)
Dementni bolniki lahko uživajo življenje.	4,86 (1,515)	5,00 (1,732)	–0,379 (0,71)
Dementni bolniki zaznajo prijaznost drugih do njih.	5,26 (1,611)	5,24 (1,615)	0,052 (0,96)
Občudujem obvladovanje veščin ljudi z demenco.	5,09 (1,667)	5,36 (1,551)	–0,729 (0,47)
Zdaj lahko naredimo veliko za izboljšanje življenja dementnih bolnikov.	5,22 (1,620)	5,20 (1,915)	0,057 (0,95)
Težavno vedenje je lahko način komunikacije dementnega bolnika.	5,09 (1,468)	5,28 (1,339)	–0,588 (0,56)
Poznavanje demence	5,25 (0,771)	5,39 (0,883)	–0,766 (0,45)

4 Razprava

Odnos študentov do dementnih bolnikov se pokaže kot pozitivnejši, ko gre za počutje kot takrat, ko gre za poznavanje demence. To lahko razložimo kot racionalno in čustveno komponento: na racionalni ravni so dementnim bolnikom bolj naklonjeni, medtem ko je na čustveni ravni prisoten manj pozitiven odnos.

Le nekaj študentov živi v družinah z dementnimi bolniki. Nedvomno gre pri njih za pozitiven čustven odnos do dementnih, saj so v raziskavi študentje dementnim bolnikom bolj naklonjeni kot tisti, ki v družini nimajo dementnega bolnika.

Četrtina študentov ima izkušnje pri delu z dementnimi bolniki. Izkušnje pri delu z dementnimi bolniki se izmed vseh preizkušanj neodvisnih dejavnikov pokažejo kot najvplivnejši dejavnik, predvsem z vidika počutja ob dementnem bolniku, saj imajo študentje, ki se pri delu srečujejo z dementnimi bolniki, tudi pozitivnejši odnos do njih.

Študentje socialne gerontologije imajo do dementnih bolnikov pozitivnejši odnos, ko gre za počutje ob dementnem bolniku in tudi ko gre za poznavanje demence.

5 Sklepna misel

Demenco kot bolezen tretjega življenjskega obdobja naši anketiranci kar dobro poznajo. Vsekakor gre za prednost, saj se bolezen v zadnjem obdobju pojavlja v vse večjem obsegu. Anketiranci nakazujejo, da čeprav gre za ljudi, ki zahtevajo zelo drugačno in zelo posebno obravnavo, pristopajo k njim pozitivno, kar obeta korekten odnos do starostnikov s to moderno boleznijo in tudi pozitivno perspektivo pogleda nanje.

Razmislek ob demenci, ki lahko povzroči izločenost in marginalnost, zato nakazuje potrebo po znanju na tem področju, kar pomeni tudi potrebo po tem, da te predmetne vsebine še v večji meri uvrščamo tudi v študijske programe, ki obravnavajo starost, staranje in bolezenske spremembe v starosti.

Literatura

Jeleč Kaker, D., Ovsenik, M. (2016). Attitude of Physiotherapy and Social Gerontology Students towards Elderly. Organizacija (v tisku).

O'Connor, M. L., McFadden, S. H. (2010). Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. International Journal of Alzheimer's Disease. Vol. 2010, članek ID 454218, 10 str. Dostopno na: http://dx.doi.org/10.4061/2010/454218.

Ovsenik, M. (2011). Nova paradigma obravnave starih. Izola, posvet.

Scerri, A., Scerri, C. (2012). Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia – a questionnaire survey. Nurse Education Today. Dostopno na: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.001.

Prof. Kemal Nuri Ozerkan, M.D.,
Istanbul University, Faculty of Sport Sciences, Head of the Coaching Educating Department

ALTERNATIVE APPROACHES TO PEAK PERFORMANCE IN SPORTS : ACUPUNCTURE, HYPNOSIS

Privette (1982) defined peak performance as "behavior which exceeds one's average performance" or "an episode of superior fınctioning".

Peak performance is a consequence of both physical and mental factors. Our mind and body can not be separated.A precondition to peak performance is a certain level of physical skils involved in performance. The higher the level of physical skill and conditioning, the more potential control the athlete has over his/her performance.

According to Csikszentmihalyi (1990), peak performance are most likely to occur when athletes' skills level match the demand or challenge of the situation.

Psychological Profile of The Peak Performance

There are five excellent sources that help to identify the psychological characteristics underlying successful athletic performance. One is the data that have been generated from researchers who have asked athletes to recall their subjective perceptions during the greatest moment they ever had while participating in sport. A second source is the data generated from studies that have compared the psychological characteristics of successful and less successful athletes –for examples. A third sourcemental factors. Our mind and body can not be separated.A precondition to peak performance is a certain level of physical skils involved in performance. The higher the level of physical skill and conditioning, the more potential control the athlete has over his/her performance.

According to Csikszentmihalyi (1990), peak performance are most likely to occur when athletes' skills level match the demand or challenge of the situation.

Psychological Profile of The Peak Performance

There are five excellent sources that help to identify the psychological characteristics underlying successful athletic performance. One is the data that have been generated from researchers who have asked athletes to recall their subjective perceptions during the greatest moment they ever had while participating in sport. A second source is the data generated from studies that have compared the psychological characteristics of successful and less successful athletes –for examples. A third source comes from comparing individual athletes' emotional states associated with their better and worse performances, thereby identifying an individualized zone of optimal functioning. A fourth source focuses on identifying the mental preparation strategies and psychological skills utilized by successful elite athletes. A fifth source of information comes from people who have asked top athletes,coaches, scouts, and sport psychologists what they think it takes to be successful in sport.

Psychological Characteristics During Peak Experiences in Sport

Ken Ravizza (1977) has published a study on the subjective experiences of athletes during their "greatest moment" in sport. Ravizza interviewed 20 male and female athletes from a variety of competitive levels who related experiences in 12 different sports. Over 80& of the athletes reported having the these perceptions: loss of fear-no fear of failure, no thinking of performance, total immersion in the activity, narrow focus of attention, effortless performance-not forcing it, feeling of being in complete control, time/space disorientation /usually slowed down), universe perceived to be integrated and unified.

Privette and Bundrick (1997) compared the mental states associated with peak, average, and falling performances of non-elite athletes. Using a questionnaire assessing characteristics of peak performance, they found peak performances were considered more fulfilling compared to average and failing performances and more playful compared to falling experiences.

Csikszentmihalyi (1985), has considered the basis of intrinsically motivated experiences or self-rewarding activity as "flow". It is defined as "the state in which people are so involved in an activity that nothing else seems to matter".

Jackson and Roberts (1992) suggested that flow may be a precursor to or the psychological process underlying peak performance.

Acupuncture Therapy in Sportive Performance

According to basic Traditional Chinese Medical (TCM) theory, health is viewed as a balance between opposing forces (e.g. yinand yang) in the body. Traditional Chinese medicine has developed over o period of at least 3000 years.

Niboyet declared that a somatotopic correlation exists between acupuncture points and skin points of lowered electrical resistance. His studies suggested that the electrical conduction at acupuncture points is fundamentally different from that of their immediate environment, and that excitation of acupuncture points provokes physiologic responses different from the responses of the neighboring environment to the same excitation. Niboyet concluded that there is a significant difference in resistance at acupuncture points with respect to the surrounding skin, and that the difference cannot be explained by coincidence or by conventional understanding.

Grall verified Niboyet's work in 1962, and claimed that the points of lowered resistance on the face and forearms correspond uniquely to acupuncture points. In these studies the resistance values varied from one subject to the next, and from one anatomical zone to the next, and ranged from between 5 and 50 kilo-ohms at acupuncture points to between 0.5 and 3 mega-ohms at neutral nonacupuncture sites.

Rabischong and Bossy separately reproduced Niboyet's studies in 1975 and found that points of lowered electrical resistance could be identified in fresh or embalmed cadavers, but not on completely dry cadavers. In moist cadavers preserved in glycerine, an electrical detector using a one square-millimeter contact reacted at acupuncture points located on all regions of the body's surface.

Bossy's studies suggested that transmission of acupuncture electrical activity is not entirely dependent on an intact nervous system, that moisture and electrolytes appear to be necessary vectors for the transmission of electricity between the points.

The description of the unique acupuncture communication network has been explored by Darras and his collegues. Technetium99, a radioactive tracer, was injected into classical acupuncture points and into loci that were not acupuncture points, and the tracer was followed with a scintillation camera. Medicine and Rehabilitation program and Dr. Joanne Borg--Stein of the Tufts Medical School Pyhsical Medicine and Rehabilitation department conducted an in-depth review of published studies on using acupuncture in Sports medicine. The review paper by Drs. Meleger and Borg-Stein provided objective data to support the clinical value of using acupuncture for soft tissue disorders in sports medicine.

Acupuncture needling (dry needling) and steroid injections (wet needles) have similar therapeutic efficacy as suggested by Dr.David G.Simons. "Dry needling is as effective as injection of an anesthetic for relief of trigger points symptoms" as long as the dry needling can precisely target the trigger point.

In other research, Dr. Chilton reported a higher success rate with acupuncture and steroids versus steroid-only treatment. A combination of acupuncture needling and steroid injections provide better results than injections alone because acupuncture can be used for breaking all the tender points detected during a treatment whereas one can make only a limited number of steroid injections in any one treatment.

Omura, in June of 1973, expanded the beneficial effect of acupuncture into the following categories:

1- Relief from pain (analgesia or hypolgesia)

2- Relaxation of spastic muscles

3- Improved microcirculation (in local as well as distal parts of body by effectively induced vasodilation of capilleries and arterioles)

4- Improved microcirculation in brain as a distal effect

5- Lowering of high blood pressure

6- Lowering of high blood lipid concentration

7- Relief from hypersensitivity of skin and mucous membrane to various factors

8- Relief from mental depression (by mood elevation or euphoric effect) or hyperactive state or anxiety (by sedative or relaxation effect)

9- Stimulation of anterior pituitary hormone release ACTH-like response by significant segmented neutrophilia and lymphcytopenia with or without eosinophilia)

10- Incrase in immune responses and resistance to bacterial infections

11- Stimulation of lipolysis by secondary mechanism (primarily acupuncture appears to inhibit release of free fatty acid in albumin complex from adipose tissue)

By April 1972, using an improved ultra-miniature reflection-type photoelectric sensor with a very short response time, Omura repeatedly measured consecutively changing phases of circulatory response to the insertion and manipulation of the acupuncture needles into the body, and Omura classified these changes into the following three consecutive phases:

1) 1st Phase : vaso-constriction-usually lasts 15-30 sec.

2) 2nd Phase : Quasi-control site-usually lasts 10 sec.- 2 min.

3) 3rd Phase : Vaso-dilation-usually lasts 2 min.

Omura stimulated the ulnar nerve at the elbow, with the square-wave electrical pulse generator, and an electromyogram generated by the corresponding muscle fibers measured the response at the corresponding part of the palm of the hand. In the same person conduction velocities are usually quite consistent velocities before acupuncture in the majority of the people were between 65 m/sec.-80 m/sec.

Middlerkauff et al. (2001) found that acupuncture at traditional acupoints, nonacupoints, and no-needle acupuncture does not modulate baseline Muscle sympathetic nerve activity (MSNA) or MSNA responses to mental stress in normal humans. Acupuncture significantly attenuates the increase in blood pressure during mental stress.

In one study, the effects of acupuncture in one rabbit could be transferred to another rabbit by cerebrospinal fluid transfusions. Acupuncture may inhibit early-phase vascular permeability, impair leukocyte adherence to vascular endothelium, and suppress exudative reaction to a degree equivalent to that of orally administered aspirin and indomethacin.

Ozerkan et al. (2007) showed that both Traditional acupuncture point,St.36 and Omura's St.36 points' needling by using sterile press needle were effective for increasing the isokinetic Knee Extention & Flexion strength of young soccer players very significantly where as Omura's St.36 point was more effective than Traditional Acupuncture point, St. 36.

Ozerkan et al. (2008) showed that both Traditional acupuncture point, St. 36 and Omura's St. 36 points' needling by using sterile press needle could increase the power output of young soccer players during Wingate Test results of where as Omura's St. 36 point was more effective than Traditional Acupuncture point, St. 36. The Wingate Test is very widely used for the assessment of anaerobic power of the athletes.

Hypnosis in Sport

Hypnosis is a state of aroused, attentive, focused concentration with a relative constriction of peripheral awareness, it involves attentional processes, including imaginative involvement, and heightened responsiveness to social cues.

Individuals capable of entering a hypnotic state can do in seconds, utilizing a variety of induction procedures. Such individuals are prone to spontaneous entry into such states, even without formal induction. On the other hand, individuals with little or no hypnotic capacity are unable to utilize this type of consciousness, even after a formal induction. Piccione at al. (1992) reported a test-retest reliability of 70 on the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale over a 25-year interval.

Hypnotic experience has three main components: absorption, dissociation, and suggestibility. Hypnotic attention involves an intense focus at the expense of peripheral awareness. Individuals those who enter a hypnotic or hypnotic-like state, they may restrict the range of encoding of new information.

Of all the arousal adjustment strategies, hypnosis is the least understood.A close analysis reveals that in many important ways hypnosis is identical to autogenic training and meditation. This is especially true during the induction phase of hypnosis.

The inducing process of hypnotic trance results in the relaxation response, with accompanying reductions in oxygen consumption, respiration rate, and heart rate.

Once an individual is hypnotized, however, and asked to perform some act (waking hypnosis), then certain physiological differences may emerge. For example, if while hypnotized the subject were asked to imagine that a raging tiger was approaching, the perdon's hart rate and respiration rate would expectantly go up, not down.

Self hypnosis and auto-suggestion have the capacity to enhance your performance. In self-hypnosis you put yourself into a relaxed, receptive state. In this state the normal critical faculties of conscious mind are temporarily suspended.Thus, you become receptive to any strong or repetitive suggestions you make to yourself, either directly or indirectly. Under self-hypnosis you may talk to yourself, either directly or indirectly. Under self-hypnosis you may talk to yourself, read previously prepared scripts, listen to prerecorded scripts, or listen to scripts eing read by anotherresponse, with accompanying reductions in oxygen consumption, respiration rate, and heart rate.

Once an individual is hypnotized, however, and asked to perform some act (waking hypnosis), then certain physiological differences may emerge. For example, if while hypnotized the subject were asked to imagine that a raging tiger was approaching, the perdon's hart rate and respiration rate would expectantly go up, not down.

Self hypnosis and auto-suggestion have the capacity to enhance your performance. In self-hypnosis you put yourself into a relaxed, receptive state. In this state the normal critical faculties of conscious mind are temporarily suspended.Thus, you become receptive to any strong or repetitive suggestions you make to yourself, either directly or indirectly. Under self-hypnosis you may talk to yourself, either directly or indirectly. Under self-hypnosis you may talk to yourself, read previously prepared scripts, listen to prerecorded scripts, or listen to scripts eing read by another person. In each session, during the self-hypnosis state you can control everything.

References

Williams, J.M., Krane, V., (2001), Psychological Characteristics of Peak Performance. In Applied Sport Psychology (Ed.J.M.Williams), p.162. New York: Mayfield Publishing Company.

Lewith, G.T., Vincent, C.A., (2006). The clinical evaluation of acupuncture. In Medical Acupuncture: A Western Scientific Approach. (eds. Filshie, J.,White, A.) p.205, New York: Churchill Livingstone.

Helms, J.M. (2007). Acupuncture Energetics: A Clinical Approach for Physicians. p.20, New York: Thieme, Medical Acupuncture Publishers, 3rd ed.

Jovita Pajtler, dipl. med. sestra
Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, Univerza v Mariboru

VPLIV PSIHIČNIH OBREMENITEV NA DELOVNO SPOSOBNOST

THE IMPACT OF PSYCHOLOGICAL STRESS ON THE CAPACITY FOR WORK

Povzetek

Ohranjanje delovne sposobnosti je velik izziv za vsako delovno organizacijo, kajti psihične obremenitve lahko pripeljejo do demotivacije, izostanka od dela zaradi bolezni, odpovedi, zmanjšanja produktivnosti in s tem se zmanjšuje tudi konkurenčnost organizacije. Psihične obremenitve na delovnem mestu je treba pravočasno prepoznati, jih evalvirati in seveda s pravilnimi postopki delovati preventivno oziroma skrbeti za razbremenitev. Psihične obremenitve obstajajo v vseh štirih dimenzijah delovne organizacije: promocija nalog in dejavnosti (telesne, mentalne in emocionalne obremenitve in deficiti v kvalifikaciji); delovna organizacija (delovni procesi, količina, jasnost nalog); delovno okolje (delovna klima, hrup, svetloba, prostor, delovni pripomočki in nevarnosti); organizacijska kultura in vodenje (timsko delo, pretok informacij, samostojnost v delu in odločanju).

Delovna sposobnost je ravnotežje med tem, kaj zaposleni dolgoročno zmore oziroma hoče, in kaj delovna organizacija z razpoložljivimi delovnimi pogoji zahteva od zaposlenega. Na delovno sposobnost seveda v večji meri vpliva delovno okolje, seveda pa je odvisna tudi od zaposlenega samega. Torej je delovna sposobnost obojestranska odgovornost.

Ključne besede: psihične obremenitve, delovni čas, delovna sposobnost

Abstract

Maintaining the capacity to work represents a major challenge for any work organisation. Psychological stress namely leads to workplace demotivation, sick leave absenteeism, resignation, reduced performance and, consequently, competitiveness of the organisation as a whole. Psychological stress at the workplace needs to be identified as soon as possible and evaluated. Moreover, proper preventive or distressing measures need to be done. Psychological stress is present in all four dimensions of a work organisation, i.e. tasks and activities (physical, mental and emotional stress and qualification deficits); work organisation (working processes, quantity and clarity of tasks); working environment (atmosphere at the workplace, lighting, facilities, working tools and occupational hazards); organisational culture and management (teamwork, information flow, autonomous performance of tasks and decision-making).

Work capacity denotes balance between what an employee can or wants to achieve in the long run and what the work organisation, with its available working conditions, requires from the employee. Working environment has the greatest impact on the capacity to work, although the employee him-/herself also plays a role. Therefore, the capacity to work marks a mutual responsibility of both, work organisation and the employee.

Key words: psychological burden, working time, working capacity

1 Uvod

Delo in zaposlitev zagotavljata posamezniku identiteto, samospoštovanje, socialno varnost ter materialne pogoje za preživetje. Cilj vsakega posameznika, ki se zaposli na izobrazbi primernem delovnem mestu, je biti zadovoljen z delom, ga spoštovati in uživati v njem. Družbene in ekonomske spremembe, gospodarska kriza ter varčevalni ukrepi se nagibajo v smer negotovosti zaposlenih (Černelič Bizjak, 2008). Delovne obremenitve zaposlenih se povečujejo, pritisk na posameznika je lahko velik (Fengler, 2007). Odgovor posameznika na delovne zahteve se lahko kaže zelo različno, najpogosteje pa v obliki stresa. Stres nastane zaradi razkoraka med zahtevami dela in delovnega okolja ter zmožnostmi in zmogljivostmi delavca (Maslach & Leitner, 2002).

Zmanjšana delovna sposobnost zaposlenega pomeni, da se njegova produktivnost odraža v celotni organizaciji. Hkrati pa pomeni individualno krizo neke osebe, predčasno odpoved z dela, posledično slabo kakovost življenja, zdravstvene težave. Dobra delovna sposobnost vodi v win-win situacijo za organizacijo in zaposlenega, slaba pa v izgubo za obe strani (Kloimüller & Czeskleba, 2013).

Problem, ki ga opisujem v tem članku, je del mojega poklicnega življenja kot tudi številnih drugih zaposlenih v zdravstveni negi. Kot diplomirana medicinska sestra, zaposlena na psihiatrični kliniki, se srečujem s psihičnimi in fizičnimi obremenitvami pri zaposlenih. Dolgotrajne fizične in psihične obremenitve puščajo posledice na zaposlenih v obliki zdravstvenih težav, kar ima za posledico, da zaposleni ne zmorejo oziroma nočejo izvajati dela, za katerega so usposobljeni, in tako predčasno odidejo iz svojega poklica, se predčasno upokojijo, ali pa so v dolgotrajnem bolniškem staležu. Kot pravita Kloimüller & Czeskleba (2013), je delovna sposobnost ravnovesje med tem, kaj zaposleni dolgotrajno zmore oziroma hoče, in kaj delovna organizacija zahteva ter kakšne delovne pogoje nudi.

Delovna psihologija pravi, da je obremenitev takrat, ko so predvideni delovni rezultati v nasprotju z izvedbenimi pogoji delovne naloge (Ulich, 2003).

Obremenitve lahko imajo dve možni posledici:

- Od zaposlenega zahtevajo večji napor za izvedbo naloge.
- Zaposleni je preobremenjen z zastavljenimi delovnimi nalogami.

Težave v interakciji z bolniki pomenijo za zaposlene v zdravstveni negi dodaten napor pri izpeljavi delovne naloge. Dobiti soglasje od bolnika, ki se na primer ne želi umiti, zahteva zelo trda pogajanja. Če ni na razpolago dovolj negovalnega osebja, da ta dodatni napor izenači, tako pride do obremenitve po zgoraj navedeni definiciji (Ulich, 2003).

Kot pravi Schwarz (2007) je zdravstveno osebje soočeno z različnimi fizičnimi in psihičnimi obremenitvami. Vsaka oseba uporabi individualne strategije, kako se s temi obremenitvami spopade.

Pod psihično obremenitvijo razumemo vse vplive, ki delujejo na človeka in pri njem povzročajo psihične težave (Rudow, 2011). V negovalnem poklicu štejemo kot psihično obremenitev oskrbo težko bolnih ljudi, medčloveške kontakte ter delovni vsakdan, oskrbo svojcev, opraviti več delovnih nalog hkrati, pomanjkanje osebja itd. (Deutmeyer & Thiekötter, 2009). Kot je zapisal Rudow (2011), so psihične obremenitve v porastu. Pred leti so bile v negovalnem poklicu na prvem mestu fizične obremenitve, sedaj pa vedno več govorimo o psihičnih obremenitvah. Tako kaže tudi študija DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse), da so v sedanjem času v porastu psihična obolenja. Ključna beseda stres je v današnjem času nepogrešljiva.

V negovalnem poklicu se izvaja veliko nalog v neugodnih položajih, kot je počep, klečanje in seveda večino delovnega dneva stanje. S fizičnimi obremenitvami, ki jih zdravstveno osebje med delovnim dnevom doživlja, kot so dviganje, dolgo stanje in neugodni položaji pri izvajanju delovnih nalog, imajo lahko zaposleni v zdravstveni negi telesne zdravstvene težave, kot so bolečine v hrbtu, vratu in ramenih.

Zaposleni, ki so izpostavljeni različnim obremenitvam, nanje reagirajo zelo različno. Ta stresna reakcija je odvisna od strategij, ki jih ima človek, kot na primer dobra samoobramba in intaktno socialno okolje pomagata, da je pri obremenitvah stresna reakcija pozitivna in tako ostane zdravje ohranjeno. Če pa ima zaposleni malo oziroma nič strategij, je stresna reakcija negativna in to lahko vodi v bolezen. Med negativne stresne reakcije štejejo utrujenost, monotonost dela, duševno prenasičenost in stres (Rudow, 2011).

Kot pravi Kloimüller & Czeskleba (2013), je delovna sposobnost seštevek različnih dejavnikov, da zaposleni lahko opravi zastavljene delovne naloge. Ti dejavniki so odvisni tako od zaposlenih kot delovne organizacije v zvezi s tem, katere delovne naloge in delovne pogoje nudi zaposlenemu. Individualni viri zaposlenih so zdravje, kompetence in vrednote. Viri organizacije so organizacijska – vodstvena kultura, delovni pogoji, delovno okolje, potek dela, delovni čas. Če so osebni viri in zahteve organizacije skladni, se to kaže v visoki delovni storilnosti.

Namen tega članka je proučiti vpliv psihičnih obremenitev na delovno sposobnost zaposlenih ter na osnovi dobljenih rezultatov z ABI Plus (Arbeitsbewältigungsindex Plus – Index obvladovanja dela) izdelati evalvacijo psihičnih obremenitev in predlagati ukrepe, kako te psihične obremenitve zmanjšati.

2 Metode dela

V teoretičnem delu smo uporabili opisno ali deskriptivno metodo dela. S pregledom slovenske in tuje literature s področja obremenitev na delovnem mestu, posebej v zdravstveni negi, smo podrobneje predstavili to temo.

V drugem delu smo uporabili kvantitativno metodo zbiranja podatkov s tehniko anketiranja. Uporabili smo vprašalnik ABI Plus (Index obvladovanja dela).

2.1 Opis instrumenta

Index obvladovanja dela (ABI Plus) je nadgradnja klasičnega indexa obvladovanja dela, imenovan tudi »Work Abylity Index« (WAI). To je vprašalnik, ki sprašuje po zdravstveni zmogljivosti, znanju in delovnih pogojih (Hasselhorn & Freude, 2007). Index obvladovanja dela (ABI Plus) so razvijali v okviru projekta » Fit za prihodnost – ohraniti delovno sposobnost« v času med letoma 2008 in 2012. ABI Plus je nadgradnja WAI in zajema še dodatne dimenzije, kot so zdravstvene težave, kompetence, sposobnosti in spretnosti, vodstvene kakovosti, zahteve dela in obremenitve, možnosti za ukrepanje, motivacijo in vrednote (Kloimüller & Czeskleba, 2013). Cilj razvoja WAI je bil ugotoviti, če obstajajo merila za določitev meje pri opravljanju določene delovne aktivnosti. Torej se meri delovna sposobnost oziroma verjetnost za delovno nesposobnost in s tem predčasno upokojitev (Hasselhorn & Freude, 2007).

2.2. Vzorec

V raziskavo so bili vključeni vsi zaposleni v organizaciji za oskrbo psihično obolelih ljudi na Avstrijskem Štajerskem. Anketiranje je potekalo v času od 14. 5. 2013 do 4. 6. 2013. Razdeljeno je bilo 70 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 63 vprašalnikov, kar pomeni 93-odstotno realizacijo vzorca.

2.3 Opis zbiranja in analize podatkov

Vprašalnik smo obdelali s statističnim programom Online Toll, ki ga je razvil in programiral Michael Smuc (Univerza Krems). Izračunano je tako imenovano statistično linearno poročilo. Statistično linearno poročilo postavi lestvice v aritmetično sredino, število anketirancev, standardni odklon in število odgovorov (Kloimüller & Czeskleba, 2013).

Tabela1: ABI Plus vrednostne točke (Kloimüller & Czeskleba, 2013)

Vrednostne točke	Status delavne sposobnosti	Cilji za izboljšanje delavne sposobnosti	Verjetnost za zgodnjo upokojitev
7- 27 točk	»Kritično«	Vzpostaviti delavno sposobnost	Moški 38 % Ženske 33 %
28-36 točk	»zmerno«	Delavno sposobnost izboljšati	Moški 8 % Ženske 4 %
37-43 točk	»dobro«	Delavno sposobnost podpirati	< 2 %
44-49 točk	»odlično«	Delavno sposobnost ohraniti	< 1 %

Nižje vrednosti delovne sposobnosti, ki vplivajo na zdravstveno stanje, pomenijo možnost predčasnega upokojevanja oziroma izstopa iz delovnega procesa, omejenega zdravja, izgubo produktivnosti in slabšo kakovost življenja.

Tabela 2: Dimenzije in konstrukcija ter validacija ABI Plus (Kloimüller & Czeskleba, 2013)

LESTVICA	ŠTEVILO ITEMS	PREDSTAVITEV
Index obvladovanja dela, brez vprašanj po natančnih diagnozah, ampak samo število diagnoz	7 dimenzij; 11 items (inkluzivno razvrstitev poklicni zahtev) Alfa = 0,76	Lestvica od 7 do 49 točk 4 razredi 7–27 kritična DS 28–36 zmerna DS 37–43 dobra DS 44–49 odlična DS DS = delovna sposobnost
Freiburg seznam težav (ne medicinki pogled, ampak dnevne zdravstvene težave)	20 Items Alfa = 0,92	Narejen je skupni obseg 20 = ni zdravstvenih težav 100 = dnevno vse zdravstvene težave
Ocena osebnih kompetenc, spretnosti in sposobnosti	4 Items Alfa = 0,79	5-stopenjska lestvica, pri kateri nizke vrednosti pomenijo pozitiven rezultat
Vrednote	6 Items Alfa = 0,82	5-stopenjska lestvica, pri kateri nizke vrednosti pomenijo pozitiven rezultat
Ocena sodelovanja	3 Items Alfa = 0,74	5-stopenjska lestvica, pri kateri nizke vrednosti pomenijo pozitiven rezultat
Ocena vodstva	8 Items Alfa = 0,92	5-stopenjska lestvica, pri kateri nizke vrednosti pomenijo pozitiven rezultat
Ocena delovnih nalog in možnosti odločanja	8 Items Alfa = 0,78	5-stopenjska lestvica, pri kateri nizke vrednosti pomenijo pozitiven rezultat
Obremenitve	16 Items Alfa = 0,83	5-stopenjska lestvica, pri kateri nizke vrednosti pomenijo pozitiven rezultat
	Skupno 74 Items	
Socialne spremenljivke	Spol, starost, izobrazba, delovno zakonodajni položaj, delovni čas, nadure, čas vožnje do dela/iz dela, kako dolgo je zaposlen v organizaciji, hierarhična funkcija, poklicna skupina	Vrednotenje v %
Individualne opombe	Polje z besedilom	

3 Rezultati

Tabela 3: Rezultati indeksa obvladovanja dela, brez vprašanj po natančnih diagnozah (samo število diagnoz)

	lestvica	Odlično % število	dobro % število	zmerno % število	kritično % število
skupno	41,45	39 % 22	50 % 28	11 % 6	0 % 0
Polni delovni čas	41,30	37 % 10	52 % 14	11 % 3	0 % 0
Delni delovni čas	42.13	48 % 11	48 % 11	4 % 1	0 % 0
Fiksni delovni čas	41.71	46 % 13	43 % 12	11 % 3	0 % 0
Izmenični delovni čas	41.15	30 % 6	65 % 13	5 % 1	0 % 0

V skupni primerjavi je zdravstveno-delovna sposobnost v anketirani organizaciji v 89 % odlična do dobra, le pri 11 % se kaže zmerna delovna obremenitev, ki vpliva na zdravstveno stanje. V primerjavi baze podatkov za okoli 20.000 vprašanih je povprečje ABI Plus v Republiki Avstriji 40,12. V anketirani organizaciji je skupna vrednost večja od povprečja 41,45. Razlika v primerjavi nima nobene ignifikantne vrednosti.

Tabela 4: Rezultati fizičnih obremenitev

	skupno	odlično	Zelo dobro	Dobro	zmerno	kritično	Brez odgovora	Srednja vrednost
Število Odstotki	63 100 %	22 35	31 49	9 14	1 2	0 0	0	1,8

Srednja vrednost fizične obremenitve je 1,8.

Tabela 5: Rezultati psihičnih obremenitev

	skupno	odlično	Zelo dobro	Dobro	zmerno	kritično	Brez odgovora	Srednja vrednost
Število Odstotki	62 100 %	8 13%	30 48	20 32	4 6	0 0	1	2,3

Psihične obremenitve v organizaciji imajo srednjo vrednost 2,3. Psihične obremenitev predstavljajo po raziskavi za zaposlene večjo težavo kot fizične obremenitve. Rezultati so predstavljeni po lestvici 1–5, pri čemer pomeni 1 najboljša vrednost in 5 najslabšo vrednost.

Raziskava je pokazala, da 81 % zaposlenih verjame, da bodo glede na sedanje zdravstveno stanje svoje sedanje delo lahko opravljali še v naslednjih letih, 16 % je neodločenih, 3 % pa so mnenja, da svojega dela ne bodo mogli več opravljati. V zdravstveni negi in delovni terapiji 90 % zaposlenih meni, da bodo svoje sedanje delovne obveznosti lahko še opravljali. Slabši rezultati se kažejo pri zaposlenih v kuhinji in v čistilni ekipi. 63 % jih meni, da si ne predstavljajo, da bi svoj poklic opravljati še v prihodnosti.

Tabela 6: pregled seznama zdravstvenih težav s srednjimi vrednostmi

Zdravstvene težave	Srednje vrednosti
težave z dihanjem	1,2
bolečine v predelu srca	1,2
slabost	1,5
povečan srčni utrip	1,5
potenje	1,7
zgaga	1,7
mišična napetost	1,9
motnje koncentracije	2,0
občutljiv želodec	2,0
napihnjenost	2,1
mišična napetost	2,1
vrtoglavica	2,1
vzburjenost	2,2
motnje spanja	2,2
nervoza	2,3
bolečine v ramenih	2,3
glavobol	2,4
hitra utrujenost	2,6
utrujenost in zbitost	2,7
bolečine vratu	2,7
bolečine hrbta	2,9

Izračunana povprečna vrednost zdravstvenih težav pri zaposlenih v organizaciji je 53,82 (vrednost 20 = nobenih težav, vrednost 100 = dnevno vse zdravstvene težave).

Najnižjo vrednost zdravstvenih težav imajo zaposleni s fiksnim delovnim časom, ta je 49,93. Najvišja vrednost je bila izračunana pri zaposlenih z izmeničnim delovnim časom 60,52. Pri zaposlenih z delnim delovnim časom je povprečna vrednost zdravstvenih težav 55,92, medtem ko je pri zaposlenih s polnim delovnim časom 52,14. Kot je razvidno iz tabele 6, imajo zdravstvene težave, kot so bolečine v hrbtu in vratu, utrujenost in zbitost ter hitra utrujenost, izračunane višje vrednosti.

Tabela 7: Pregled lestvice s srednjimi vrednostmi: vrednote, kompetence, sodelovanje, odločanje, vodenje

	vrednote	kompetence	sodelovanje	odločanje	vodenje
	6 Items	4 Items	3 Items	8 Items	6 Items
organizacija	1.91	1.98	1.76	1.84	2.21
Baza podatkov Od 7.500 vprašanih	1,99	1,89	1,87	1,89	2,32

Bliže kot je izračunana vrednost številki 1, večja je dokazana povezanost z delovno sposobnostjo. V primerjavi z bazo podatkov (kjer so zbrani rezultati iz različnih delovnih organizacij z različnih področij delovanja v Republiki Avstriji) je delovna sposobnost zaposlenih dobro ocenjena, le delovna sposobnost na področju kompetenc je v primerjavi z bazo podatkov slabše ocenjena.

91 % zaposlenih meni, da imajo dovolj znanja in sposobnosti za dobro izvajanje svojega dela, 9 % jih meni, da nimajo dovolj znanja in sposobnosti za izvajanje določenih nalog. 86 % zaposlenih meni, da lahko svoje sposobnosti in zmogljivosti pri svojem delu dobro uporabijo, 14 % pa jih meni, da jih nimajo možnosti uporabiti. Glede izobraževanj v organizaciji 70 % zaposlenih meni, da so deležni dovolj dodatnih izobraževanj, 19 % jih je mnenja, da bi lahko bilo izobraževanj več, 12 % pa jih meni, da je izobraževanj premalo.

4 Razprava

Trendi delovno sposobnega prebivalstva v Evropski uniji kažejo, da se bo starostna skupina 55–64 let med 2010 in 2030 povečala za približno 16,2 %. Stopnja zaposlenosti delavcev, starih 55–64 let, je v Evropski uniji manj kot 50 %. Le v 15 državah na svetu je stopnja zaposlenosti starejših delavcev višja od 50 %. Več kot polovica starejših delavcev neha delati pred obvezno upokojitveno starostjo. Za financiranje in podporo daljšega življenja evropskih državljanov je zato treba nujno zagotoviti boljše in daljše poklicne poti (Egger-Subotisch, Kerschbaumer, Liebeswar, & Binder, 2013).

Le zadovoljen in zdrav delavec je tudi produktiven. In ta produktivnost je odvisna od delovne sposobnosti. V anketirani organizaciji, kot je razvidno iz tabele 3, je delovna sposobnost odlična do dobra. Predstavljajo pa psihične obremenitve za zaposlene večjo obremenitev kot fizične delovne obremenitve. Tako z raziskavo ne moremo potrditi vprašanja 1, ki se glasi: Ali psihične obremenitve vplivajo na delovno sposobnost? Iz literature pa lahko razberemo, da psihične obremenitve na delovnem mestu vplivajo na delovno sposobnost. Na takšen izid je mogoče vplivalo dejstvo, da so v anketirani organizaciji že pred anketiranjem izvajali postopke, ki bodo pripomogli k izboljšanju oziroma ohranjanju delovne sposobnosti.

Vprašanje 2: Ali delovni čas vpliva na zdravstveno stanje? Kot je prikazano v tabeli 6, ima 60,52 % zaposlenih z izmeničnim delovnim časom več zdravstvenih težav kot pa zaposleni s fiksnim delovnim časom (49,93 %).

Na vprašanje 3: Ali vrednote, sodelovanje, kompetence, odločanje, vodenje vplivajo na delovno sposobnost, lahko odgovorimo pozitivno, kajti v anketirani organizaciji imajo vse te lestvice v povprečju dobro izračunane vrednosti. Kot kaže tabela 7, so vse vrednosti manjše od 3 in so tako bliže 1 kot 5. Iz tabele 3 pa je razvidno, da imajo zaposleni v anketirani organizaciji dobro delovno sposobnost.

Za ohranjanje ali izboljšanja delovne sposobnosti je treba sprejeti določene postopke, saj samo tako lahko organizacija ohrani produktivnost zaposlenih. Eden od takšnih postopkov je evalvacija psihičnih obremenitev. Psihične obremenitve lahko vodijo do demotivacije, notranje odpovedi in neproduktivnosti. Lahko povzročajo delovne nesreče ali so soodgovorne zanje, so lahko vzrok ali celo vzrok za srčno-žilna obolenja, lahko tudi vodijo v zlorabo zdravil ali alkohola (Kloimüller & Czeskleba, 2013).

Da do tega ne pride, je treba obremenitve evalvirati in postaviti postopke za odstranitev ali zmanjšanje psihičnih obremenitev, ki jih je treba evalvirati v štirih dimenzijah. Prva dimenzija so delovne zahteve, ki so lahko čustvene obremenitve in prevelik obseg dela. Druga dimenzija je potek dela v organizaciji, kot so nejasna delovna navodila, pomanjkanje znanja. Dimenzija tri je delovno okolje, kamor spadajo delovna pomagala, prekinitve v poteku dela, četrta dimenzija je organizacijska klima, kot so odgovornosti, kompetence in prednostne naloge.

Evalvacija psihičnih obremenitev ni statična in jo je treba po določenem času ponovno izvesti ter se prepričati, če so postavljeni postopki privedli do zmanjšanja psihičnih obremenitev, če niso, je treba te ponovno spremeniti.

Seveda vsi takšni postopki za ohranjanje oziroma izboljšanje delovne sposobnosti pomenijo za organizacijo dodatno obveznost in s tem tudi strošek, saj je treba določiti osebo, ki bo odgovorna za evalvacijo in spremljanje obremenitev. Organizaciji se ta investicija vsekakor splača, saj se z večjo delovno sposobnostjo veča produktivnost, z zmanjšanjem obremenitev so zaposleni zadovoljni in se z organizacijo identificirajo, so zdravi in zaradi bolezni niso odsotni z dela.

Literatura

Brieskorn-Zinke, M. (2004). Gesundheitsförderung in der Pflege. Stutgart: Kohlhammer Verlag.

Černelič Bizjak, M. (2008). Zadovoljstvo z delom, zdravje in zadovoljstvo z življenjem. Zdravstveno varstvo; 199–207.

Deutmeyer, M., & Thiekötter, A. (2009). Herausforderungen, trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Egger-Subotisch, A., Kerschbaumer, S., Liebeswar, K., & Binder, J. (2013). Praxishandbuch Gesundchetsförderung für Erwerbstätige und Arbeitsuchende. Wien: Grafik Lanz.

Fengler, J. (2007). Nudenje pomoči utruja. Ljubljana: Temza.

Geißler-Gruber, B., & Frevel, A. (2009). Arbeitsbewältigungs-Coauching. Neue Herausforderung erfordern neue Beratungswerkzeuge. Dortmund: INQA.

Hasselhorn, H., & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index- ein Leidfaden. Dortmund, Berlin, Dresden: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitzmedizin.

Hölzler, R. (2003). Burnout in der Altenpflege. München: Urban & Fischer Verlag.

Kloimüller, I., & Czeskleba, R. (2013). Fit für die Zukunft - Arbeitsfähigkeit erhalten. Wien: Druckerei/Buchbinderei der Pensionsversicherungsanstalt.

Maslach, K., & Leitner, M. (2002). Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Ljubljana: Educy.

Rudow, B. (2011). Die gesunde Arbeit, Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Personalführung. Oldenbourg: Wissenschaftsverlag.

Schwarz, R. (2007). Supervision in der Pflege. Leidfaden für Pflegemanager und praktiker. Bern: Hans Huber Verlag.

Ulich, E. (2003). Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern: Hans Huber Verlag.

van den Berg, T. (2010). The Role of Work Ability and Health on sustaining Employability. Rotterdam: Erasmus Universität.

Nina Pantić Ćehajić, profesorica specialne in rehabilitacijske pedagogike
Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik

ZAVODSKI MOBILNI SPECIALNO-REHABILITACIJSKI PEDAGOG V SREDIŠČU CELOSTNE OBRAVNAVE GIBALNO OVIRANIH OTROK V REDNIH PROGRAMIH VIZ

INSTITUTIONAL MOBILE SPECIAL REHABILITATION EDUCATOR IN THE CENTRE OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO PHYSICALLY DISABLED CHILDREN IN REGULAR EDUCATIONAL PROGRAMMES

Povzetek

Gibalno ovirane otroke v rednem programu vzgoje in izobraževanja obravnavajo mobilne službe, ki delujejo v okviru osnovnih šol s prilagojenim programom, ter zavodske mobilne službe. V prispevku bosta opisana celostni način obravnave gibalno oviranih otrok v okviru zavodske mobilne službe in pristop k otroku od trenutka, ko odločba o usmerjanju začne veljati. Prikazani bodo ukrepi, s katerimi se zavodski mobilni specialno-rehabilitacijski pedagogi vključujejo v obravnavo le-teh, ter druge možnosti, specifike in prednosti vključevanja zavodske mobilne službe v obravnavo gibalno oviranega otroka v rednih programih. Podrobno bodo opisane naloge zavodskega specialno-rehabilitacijskega pedagoga in drugih članov zavodske mobilne službe, ki pomembno prispevajo k uspešni celostni obravnavi gibalno oviranega otroka v rednem programu vzgoje in izobraževanja. Poudarek bo na nujnosti timskega pristopa v luči sodelovanja med zavodsko mobilno službo, šolo oz. vrtcem in drugimi zunanjimi ustanovami, njihovega intenzivnega medsebojnega povezovanja ter prednosti, ki jih tovrstni pristop ponuja. Omenjene bodo tudi pasti, ki se pojavljajo, če zelo veliko število strokovnjakov različnih profilov, ki obravnavajo gibalno oviranega otroka, zaradi medsebojnega nepovezovanja ali neuspešnega povezovanja sprožajo pri starših, učiteljih in otrocih občutke nekompetentnosti, negotovosti in nezaupanja. Celostna obravnava gibalno oviranih otrok, ki so vključeni v redne programe vzgoje in izobraževanja, zahteva vključevanje čim večjega števila strokovnjakov različnih profilov ter njihovo medsebojno povezovanje in usklajeno sodelovanje. Zgolj takšna obravnava lahko otroku olajša vključevanje v redni program vzgoje in izobraževanja ter mu omogoči, da iz rednega programa v življenje odnese čim več.

Ključne besede: gibalno oviran otrok, mobilna služba, timsko delo, mobilni specialni in rehabilitacijski pedagog, celostna obravnava

Abstract

Physically disabled children in regular educational programmes are treated within mobile services that operate in elementary schools with special curriculum and in institutional mobile services. This paper describes a multidisciplinary way to deal with physically disabled children within the institutional mobile services, as well as the approach to the child from the moment the decision document of child's inclusion to the specific education programme takes place. Special rehabilitation educators' course of action regarding these children will be described, as well as other options, specifics and benefits of institutional mobile services engagement in the treatment of the physically impaired children in regular education programmes. Specific tasks of the institutional mobile special education teacher and other members of the institutional mobile services will be described in details.

These specific tasks significantly contribute to successful multidisciplinary way of treatment. Emphasis will be placed on the necessity of a team approach in the light of cooperation between institutional mobile services, school, or nursery schools and other external institutions and their intense interconnection and the advantages that this approach offers. However, there are also challenges that arise in situations where a large number of professionals of different profiles deal with physically disabled children - and there could be a lack of or unsatisfactory cooperation – which makes parents, teachers and children incompetent, insecure and mistrust. Multidisciplinary approach to physically disabled children, included in regular educational programmes, requires involvement of the largest possible number of professionals of various profiles, as well as their coordinated cooperation. Only such treatment may facilitate the integration of these children into the regular educational programmes and enables them to get as much as possible from the regular educational programme.

Key words: physically disabled children, mobile learning unit, teamwork, mobile special rehabilitation educator, multidisciplinary approach

1 Uvod

Gibalno ovirane otroke v rednem programu vzgoje in izobraževanja obravnavajo večinoma mobilne službe, ki delujejo v okviru osnovnih šol s prilagojenim programom, ter zavodske mobilne službe. Lahko jih obravnavajo tudi profesorji specialne in rehabilitacijske pedagogike (v nadaljevanju specialni pedagogi, skrajšano SRP), ki so zaposleni v rednih šolah in vrtcih, saj so specialni pedagogi v primerjavi z vzgojitelji/učitelji v rednih oddelkih za prepoznavanje in delo z otroki s posebnimi potrebami bolje usposobljeni (Stančič, v Schmidt, 2001). Zaradi posebnosti, ki so prisotne pri tej populaciji otrok, se vrtci in šole pogosto odločajo za sodelovanje z zunanjimi ustanovami, v katerih so zaposleni specialni pedagogi, ki so bolj specializirani za delo z gibalno oviranimi otroki.

Gibalno ovirani otroci imajo prirojene ali pridobljene okvare, poškodbe gibalnega aparata, centralnega ali perifernega živčevja. Gibalna oviranost se odraža v obliki funkcionalnih in gibalnih motenj (Opara, 2005). Gibalno ovirani otroci se v predšolske programe vzgoje in izobraževanja s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo ter v vzgojno izobraževalne programe s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo (v nadaljevanju redni programi vzgoje in izobraževanja) vključujejo na osnovi odločbe o usmerjanju, ki jo izda Zavod za šolstvo RS. Le-ta pa je izdelana na osnovi strokovnega mnenja, ki ga spiše komisija za usmerjanje. Odločba o usmerjanju opredeli: otrokove vzgojno-izobraževalne potrebe, program vzgoje in izobraževanja, v katerega je otrok usmerjan, vzgojno-izobraževalni zavod, v katerega se bo otrok vključil, datum vključitve v program ali vzgojno-izobraževalni zavod, obseg, oblike ter izvajalce posamezne oblike dodatne strokovne pomoči, pripomočke, prostore in opremo ter druge pogoje, ki morajo biti zagotovljeni za vzgojo in izobraževanje, začasnega ali stalnega spremljevalca, zmanjšanje števila otrok v oddelku glede na predpisane normative, rok preverjanja ustreznosti usmeritve, pravice, ki jih določa poseben zakon (Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami, 2011).

Strokovnjaki, ki delajo z otrokom, jo pogosto razumejo kot »ukaz«, ki se ga morajo držati ne glede na to, kakšne so otrokove potrebe, saj se le-te s časom spreminjajo. Za smiselno interpretacijo potreb gibalno oviranega otroka, ki je vključen v redne programe VIZ, je treba ustvariti klimo medsebojnega povezovanja in sodelovanja več različnih profilov strokovnjakov, ki delajo z otrokom, saj le tak pristop omogoča pravočasen in smiseln odziv na vse otrokove potrebe.

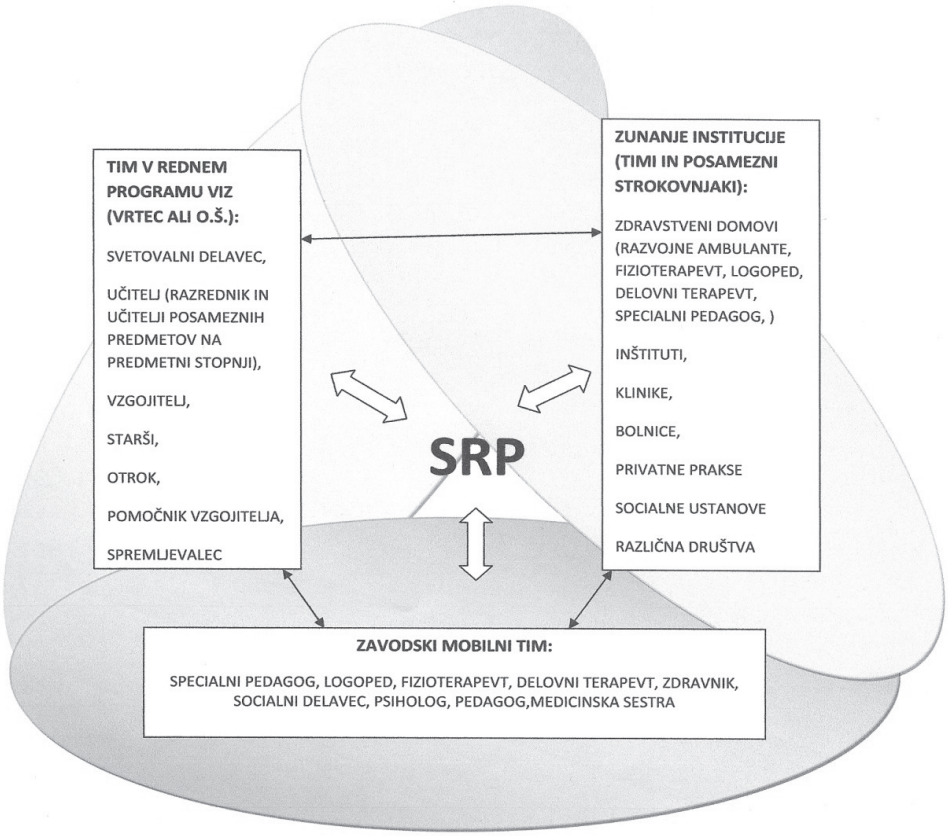
»Vrzeli«, ki se pojavljajo pri obravnavi gibalno oviranih otrok, vključenih v redne programe VIZ, nas lahko zavedejo in so posledica enostranskega pristopa. Le-te se pojavljajo v primerih, kjer veliko število strokovnjakov različnih profilov, ki obravnavajo gibalno oviranega otroka, zaradi medsebojnega nepovezovanja ali neuspešnega povezovanja sprožajo pri starših, učiteljih in otrocih občutke nekompetentnosti, negotovosti in nezaupanja.

2 Specialni in rehabilitacijski pedagog v središču povezovanja različnih timov

Tim je definiran kot organizirana skupina strokovnjakov različnih disciplin, ki imajo določena znanja, veščine in katerih skupni cilj je kooperativno reševanje problemov (Pfeiffer, 1980; povz. po Schmidt, 2001) in sodelovanje kot način neposredne interakcije med vsaj dvema enakovrednima partnerjema, ki sta vključena v skupno odločanje, ko poskušata doseči neki cilj (Friend, Cook, 19990; povz. po Schmidt, 2001).

Slika 1 prikazuje tri vrste timov, ki obravnavajo gibalno ovirane otroke. Tisto, kar povezuje vse tri time med seboj in jih sili v usklajeno komunikacijo in prenos informacij ter žene k doseganju skupnih ciljev v dobro gibalno oviranega otroka, je povezovalna in sodelovalna klima, ki jo je mobilni zavodski SRP dolžan zagotoviti in vzdrževati. Ravno njegova mobilnost, fleksibilnost in prilagodljivost ter zelo različna znanja in izkušnje, ki jih z delom na terenu ves čas pridobiva, so osnovni pogoj za uspešno interdisciplinarno sodelovanje vseh vpletenih članov.

Slika 1: Specialni in rehabilitacijski pedagog v središču celostne obravnave gibalno oviranega otroka



Vir : lastna izdelava (2016)

2.1 Zavodski mobilni tim

Zavodski mobilni tim sestavlja več različnih profilov strokovnjakov, in sicer: specialni pedagog, logoped, fizioterapevt, delovni terapevt, zdravnik, socialni delavec, psiholog/pedagog, medicinska sestra. Vsak član tima ima svoje naloge in posebna znanja in veščine, s katerimi prispeva k skupnemu cilju tima – celostni obravnavi gibalno oviranih otrok na terenu (v rednih programih VIZ).

Glede na potrebe otroka oz. mladostnika, šole in staršev zavodski tim mobilne službe nudi izvajanje dodatne strokovne pomoči otroku oz. mladostniku v obliki specialnopedagoškega dela, svetovanje vrtcu ali šoli glede potrebnih prilagoditev v izvajanju vzgojno izobraževalnega procesa otrokovim oz. mladostnikovim specifičnim potrebam, svetovanje pri načrtovanju in izvajanju individualiziranega programa, svetovanje in testiranje glede potrebnih pripomočkov za šolsko delo, prilagoditev okolja in delovnega mesta, diagnostične preglede in obravnave (fizioterapijo, delovno terapijo, logopedijo, svetovalne storitve), svetovanje glede socialnovarstvenih pravic staršem, izvajanje poklicne orientacije in skupine za samopomoč staršem ter izobraževanja učiteljev, strokovnih delavcev in spremljevalcev. Delo članov zavodske mobilne službe se izvaja neposredno v vzgojno izobraževalnih ustanovah, v okolju, ki je otroku oz. mladostniku domače in znano.

Mobilni specialni pedagog je prvi, ki prihaja v stik z gibalno oviranim otrokom, starši in šolo. Njegova vloga je mediatorska in povezovalna, pa tudi terapevtska in izobraževalna.

- Naloge mobilnega SRP so:
- navezati stik z drugimi timi (šolskim/vrtčevskim timom in zunanjimi institucijami),
- ustvarjati klimo zaupanja, kompetentnosti, graditi pozitivne in spodbudne odnose med vsemi sodelujočimi ter jih ohranjati,
- izvesti diagnostične teste in podati začetno oceno otrokovega delovanja,
- sodelovati pri izdelavi individualiziranega programa, v katerem so natančno določeni cilji, ki jim bodo člani strokovne skupine sledili med letom,
- redna evalvacija napredka ali morebitnih sprememb,
- pisanje poročil in vodenje dokumentacije,
- obveščanje vseh članov zavodskega tima, kot tudi članov šolskega/vrtčevskega tima in po potrebi tudi zunanje institucije o otrokovem razvoju in poteku dela,
- izvajanje timskih pregledov na terenu (v rednih programih VIZ), pri katerih sodeluje poljubno število strokovnjakov različnih profilov, gre bodisi za timske preglede zavodskega mobilnega tima bodisi za timske sestanke v okviru zunanjih institucij, ki obravnavajo otroka,
- svetovanje staršem in šolam oz. vrtcem glede prilagoditev,
- izvajanje izobraževanja za zaposlene v šolah in vrtcih glede otrokovih specifičnih potreb,
- izvajanje delavnic na različne teme, tudi za sošolce otrok, ki jih obravnava.

Specifika zavodskega mobilnega tima je interdisciplinarni način dela. To pomeni, da mnenje vsakega člana tima pomembno prispeva k skupnem mnenju, ki je osnova za način dela in ukrepe, ki bodo izvedeni.

2.2 Tim v rednem programu VIZ (v vrtcu ali OŠ)

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011) določa obveznost formiranja strokovne skupine v redni šoli oz. vrtcu. Strokovna skupina predstavlja tim ljudi, ki se redno srečujejo in odločajo o potrebah gibalno oviranega otroka med šolanjem, pripravljajo individualizirani program, določajo dodatne prilagoditve (če so potrebne) ter evalvirajo cilje, zastavljene v individualiziranem programu. Sestava strokovne skupine ni stalna in se lahko med šolanjem spreminja. Njeni stalni člani so: starši in otrok, svetovalni delavec, učitelj (razrednik), vzgojitelj (vrtec in prvo triletje osnovne šole), pomočnik vzgojitelja (vrtec), spremljevalec (če je tako zapisano v odločbi) ter specialni pedagog. Ostali člani se lahko spre-

minjajo iz leta v leto odvisno od potreb (izvajalci učne pomoči za posamezne predmete, če je le-ta določena z odločbo). Vzgojno-izobraževalni oziroma socialnovarstveni zavod mora najpozneje v roku 30 dni po dokončnosti odločbe izdelati za otroka s posebnimi potrebami individualizirani program. Ta čas ima specialni pedagog na voljo za oceno otrokovega stanja in delovanja ter izpeljavo diagnostičnih postopkov. Pri tem je treba posebej izpostaviti vlogo izkušenj, ki jih imajo mobilni zavodski specialni pedagogi pri delu z gibalno oviranimi otroki. Treba je oceniti otrokove posebnosti v skupinskih situacijah (razredu in vrtčevski skupini), kot tudi v individualnih situacijah. Mobilni zavodski specialni pedagogi zlahka ocenijo potrebe po prilagajanju prostora in okolice, stanje ortopedskih in drugih pripomočkov ter potrebe po vključevanju drugih profilov strokovnjakov v oceno otrokovega delovanja. Na osnovi teh ugotovitev izdela mobilni specialni pedagog svoj individualizirani program. V njem natančno opredeli cilje, ki so prioritetni v obdobju enega šolskega leta za otrokovo optimalno delovanje, kot tudi način izvajanja dodatne strokovne pomoči, bodisi v skupini bodisi v razredu. Njegova vloga je v šolskem/vrtčevskem timu povezovalna in usklajevalna. Le-ta mora že pri prvem stiku ustvariti klimo zaupanja, sproščenosti, optimizma in kompetentnosti.

2.3 Zunanje institucije

Gibalno oviran otrok je pogosto usmerjen tudi kot dolgotrajno bolan otrok. V to skupino otrok sodijo otroci z dolgotrajnimi oz. kroničnimi motnjami in boleznimi, ki trajajo več kot tri mesece in otroke ovirajo pri šolskem delu. Med dolgotrajne bolezni sodijo: kardiološke, endokrinološke, gastroeneterološke, alergijske, revmatološke, nefrološke, onkološke, hematološke, dermatološke, psihiatrične in nevrološke bolezni (npr. epilepsija), avtoimunske motnje in motnje prehranjevanja (Rakovnik, 2009). Iz vsega neštetega je razvidno, koliko različnih profilov strokovnjakov se lahko ukvarja z gibalno oviranim otrokom samo z zdravstvenega vidika. Naj ne pozabimo omeniti vrsto socialnih ustanov, kot so centri za socialno delo in različna združenja itn. Vsaka institucija ali posameznik, ki na kateri koli način obravnava gibalno oviranega otroka, ima svoje videnje in priporočila za delo s takim otrokom.

3 »Vrzeli« pri delu zavodskega mobilnega specialnega pedagoga in kako se jim izogniti

Vključevanje staršev v vzgojno-izobraževalni proces je pravica, ki sloni na spoznanju, da otroci najbolje napredujejo, če sodelujejo njihovi starši in strokovnjaki (Mittler, 1981). Partnersko sodelovanje obstaja takrat, ko se starši in strokovnjaki trudijo doseči otrokov optimalni razvoj v skladu z njegovimi psihofizičnimi zmožnostmi. V takem odnosu obe strani sprejemata specifično odgovornost (Novljan, 2004). Ogromno število informacij, ki so povezane z gibalno oviranim otrokom, pogosto povzroči precejšnjo zmedo, negotovost, občutke razočaranja in nezadovoljstva pri učiteljih/vzgojiteljih in še posebno pri otrokovih starših, pri otroku pa strah, jezo in frustracijo. Zgodi se, da starši pravijo eno, v bolnišnici rečejo drugače, učitelj misli nekaj tretjega – in sklenjen je začaran krog slabega sodelovanja ali nesodelovanja. Edini način preprečevanja morebitnih »vrzeli« je, da vsak član tima že pred začetkom sodelovanja dobro preuči svoja izhodišča, spoznanja in želje. Sposobni moramo biti sporazumevanja na jasen, spoštljiv in konkreten način, naši cilji pa morajo biti skupni. Le tako se lahko naš skupni motiv – gibalno oviran otrok v rednem programu – začne premikati naprej. Nikoli ne smemo pozabiti, s kom se pogovarjamo in zakaj to počnemo, v nobenem timu nismo zato, da dokažemo, koliko smo pomembni. Pripravljeni moramo biti deliti svoje znanje in sprejemati novo, poslušati in govoriti. Le tako bomo tudi gibalno oviranega otroka naučili in opremili za življenje z enakimi lastnostmi.

Literatura

Mittler, P. The Education of the Handicapped Adolescent Roles and Needs of Parents of Handuceppes Adolescents.

Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/234712579. (19. 2. 2016).

Novljan, E. (2004). Sodelovanje s starši otrok s posebnimi potrebami pri zgodnji obravnavi. Ljubljana: Zveza Sožitje; 99–109.

Opara, B. (2005). Otroci s posebnimi potrebami v vrtcih in osnovnih šolah. Vloga in naloga vrtcev in šol pri vzgoji in izobraževanju otrok s posebnimi potrebami. Uresničevanje vzgojno-izobraževalnih programov s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo. Priročnik. Ljubljana: Center Kontura.

Rakovnik, K. (2009). Naloge spremljevalca/-ke gibalno oviranega otroka. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Schmidt, M. (2001). Socialna integracija otrok s posebnimi potrebami v osnovno šolo. Maribor: Pedagoška fakulteta.

Tim mobilne službe. Dostopno na: http://www.ciriuskamnik.si/dejavnosti/inkluzivni_tim_mobilne_sluzbe. (29. 1. 2016).

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZOUPP-1). Uradni list Republike Slovenije, št. 58/2011.

Jan Pipan, dipl. fiziot.
podiplomski študent, Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani
prof. dr. Anton Zupan, dr. med.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča

OSEBE Z ŽIVČNO-MIŠIČNIMI BOLEZNIMI IN INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKA TEHNOLOGIJA
PEOPLE WITH NEUROMUSCULAR DISORDERS AND INFORMATION-COMMUNICATION TECHNOLOGY

Povzetek

Teoretična izhodišča: Osebam z živčno-mišičnimi boleznimi (ŽMB) in drugim gibalno oviranim osebam sodobna informacijsko-komunikacijska tehnologija (IKT) omogoča boljše delovanje v zasebnem, profesionalnem in družbenem okolju. Nekatere osebe z ŽMB potrebujejo za nemoteno delo z napravami IKT dodatne pripomočke in prilagoditve. Gibalno ovirane osebe z možnostjo uporabe IKT imajo dokazano višjo kakovost življenja.

Metode: Med osebami z ŽMB smo izvedli presečno študijo s kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Uporabili smo anketni vprašalnik z vprašanji zaprtega in polodprtega tipa. Raziskovalni vzorec je bil priložnosten in je vključeval 265 anketirancev z ŽMB, udeleženih v programu obnovitvene rehabilitacije v letu 2013.

Rezultati: 96 % anketiranih uporablja mobilni telefon, 75 % pa osebni računalnik. Na mobilnih telefonih in osebnih računalnikih velik delež anketiranih uporablja večje število različnih funkcij in vrst programske opreme. Več kot 70 % uporabnikov osebnega računalnika tega dnevno uporablja več kot 1 uro. 9 % uporabnikov potrebuje za delo z osebnim računalnikom pripomočke in prilagoditve.

Razprava: Večina oseb z ŽMB redno uporablja mobilni telefon in osebni računalnik. Glede na hudo gibalno oviranost večjega števila oseb, vključenih v raziskavo, je delež uporabnikov podporne tehnologije za delo z IKT-napravami nizek. Treba bi bilo raziskati, ali med osebami z ŽMB obstajajo dodatne potrebe po podporni tehnologiji in prilagoditvah za uporabo IKT.

Ključne besede: živčno-mišične bolezni, informacijsko-komunikacijska tehnologija, osebni računalnik, mobilni telefon, podporna tehnologija

ABSTRACT

Theoretical background: Information and communication technology (ICT) can make the life of people with neuromuscular diseases (NMD) and other people with motor impairment easier by enabling them to be functional in their private, professional and social area of life. Some people with NMD need assistive devices and additional adaptations for the smooth operation of ICT facilities. It has been proved that people with motor impairment, which have the possibility to use ICT, live a higher quality life.

Methods: We performed a cross-sectional study with quantitative method of data collection among people with NMD. We used a questionnaire with closed and semi-open question types. We have used a convenience sample that included 265 respondents with NMD, included in the follow-up rehabilitation program in 2013.

Results: 96 % of respondents use mobile phones and 75 % use personal computers. A large proportion of respondents use a number of different functions and types of software on mobile phones and personal computers. More than 70 % of personal computer users use it more than one hour per day. 9 % of personal computer users need assistive devices and adaptations.

Discussion: Most people with NMD regularly use mobile phones and PCs. According to the severe motor impairment of large number of people included in the survey, the proportion of users that need assistive technology to work with ICT devices is low. It would be necessary to perform a research among people with NMD about additional needs for assistive technology and adaptations for the use of ICT.

Key words: neuromuscular diseases, information and communication technology, personal computer, mobile phone, assistive technology

1 Teoretična izhodišča

ŽMB so kronična, degenerativna, progresivna obolenja. Najznačilnejši znak ŽMB je mišična oslabelost in z njo povezana motorična disfunkcija. Pri pacientih z ŽMB se pojavljajo simptomi, kot so utrudljivost mišic, mišični krči in atrofije mišic. Mišična oslabelost pri osebah z ŽMB vodi v primanjkljaj in oviranost na področju motorike. Oslabelost se lahko pojavi v akutnih in hitro napredujočih oblikah ali pa se diskretno povečuje skozi daljše časovno obdobje. Stopnja oslabelosti in motoričnega primanjkljaja je odvisna od vrste bolezni. Za obolele z ŽMB je značilno, da za gibanje in opravljanje dnevnih aktivnosti uporabljajo podporno tehnologijo, ki jim glede na njihov motorični primanjkljaj omogoča kar se da samostojno delovanje (Feldman et al., 2005, str. 3–10; Zupan, 2010, str. 128–137).

Gibalno ovirane osebe se zaradi svoje zmanjšane zmožnosti gibanja soočajo z različnimi ovirami na področju izobraževanja, poklicnega udejstvovanja in družbenega življenja. Nezmožnost vključevanja v različne aktivnosti in nezmožnost doseganja različnih življenjskih ciljev lahko bistveno poslabšata kakovost posameznikovega življenja. Sodobna tehnologija lahko gibalno oviranim osebam bistveno poveča možnosti za kakovostno delovanje na vseh področjih življenja, tako v obliki podporne tehnologije za gibanje in opravljanje dnevnih aktivnosti kot v obliki različnih naprav iz skupine informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) (Eid, 2013). V preteklih letih je IKT postala pomemben element vseh področij družbenega delovanja. Razvoj in razširjenost IKT v vseh aspektih sodobne družbe omogočata, da se gibalno ovirane osebe aktivno vključujejo v različne dejavnosti, kar jim v preteklosti ni bilo omogočeno (Gould et al., 2014).

IKT ima med različnimi starostnimi skupinami različno pomembno vlogo, najtesneje pa so z osebnimi računalniki in pametnimi mobilnimi telefoni povezani mladi v času šolanja (Lidström, Ahlsten, Hemmingsson, 2010). V izobraževalnem procesu lahko gibalno oviranim učencem IKT predstavlja edino možnost za samostojno in neodvisno delovanje in večjo neodvisnost od osebnih asistentov, na primer pri samostojnem zapisovanju snovi ali uporabi elektronskega učbenika pri nezmožnosti listanja po klasičnem (Copley, Ziviani, 2004). Ustrezna uporaba IKT in podporne tehnologije v izobraževalnem procesu gibalno oviranih otrok je tesno povezana z dobro organizacijo znotraj posamezne izobraževalne ustanove in z ustrezno izobraževalno politiko na ravni države (Murchland, Parkyn, 2010).

Pri gibalno oviranih osebah ima IKT ključno vlogo tudi na področju družabnega življenja ter vzpostavljanja in ohranjanja medosebnih stikov. IKT omogoča uporabo različnih oblik spletne komunikacije in s tem vključevanje v družabno življenje. Uporaba IKT kot orodja za druženje in komunikacijo ima največji pomen za gibalno ovirane mladostnike, ki se zaradi svojega stanja niso zmožni celostno vključevati v običajne družabne aktivnosti. Udejstvovanje na spletu lahko mladostnikom izboljša samozavest, poveča zainteresiranost za določena področja in zmanjša občutek osamljenosti. Gibalno ovirani mladostniki, ki jih delo z IKT zanima, imajo dobre možnosti za nadaljevanje študijske in poklicne poti. Podobno kot med zdravo populacijo otroci in najstniki uporabljajo IKT za delo, povezano s šolo, za izmenjavanje sporočil prek programov za neposredno komunikacijo, za igranje računalniških iger in za dostop do družbenih omrežij. Odrasli z gibalno oviranostjo uporabljajo IKT pri poklicnem delu, za administrativne obveznosti ter dostopanje in pregledovanje različnih multimedijskih vsebin (Schreuer, Sachs, Rosenblum 2013; Schreuer, Keter, Sachs, 2014; Soderstrom, 2009).

Razširjenost IKT v različnih delovnih okoljih je gibalno oviranim osebam prinesla številne možnosti zaposlovanja. Da lahko gibalno ovirane osebe učinkovito opravljajo delo, morajo delodajalci omogočiti opremljenost z ustrezno podporno tehnologijo, ki zaposlenim gibalno oviranim osebam omogoča dostopanje do prostorov in naprav, s katerimi delajo. Pogosto je treba delovno okolje individualno prilagajati, predvsem s podporno tehnologijo za učinkovito uporabo IKT (Gastaldi et al., 2015; Mendelsohn et al., 2008).

Veliko gibalno oviranih oseb za učinkovito delo z napravami iz skupine IKT potrebuje posebne prilagoditve. Za delo z osebnim računalnikom so razvili raznoliko podporno tehnologijo, ki lahko dostop in upravljanje s funkcijami osebnega računalnika omogoči tudi osebam z najhujšimi oblikami gibalne oviranosti. V osnovi se podporna tehnologija za delo z osebnim računalnikom deli na pripomočke za vnašanje (prilagojene tipkovnice, prilagojene miške, laserska naglavna kazala itd.), pripomočke za oddajanje informacij (prilagojeni zasloni, orodja za povečavo itd.) in prilagojeno programsko opremo (programi za povečavo, programi za nadomestno komunikacijo, programi za prepoznavo govora itd.) (Burgstahler et al., 2011).

Številne študije po svetu so dokazale, da lahko ustrezna podporna tehnologija za delo z računalnikom gibalno oviranim osebam z nevrološkimi okvarami bistveno izboljša kakovost življenja ter poveča njihovo učinkovitost in storilnost. Ker se podporna tehnologija razvija vzporedno s hitro razvijajočo se IKT, morajo biti potencialni uporabniki z njo ustrezno seznanjeni in opremljeni glede na svojo trenutno funkcijsko zmožnost. Za ustrezno dostopnost do IKT mora biti sistemsko urejeno financiranje, ki pa v večini držav ni tako dobro urejeno kot za ostale skupine podporne tehnologije, kot npr. za gibanje in osebno nego (Burgstahler et al., 2011).

Dobro uveljavljena in uporabnikom poznana je podporna tehnologija za delo z osebnim računalnikom. V zadnjih letih sta se močno povečala priljubljenost in število uporabnikov pametnih mobilnih telefonov, kar je spodbudilo razvoj pripomočkov, ki olajšajo uporabo gibalno oviranim osebam. Med podporno tehnologijo za delo z mobilnim telefonom sodijo: kazalniki za izvajanje ukazov prek zaslona na dotik, dodatna fizična tipkovnica, stojala in opore za nameščanje mobilnega telefona na roko ali na invalidski voziček in programske prilagoditve za izvajanje govornih ukazov. Pametni mobilni telefoni s sodobnimi operacijskimi sistemi omogočajo povezljivost z različnimi zunanjimi napravami za upravljanje. Na mobilne telefone je mogoče namestiti tudi veliko število aplikacij, posebej prilagojenih gibalno oviranim (Burgstahler et al., 2011; Kim, Lee, Kim, 2014).

Sredstva za nadomestno komunikacijo omogočajo osebam z ŽMB in drugimi nevrološkimi stanji komunikacijo z okolico kljub nezmožnosti govora. Tehnološke rešitve na področju komunikacije so povezane z uporabo posebej prilagojenega računalnika, ki omogoča generiranje govora. Za vnos besedila se lahko uporabljajo standardne ali prilagojene fizične tipkovnice, virtualne tipkovnice, ki se upravljajo s prilagojenimi stikali ali naglavnimi tipali. Za osebe z najtežjo gibalno oviranostjo pa so na voljo sistemi za nadomestno komunikacijo z upravljanjem računalnika z usmerjanjem pogleda (Vovk et al., 2013).

2 Metode

Namen raziskave je bil, sistematično preučiti stanje na področju uporabe osebnega računalnika in mobilnega telefona ter značilnosti njune uporabe pri osebah z ŽMB in pregledati stanje na področju uporabe naprav za nadomestno komunikacijo.

Med osebami z ŽMB smo izvedli presečno študijo s kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Uporabili smo anketni vprašalnik z vprašanji zaprtega in polodprtega tipa. Raziskovalni vzorec je bil priložnosten. Anketiranje smo izvedli med udeleženci obnovitvene rehabilitacije za obolele z ŽMB v letu 2013. Anketni vprašalnik smo razdelili med 411 udeležencev rehabilitacije, v obdelavo podatkov pa smo vključili 265 ustrezno izpolnjenih vprašalnikov (64,5-odstotna odzivnost vzorca).

Rezultate smo uredili in obdelali z osnovnimi statističnimi metodami, za obdelavo smo uporabili program Excel 2013.

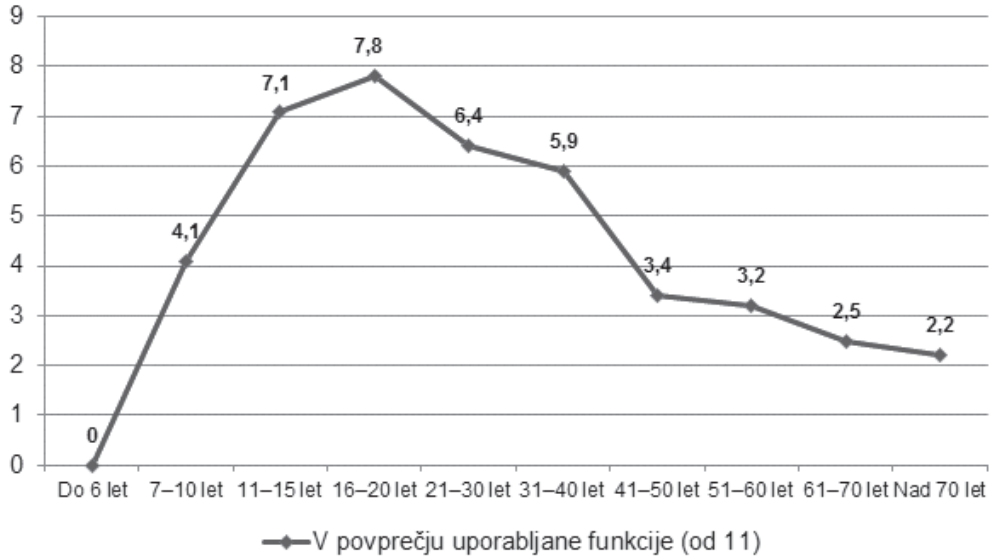
3 Rezultati

Vzorec je zajel sorazmerno število moških (49 %) in žensk (51 %). V raziskavi so sodelovale osebe z ŽMB iz vseh starostnih skupin, največ (skupaj več kot 40 %) je bilo starih med 40 in 60 let. Glede na stopnjo izobrazbe so prevladovali udeleženci s srednješolsko izobrazbo (40 %). Glede na status zaposlenosti so v vzorcu prevladovali upokojenci (43 %), osebe z urejenim statusom invalidne osebe (17 %) in zaposleni v različnih oblikah zaposlitev (15 %).

Mobilni telefon uporablja 96 % anketiranih. Delež oseb, ki mobilnega telefona ne uporabljajo, predstavljajo predvsem starejši, predšolski otroci in osebe z najhujšimi oblikami gibalne oviranosti.

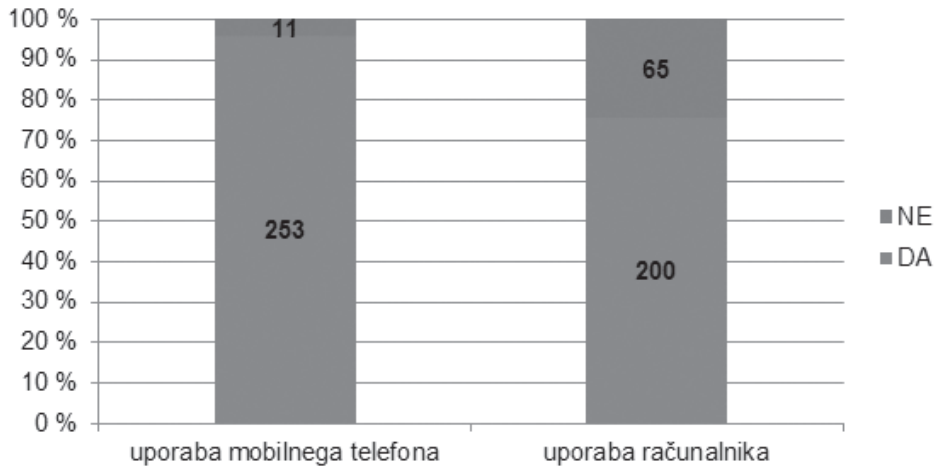
Na mobilnih telefonih v povprečju največ uporabljajo funkcije klicanja, pošiljanja kratkih in večpredstavnostih sporočil, fotografiranja ter aplikacije za brskanje po spletu in igranje iger. Ostale funkcije, kot so navigacija, predvajanje in snemanje posnetkov ter pregledovanje elektronske pošte, v povprečju uporablja manj uporabnikov. Največ različnih funkcij mobilnega telefona uporabljajo osebe v starostni skupini 16–20 let, najmanj pa, pričakovano, v starostni skupini nad 70 let. Celotna populacija v povprečju uporablja 4,4 različne funkcije. Podatki o uporabi števila funkcij mobilnega telefona v različnih starostnih obdobjih so predstavljeni v grafu 1.

Graf 1: Prikaz povprečnega števila uporabljanih funkcij mobilnega telefona po posameznih starostnih skupinah oseb z ŽMB



Osebni računalnik uporablja 200 (75 %) anketirancev. Pri analizi z vnosom spremenljivke starostne skupine smo ugotovili, da je delež uporabe računalnika med osebami, starimi do 50 let, 89 %, med osebami, starimi nad 50 let, pa 54 %. Grafikon 2 prikazuje razlike med številom uporabnikov mobilnega telefona in računalnika, v preglednici 1 pa so pregledno zbrani podatki o uporabi mobilnega telefona in računalnika pri uporabnikih različnih starostnih skupin.

Grafikon 2: Prikaz razlike med številom uporabnikov računalnika in mobilnega telefona

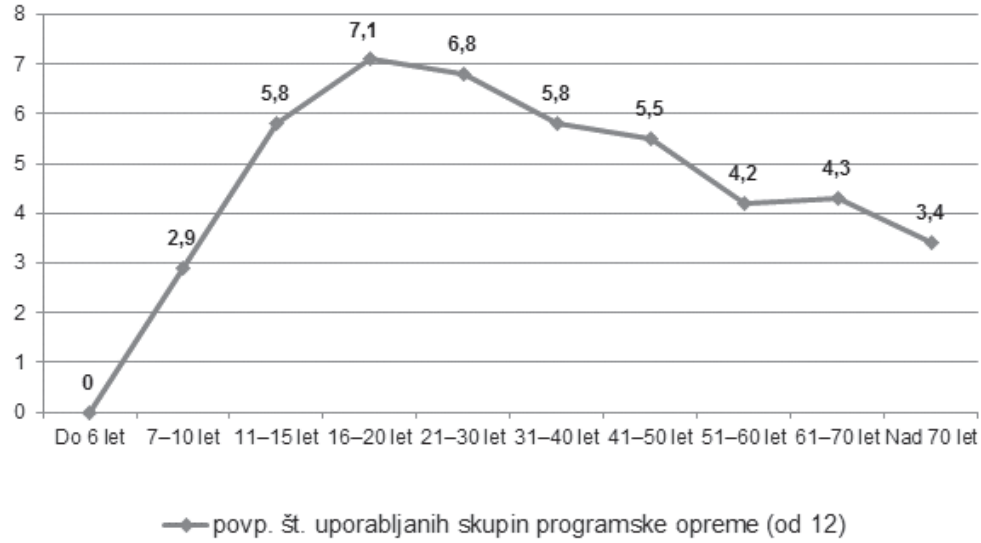


Preglednica 1: Število in deleži uporabnikov mobilnega telefona in računalnika po posameznih starostnih skupinah oseb z ŽMB

Starostna skupina	Število oseb	Število uporabnikov mob. tel.	Delež uporabnikov mob. tel.	Število uporabnikov računalnika	Delež uporabnikov računalnika
do 6 let	3	0	0 %	2	67 %
7–10 let	8	8	100 %	8	100 %
11–15 let	12	12	100 %	11	92 %
16–20 let	20	19	95 %	19	95 %
21–30 let	29	29	100 %	29	100 %
31–40 let	38	38	100 %	35	92 %
41–50 let	52	52	100 %	40	77 %
51–60 let	53	51	96 %	35	66 %
61–70 let	27	24	89 %	13	48 %
nad 70 let	23	20	87 %	8	35 %
Skupaj	265	253	96 %	200	75 %

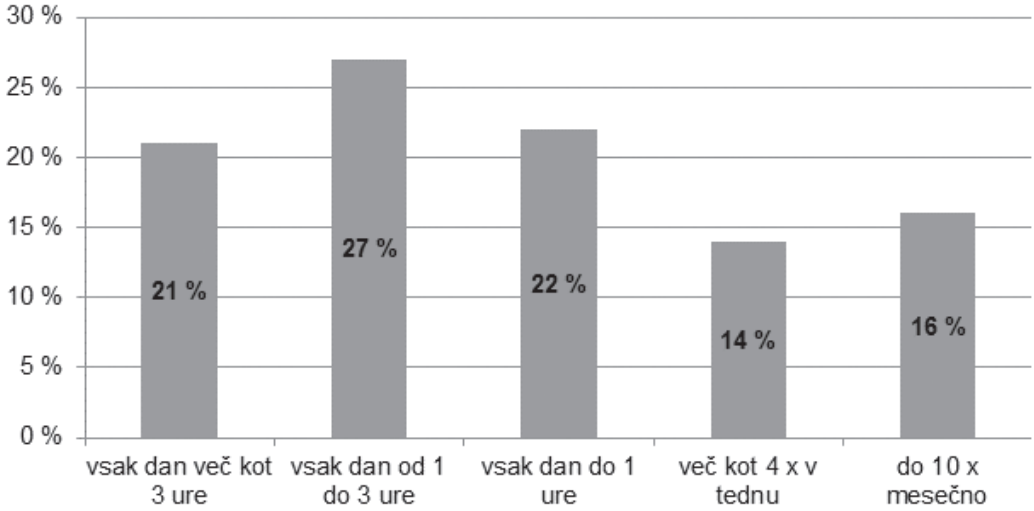
Med računalniško programsko opremo anketirane osebe z ŽMB najpogosteje uporabljajo spletne brskalnike, urejevalnike besedil, programe za pregledovanje elektronske pošte in programe za neposredno sporočanje. Vso našteto programsko opremo uporablja 50 % ali več anketiranih. Uporabljajo tudi programe za urejanje podatkov in računanje, programe za urejanje in pregledovanje slik, programe za urejanje in pregledovanje zvočnih in video posnetkov, programe za programiranje, programe za grafično oblikovanje in programe za nadomestno komuniciranje. Graf 3 prikazuje povprečno število uporabljanih različnih skupin programske opreme glede na starostne skupine anketirancev.

Graf 3: Prikaz povprečnega števila uporabljanih skupin programske opreme računalnika po posameznih starostnih skupinah oseb z ŽMB



Raziskali smo tudi povprečni čas uporabe računalnika. 27 % oseb računalnik uporablja 1–3 ure na dan, 22 % vsak dan do 1 ure, 21 % več kot 3 ure na dan, 16 % do desetkrat mesečno, 14 % pa več kot 4-krat v tednu. Opisani rezultati so prikazani v grafikonu 4.

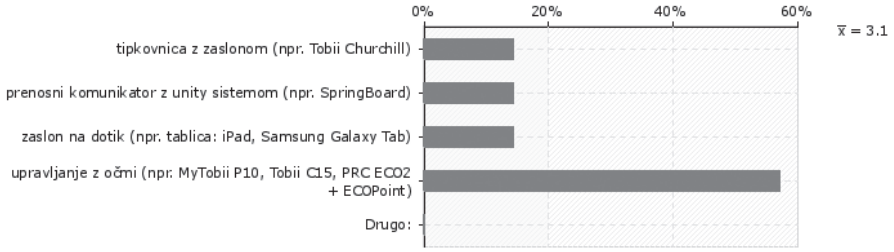
Grafikon 4: Prikaz pogostosti in časa uporabe računalnika



Med uporabniki osebnega računalnika smo raziskali uporabo in opremljenost s podporno tehnologijo za uporabo računalnika. Med 200 uporabniki računalnika prilagojeno opremo uporablja 23 (12 %) oseb, kar v celotnem vzorcu predstavlja 9 %. Največ (13) je uporabnikov prilagojene programske opreme, sledijo uporabniki prilagojenih mišk (11), 5 uporabnikov računalnik upravlja s premikanjem oči, 3 pa s prilagojeno tipkovnico. Po 1 ali 2 uporabnika pa uporabljata zaslon na dotik, naglavno tipko, upravljanje s premikanjem glave in upravljanje računalnika s komandno ročico elektromotornega vozička.

Med 265 anketiranimi 8 oseb uporablja napravo za nadomestno komunikacijo – komunikator. Med njimi 4 osebe komunikator upravljajo s premikanjem oči, po ena oseba uporablja komunikator s tipkovnico in zaslonom, komunikator z zaslonom na dotik in prenosni komunikator z unity sistemom.

Grafikon 5: Uporabniki različnih vrst komunikatorjev



4 Razprava

Študija, ki smo jo izvedli, je bila pregledna ter je vidik uporabe IKT in z IKT povezane podporne tehnologije med obolelimi z ŽMB preučila zelo splošno in široko. Kot smo predpostavljali, smo prišli do ugotovitve, da so osebe v raziskovalnem vzorcu tesno povezane z IKT, saj jih zelo velik delež redno uporablja osebni računalnik in mobilni telefon, na obeh napravah uporabljajo veliko različnih programskih možnosti, ki so na voljo. Višji delež uporabnikov mobilnega telefona v primerjavi z računalnikom je zaradi uporabnikov starejših starostnih skupin. Uporaba funkcij mobilnega telefona in različne računalniške programske opreme je značilno odvisna od starosti, prav tako čas, ki ga uporabniki preživijo za računalnikom.

Uporabnikov podporne tehnologije za uporabo računalnika je glede na število uporabnikov malo. Razlog gre iskati v široki izbiri serijsko izdelanih naprav, med katerimi lahko tudi osebe z ŽMB najdejo sebi primerno, ki jim omogoča ustrezno uporabo kljub gibalni oviranosti. V našem raziskovalnem vzorcu je največji delež tistih, ki si pri delu z računalnikom pomagajo s prilagojeno programsko opremo. Tudi v primerljivih raziskavah (Burton, Nieuwenhuijsen, Epstein, 2008) so ugotovili, da gibalno ovirane osebe najpogosteje uporabljajo prilagojeno programsko opremo.

Raziskali smo uporabo IKT na splošno, za podrobnejši vpogled v način uporabe bi bilo treba izvesti ločene raziskave glede na status zaposlenosti ter preveriti uporabo in prilagoditve na delovnem mestu, pri osebah, ki se šolajo, pa možnosti za uporabo IKT pri šolajočih se posameznikih v običajnih osnovnih šolah ter šolah, prilagojenih otrokom s posebnimi potrebami. Pri otrocih in mladostnikih bi bilo poleg časa uporabe osebnega računalnika dobro preučiti tudi čas uporabe mobilnega telefona ter ga primerjati s predstavniki drugih starostnih skupin.

Rezultate o uporabi mobilnega telefona in osebnega računalnika pri starejših osebah z ŽBM bi bilo dobro primerjati z zdravimi starejšimi osebami enake starosti, da bi lahko ugotavljali podobnosti in razlike med njimi. Tovrstna primerjava bi bila najverjetneje smiselna tudi pri ostalih starostnih skupinah.

V raziskovanje o opremljenosti in uporabi podporne tehnologije in prilagojene opreme bi bilo treba vključiti tudi prilagoditve za delo z mobilnim telefonom, ki so po svetu (Kim, Lee, Kim, 2014) že prisotne. Preveriti bi bilo treba, ali katere od teh pripomočkov že uporabljajo tudi osebe z ŽMB v Sloveniji in na kakšen način so za te prilagoditve izvedeli ter jih pridobili.

5 Zaključek

Glavna značilnost ŽMB je mišična oslabelost, posledično imajo osebe z ŽMB težave pri gibanju, veliko jih je pri gibanju odvisnih od invalidskega vozička in pri dnevnih aktivnostih odvisnih od tuje pomoči. Zaradi težav z gibanjem so osebe z ŽMB ovirane pri vključevanju v socialno okolje in družbeno življenje. Sodobna IKT jim lahko te ovire pri vključevanju v družbeno življenje pomembno zmanjša, izboljša njihovo družbeno vključenost, informiranost, izobraževanje, delo in zabavo. S študijo smo ugotovili, da osebe z ŽMB v Sloveniji zelo pogosto uporabljajo mobilni telefon in računalnik, čas uporabe, predvsem pa število uporabljanih funkcij telefona in računalnika pa sta tesno povezana s starostjo. Osebe z ŽMB pa kljub svoji gibalni oviranosti relativno malo uporabljajo prilagojeno oziroma posebno računalniško opremo.

Literatura

Burgstahler, S., Comden, D., Lee, S. M., Arnold, A., Brown, K. Computer and cell phone access for individuals with mobility impairments: an overview and case studies. NeuroRehabilitation. 2011; 28 (3): 183–97.

Burton, M., Nieuwenhuijsen, E. R., Epstein, M. J. Computer-related assistive technology: satisfaction and experiences among users with disabilities. Assist Technol. 2008; 20 (2): 99–106.

Copley, J., Ziviani, J. Barriers to the use of assistive technology for children with multiple disabilities. Occup Ther Int. 2004; 11 (4): 229–43.

Eid, N. Innovation and technology for persons with disabilities. United Nations. Dostopno na: http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2013/ict/innovation-technology-disability (1. 2. 2016).

Feldman, E., Grisold, W., Russell, J., Zifko, U. Atlas of Neuromuscular Diseases. Dunaj: Springer-Werlag; 2005: 1–5.

Gastaldi, L., Ghezzi, A., Mangiaracina, R., Rangone, A., Cortimiglia, M. N., Zanatta, M. et al. Mapping ICT Access and Disability in the Workplace: An Empirical Study in Italy. Work. 2015; 51 (2): 293–300.

Gould, M., Leblois, A., Cesa Bianchi, F., Montenegro, V. Convention on the rights of persons with disabilities, assistive technology and information and communication technology requirements: where do we stand on implementation? Disabil Rehabil Assist Technol. 2015; 10 (4): 295–300.

Kim, S., Lee, B. S., Kim, J. M. Comparison of the Using Ability between a Smartphone and a Conventional Mobile Phone in People with Cervical Cord Injury. Ann Rehabil Med. 2014; 38 (2): 183–8.

Lidstrom, H., Ahlsten, G., Hemmingsson, H. The influence of ICT on the activity patterns of children with physical disabilities outside school. Child Care Health Dev. 2011; 37 (3): 313–21.

Mendelsohn, S., Edyburn, D. L., Rust, K. L., Schwanke, T. D., Smith, R. O. Using assistive technology outcomes research to inform policy related to the employment of individuals with disabilities. Assist Technol. 2008; 20 (3): 139–48.

Murchland, S., Parkyn, H. Using assistive technology for schoolwork: the experience of children with physical disabilities. Disabil Rehabil Assist Technol. 2010; 5 (6): 438–47.

Schreuer, N., Keter, A., Sachs, D. Accessibility to Information and Communications Technology for the Social Participation of Youths with Disabilities: A Two-way Street. Behav Sci Law. 2014; 32 (1): 76–93.

Schreuer, N., Sachs, D., Rosenblum, S. Participation in leisure activities: differences between children with and without physical disabilities. Res Dev Disabil. 2014; 35 (1): 223–33.

Soderstrom, S. Offline social ties and online use of computers: A study of disabled youth and their use of ICT advances. New Media Soc. 2009; 11 (5): 709–727.

Vovk, M., Korošec, B., Ogrin, M., Debeljak, M., Groleger, K. Analiza postopka testiranja sposobnosti bolnikov za uporabo sistema za nadomestno komunikacijo, ki omogoča vodenje računalnika z usmerjanjem pogleda. Rehabilitacija. 2013; 12 (2): 61–70.

Zupan, A. Rehabilitacija bolnikov z živčno-mišičnimi boleznimi. Rehabilitacija. 2010; suppl. 1: 128–137.

Melita Sajko, dipl. med. techn., PhD student, doc. dr. sc. Natalija Uršulin-Trstenjak, Davor Levanić, dipl. inf., Jurica Veronek, mag., PhD student
University North, Varaždin

PREHRANA I STAVOVI STUDENATA U NASTAJANJU KARDIOVASKULARNIH BOLESTI

DIET AND ATTITUDES OF STUDENTS IN THE PROGRESS OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Sažetak

Kardiovaskularne bolesti su u samom vrhu vodećeg uzroka smrti današnjice, pa i u Hrvatskoj. Povećani rizik za obolijevanje je u lošoj svakodnevnoj prehrani, lošim navikama i manjku fizičke aktivnosti.

Metodologija: Istraživanje je provedeno putem ankete, s ciljem da se dobiju kvantificirani rezultati studenata o prehrambenim navikama i posljedicama istih.

Postavljena hipoteza je da neadekvatno konzumiraju hranu i nisu svjesni svojih prehrambenih navika i posljedica.

Rezultati: Broj anketiranih studenata je 134 u dobi od 18-33. Njih 22 žive sami, 89 s roditeljima i 23 s partnerom. Svaki dan doručkuje 46%, a dnevni unos tekućine više od 2 l, kao i manje od 2 l, je kod 50% ispitanika. Podaci pokazuju konzumaciju brze hrane, crvenog mesa, soli i pekarskih proizvoda više, a ribe, voća, povrća manje od preporuke u većine ispitanika. Zadnji obrok iza 18,00 sati je kod 53% ispitanika.

Rasprava: Rezultati potvrđuju hipotezu, a razlog takove prehrane 52% vidi u tome što im je najdostupnija i njih 31% smatra da takova prehrana doprinosi njihovom zdravlju, dok su 51% ipak zabrinuti zbog posljedica koje prehrana može imati na njihovo zdravlje.

Dugotrajna neuravnotežena prehrana najčešće dovodi najprije do poremećaja (povišene masnoće i šećera), koji, ukoliko se prehrambene navike i način života ne promijene, dovode do pojave raznih bolesti, pa i kardiovaskularnih bolesti.

Ključne riječi: kardiovaskularne bolesti, nepravilna prehrana

Abstract

Cardiovascular diseases are at the very top causes of death nowadays, in Croatia, too. The increased risk of illness is in poor everyday diet, bad habits and lack of physical activity.

Methodology: The research was conducted through a survey, in order to obtain quantified results of students about their eating habits and their consequences.

The hypothesis we set is inadequate consummation of food, students are not aware of their diet habits and their consequences.

Results: 134 students, 18 to 33 years old, were questioned. 22 of them live alone, 89 with parents and 23 with a partner. 46% of them eat breakfast every day, 50% of examinees drink more and 50% drink less than 2l of fluid a day. The data shows high percentage, more than recommended, of fast food, red meat, salt and bakery products intake, while fish, fruits, vegetables intake is less than recommended. 53% of the examinees eat their last meal is after 6 p. m.

Discussion: The results confirm the hypothesis and, as a reason for such diet, 52% state the fact that it is the most available, 31% of them believe that such diet is contributing to their health, but 51% of them are still concerned about the consequences that diet can have on their health.

Long-term unbalanced diet usually leads to high fat and sugar disorder, which, if diet habits and lifestyle do not change, lead to all sorts of diseases, including cardiovascular.

Key words: cardiovascular diseases, incorrect diet

1 Uvod

Kardiovaskularne bolesti (u daljnjem tekstu KVB), prije svega one koje najviše dovode do smrtnosti i invalidnosti (koronarna bolest srca, akutni infarkt miokarda i ishemijska bolest srca) baziraju se na aterosklerozi. Iz tog razloga potrebno je prevencija nastanka iste suzbijanjem faktora rizika (dislipidemija, arterijska hipertenzija, pušenje, pretilost), za što postoji niz smjernica i preporuka kao što je pravilna prehrana (Reiner, 2008).

Pravilna prehrana jedan je od važnijih sastavnih dijelova zdravog načina života. S obzirom da je hrana naša svakodnevna potreba, izuzetno je važno koju hranu, koliko i kada unosimo u organizam. Poznavanje raznovrsne hrane, kao i njezinih hranjivih sastojaka, preduvjet su pravilnoj i uravnoteženoj prehrani, što omogućava čovjeku normalno funkcioniranje organizma. Ukupni dnevni energetski unos ugljikohidrata trebao bi se kretati od 55-60%, masti ne više od 30% i bjelančevine 10-15%, uz konzumaciju 1,5 do 2 l tekućine (nabolje voda), što ovisi o tjelesnoj aktivnosti i termičkim uvjetima okoline. Svježe voće i povrće, riba, mliječni proizvodi trebali bi činiti glavninu ishrane, ali naravno u umjerenim količinama (Internetska nutricionistička enciklopedija, 2015).

1.1 Piramida pravilne prehrane

Prehrana mora biti u umjerenim količinama, tj. onoliko koliko je organizmu potrebno, treba konzumirati hranu svakodnevno približno u isto vrijeme, te mora biti uravnotežena unosom raznovrsnih zdravih namirnica iz svih 6 skupina piramide pravilne prehrane: žitarice i proizvodi, riža, kruh, tjestenina; voće; povrće; mlijeko i mliječni proizvodi; meso, riba i jaja; masti i ulja i slatkiši. Piramida pravilne prehrane koncipirana je tako da su namirnice iz šest glavnih skupina raspoređene na četiri razine (kata). Katovi piramide i njihova površina ukazuju na potrebitu zastupljenost (udio) pojedinih namirnica (Podravkin kulinarski centar, 2015).

Bazu gotovo svake piramide, čine žitarice i proizvodi od žitarica, uz preporuku da upravo oni čine osnovu naše dnevne prehrane. Žitarice, poput pšenice, zobi, raži i ječma, te kukuruz, kao i različite vrste kruha i peciva, tjestenina, riža, proso i heljda, posebno ako su u cjelovitom, integralnom obliku, nepresušan su izvor kompleksnih ugljikohidrata, vitamina, minerala, vlakana. Zbog visokog sadržaja vlakana povoljno utječu na probavu, detoksikaciju i izmjenu tvari u organizmu. Preporučeni dnevni unos: 4 puta/dan i više; 2 obroka/dan – žitarice i mahunarke; 1 jedinica serviranja: 1 kriška kruha, 30g cornflakesa, 1/2 šalice tjestenine, 1/2 šalice kuhane riže, manji kolač.

Voće zauzima važno mjesto u piramidi pravilne prehrane, jer je bogat izvor ugljikohidrata, vode, vitamina E, C i provitamina A, minerala, celuloze, vlakana i organskih kiselina. Većina našeg voća sadrži oko 80-93% vode (stoga je niskokalorično i osvježavajuće), 15-20% ugljikohidrata, 3-4% organskih kiselina, vrlo malo masti i oko 1-5% proteina, s iznimkom kod koštunjičavog voća (orah, badem, lješnjak, rogač, kokosov orah). Važno je da se i „na tanjuru" nađe različito voće s dnevnom preporukom konzumacije od: 4 puta/dan i više; 1 jedinica serviranja: 1 šalica svježeg voća, 1/2 šalice kuhanog voća, 1 jabuka, 2 kivija.

Povrće je skupni naziv za mahunarke, gljive, korjenasto povrće, kupusnjače, luk, salate, zeleno lisnato povrće kao što su špinat i blitva, rajčicu, papriku, tikvice, patlidžane i drugo. Nezamjenjiva je komponenta svakodnevne prehrane. Izvor je vlakana, vitamina i minerala, posebno A i C, te željeza i magnezija, niskokalorično je i lako probavljivo. Potrebno je kombinirati što je više moguće različite vrste povrća. Poželjno je jesti što više sirovog povrća ili ga kuhati na pari. Preporučeni dnevni unos: 4 puta/dan i više.

Mlijeko i mliječni proizvodi sadrže bjelančevine, vitamine i minerale (osobito kalcij i riboflavin). Jedna od najzdravijih mliječnih namirnica su fermentirani proizvodi od mlijeka (kiselo i acidofilno mlijeko, različite vrste jogurta, kefir). Preporučeni dnevni unos: 2 puta/dan – odrasli; 3 puta/dan – djeca; 4 puta/dan – trudnice, dojilje, djeca u pubertetu, žene u menopauzi; 1 jedinica serviranja: 1 šalica mlijeka ili 30-50 g sira (sadrži 300 mg kalcija).

Meso, kao važan izvor energije za naš organizam, veliki je izvor bjelančevina, masti, vitamina (A i B grupe), minerala (fosfora, magnezija i kalija), te elemenata u tragovima (željeza, cinka i selena). Masnoće u mesu važan su izvor energije za ekstremne napore i nosači su vitamina topivih u mastima: A, D, E, i K. Pri izboru mesa prednost treba dati mesu peradi, piletini i puretini, preporučuje se i plava riba (tuna i srdela), što će dodatno doprinijeti unosu omega-3 i 6 masnih kiselina u zaštiti kardiovaskularnog sustava. Preporučeni dnevni unos: 2 puta/dan – odrasli; 3 puta/dan – trudnice, dojilje; 1 jedinica serviranja: 60-90 g mesa, 30 g ribe.

Na samom vrhu piramide pravilne prehrane nalaze se masnoće, ulja i slatkiši, koje treba konzumirati u minimalnim količinama jer sadrže puno kalorija, a malo ili nimalo kvalitetnih hranjivih sastojaka. Namirnice s dodatkom šećera, gazirana osvježavajuća bezalkoholna pića, bombone i čokolade, kolače, kekse, sirupe, marmelade, te rafinirani (stolni) šećer preporuča se koristiti u što je moguće manjim količinama. Prednost treba dati masnoći biljnog podrijetla. Najveći izvor vitamina E je ulje pšeničnih klica, a potom sojino, kukuruzno i suncokretovo. Maslinovo ulje je najveći prirodni izvor mono nezasićenih masnih kiselina. Preporučeni dnevni unos: 1 puta/dan – odrasli; 1 jedinica serviranja: 5 g – ulje, mast, 3 g – maslac, 8 g – suha slanina (Šatelić, 2008).

1.2 Pretilost – posljedica loše prehrane

U današnje vrijeme sve su više prisutni poremećaji u prehrani koji su opasni i rezultat su međusobnog djelovanja niza faktora, a mogu uključivati: emocionalne poremećaje, poremećaje ličnosti, pritisak u obitelji, moguću genetsku ili biološku predispoziciju, kulturu u kojoj postoji obilje hrane i opsjednutost mišlju o mršavosti. Kao što je i u uvodnom dijelu spomenuto, nepravilna prehrana koja je sve više prisutna i u mlađoj populaciji, predstavlja u budućnosti opasnost za nastanak bolesti, od kojih su svakako najčešće bolesti kardiovaskularnog sustava. Prvi znak za „uzbunu" je svakako pojava pretilosti (Retelny, et. al., 2008).

Pretilost se smatra epidemijom modernog doba, te valja provoditi mjere prevencije. Još je u Hipokratovo vrijeme pretilost tretirana kao medicinski problem i uzrok nastanka nekih bolesti: „Korpulencija nije samo bolest za sebe, već i prijetnja za razvoj ostalih bolesti". Približno 25% svjetske odrasle populacije i 10% djece su pretili ili imaju povećanu tjelesnu masu. Pretili tinejdžeri su u dvostruko većoj smrtnoj opasnosti od mršavih. Prema nedavnim istraživanjima, Italija, Malta, Grčka i Hrvatska su zemlje s najvećim brojem pretile djece. Pretilost nije samo tjelesni problem, već i emocionalni, jer takva djeca imaju gubitak samopoštovanja, samokontrole, te im se druga djeca rugaju. Nemasna hrana, vježbanje te jačanje mišića su sastavni dio održavanja zdrave tjelesne težine (Štimac, et. al., 2014).

Parametri kojima određujemo prekomjernu težinu su: težina i visina, odnosno određivanje body mass indeksa (u daljnjem tekstu BMI), opseg struka i opseg bokova, te omjer bokova i struka. BMI je mjera kojom se najčešće određuje prekomjerna tjelesna težina, a izračunava se tako da se podijeli težina izražena u kilogramima s kvadratom visine izražene u metrima. Vrijednosti BMI prikazuju stupanj uhranjenosti:

- Ispod 18,5 = Pothranjenost
- Između 18,5 i 25 = Adekvatna tjelesna masa
- Između 26 i 30 = Prekomjerna tjelesna masa
- Između 31 i 35 = Pretilost 1. stupnja
- Između 36 i 40 = Pretilost 2. stupnja
- Iznad 40 = Pretilost 3. stupnja – morbidna pretilost (Uršilin-Trstenjak et. al., 2015).

2 Metodologija rada

Za potrebe istraživanja sastavljena je anketa od ukupno 22 pitanja, od kojih su 6 opći podaci o ispitanicima, a ostala pitanja odnose se na prehrambene navike ispitanika i stavove o rizicima koje prehrana ima na zdravlje. U anketi su ispitanicima postavljena zatvorena pitanja sa ponuđenim odgovorima, a na osnovi unesene visine i težine ispitanika izračunat je BMI prema formuli kg/m2. Anketa je ispitanicima bila dostupna tijekom prosinca 2015. godine i siječnja 2016. godine, kao Google docs obrazac, a veza na obrazac podijeljena je ispitanicima uz posredovanje studentskih predstavnika putem društvenih mreža koje koriste studenti Sveučilišta Sjever. Sudjelovanje u istraživanju bilo je anonimno i dobrovoljno.

U istraživanju je sudjelovalo 134 studenata i studentica Sveučilišta Sjever, zastupljeni su bili svi studijski smjerovi i sve godine studija. U obradi podataka korištene su metode deskriptivne statistike, a rezultati su prikazani tabelarno.

Postavljena hipoteza je da studenti neadekvatno konzumiraju hranu i nisu svjesni svojih prehrambenih navika i njihovih posljedica.

3 Rezultati

Rezultati daju uvid u dobivene kvantificirane rezultate ankete „Znanje i stavovi studenata o rizičnim faktorima za nastanak kardiovaskularnih bolesti" (u daljnjem tekstu KVB) studenata Sveučilišta Sjever.

Prikaz rezultata Ankete prve grupe pitanja koji se odnose na opće podatke: broj anketiranih, spol, životna dob, područje stanovanja, studentski smjer, godina studija, zajednica u kojoj žive (Tablica 1.).

Tablica 1: Opći podaci

Spol		Životna dob				Područje stanovanja		Studentski smjer		Godina studija			Zajednica u kojoj žive		
M	Ž	18-22	23-27	28-32	33 i više	Gradsko naselje	Seosko naselje	Zdravstveno usmjerenje	Ostala usmjerenja	1.	2.	3.	Samac	S roditeljima	S partnerom
24	110	96	18	9	11	69	65	90	44	81	34	18	22	89	23

Prikaz rezultata Ankete druge grupe pitanja koji se odnose na BMI: visina, težina, BMI (Tablica 2).

Tablica 2: BMI studenata

BMI	
ispod 18,5 = pothranjenost	7
između 18,5 i 25 = adekvatna tjelesna masa	95
između 26 i 30 = prekomjerna tjelesna masa	25
između 31 i 35 = pretilost 1. stupnja	7
između 36 i 40 = pretilost 2. stupnja	-
iznad 40 = pretilost 3. stupnja – morbidna pretilost	-

Prikaz rezultata Ankete treće grupe pitanja koji se odnose na način prehrane (Tablice 3-13):

Učestalost doručka/tjedno: svaki dan, dva do tri puta tjedno, jednom tjedno, ne doručkujem (Tablica 3);

Vrsta napitaka koje konzumirate/dnevno: uglavnom vodu, tople napitke – kava, čaj, gazirane sokove, negazirane industrijske sokove, prirodne voćne sokove, alkoholna pića, energetska pića i ostalo (Tablica 4);

Konzumacija tekućine/dnevno: manje od 1 l, oko 1 l, 1–2 l; Više od 2 l (Tablica 5);

Konzumacija crvenog mesa/tjedno: svaki dan, dva do tri puta tjedno, jednom tjedno, manje nego jednom tjedno, ne konzumiram crveno meso (Tablica 6);

Konzumacija gotove hrane – fast food/tjedno: svaki dan, dva do tri puta tjedno, jednom tjedno, manje nego jednom tjedno, ne konzumiram fast food (Tablica 7);

Konzumacija ribe/tjedno: svaki dan, dva do tri puta tjedno, jednom tjedno, manje nego jednom tjedno, ne konzumiram ribu (Tablica 8);

Konzumacija kruha i pekarskih proizvoda/dnevno: uz svaki obrok, uz dva obroka, uz jedan obrok, ne konzumiram kruh (Tablica 9);

Konzumacija povrća/dnevno: u svakom obroku, u dva obroka, uz jedan obrok, ne konzumiram povrće (Tablica 10);

Konzumacija svježeg voća/tjedno: u svakom obroku, u dva obroka, uz jedan obrok, ne konzumiram voće (Tablica 11);

Konzumacija večere iza 18,00 sati/tjedno: svaki dan, dva do tri puta tjedno, jednom tjedno, ne večeram iza 18,00 sati, ne večeram uopće (Tablica 12).

Dodavanje soli obroku za stolom: nikada, kada jelo nije dovoljno slano, gotovo uvijek prije nego što probam (Tablica 13).

Tablice 3-13. Rezultati Ankete o načinu prehrane:

Tablica 3. Učestalost doručka/tjedno

Svaki dan	Dva do tri puta tjedno	Jednom tjedno	Ne doručkujem
62	49	15	8

Tablica 4. Vrsta napitaka koje konzumirate/dnevno

Uglavnom vodu	Tople napitke – kava, čaj	Gazirane sokove	Negazirane industrijske sokove	Energetska pića	Prirodne voćne sokove	Alkoholna pića	Ostalo
107	70	17	14	0	17	7	1

Tablica 5. Konzumacija tekućine/dnevno

Manje od 1 l	Oko 1 l	1-2 l	Više od 2 l
10	54	54	16

Tablica 6. Konzumacija crvenog mesa/tjedno

Svaki dan	Dva do tri puta tjedno	Jednom tjedno	Manje nego jednom tjedno	Ne konzumiram crveno meso
6	59	38	18	13

Tablica 7. Konzumacija gotove hrane – fast food/tjedno

Svaki dan	Dva do tri puta tjedno	Jednom tjedno	Manje nego jednom tjedno	Ne konzumiram fast food
2	18	35	67	12

Tablica 8. Konzumacija ribe/tjedno

Svaki dan	Dva do tri puta tjedno	Jednom tjedno	Manje nego jednom tjedno	Ne konzumiram ribu
0	4	42	67	21

Tablica 9. Konzumacija kruha i pekarskih proizvoda/dnevno

Uz svaki obrok	Uz dva obroka	Uz jedan obrok	Ne konzumiram kruh
33	28	62	11

Tablica 10. Konzumacija povrća/dnevno

U svakom obroku	U dva obroka	Uz jedan obrok	Ne konzumiram povrće
11	35	82	6

Tablica 11. Konzumacija svježeg voća/tjedno

U svakom obroku	U dva obroka	Uz jedan obrok	Ne konzumiram voće
4	21	94	15

Tablica 12. Konzumacija večere iza 18,00 sati/tjedno

Svaki dan	Dva do tri puta tjedno	Jednom tjedno	Ne večeram iza 18,00 sati	Ne večeram uopće
71	42	11	5	5

Tablica 13. Dodavanje soli obroku za stolom

Nikada	Kada jelo nije dovoljno slano	Gotovo uvijek prije nego što probam
39	83	12

Prikaz rezultata ankete četvrte grupe pitanja koji se odnose na stavove o utjecaju prehrane na zdravlje (Tablice 14-16):

Razlozi ovakvog osobnog načina prehrane: najdostupnija, ekonomski prihvatljiva, vremenski najmanje zahtjevna, doprinosi zdravlju, konzumacija hrane koja je ukusna i nije važan njezin utjecaj na zdravlje, ostalo (Tablica 14);

Doprinos načina i vrste prehrane na vlastito zdravlje: u potpunosti se ne slažem, ne slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, slažem se, u potpunosti se slažem (Tablica 15);

Zabrinutost zbog posljedica prehrane na zdravlje: u potpunosti se ne slažem, ne slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, slažem se, u potpunosti se slažem (Tablica 16);

Tablice 14-16. Rezultati Ankete stavove o utjecaju prehrane na zdravlje:

Tablica 14. Razlozi ovakvog osobnog načina prehrane

Najdostupnija	Ekonomski prihvatljiva	Vremenski najmanje zahtjevna	Doprinosi zdravlju	Konzumacija hrane koja je ukusna i nije važan njezin utjecaj na zdravlje	Ostalo
70	42	56	18	24	6

Tablica 15. Doprinos načina i vrste prehrane na vlastito zdravlje

U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
10	18	27	42	37

Tablica 16. Zabrinutost zbog posljedica prehrane na vlastito zdravlje

U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
5	7	36	69	17

Izvor: Anketni upitnik 2015.

4 Rasprava

Dobiveni rezultati provedene Ankete „Znanje i stavovi studenata o rizičnim faktorima za nastanak kardiovaskularnih bolesti" sa studentima Sveučilišta Sjever prikazuju kvantificirane rezultate o prehrambenim navikama i osobnim stavovima o vlastitoj prehrani i povezanosti sa zdravljem, odnosnom nastankom kroničnih bolesti poput KVB.

Rezultati prve grupe pitanja odnose se na opće podatke: broj anketiranih, spol, životna dob, područje stanovanja, studentski smjer, godina studija, zajednica u kojoj žive (Tablica 1).

Anketa je provedena na uzorku od ukupno 134 studenta, gdje prevladava ženska populacija od 110 studentica, a u muškoj su 24 studenta. Životna dob kreće se od 18-33 godina, što predstavlja godine u kojima je već potrebno brinuti o zdravlju kako bi se utjecalo na nastanak kroničnih bolesti u kasnijoj životnoj dobi. Većina anketiranih pripada u mlađu populaciju od 18 do 27 godina, gdje 96 studenata pripada populaciji od 18-22 godina života, 18 se ubraja u raspon od 23-27, a 9 ulazi u raspon od 28-32 godina, dok je 11 studenata u životnoj dobi od 33 i više godina života. Podjednaki broj studenata živi i u gradskoj i seoskoj sredini, tako da je to element za koji bi se moglo reći da utječe na njihovu prehranu. U gradskoj sredini živi ih 69, dok je u seoskoj 65. Većina studenata je zdravstvenog usmjerenja, njih 90, pa se očekuju rezultati kvalitetnijeg načina života u odnosu prema prehrani, a 44 ostalih studijskih smjerova, gdje ih je najviše s prve godine studija, 81, zatim 34 s druge, te 18 s treće godine. Kao samci živi njih 22, 23 živi s partnerom, a 89 s roditeljima, što se vjerojatno odražava na način prehrane i navike koje su prisutne u obiteljskom načinu prehrane.

Rezultati Ankete druge grupe pitanja vezani su na rezultate BMI (Tablica 2). BMI manji od 18,5 ima 7 studenata, što ukazuje na njihovu pothranjenost. Vrijednost BMI između 18,5 i 25 odnosno adekvatnu tjelesnu masa ima 95 studenata, odnosno većina anketiranih studenata. Prekomjerna tjelesna masa vezana je za broj od 25 studenata, čiji je BMI između 26 i 30. Pretilost 1. stupnja s BMI koji se kreće između 31 i 35 je kod 7 studenata. Vrlo je zabrinjavajuće da od studijske populacije od 134 studenata njih 39 ima neadekvatni BMI, odnosno 32 ima prekomjernu tjelesnu težinu, a da 7 njih je pothranjeno.

Dobiveni rezultati treće grupe pitanja odnose se na način prehrane (Tablica 3-13), pa tako nešto manje od pola ispitanika 62 doručkuje svaki dan za razliku od 8 koji nikada ne doručkuju, a ostali 49 2-3 puta tjedno ili 1 tjedno njih 15.

Pozitivno je to da konzumaciji tekućine 107 studenata prednost daju vodi, u kombinaciji s toplim napicima 70, 17 gaziranim napicima, a negaziranim ind. sokovima 4 i prirodnim sokovima 17. Alkoholna pića preferira 7 studenata, dok nitko ne konzumira energetska pića, a svega 1 ispitanik se izjasnio da konzumira ostalo.

Što se tiče količine konzumacije tekućine, 107 studenata konzumira manje od 1 l tekućine, što predstavlja poražavajući podatak obzirom na preporuku, jednaki broj od 54 oko 1 l i između 1-2 l, dok svega 16 studenata pije više od 2 l tekućine.

Crveno meso na svakodnevnom jelovniku nalazi se kod 6, a kod 59 studenata čak 2-3 tjedno, dok 38 odnosno 18 studenata jednom ili manje od jednom tjedno na svom jelovniku ima crveno meso, što je u skladu s pravilnom prehranom, a 13 studenata uopće ne konzumira tu vrstu mesa.

S obzirom da se radi o studentskoj populaciji (zauzetost fakultetskim obvezama) iznenađujući je podatak da svega 2 odnosno 18 studenata konzumira brzu hranu svakodnevno ili 2-3 puta tjedno, 35 jednom tjedno, a manje od jednom tjedno čak 67 studenata, čemu valja pribrojiti i 12 studenata koji je uopće ne konzumiraju.

No, podaci konzumacije ribe u svakom slučaju nisu u skladu zdrave prehrane, jer svega 4 studenta konzumira ribu 2-3 tjedno, jednom tjedno 43, a 67 odnosno 21 student konzumira ribu manje od jednom tjedno odnosno uopće ne konzumira ribu.

Kruh i pekarski proizvodi sastavni su dio svakog obroka kod 33 studenta, obzirom da je to najjednostavniji način za zavarati glad, u dva obroka prisutni su kod 28, a u 1 obroku kod 62 studenta. Ali ni podatak da 11 studenata uopće ne konzumira tu vrstu hrane, što i nije u skladu sa preporukama, jedino ako ne konzumiraju žitarice u drugačijem obliku.

U svakom obroku konzumacija povrća prisutna je kod malog broja, 11 studenata, što bi odgovaralo 3-4 obroka. Kod 25 je povrće prisutno u dva obroka, a kod 86 u jednom obroku, dok ih 6 uopće ne konzumira povrće, gdje je vidljivo da su ova dva zadnja podatka daleko od preporuka zdrave prehrane.

Rezultati Ankete vezani uz konzumaciju voća otprilike podjednako prate dobivene rezultate konzumacije povrća. Vidljivo je da samo 4 studenta konzumira voće u svakom obroku, što znači 3-4 puta, 21 u dva obroka i 97 u jednom obroku. No isto tako, 15 studenata uopće ne jede voće, što je pomalo zabrinjavajuće.

Interesantni su dobiveni podaci o konzumaciji večere iza 18,00 sati, kao vremenu uz koji je vezana preporuka zadnje konzumacije obroka u tijeku dana. Svaki dan u tjednu 71 student večera iza 18,00 sati, što predstavlja i subotu i nedjelju kao dane kada bi to trebalo promijeniti, ako već zbog studentskih obveza nisu u mogućnosti ranije večerati. U tjednu 2-3 puta 42 i 1 tjedno 11 studenata večera iza 18,00 sati. Podjednaki broj od 5 studenata ne večera iza navedenog vremena ili uopće ne večera.

Podaci govore da se konzumira 5-10 g soli više nego što je potrebno za ljudski organizam. To potvrđuju i dobiveni rezultati koji pokazuju da 39 ispitanika nikada ne soli hranu za stolom, dok 83 soli jelo kada nije dovoljno slano, i upravo to „kada nije dovoljno slano" je problem, jer pojam „nedovoljno" slano je u stvari slučaj kada je nepotrebno dodavati sol, a čak 12 soli jelo a da ga nije ni probalo.

Prikaz rezultata Ankete četvrte grupe pitanja koji se odnose na stavove o utjecaju prehrane na zdravlje (Tablice 14-16):

Razlozi zbog čega je prehrana 70 studenata takova vide kroz odgovor da je najdostupnija, za 42 ih je ekonomski prihvatljiva, a 56 je smatra vremenski najmanje zahtjevnom, no smo 29 smatra da se pravilno hrani i da kao takova doprinosi njihovu zdravlju. To je broj koji bi prema dobivenim odgovorima odgovarao doista broju anketirane studentske populacije koja se pravilno hrani. Ukupno 6 studenta ne pronalazi objašnjenje u ponuđenim konkretnim odgovorima, znači: ostalo.

Pomalo su zabrinjavajući odgovori anketiranih studenta na pitanje pridonosi li način i vrsta prehrane njihovom zdravlju, obzirom da se radi većinom o populaciji studenata zdravstvenog usmjerenja. Broj od 10 anketiranih se u potpunosti ne slaže, 18 se ne slaže, 27 niti se slažu niti se ne slažu, 42 ih se slaže, a 37 studenata se u potpunosti slaže da način i vrsta prehrane pridonosi njihovu zdravlju.

Slijedom prethodnog pitanja, dobiveni rezultati anketiranih studenata o stavu prema tome jesu li zabrinuti za posljedice prehrane na njihovo zdravlje, govore o tome da ih se 5 u potpunosti ne slaže, 7 se ne slaže, 36 niti se slažu niti se ne slažu, 69 ih se slaže, a 17 studenata se u potpunosti slaže s odgovorom da su zabrinuti za posljedice prehrane na njihovo zdravlje.

Postavljena hipoteza da anketirani studenti neadekvatno konzumiraju hranu i da nisu svjesni svojih prehrambenih navika potkrijepljena je dobivenim rezultatima. Zaključno, kao razlog takove prehrane njih 70 vidi u tome što im je najdostupnija, njih 42 smatra da takova prehrana doprinosi njihovom zdravlju, a 69 ih je ipak zabrinuto zbog posljedica koje prehrana može imati na njihovo zdravlje.

Obzirom na životnu dob ispitanika (mlađa populacija) i u većini slučajeva prisutne lošije prehrambene navike, bilo bi potrebito već sada krenuti s promjenama i početi provoditi zdrave prehramben navike. Dugotrajna neuravnotežena prehrana najčešće dovodi najprije do poremećaja (povišene masnoće i šećer) koji, ukoliko se prehrambene navike i način života ne promijene, dovode do pojave raznih bolesti, pa i kardiovaskularnih bolesti.

Literatura

Internetska nutricionistička enciklopedija: Preporučeni dnevni unos. (2015) Dostupno na: http://definicijahrane.hr/definicija/hranjive-tvari/. (15. siječnja 2016).

Podravkin kulinarski centar. Piramida pravilne prehrane. Dostupno na: http://www.coolinarika.com/clanak/piramida-pravilne-prehrane/. (16.01.2016).

Reiner, Ž. Uloga prehrane u prevenciji i terapiji kardiovaskularnih bolesti, MEDICUS 2008. 17(1): 93-103

Retelny, V.S., Neuendorf, A., Roth, J.L. (2008). Nutrition protocols for the prevention of cardiovascular disease. Nutr Clin Pract; 23(5): 468-76.

Šatelić, Z. (2008). Energetske i nutritivne potrebe. Nutricionizam: Medikus; 1: 5-17.

Štimac, D., Krznarić, Ž., Vranešić Bender, D., Obrovac Glišić, M. (2014). Dijetoterapija i klinička prehrana: Medicinska naklada.

Uršulin-Trstenjak, N., Levanić, D., Hasaković-Felja, M. (2015). Pretilost kao faktor rizika za nastajanje kardiovaskularnih-koronarnih bolesti: Tehnički glasnik; 9(2): 230-234.

Katja Skoliber, dipl. m. s., doc. ddr. Joca Zurc
Alma Mater Europaea – ECM

POZNAVANJE IN UPORABA AKUPUNKTURE V NOSEČNOSTI
KNOWLEDGE AND USE OF ACUPUNCTURE IN PREGNANCY

Povzetek

Uvod: Med komplementarnimi pristopi k zdravljenju je ena izmed najbolj prepoznanih in uveljavljenih tehnik akupunktura, ki izvira iz tradicionalne kitajske medicine. Pogosto se uporablja tudi v nosečnosti za lajšanje težav ali kot priprava na porod. Namen raziskave je bil, oceniti poznavanje akupunkture kot priprave na porod pri nosečnicah, ki obiskujejo šolo za bodoče starše. Zanimalo nas je tudi, kolikšen delež nosečnic se odloča za tovrstno alternativno zdravljenje in glavne indikacije za izbiro te metode.

Metode: Empirični del temelji na kvantitativni anketni metodologiji. Za zbiranje podatkov je bil uporabljen namenski vzorec 60 nosečnic, ki jim je bil razdeljen vprašalnik na treh šolah za bodoče starše. Za analizo podatkov smo uporabili t-test za neodvisne vzorce in hi-kvadrat test. Koeficient Cronbachova alfa je bil 0,515.

Rezultati: 95 % nosečnic ni v nosečnosti še nikoli uporabilo akupunkture. Nosečnice z nižjo izobrazbo so na testu znanja v povprečju dosegale manj točk kot tiste z višjo izobrazbo. Razlike v reševanju testa znanja o akupunkturi glede na stopnjo izobrazbe nosečnic so statistično značilne, saj je $p \leq 0,05$ (višje izobražene nosečnice imajo višji nivo znanja glede akupunkture kot nosečnice z nižjo stopnjo izobrazbe).

Zaključek: Raziskovalne ugotovitve imajo doprinos za prakso, saj kažejo na potrebo po izobraževanju na področju akupunkture in komplementarnih pristopov zdravljenja v šoli za bodoče starše.

Ključne besede: komplementarno zdravljenje, akupunktura, nosečnica, priprava na porod, primerjava

Abstract

Introduction: Acupuncture is one of the most recognised and well-established techniques among complementary approaches to healing. It derives from traditional Chinese medicine and is often used in pregnancy to relieve problems or as a preparation for childbirth. The purpose of this study was to assess the awareness of using acupuncture as a preparation for childbirth. The study was done with the help of pregnant women, attending the future parents' group. We wanted to know, what proportion of pregnant women is opting for this type of alternative therapy and what are the main reasons for choosing this method.

Methods: The empirical part is based on a quantitative survey methodology. For data collection, a purposive sample of 60 pregnant women from three future parents' groups, which filled questionnaires. For data analysis, we used t-test for independent samples and the chi-square test. Cronbach's alpha was 0.515.

Results: 95 % of pregnant women never used acupuncture during pregnancy. Pregnant women with lower education averaged fewer points at the test as those with higher education. Differences in knowledge of acupuncture in relation to the level of education of pregnant women are statistically significant, because $p \leq 0.05$ (higher educated pregnant women have a higher level of knowledge regarding acupuncture as pregnant women with lower levels of education).

Discussion and conclusion: The findings of the research show the need for education in acupuncture and complementary treatment approaches in the future parents' groups.

Key words: complementary treatment, acupuncture, pregnant, preparation for childbirth, comparison

1 Uvod

Komplementarna in alternativna medicina (KAM) oziroma zdravilstvo je skupno ime za veliko skupino zelo raznolikih metod in sistemov zdravljenja in diagnostike ter izdelkov, ki se pri tem uporabljajo. Področja ni lahko opredeliti, kaj šele definirati. KAM ni znanstveno dokazana in/ali je uradna medicina ne sprejema. Del zdravilstva, ki se z uradno medicino lahko kombinira, se imenuje komplementarna medicina. Alternativna medicina je del zdravilstva, ki se z uradno medicino izključuje, tako da se bolnik ne more vzporedno zdraviti z uradnimi medicinskimi metodami in z metodami alternativne medicine. Za dejavnost KAM se uporabljata še izraza ljudska medicina in tradicionalna medicina, ki pa ne opisujeta celote, saj se nanašata le na tisti del zdravilstva, ki je tradicionalen v neki kulturi – na primer tradicionalna kitajska medicina (Kreft et al., 2015, str. 7, 8). Zdravniki in zdravilci, ki se ravnajo po načelih tradicionalne kitajske medicine, vidijo človeka v vsej njegovi celovitosti, in ne le njegove posamezne bolezni. Pravi namen zdravljenja je v vzpostavitvi energijskega ravnovesja na telesni, duhovni in duševni ravni. Gre za to, da naj bi vsak človek odgovorno skrbel za svoje zdravje in se ne bi zganil šele tedaj, ko se že pojavijo prvi bolezenski znaki. V Evropi se posamezni elementi tradicionalne kitajske medicine uporabljajo tudi posamično in glede na bolezenske znake. Tako je za zdravljenje bolečin povsem udomačena akupunktura (Jänicke, Grünwald, 2009, str. 138, 139).

Akupunktura (lat. acus 'igla, konica' + punctura 'vbod') se uporablja predvsem za zdravljenje bolečin in funkcionalnih motenj, lahko pa se kot dodatek zeliščni terapiji izvaja tudi za zdravljenje organskih težav. Drugo pomembno področje uporabe je preventivno zdravljenje. Akupunkturist tako priporoča svojim bolnikom, naj ga redno obiskujejo, četudi nimajo zdravstvenih težav. Akupunktura temelji na teoriji meridianov, na sistemu prenašanja energije. Po meridianih teče chi, po njih lahko doseže vse organe in tkiva. V telesu je 71 različnih meridianov, vsi pa se stikajo na lobanjskem svodu. Ob glavnih meridianih je 361 akupunkturnih točk, vhodnih in izhodnih mest za pretok chija. Na teh točkah je mogoče s stimulacijo z akupunkturno iglo tok energije upočasniti ali pospešiti (Jänicke, Grünwald, 2009, str. 159). V zadnjem desetletju se KAM pogosto uporablja v porodništvu po vsem svetu (Zeng et al., 2014).

V Sloveniji je najpogosteje v rabi akupunktura, namenjena pripravi na lažji porod (Cvelbar, 2015). V nosečnosti nima nobenih negativnih posledic. Čeprav je v Sloveniji bila sprejeta v okvire medicine, je za ljudi še vedno nekaj nenavadnega. Nosečnost in pozneje porod lahko povzročita nekatere zdravstvene težave, zato sta pomembna preventiva ali pravočasno zdravljenje, ki lahko te bistveno zmanjšata. Vsekakor pa je pomembno vedeti, kolikšno znanje o akupunkturi imajo nosečnice v šolah za bodoče starše in v kolikšni meri uporabljajo alternativne metode zdravljenja, saj se lahko le na ta način uspešno in na primernih področjih vpeljuje znanje v tovrstne tečaje.

2 Opredelitev namena in hipotez

Namen raziskave je bil, oceniti poznavanje akupunkture kot priprave na porod pri nosečnicah, ki obiskujejo šolo za bodoče starše. Zanimalo nas je tudi, kolikšen delež nosečnic se odloča za tovrstno alternativno zdravljenje in glavne indikacije za izbiro te metode.

Iz namenov projektne naloge bosta v raziskavi preverjeni naslednji delovni hipotezi:

Hipoteza 1: Nosečnice se poslužujejo akupunkture v zelo nizkem odstotku (manj kot 10 %).

Hipoteza 2: Nosečnice z višjo stopnjo izobrazbe imajo višjo raven znanja glede akupunkture kot nosečnice z nižjo stopnjo izobrazbe.

3 Metode dela

3.1 Raziskovalna metoda

Empirični del temelji na kvantitativni anketni metodologiji.

3.2 Merski instrument

Rezultati so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom. Vprašalnik je zajemal dva tematska sklopa. Prvi je obravnaval demografske podatke pri nosečnicah (starost, teden nosečnosti, stopnjo izobrazbe, bivalno okolje) ter akupunkturo (uporabo akupunkture v nosečnosti do zdaj, pogostost in vzrok za uporabo ter uporabo drugih alternativnih metod). Drugi tematski sklop je bil zastavljen kot test znanja, zajemal je pet vprašanj zaprtega tipa (kaj je akupunktura, kako se izvajajo tehnike akupunkture, indikacije za akupunkturo v nosečnosti – WHO, kontraindikacije za akupunkturo v nosečnosti – WHO ter v katerem tednu nosečnosti se akupunktura lahko začne izvajati). Na koncu vprašalnika je bila možnost za mnenja nosečnic glede obravnavane teme.

3.3 Opis vzorca

Vseh anketiranih je bilo 60. Deset nosečnic je vprašalnik izpolnjevalo v šoli za bodoče starše Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, 20 nosečnic v šoli za bodoče starše Zdravstvenega doma Ptuj in 30 nosečnic v šoli za bodoče starše Zdravstvenega doma Ormož. Nosečnice so bile glede na stopnjo izobrazbe razdeljene v dve skupini. Kot nižje izobražene so bile obravnavane nosečnice s srednješolsko izobrazbo ali manj, kot višje izobražene pa tiste z višješolsko, visokošolsko ter univerzitetno izobrazbo. V drugo skupino nosečnic so spadale tudi tiste s specializacijo, magisterijem in doktoratom. 30 anketiranih nosečnic je bilo nižje izobraženih in 30 višje izobraženih. Povprečna starost vseh anketiranih je bila 29,77 leta.

3.4 Postopek zbiranja podatkov

Raziskava se je začela izvajati po potrditvi komisije za etična vprašanja v vseh treh šolah za bodoče starše. Za zbiranje podatkov je bil uporabljen vzorec 60 nosečnic, ki so januarja in februarja 2016 izpolnjevale anketni vprašalnik. Sodelovanje je bilo prostovoljno. Anonimnost je bila zagotovljena, saj vprašalnik ni zahteval osebnih podatkov, iz katerih bi lahko razbrali identiteto anketiranih.

3.5Postopek analize podatkov

Podatki so bili obdelani v statističnem računalniškem programu SPSS. Za analizo podatkov sta bila uporabljena t-test za neodvisne vzorce in hi-kvadrat test. Statistična značilnost je bila preverjena na ravni 5-odstotnega tveganja ($p \leq 0,05$).

4 Rezultati

Preglednica 1: Uporaba akupunkture v nosečnosti do zdaj in starost anketiranih

Uporaba akupunkture	
NE	95 %
DA	5 %
Starost (PV)	29,77

95 % vprašanih nosečnic (preglednica 1), ki so odgovorile na vprašanje, akupunkture v nosečnosti še ni uporabilo. 5 % vprašanih nosečnic, ki so odgovorile na vprašanje, je v nosečnosti že uporabilo akupunkturo. Od teh 5 % (3 nosečnice) dve nosečnici nista odgovorili na podvprašanje, kakšne pristope sta uporabili, ena pa je odgovorila: »Zdaj se bom.« Na vprašanje o vzroku uporabe akupunkture so po pričakovanju odgovorile 3 nosečnice – ena navaja kot vzrok »bolečine v križu«, druga »dobre izkušnje prijateljic«, tretja pa »lažji porod, super izkušnja«.

Preglednica 2: Dosežene točke na testu znanja glede na stopnjo izobrazbe in statistična značilnost

Izobrazba	n	PV doseženih točk (SO)	t (p)
Nižje izobražene	30	2,23 (1,431)	–2,373 (0,021)
Višje izobražene	30	3,10 (1,398)	

V eni skupini so obravnavane nosečnice, ki imajo nižjo stopnjo izobrazbe, v drugi skupini pa tiste, ki so višje izobražene (preglednica 2). Aritmetična sredina pri nosečnicah z nižjo izobrazbo je 2,23 točke, pri nosečnicah z višjo izobrazbo pa 3,10 točke (vseh mogočih točk je bilo 5). Nosečnice z višjo stopnjo izobrazbe so se torej precej bolj približale vsem petim mogočim točkam na testu znanja. Kar pomeni, da so nižje izobražene nosečnice na testu znanja v povprečju dosegale manj točk v primerjavi z višje izobraženimi.

Standardni odklon je v obeh primerih nizek. Glavnina nižje izobraženih nosečnic se glede na število doseženih točk na testu znanja večinoma giblje med 0,799 in 3,661 točke, višje izobraženih pa med 1,702 in 4,498 točke.

Razlike v reševanju testa znanja o akupunkturi glede na stopnjo izobrazbe nosečnic so statistično značilne, saj je $p \leq 0,05$ (višje izobražene nosečnice imajo višjo raven znanja glede akupunkture kot nosečnice z nižjo stopnjo izobrazbe).

Preglednica 3: Uporaba drugih alternativnih metod glede na stopnjo izobrazbe

60 nosečnic Pogostost uporabe (v %)	Izobrazba			t (p)
	Nižje izobražene n (%) 30 (50 %)	Višje izobražene n (%) 30 (50 %)	Skupaj (celoten vzorec)	
Jih ne uporabljam.	76,7	46,7	61,7	(0,044)
1- do 3-krat mesečno.	20	30	25	
1-krat tedensko.	n < 5	16,7	8,3	
2- do 3-krat tedensko.	n < 5	n < 5	n < 5	
Vsak dan.	0	0	0	

Vseh vprašanih nosečnic je bilo 60 – od teh jih ima 50 % nižjo in 50 % višjo izobrazbo (preglednica 3). Od tistih, ki so nižje izobražene, jih 76,7 % drugih alternativnih metod ne uporablja, 20 % pa jih uporablja 1- do 3-krat mesečno. Z 1-krat tedensko in 2- do 3-krat tedensko jih je odgovorilo manj kot pet. Od višje izobraženih nosečnic jih drugih alternativnih metod zdravljenja ne uporablja 46,7 %, 1- do 3-krat na mesec jih uporablja 30 %, 1-krat tedensko 16,7 %, 2- do 3-krat tedensko pa jih je odgovorilo manj kot 5.

Iz celotnega vzorca jih torej 61,7 % ne uporablja nobene druge alternativne metode zdravljenja, 25 % pa uporablja druge metode 1- do 3-krat mesečno. Nekaj jih uporablja metode tudi 1-krat tedensko, in sicer 8,3 %.

Razlike v pogostosti uporabe drugih alternativnih metod med nižje in višje izobraženimi nosečnicami so statistično značilne, saj je $p \leq 0,05$ (višje izobražene nosečnice uporabljajo druge alternativne metode pogosteje kot tiste z nižjo izobrazbo). Moč povezave med stopnjo izobrazbe in pogostostjo posluževanja je 0,368, kar pomeni, da gre za srednje močno povezavo med tema dvema spremenljivkama.

5 Razprava

Kot so pokazali rezultati raziskave, nosečnice v obravnavanih šolah za bodoče starše uporabljajo akupunkturo v zelo nizkem številu, saj se jih je le 5 % kadar koli v nosečnosti odločilo za to alternativno metodo zdravljenja. To potrjuje našo hipotezo, da nosečnice uporabljajo akupunkturo v zelo nizkem odstotku (manj kot 10 %). Ena od nosečnic, ki je akupunkturo že uporabila, je pod odprto vprašanje zapisala: »Priporočam vsem nosečnicam!« Druga je o akupunkturi zapisala: »Lahko bi nam jo okvirno predstavili v šoli za starše ali bi bile na voljo kakšne brošure o tej temi.« Vsekakor nosečnice za tovrstno metodo zdravljenja kažejo zanimanje, a je možnosti za izobraževanje o akupunkturi s strani strokovnega osebja malo.

Nosečnice te metode zdravljenja zaradi pomanjkanja informacij ne poznajo zadosti, kar se je pokazalo tudi na testu znanja, ki so ga izpolnjevale. Čeprav so nosečnice z nižjo stopnjo izobrazbe dosegle v povprečju za 0,87 točke manj kot nosečnice z višjo stopnjo izobrazbe, lahko rečemo, da je znanje obeh skupin glede poznavanja akupunkture vseeno slabo. S tem potrjujemo hipotezo, da imajo nosečnice z višjo stopnjo izobrazbe višjo raven znanja glede akupunkture kot nosečnice z nižjo stopnjo izobrazbe. Pomanjkanje znanja o akupunkturi v nosečnosti verjetno pripomore k temu, da nekatere ženske še vedno čutijo odpor do te alternativne metode. Tudi Da Silva navaja, da se kljub vsem pozitivnim rezultatom, ki jih prinaša akupunktura, še vedno pojavlja močna zaskrbljenost o njeni uporabi v nosečnosti. Nekatera literatura prav tako še vedno vzbuja sume o uporabi te alternativne metode pri uporabi na določenih točkah telesa in pravi, da bi morala biti prepovedana. Vendar je ta skrb neutemeljena – raziskave namreč kažejo drugače. S pregledom literature je bilo ugotovljeno, da akupunktura sicer v nosečnosti na teh prepovedanih točkah lahko sproži krčenje maternice in s tem popadke, vendar samo v pozni nosečnosti, med porodom ali v primeru smrti ploda. Tradicionalni in sodobni avtorji trdijo, da ima učinek akupunkture homeostatsko vlogo. Če lahko normalizira fiziološke parametre, zakaj bi morala imeti škodljiv učinek, če je nosečnost normalna? Vsaj dve poskusni študiji sta pokazali, da akupunktura ali elektrode na prepovedanih točkah ne povzročajo škodljivih učinkov na razvoj v nosečnosti. Ta nevzdržen strah se mora končati. Uporabo akupunkture v nosečnosti je treba spodbujati. To je lahko izjemna možnost za prenatalno nego. S to nefarmakološko metodo se je mogoče izogniti številnim zapletom, ki jih lahko povzročajo zdravila v tej občutljivi fazi življenja žensk (Da Silva, 2014).

V šolah za bodoče starše bi bilo v okviru izobraževanja na to temo smiselno izpostaviti vsaj osnovne indikacije za izbiro te metode, ki jih priporoča WHO: glavobol, slabost, bruhanje, bolečine v križu, nespečnost, sindrom karpalnega kanala, edemi, krči in predporodna priprava (Tašič, 2016). S priporočili WHO se strinja tudi Da Silva, ki navaja, da je akupunktura učinkovita pri lajšanju slabosti v nosečnosti, bolečinah v spodnjem delu hrbta in medenici, glavobolu, nespečnosti, depresiji, dispepsiji (Da Silva, 2014). Prav tako je treba poudariti, da se akupunktura lahko začne izvajati od 36. tedna nosečnosti naprej (2-krat tedensko); na testu znanja je na to vprašanje pravilno odgovorilo le 33,3 % anketiranih, čeprav so nosečnice v povprečju bile že v 28, 53 tednu nosečnosti. Torej lahko sklepamo, da jim možnost izbire te metode do začetka tretjega trimesečja nosečnosti ni bila nikjer predstavljena ali omenjena. Da Silva v svoji raziskavi navaja, da se akupunktura lahko uporablja tako v predporodnem kot v poporodnem obdobju. Lahko se uporabi kot tehnika za povečanje možnosti zanositve ali kot dopolnilna metoda, ki poveča možnost zanositve z umetnim oplojevanjem ali oploditvijo in vitro (Da Silva, 2014).

33,3 % anketiranih uporablja ostale alternativne metode, kot so kiropraktika, manualna terapija, bioenergija, zvočna terapija, ajurveda, akupunktura in joga. Pri tem spet prednjačijo višje izobražene, ki se izvajanja teh metod udeležujejo 1- do 3-krat mesečno (teh je 30 %).

Omejitve raziskave so bile predvsem pri pridobivanju literature, saj je večina literature (slovenske in tuje) na to temo starejše in se je bilo treba omejiti samo na nekaj virov novejše. To je tudi pokazatelj, da je treba na tem področju narediti še veliko, saj je novejših raziskav, ki vključujejo tematiko uporabe akupunkture v nosečnosti, zelo malo. Tujih raziskav na temo akupunkture v nosečnosti je sicer veliko, vendar so bolj omejene na lajšanje posameznih težav v nosečnosti kot na to, koliko žensk dejansko uporablja to metodo in kakšno je njihovo poznavanje te metode. Če se omejimo na območje Slovenije, je stanje glede obstoječih raziskav prav tako pomanjkljivo, zato primerjave s slovenskimi in tujimi raziskavami niso bile mogoče.

6 Zaključek

Raziskava je pokazala, da je poznavanje akupunkture med nosečnicami v šolah za bodoče starše slabo, zato jih je v Sloveniji treba na tem področju izobraziti in jim dati širino, saj to prinaša doprinos za družbo oziroma za bodoče starše v Šolah. Nosečnicam bi bilo treba ponuditi možnost, da se jim s strani strokovnega osebja predstavijo akupunktura in ostale alternativne metode. Kot navaja Da Silva v svoji raziskavi, se je z akupunkturo mogoče izogniti številnim zapletom, ki jih povzročajo zdravila. Ne nazadnje pa je cilj, da se zdravi nosečnici rodi zdrav otrok – mar ne?

Literatura

Cvelbar, M. M. (2015). Akupunktura in prehrana za zdravo nosečnost. Dostopno na:

http://www.viva.si/Alternativna-in-naravna-pomo%C4%8D/12438/Akupunktura- in-prehrana-za-zdravo-nose%C4%8Dnost?index=1#. (30. 12. 2015).

Guerreiro da S., Joäo, B. (2014). Acupuncture in Pregnancy. Dostopno na: http://www.esciencecentral.org/journals/acupuncture-in-pregnancy-2327-5162.1000e114.pdf. (30. 1. 2016).

Jänicke, C., Grünwald. J. (2009) Alternativna medicina: praktični in strokovni priročnik. Ljubljana: Modrijan.

Kreft, S., Čebron Lipovec, U. (ur.). (2015). Znanstveno-kritičen pogled na komplementarno in alternativno medicino. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.

Tašič, S. J. (2015). Akupunktura za nosečnice – nadaljevanje. Dostopno na:

http://www.medicinska-akupunktura.si/blog/akupunktura-za-nosecnice-nadaljevanje. (12. 3. 2016).

Zeng, Y., Zhou, Y. (ur.). (2014). Use of complementary and alternative medicine across the childbirth spectrum in China. Complementary Therapies in Medicine, december. Dostopno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25453527. (30. 12. 2015).

Helena Sok, dipl. fiziot., Tatjana Horvat, dipl. fiziot., doc. ddr. Joca Zurc

FIZIOTERAPEVT – V PRIHODNOSTI STAROSTNIKA
A PHYSIOTHERAPIST IN THE ELDERLY PEOPLES' FUTURE

Povzetek

Teoretična izhodišča: Fizioterapijo v domu starejših občanov uporabljamo kot preventivno dejavnost, kot zdravljenje in rehabilitacijo. Cilji fizioterapije pri starostniku so lajšanje zdravstvenih težav – bolečine, vzdrževanje mobilnosti, vzdrževanje in izboljšanje zmogljivosti in sposobnosti ohranjanja samostojnosti in neodvisnosti pri dnevnih dejavnostih, komunikacija in socialna vključenost. Zanimal nas je pogled fizioterapevtov, ki so zaposleni v domovih starejših občanov, in sicer z vidika zadovoljstva z obstoječimi metodami dela pri obravnavi starostnikov, s kakšnimi ovirami se pri svojem delu srečujejo in kako vidijo svoje delo v prihodnosti.

Metodologija: Raziskava je temeljila na empirični kvalitativni metodologiji, podatki so bili pridobljeni s polstrukturiranim intervjujem. Vzorec je predstavljalo pet fizioterapevtov, ki delajo s starostniki v domovih starejših občanov v Mariboru in Murski Soboti. Intervju je vseboval šest vprašanj. Podatke smo analizirali s kvalitativno vsebinsko analizo. Povprečna starost intervjuvancev je bila 39 let, povprečna delovna doba pa 11,8 leta.

Rezultati: Intervjuvani fizioterapevti so navedli, da so stanovalci deležni terapije po zdravnikovem navodilu povprečno enkrat na leto, fizioterapevtska obravnava traja od 30 minut do ene ure. Pri fizioterapevtski obravnavi stanovalcev uporabljajo individualni pristop. Za bolj kakovostno fizioterapevtsko delo s starostnikom bi potrebovali več časa za obravnavo, več kadra in boljše sodelovanje v zdravstvenem timu. Možnost izboljšav se kaže v poglobljenem medčloveškem odnosu, uporabi integrativnih ved, povezovanju z naravo, krepitvi socialnih odnosov in vključitvi družbeno koristnega dela. Intervjuvanci so izpostavili, da pogrešajo dodatna strokovna izpopolnjevanja na področju fizioterapevtske obravnave starostnika.

Razprava: Napredek fizioterapevtske stroke in kakovost dela s starostnikom je po mnenju intervjuvanih fizioterapevtov v povečanju kadrovskih normativov, kar bi jim prineslo več potrebnega časa za krepitev psihofizične komponente pri individualni obravnavi stanovalcev. Več specialno usmerjenih strokovnih izpopolnjevanj fizioterapevtov pa bi pripomoglo h kakovostnejšemu pristopu fizioterapevtske obravnave glede na specifičnost stanovalca.

Ključne besede: kakovost fizioterapije v domu starejših občanov, fizioterapevtske metode dela v domu starejših občanov, fizioterapevt v prihodnosti starostnika

Abstract

Background: Physiotherapy in elderly care home is used as a prevention activity, medical treatment and rehabilitation. Goals of physiotherapy of elderly people is to alleviate health problems, such as pain, maintenance of mobility, maintenances and improvement of capacity and capability of maintaining independence in daily activities, communications and socialising. We investigated the satisfaction of physiotherapists that are employed in elderly care homes, focusing on the existing methods used for treatment of elderly people, the obstacles they come across when dealing with the elderly and how they see their work in the future.

Methodology: The research was based on the empirical qualitative methodology by using semi-structured interview with six questions. The sample consisted of five physiotherapists, employed in the elderly care homes in Maribor and Murska Sobota. Data were analysed with the qualitative content analysis. The average age of the interviewees was 39 years, while the average length of service was 11.8 years.

Results: The interviewed physiotherapists have indicated that the residents of the elderly care home received the therapy according to medical doctor, which is approximately once a year. Physical treatment lasts between 30 minutes and one hour, patients are always being treated individually. Physiotherapists also say that they would need more time for each patient and more physiotherapeutic staff in order to improve the quality of treatment, as well as better collaboration between medical teams. Possible improvements can be found through deeper interpersonal relationship, integrative methods application, connecting with nature, strengthening social relationships and social inclusion. Interviewees have pointed out the lack of additional professional training in the field of elderly people treatment.

Discussion: According to the interviewed physiotherapists, the progress in physiotherapy profession and the quality of treatment of elderly people is conditioned by capacities in terms of number of staff. That would enable them to address more time to psychophysical components of individual treatment of each resident, while receiving more professional physiotherapeutic training would help towards better quality of treatment according to specifics of the resident.

Key words: quality of physiotherapy in elderly care homes, physiotherapy methods of work in elderly care homes, physiotherapist in future of the elderly

1 Uvod

Fizioterapija v domovih starejših občanov je dolgoročno naravnana dejavnost, ki mora potekati kontinuirano. S fizioterapijo poskušamo vzdrževati in izboljševati sposobnosti in zmogljivosti posameznika, čigar zdravje je porušeno oziroma že prizadeto (Peček, 2011).

Fizioterapija se ukvarja z opredeljevanjem in izboljševanjem kakovosti posameznikovega življenja in njegove zmožnosti za gibanje. Deluje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja in rehabilitacije. To obsega telesno, duševno, socialno in duhovno blagostanje (Razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo, 2012).

Dom za starejše občane je zavod, v katerem nekateri stari ljudje preživijo zadnje obdobje svojega življenja, kar je lahko za njihovo novo življenjsko situacijo najboljša rešitev ali pa veliko breme. Vsak stanovalec v domu je celovita osebnost, postavljena v nove življenjske pogoje. Pri tem ima veliko vlogo osebje doma, to je delovna skupina ljudi, ki je v neposrednem stiku s stanovalci in bolj ali manj tudi s svojci in v kateri ima pomembno vlogo tudi fizioterapevt (Mabire, 2010).

Fizioterapevt kot član tima ima pomembno vlogo pri ohranjanju, izboljševanju in obnavljanju telesnega in duševnega zdravja stanovalcev. Svoje znanje in strokovno pomoč nudi posamezniku in skupinam ljudi, katerih zdravje je ogroženo ali že prizadeto, pri tem pa kot posameznik sodeluje z drugimi zdravstvenimi delavci (Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije, 2002). Naloga fizioterapevta v domu starejših občanov je, da stanovalca starostnika motivira ter izvaja kakovostno in kontinuirano fizioterapijo in na tak način pripomore k izboljšanju stanovalčevega stanja na ravni gibalnih sposobnosti, velikokrat pa pripomore tudi k izboljšanju psihičnega stanja stanovalcev. Možnost izvajanja ustrezne fizioterapije je bistvenega pomena, zadovoljstvo z izvajanjem fizioterapije pa je ključno za fizioterapevtovo delo (Podgoršek - Nikolič, 2015).

Zato je bil namen našega raziskovanja ugotoviti zadovoljstvo fizioterapevtov, zaposlenih v domovih starejših občanov na območju Maribora, v Domu Danice Vogrinec, in Murske Sobote, v Dom starejših Rakičan in enoti Murska Sobota, z obstoječimi metodami dela pri obravnavi stanovalcev, s kakšnimi ovirami se pri svojem delu s stanovalci srečujejo in kako vidijo svoje delo s stanovalci domov starejših občanov v prihodnosti.

2 Metode dela

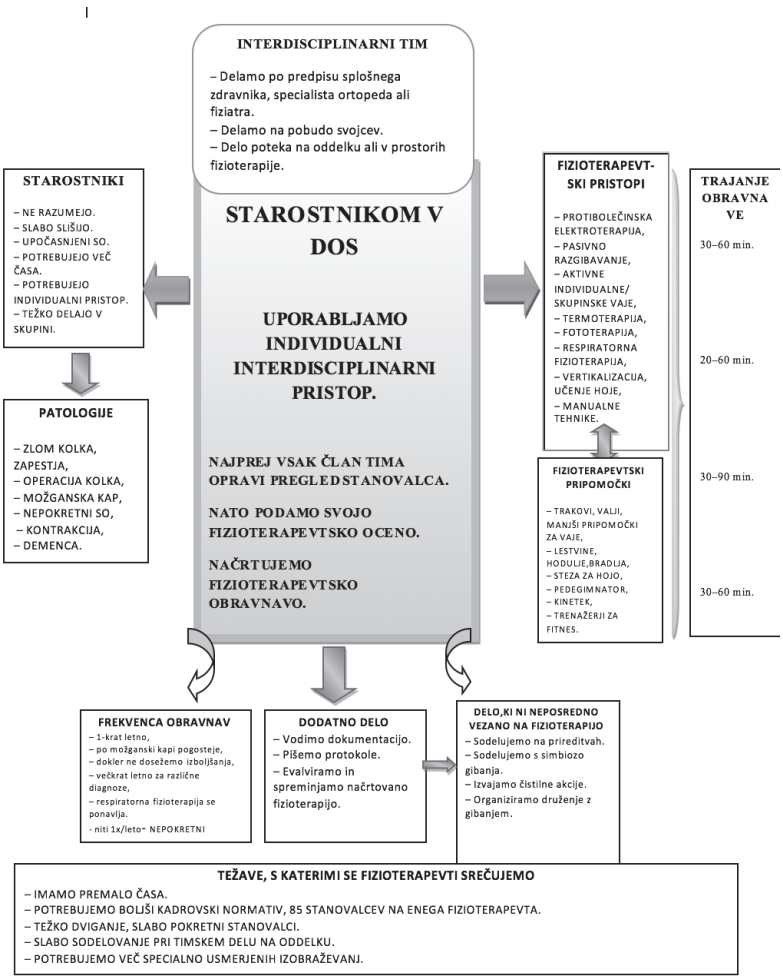
Empirična kvalitativna raziskava z interpretativnim raziskovalnim pristopom je vsebovala pet polstrukturiranih intervjujev z diplomiranimi fizioterapevti, zaposlenimi v domovih starejših občanov v Mariboru, v Domu Danice Vogrinec, in Murski Soboti, Domu starejših Rakičan in enoti Murska Sobota. Povprečno trajanje intervjuja je bilo 30 minut. Najkrajši intervju je trajal 10 minut, najdaljši pa eno uro in 10 minut. Skupni čas vseh izvedenih intervjujev je bil dve uri in pol.

Intervjuvane so bile štiri ženske in en moški. Najmlajši intervjuvanec je bil star 29 let, najstarejši pa 45 let. Povprečna starost vključenih diplomiranih fizioterapevtov je bila 39 let. Najkrajša delovna doba je bila eno leto, najdaljša pa 21 let. Skupna povprečna delovna doba je znašala 11,2 leti.

Podatke smo zbrali z osebnim pristopom. Vsi udeleženi so pred intervjujem podpisali, da soglašajo z intervjujem, s snemanjem ali zapisovanjem svojih izjav in poznejšo obdelavo podatkov, ki bo služila za predstavitev članka. Po podpisu izjave smo dva intervjuja posneli, trije intervjuji pa so bili zapisani z dobesednim zapisovanjem izjav fizioterapevtov. Posnete intervjuje smo nato zapisali kot transkripte. Analiza dobljenih rezultatov je potekala z metodo kvalitativne vsebinske analize. Analizo smo začeli s postopkom kodiranja, najdene kode smo hierarhično razporedili v kategorije, ki smo jih obdelali s kvalitativnim interpretativnim raziskovalnim pristopom.

3 Rezultati in interpretacija

Slika 1: Model fizioterapevtskega pristopa pri starostniku



Kategorija 1: Metode dela s starostnikom v interdisciplinarnem timu

Poleg zdravstvenih delavcev, kot so zdravnik, zdravstveni tehnik, medicinska sestra, so vključeni še sodelavci drugih strok, kot so socialni delavec, klinični psiholog in drugi. V interdisciplinarnem timu deluje vsaka strokovna služba individualno, vse pa koordinira zdravnik. Prav tako sodelujejo svojci, ki so člen tima. Vsaka služba ima določeno mesto svojega dela. Fizioterapevti delamo v svojih fizioterapevtskih prostorih ali na oddelku.

Fizioterapevt ob sprejemu stanovalca pregleda zdravstveno dokumentacijo in oceni posameznikovo stanje. Na osnovi ocene stanja načrtuje fizioterapevtsko obravnavo, ki jo predstavi drugim članom tima.

Izjava:

»Imamo interdisciplinarni tim. Vsak sodelavec tima predstavi svojo oceno in predlaga obravnavo. Na tri do šest mesecev jo evalviramo in po potrebi spreminjamo. Delamo po predpisu zdravnice, na oddelku ali v naših prostorih. Sodelujemo tudi na raznih prireditvah, vsak teden imamo različne aktivnosti v gibalnem smislu, ki služijo kot preventiva drugim zdravstvenim zapletom.« (Šifra intervjuvanca/-ke: F-DSO-1/1)

Kategorija 2: Starostnik in najpogostejše patologije

Fizioterapevti opažajo, da prihajajo k njim stanovalci v vedno slabši kondiciji. Slabo razumejo, upočasnjeni so, slabo slišijo, ne vidijo, pozabijo, težko delajo v skupini, potrebujejo individualni pristop.

Najpogostejše patologije ob sprejemu so zlomi kolka, stanje po operiranem kolku, po možganski kapi, nepokretni starostniki s kontrakturami, dementni starostniki, starostniki z artrozami in bolečinami v lokomotornem sistemu, najpogosteje v križu.

Izjava:

»Opažam, da k nam prihajajo vedno težji stanovalci, vse manj je gibajočih se in samostojnih. Takih, normalno starajočih se, skoraj ni več. Naše delo se skozi čas ni kaj dosti spremenilo, stanovalci pa so se. Sprejeti so v slabši kondiciji.« (Šifra intervjuvanca/-ke: F-DSO-2/1)

Kategorija 3: Glavni pristopi dela pri obravnavi starostnika

Pri svojem delu najpogosteje uporabljajo protibolečinsko elektro-, termo- in fototerapijo, pasivno razgibavanje, proprioceptivno nevromuskularno facilitacijo, aktivne individualne in skupinske vaje ter respiratorno fizioterapijo. Stanovalce učijo ponovnega vstajanja (vertikalizacije) in hoje. Uporabljajo tudi manualne tehnike.

V povprečju traja ena obravnava eno uro. Najkrajša obravnava traja 20 minut in najdaljša eno uro in pol. Stanovalci so v domovih deležni obravnave v povprečju 1-krat letno, po 10 obiskov. Po potrebi, glede na diagnozo, tudi večkrat. Večkrat pa se lahko pri enem stanovalcu ponovi tudi respiratorna fizioterapija. Po možganski kapi so stanovalci deležni fizioterapije toliko časa, da se izboljša stanje oziroma da dosežemo zastavljene cilje.

Pri svojem delu si pomagajo z različnimi pripomočki, kot so trakovi, valji, manjši pripomočki za vaje, lestvine, hodulje, bradlja, steza za hojo, pedegimnator, kinetek in trenažerji za fitnes.

Fizioterapevti opravljajo tudi drugo delo, ki ni neposredno vezano na delo s starostnikom. Vodijo dokumentacijo o stanovalcu, pišejo protokole, sodelujejo na prireditvah, sodelujejo s Simbiozo gibanja, organizirajo čistilne akcije, organizirajo druženja z gibanjem in druge pristope v smislu vzdrževanja trenutnega stanja stanovalcev.

Kategorija 4: Težave, s katerimi se srečujejo fizioterapevti pri svojem delu s starostnikom

Vsi intervjuvani fizioterapevti so povedali, da je njihova največja težava pomanjkanje časa. Naslednja največkrat izpostavljena težava je pomanjkanje kadra. Dviganje težkih bremen, pravijo tudi, da težko sodelujejo z oddelkom v smislu slabe komunikacije in časovne uskladitve, ki vpliva na njihovo delo, saj stanovalci niso vedno pripravljeni na fizioterapijo.

Izjava:

»Vidim, da če bi bili boljši normativi, en fizioterapevt na 85 stanovalcev, bi bilo delo bolj kakovostno. Tudi sodelovanje z oddelkom nam otežuje delo, saj stanovalca ne uredijo pravočasno, pa smo spet pri pomanjkanju časa in kadra. Ta dva dejavnika sta zame najvidnejša.« (Šifra intervjuvanca/-ke: F-DSO-4/2)

Kategorija 5: Vidiki za prihodnost

Intervjuvani fizioterapevti si v prihodnosti za kakovostnejše delo s stanovalci želijo več časa za stanovalca, več izobraževanj, izpostavljajo željo po dodatnih specialnih znanjih, drugačnih pristopih, želijo si možnosti, da bi delo potekalo tudi na prostem v naravi, da bi bolj krepili medosebne stike – druženja. Želijo si več individualnega dela, več sodelovanja s svojci, več kadra za boljšo kakovost v prihodnosti in več časa za preventivo.

Izjava:

»Moja ideja, moja vizija je, da bi še bolj poglobili individualni pristop do starostnika. Moj pogled je ta, da so pri starostnikih bolečine dostikrat vezane na njihov notranji svet. Velikokrat nismo dovolj le fizioterapevti, potrebujejo bolj celosten, človeku prijaznejši pristop. Največ jim pomeni topel, prijazen odnos, da jih nekdo razume. Na žalost se to velikokrat zatre z zdravili. Grdo rečeno, a tako je najlažje. V tej smeri bi jaz delala, kar je za posameznika najbolje.« (Šifra intervjuvanca/-ke: F-DSO-2/2)

4 Razprava

Rezultati raziskave so pokazali, da je pri obravnavi starostnika ključnega pomena interdisciplinarni pristop celotnega osebja, ki je neposredno vključeno v starostnikovo oskrbo, poleg tega zahteva od starostnika močno voljo, potrebno znanje brez pritiskov okolja, upanje v izboljšanje zdravja in v svojo sposobnost. Fizioterapevtova vloga pri tem je, da vse te dejavnike olajša in osmisli pomen gibalne aktivnosti (Mabire, 2010).

Interdisciplinarni tim dela pomeni vzajemno sodelovanje različnih profilov osebja, ki delajo s starostniki v domovih starejših občanov. Fizioterapevti opravljajo svojo dejavnost po predpisu zdravnika, lečečega oziroma specialista ortopeda ali fiziatra. Glede na stanovalčevo fizično sposobnost oziroma mobilnost se fizioterapevtska obravnava lahko opravlja na negovalnem oddelku, v fizioterapevtskih prostorih ali na prostem v naravi. Ustrezno fizioterapevtsko metodo za posameznega stanovalca fizioterapevti določijo na osnovi ocene stanja, izpostavljenih težav in določenih ciljev, stanovalčevih želja in potreb ter glede na navodila lečečega zdravnika. Fizioterapevti za ovrednotenje svojega dela vodijo ustrezno dokumentacijo opravljenih fizioterapevtskih storitev pri obravnavi stanovalcev, delajo po uveljavljenih protokolih ter sproti ocenjujejo in po potrebi spreminjajo metode svojega dela (Oberstar, 1996).

Najpogosteje uporabljene metode pri obravnavi starostnikov v domovih starejših občanov, ki so se pokazale v naši raziskavi, so vodena telesna vadba, ki je lahko individualna ali skupinska, protibolečinska elektroterapija, pasivno razgibavanje, proprioceptivna nevromuskularna facilitacija, termo- in fototerapija, respiratorna fizioterapija, vertikalizacija oziroma trening stoje, učenje hoje ter različne manualne tehnike. Drugačne metode dela, pri katerih je naloga fizioterapevta predvsem motivacija in vodenje stanovalca, pa so sodelovanje na prireditvah, sodelovanje s Simbiozo gibanja, čistilne akcije, gibanje z druženjem in obnovitvene fizioterapevtske obravnave z namenom vzdrževanja stanja obstoječe telesne zmogljivosti stanovalca, tudi če se ne predvideva več bistveni napredek v posameznikovi dejavnosti. Podobne rezultate navajajo tudi tuje raziskave o najpogosteje opravljenih fizioterapevtskih metodah dela v domovih starejših občanov (Mabire, 2010).

Vodena telesna vadba, ki lahko poteka v individualni ali skupinski obliki, je ena izmed metod dela fizioterapevta v domu starejših občanov, ki prispeva k izboljšanju starostnikovih funkcijskih sposobnosti, osebne rasti in zadovoljstva, posledično vpliva tudi na kakovost starostnikovega vsakdanjega življenja. V eni izmed raziskav, ki je ocenjevala kakovost življenja stanovalcev v domovih starejših občanov, so stanovalci poudarjali najpomembnejše plati življenja, in sicer da se lahko gibljejo brez bolečin, da lahko poskrbijo za svoje vsakdanje potrebe, da se lahko udeležijo kakšne prireditve in v njej sodelujejo, da se počutijo polni energije in so srečni (Molhzahn idr., 2010).

Fizioterapevt lahko v ta namen izbere primerno obliko telesne vadbe, ki jo prilagodi posameznikovim zmožnostim, potrebam in omejitvam, ter tako pomaga stanovalcu doma starejših občanov pri ohranjanju in izboljšanju njegovega zdravstvenega stanja, kar pomembno učinkuje na stanovalčevo fizično in psihično počutje.

Pogostnost fizioterapevtske obravnave vsakega posameznega stanovalca v domu starejših občanov je povprečno 10 obravnav na leto, do večjega števila fizioterapevtskih obravnav pa so stanovalci upravičeni po presoji zdravnika v primerih najpogostejših patologij, kot so zlomi kolka oziroma zapestja, operacija kolka, možganska kap, negibljivost, demenca in bolečine v križu. Čas trajanja posamezne fizioterapevtske obravnave stanovalca doma starejših občanov je 30 do 60 minut.

Pri svojem delu s stanovalci v domu starejših občanov se fizioterapevti pogosto srečujejo s težavami, kot so nerazumevanje fizioterapevtskih navodil s strani stanovalcev, upočasnjenost stanovalcev, pozabljivost stanovalcev, težko vodenje stanovalcev pri skupinskih obravnavah, slab sluh in demenca stanovalcev. Te značilnosti starostnikov zahtevajo od osebja v domovih starejših občanov redno in dodatno strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje na določenih področjih, kjer se zazna primanjkljaj posebej usposobljenih strokovnjakov, med drugimi tudi svojcev. Vse bolj pomembno je redno strokovno izobraževanje fizioterapevtov in s tem uvajanje novejših metod fizioterapevtske obravnave v vsakdanjo prakso v domovih starejših občanov. Kakovosten in skrbno načrtovan individualni pristop fizioterapevtov pri obravnavi stanovalcev je vreden največ, ne glede na čas trajanja posamezne fizioterapevtske obravnave (Bek, 2014).

Druga velika težava, s katero se srečujejo fizioterapevti pri delu s stanovalci domov starejših občanov, je velika fizična obremenjenost posameznega fizioterapevta z vidika ergonomskih pogojev dela. Pri tem so fizioterapevti izpostavili težave pri sodelovanju z ostalim osebjem na negovalnih oddelkih domov za starejše občane, kjer bi bila nujno potrebna medsebojna pomoč zaradi zagotavljanja varne, primerne in kakovostne obravnave stanovalca ter z vidika fizičnih obremenitev fizioterapevtov. Raziskava je potrdila potrebo po večjih kadrovskih normativih, kar bi pomenilo vsaj enega fizioterapevta na 85 stanovalcev domov starejših občanov, kar je enkrat do dvakrat več zaposlenih fizioterapevtov v domovih starejših občanov, kot je danes (Razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo, 2012). S tem bi fizioterapevti pridobili več časa za obravnavo posameznega stanovalca, omogočeno bi bilo individualno delo, krepili bi se medosebni stiki, več bi bilo druženja s stanovalci in več sodelovanja s svojci. Več kadra bi omogočilo tudi večjo kakovost in primernost zdravstvene oskrbe starostnikov, stanujočih v domovih starejših občanov.

Ta raziskava je zajela razmeroma majhen vzorec preiskovancev oziroma intervjuvancev, zato je posploševanje rezultatov omejeno na proučevani vzorec fizioterapevtov. V prihodnjih raziskovanjih bi bilo smiselno vključiti v intervju še dodatna vprašanja o dejanski fizični obremenitvi fizioterapevtov, ki delajo v domovih starejših občanov, in kako so fizioterapevti uspešni pri uveljavljanju idej in sprememb glede fizioterapevtskega dela pri vodstvu domov starejših občanov. Zajeti bi bilo treba večje število domov starejših občanov v Sloveniji ter vključiti prikaze primerov dobre fizioterapevtske prakse pri spremembah, ki jih za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe stanovalcev uvajajo nekateri domovi starejših občanov tako v tujini kot tudi v Sloveniji.

5 Zaključek

Rezultati raziskave so primerljivi s podobnimi raziskavami v Sloveniji in tujini ter potrjujejo potrebo po spremembi vloge fizioterapevtov, ki so zaposleni v domovih starejših občanov, pri delu s starostniki oziroma stanovalci domov starejših občanov. Zaradi vse številčnejše populacije starejših (65 let in več) in starih (po 80. letu starosti) ljudi bo v prihodnosti treba nameniti posebno pozornost osveščanju in spodbujanju starostnikov, ki bivajo v domovih starejših občanov, k dejavnejšemu življenjskemu slogu.

Fizioterapevti morajo postati strokovnjaki na področju poznavanja odnosov med gibalno dejavnostjo, patologijo, funkcionalno sposobnostjo in individualnostjo pri obravnavi starostnikov, stanujočih v domovih starejših občanov. Le tako lahko zagotovijo najboljši učinek na dolgotrajno zdravje in dobro počutje starostnikov (Van Beveren, Avers, 2012).

Za izboljšanje zadovoljstva fizioterapevtov, ki delajo v domovih starejših občanov v Mariboru in Murski Soboti, pa tudi za izboljšanje kakovosti fizioterapevtskega dela pri obravnavi stanovalcev v domovih starejših občanov bi bilo treba v prihodnosti zaposliti več fizioterapevtov, omogočiti fizioterapevtom več strokovnih izpopolnjevanj za pridobivanje specialnih znanj, nameniti več časa za preventivno usmerjene dejavnosti za stanovalce domov starejših občanov, izboljšati oziroma krepiti medsebojno sodelovanje članov delovnega tima v domovih starejših občanov, krepiti sodelovanje fizioterapevtov s stanovalci in njihovimi svojci.

Literatura in viri

Bek, K. (2014). Fizioterapija v domu starejših občanov pri starostnikih po preboleli možganski kapi (diplomsko delo). Alma Mater Europaea – Evropski center Maribor.

Bilban, M. (2008). Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja starejših. V: Bilban, M. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL, Katedra za javno zdravje; 2008: 16–25.

Findeisen, D. (2005). Prihodnost starejših v Evropi. Prispevek na VII. mednarodnem kongresu EURAG. Ljubljana, oktober 2005.

Gabrijelčič - Blenkuš, M., Stanojević - Jerkovič, O. (2008). V: Bilban, M. Promocija zdravja v starejšem življenjskem obdobju. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL, Katedra za javno zdravje; 198–208.

Gajič, idr. (2005). Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? (zbornik referatov). Maribor; Oddelek za psihiatrijo; 27.

Golob, M. (2013). Vpliv fizioterapije na kakovost življenja starostnikov v domu za ostarele (diplomsko delo). Alma Mater Europaea – Evropski Center Maribor.

Grilc, T. (2015). Vpliv fizioterapije na življenjski slog starostnikov (diplomsko delo). Alma Mater Europaea – Evropski Center Maribor, Murska Sobota.

Jakovljevič, M. (2011). Fizioterapija (lahko) omogoči starejšim bolnikom hitrejše okrevanje in povrnitev samostojnosti. V: Mencej, M. (ur.). Bolezni in sindromi v starosti 5. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 58–60.

Kapun Milavec, M. (2011). Starost in staranje. Ljubljana: Zavod IRC.

Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije. Uradni list RS, 6/2002. Dostopno na: http//www.uradni- list.si/1/ objava.jsp?urlid=20026&številka=280 (4.2.2016).

Krajnc, M. (2014). Vloga fizioterapevta pri spodbujanju telesne aktivnosti starejših ljudi (diplomsko delo). Alma Mater Europaea – Evropski Center Maribor.

Kristančič, A. (2005). Nova podoba staranja – siva revolucija. Ljubljana: AA Inserco; 180.

Mabire, L. (2010). The Physiotherapist's Role in Maintaining a Healthy Eldery Population. Dostopno na: http: //www.uclan.ac.uk/students/reserch/crit/mabire.ptp (2.2.2016).

Molzahn, A., Skevington, S. M., Kalfoss, M., Schick Makaroff, K. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. Qual Life Res; 19: 293–298.

Nitz, J. C., Hourigan, S. R. (2004). The physiotherapist's contribution to resident assessment. V: Nitz, J. C., Hourigan, S. R. Physiotherapy Practice in Residential Aged Care. Edinburg: Butterworth Heinemann; 32–48.

Oberstar, F. (1996). Fizioterapevt v zdravstvenem timu II. Simpozij fizioterapevtov Slovenije. Ljubljana: Zbornica fizioterapevtov Slovenije; 1–9.

Peček, K. (2011). Gerontologija – izzivi in priložnosti v fizioterapiji. I. Znanstveni simpozij fizioterapevtov Slovenije. Radenci, 29. septembra do 1. oktobra 2011. Radenci: Zbornica fizioterapevtov Slovenije; 87.

Pickles, B., Compton, A., Cott, C., Simpson, J., Vandervoort, A. (1995). Physiotherapy with Older People. London: Saunders.

Podgoršek - Nikolič, A. (2015). Poklicne kompetence fizioterapevta v domu starostnikov (diplomsko delo). Alma Mater Europaea – Evropski Center Maribor, Murska Sobota.

Razširjeni strokovni kolegij za fizioterapijo. (2012). Opis poklica fizioterapevt. Dostopno na: http://www.dfs.si/mojprostor/novica/Opis%20poklica%fizioterapevt%RSK%202012.pdf. (4.2.2016).

Sila, B. (2001). Telesna vadba za preprečevanje padcev. V: Mencej, M. Bolezni in sindromi v starosti 5. Ljubljana, Gerontološko društvo Slovenije; 165–178.

Van Beveren, P. J., Avers, D. (2012). Exercise and physical activity for older adults. V: Guccione, A. A., Wong, R. A. (ur.). Geriatric Physical Therapy, 3th. Missouri, Elsevier Mosby; 4–85.

Vertot, N. (2010). Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Ljubljana: Januš.

Vidmar, N. (2011). Redna telesna dejavnost podaljšuje in dviga kvaliteto življenja. V: Jankovič, P. Odgovornost v fizioterapiji 1. Mednarodna znanstvena konferenca. Zbornik izbranih referatov z recenzijami, Maribor, 1. junij 2011. Maribor: Evropsko središče Maribor; 89, 104, 105.

Prof. dr Slaviša Stanišić, MD, PhD
Alma Mater Europaea – ECM

NAUČNIM ISTRAŽIVANJEM I NA DOKAZIMA ZASNOVANOJ MEDICINI DO KVALITETNOG STRUČNOG RADA U SAVREMENOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

WITH SCIENTIFIC RESEARCH AND EVIDENCE-BASED MEDICINE TO THE QUALITY OF PROFESSIONAL WORK IN MODERN HEALTH CARE

Summary

Savremena zdravstvena zaštita počiva na nekoliko svojih načela. Načelo pristupačnosti ostvaruje se obezbeđivanjem zdravstvene zaštite građanima, koja je fizički, geografski i ekonomski dostupna, odnosno kulturno prihvatljiva. Načelo pravičnosti ostvaruje se zabranom diskriminacije po osnovu rase, pola, starosti, nacionalne pripadnosti, socijalnog porekla, veroispovesti, političkog ili drugog ubeđenja, imovnog stanja, kulture, jezika, vrste bolesti. Načelo sveobuhvatnosti ostvaruje se uključivanjem svih građana i primenom objedinjenih mera i postupaka, promocijom zdravlja, prevencijom bolesti na svim nivoima, ranom dijagnozom, lečenjem i rehabilitacijom. Načelo kontinuiranosti ostvaruje se organizacijom sistema zdravstvene zaštite, funkcionalno povezanom i usklađenom po nivoima, koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu građanima u svakom životnom dobu.

Načelo stalnog unapređenja kvaliteta ostvaruje se merama i aktivnostima kojima se u skladu sa savremenim dostignućima medicinske nauke i prakse povećavaju mogućnosti povoljnog ishoda. Načelo efikasnosti je postizanje najvišeg nivoa zdravstvene zaštite uz najniži utrošak sredstava.

Lečenje bolesnika samo na osnovu ličnog iskustva i znanja stečenog iz udžbenika, uz ignorisanje rezultata najnovijih, validno izvedenih studija, više nije ni stručno, ni moralno prihvatljivo.

Medicina zasnovana na dokazima je pažljiva, promišljena upotreba najboljih dokaza iz medicinske literature u donošenju odluke o lečenju konkretnog bolesnika. To znači da se individualno kliničko iskustvo mora integrisati sa rezultatima kliničkih studija, koje su metodološki bile dobro postavljene, i čiji rezultati imaju klinički značaj.

Medicina zasnovana na dokazima jeste integracija kliničkog iskustva, sistema vrednosti pacijenta i najboljih dokaza iz literature. Zahtevaju se nove veštine od lekara: pretraživanje literature i primena određenih pravila na medicinske informacije i evaluaciju dokaza iz literature. U svetu postoji nekoliko hiljada medicinskih časopisa u kojima se godišnje objavi nekoliko desetina hiljada radova.

Zdravstvena zaštita zasnovana na dokazima podrazumeva proširenje primene principa medicine zasnovane na dokazima na ceo sistem zdravstvene zaštite, tj. na sve profesionalce uključene u obezbeđivanje zdravstvene zaštite.

Ključne reči: zdravstvena zaštita, medicinska nauka, medicina zasnovana na dokazima, kvalitet stručnog rada

Abstract

Modern health care is based on a number of its principles. The principle of accessibility is achieved by providing healthcare, which is physically, geographically and economically accessible, and culturally acceptable. The principle of fairness is achieved by prohibiting discrimination based on race, sex, age, national origin, social background, religion, political or other opinion, property status, culture, language, type of disease. The principle of universality is achieved by involving everyone and implementing integrated measures and procedures, health promotion, disease prevention at all levels, early diagnosis, treatment and rehabilitation. The principle of continuity can be achieved by organisation of the health care system, functionally linked and coordinated across levels, and providing continuous health care to everyone.

The principle of continuous quality improvement, realised by measures and activities that are in line with modern achievements of medical science and practice, increases the possibility of a favourable outcome. Moreover, the principle of efficiency can be achieved by the highest level of health care at the lowest consumption of resources.

Treatment of patients, solely on the basis of personal experience and knowledge gained from textbooks, with ignorance of recent results, validly executed studies, is no longer professionally or morally acceptable.

Evidence-based medicine is careful, thoughtful use of the best evidence from the medical literature in the decision to treat a particular patient. This means that the individual clinical experience must be integrated with the results of clinical studies that are methodologically were well placed, and the results have clinical significance.

Evidence-based medicine denotes integration of clinical experience, the value system of the patient and the best evidence in the literature. The evidence does not by itself lead to conclusions, but only helps to determine the best treatment of the patient. It requires new skills from the doctor: literature search and the application of certain rules for medical information and evaluation of the evidence from the literature. Thousands of medical journals with tens of thousands of papers are published annually.

Health, based on the evidence, includes an extension application of the principles of evidence based medicine in the whole healthcare system, i.e. all professionals involved in the provision of healthcare.

Key words: healthcare, medical science, evidence-based medicine, quality of professional work

1 Uvod

Savremena zdravstvena zaštita počiva na nekoliko svojih načela. Načelo pristupačnosti ostvaruje se obezbeđivanjem zdravstvene zaštite građanima, koja je fizički, geografski i ekonomski dostupna, odnosno kulturno prihvatljiva. Načelo pravičnosti ostvaruje se zabranom diskriminacije po osnovu rase, pola, starosti, nacionalne pripadnosti, socijalnog porekla, veroispovesti, političkog ili drugog ubeđenja, imovnog stanja, kulture, jezika, vrste bolesti. Načelo sveobuhvatnosti ostvaruje se uključivanjem svih građana i primenom objedinjenih mera i postupaka, promocijom zdravlja, prevencijom bolesti na svim nivoima, ranom dijagnozom, lečenjem i rehabilitacijom. Načelo kontinuiranosti ostvaruje se organizacijom sistema zdravstvene zaštite, funkcionalno povezanim i usklađenim po nivoima, koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu građanima u svakom životnom dobu (Babić, 2012).

Načelo stalnog unapređenja kvaliteta ostvaruje se merama i aktivnostima kojima se u skladu sa savremenim dostignućima medicinske nauke i prakse povećavaju mogućnosti povoljnog ishoda. Načelo efikasnosti je postizanje najvišeg nivoa zdravstvene zaštite uz najniži utrošak sredstava.

2 Teoretska osnova

Lečenje bolesnika samo na osnovu ličnog iskustva i znanja stečenog iz udžbenika, uz ignorisanje rezultata najnovijih, validno izvedenih studija, više nije ni stručno, ni moralno prihvatljivo.

Medicina zasnovana na dokazima je pažljiva, promišljena upotreba najboljih dokaza iz medicinske literature u donošenju odluke o lečenju konkretnog bolesnika (Stanišić, 2015). To znači da se individualno kliničko iskustvo mora integrisati sa rezultatima kliničkih studija, koje su metodološki bile dobro postavljene, i čiji rezultati imaju klinički značaj. Medicina zasnovana na dokazima jeste integracija kliničkog iskustva, sistema vrednosti pacijenta i najboljih dokaza iz literature.

Zahtevaju se nove veštine od lekara: pretraživanje literature i primena određenih pravila na medicinske informacije i evaluaciju dokaza iz literature.

U svetu postoji nekoliko hiljada medicinskih časopisa u kojima se godišnje objavi nekoliko desetina hiljada radova.

Zdravstvena zaštita zasnovana na dokazima podrazumeva proširenje primene principa medicine zasnovane na dokazima na ceo sistem zdravstvene zaštite, tj. na sve profesionalce uključene u obezbeđivanje zdravstvene zaštite.

3 Rezultati i diskusija

Svetska medicina je sastavljena iz klasične zapadne, koja traje nekoliko vekova, tradicionalne istočne, stare 3000 godina, i narodne medicine, koja je stara kao i čovečanstvo (Turk, 2015). Današnja medicina je i ortodoksna, naučna, školska ili konvencionalna medicina, koja se uči na medicinskim školama i fakultetima, službeno priznata u različitim političkim sistemima. Ona druga, alternativna, komplementarna, dopunska, nekonvencionalna ili prirodna medicina postojala je uporedo s njom, i najveći univerziteti u svetu poslednjih godina naučnim istraživanjima i naučnim dokazima nastoje da ih integrišu u jednu – integrativnu medicinu (Stanišić, 2015).

Činjenica je da se 40% ljudi na zapadu leči metodama mimo službenog zdravstvenog sistema. Na istoku se milijarde ljudi leči tom drugom medicinom (Turk, 2015).

Ciljevi obrazovanja na polju medicinskih nauka jesu stvaranje medicine zasnovane na međunarodnim standardima i kompetencijama, dokazima i naučno proverenim činjenicama, zatim promovisanje razvoja i pružanje efikasne zdravstvene zaštite, kao i promovisanje razvoja i pružanje efikasnih modela preventivne zdravstvene zaštite (Babić, 2012).

Ovakav pristup treba da obezbedi i modelira zlatni standard u obrazovanju i istraživanju u zdravstvu, i samim tim visok kvalitet stručnog rada. Praksa je zasnovana na širokim spektru dijagnostičkih, terapijskih i samopomoći pristupa, izabranih na osnovama naučnih dokaza njihove efikasnosti i ispravnosti.

Temelj za takav pristup jeste jedinstven terapijski odnos koji se stvara između lekara, koji pokazuje strpljenje i spremnost da se posveti učenju novih veština i sticanju novih znanja, i spremnosti pacijenta za transformaciju percepcija, navika, stavova i, na kraju, definisanja zdravog ponašanja. Sposobnost lekara da stvori prisnost, razumevanje i katalizira takav pozitivan pomak u potpunosti zavisi od mudrosti, iskustva i samosvesti praktičara i lakoće komunikacije sa dostupnom literaturom (Stanišić, 2015).

Medicina zasnovana na dokazima jeste integracija kliničkog iskustva, sistema vrednosti pacijenta i najboljih dokaza iz literature. Dokazi sami po sebi ne dovode do zaključaka, već samo pomažu u određivanju najboljeg tretmana pacijenta. Primena medicine zasnovane na dokazima obično počinje prilikom pregleda pacijenta, kada nastaju pitanja o efektima lečenja, neželjenim dejstvima, korisnosti dijagnostičkog testa, prognozi bolesti, troškovima lečenja i drugim pitanjima.

Na najveći broj pitanja lekar nije u mogućnosti da odgovor da odmah, zbog njihove složenosti. Statistika je pokazala da se na svaka tri bolesnika pojave dva pitanja na koja se odgovor ne može dati odmah, već se moraju potražiti rešenja u medicinskoj literaturi.

Medicina zasnovana na dokazima zahteva nove veštine od lekara: pretraživanje literature i primenu određenih pravila za evaluaciju dokaza iz literature. Veštinu komunikacije sa base evidense medicinom lekar aktivno razvija u integralnom pristupu, dobrim informacionim veštinama, uz prisutnu osetljivost, zrelost i mudrost.

Gde i kako tražimo odgovore na pitanja koja postavljamo tokom tretmana bolesnika? Pre svega, treba pretražiti baze podataka na internetu koje sadrže sistematske pregledne članke o pojedinim kliničkim problemima. Najpouzdanija je Kohranova baza podataka (Cochrane database of systematic reviews) jer su svi sitematski pregledni članci u njoj rađeni prema metodološkim principima medicine zasnovane na dokazima, dakle, možemo zaključiti da su validni.

Ova baza podataka besplatna je za korišćenje sažetaka sistematskih pregleda, koji su strukturirani i dovoljno obimni, tako da pun tekst pregleda često nije neophodan. Ako odgovor na pitanje koje smo postavili ne nađemo u Kohranovoj bazi, preostaje nam da sami prikupimo relevantnu literaturu i procenimo njenu validnost i klinički značaj.

Literaturu ćemo najefikasnije prikupiti pretraživanjem MEDLINE baze sažetaka radova publikovanih u više hiljada medicinskih časopisa, koja je dostupna putem interneta i besplatna za korišćenje.

Novom paradigmom stvara se sposobnost da se formiraju dobri terapijski odnosi, da se prave dobre procene konsultacija, sposobnost za postavljanje, upravljanje i evaluaciju odgovarajuće terapije. Sve vreme svesni smo postojanja revizija i merenja ishoda, kao i sposobnosti da kritički procenjujemo bazu dokaza.

4 Zaključak

Zaključak možemo izvesti na osnovu nove paradigme zdravstvene zaštite. Medicinsko iskustvo i razvoj instinkta posebno u odnosu na dijagnozu osnovni su i neophodni preduslovi kompetentnog lekara.

Proučavanje i razumevanje osnovnih mehanizama oboljenja neophodno su ali nedovoljno usmerenje u praksi.

Razumevanje pravila izvođenja dokaza na osnovu rezultata naučnoistraživačkog rada neophodno je za donošenje odluka i razvoj dijagnostičkih i terapijskih strategija.

Literatura:

Babić, M. (2012). Nova zdravstvena politika Srbije do 2020. Medicinski akademski forum, Beograd.

Stanisič, S., Dunjić, M., Deljanin, A. (2015). Clinical implementation of Integrative medicine, 3. mednarodna znanstvena konferenca, 20 - 21. mart. Alma Mater Europaea - ECM. Maribor; 468-472.

Stanišić, S. (2015). Integrativna ginekologija - klinička implementacija integrativne medicine, mogućnost obrazovanja i kontroverze. Prvi srpsko-makedonski simpozijum, Beograd.

Turk, Z. (2015). Integrativna medicina medicina budućnosti. 3. mednarodna znanstvena konferenca. 20 - 21. mart. Alma Mater Europaea – ECM. Maribor.

Valerija Šinkovec, Mojca Trček
Alma Mater Europaea – ECM

ŽIVLJENJE S PARKINSONOVO BOLEZNIJO
LIFE WITH PARKINSON'S DISEASE

Povzetek

Parkinsonova bolezen je napredujoča bolezen možganov, ki nastane zaradi propadanja celic, ki proizvajajo dopamin. Je druga najpogostejša nevrodegenerativna bolezen, takoj za alzheimerjevo boleznijo. V svetu živi več kot 6,3 milijona obolelih ne glede na raso in kulturo, v Evropi je obolelih 1,2 milijona, v Sloveniji živi več kot 7000 bolnikov s parkinsonovo boleznijo in drugimi paroksizmi. Moški zbolevajo nekoliko pogosteje kot ženske. Najpogosteje zbolijo po 60. letu, le 10 % oseb zboli že pred 50. letom. Parkinsonovo bolezen spremlja več kot 40 simptomov, vzrok za nastanek ni znan in za postavitev diagnoze ni preprostega testa. Oboleli obišče več zdravnikov in do potrditve diagnoze lahko preteče več let (Trepetlika, 2015).

Namen članka je seznanitev določenega kroga zainteresirane populacije s parkinsonovo boleznijo, ozaveščanje s težavami, ki ovirajo bolnike, načini zdravljenja simptomov bolezni, neželenimi učinki zdravil in ne nazadnje družbeno in ekonomsko škodo, ki jo povzroča bolezen.

V članku je opisana »študija primera« bolnika J. Š., ki je zbolel zelo mlad in s to hudo boleznijo živi že več kot 25 let. Pred dvema letoma je bil v Münchnu operiran, opravljena je bila globoka možganska stimulacija (deep brain stimulation). Želimo prikazati bolnikovo stanje od postavitve diagnoze leta 1991 do operacije in stanje po vstavitvi elektrod v globoke možganske ganglije. Študija temelji na opazovanju in osebnem stiku z bolnikom z vidika njegove življenjske sopotnice.

Opisana študija primera je pomembna zaradi ozaveščanja zainteresirane populacije s parkinsonovo boleznijo in zaradi seznanjanja bolnikov z eno izmed možnosti zdravljenja napredovane oblike parkinsonove bolezni. Bolniki, ki potrebujejo poseg globoke možganske stimulacije, pogosto iščejo informacije o operiranih posameznikih, vendar jih zaradi varstva osebnih podatkov pri pristojnih strokovnjakih ne dobijo.

Ključne besede: parkinsonova bolezen, dopamin, levodopa, globoka možganska stimulacija, motorični simptomi, nemotorični simptomi

Abstract

Parkinson's disease is a progressive disease of the brain, caused by the deterioration of the cells that produce dopamine. It is the second most common neurodegenerative disorder, after Alzheimer's disease. There are more than 6.3 million people in the world, irrespective of race and culture, that suffer from this disease. In Europe, there are 1.2 million patients and in Slovenia more than 7.000 patients with Parkinson's disease and other paroxysms. Men are at a slightly greater risk than women. The disease most commonly affects individuals over 60 years of age, only 10% are diagnosed before 50 years of age (1). Parkinson's disease is accompanied by more than 40 symptoms, the cause of the disease is unknown and there is no simple test for the diagnosis. The patient visits several doctors and the confirmation of diagnosis may take several years (Trepetlika, 2015).

The purpose of this paper is to acquaint a certain population, interested in the topic, with Parkinson's disease, to familiarise them with the problems that patients face, methods of symptom treatment, therapy side effects and ultimately how the disease causes social and economic damage.

This paper describes the case study of a patient J. Š., who developed the disease at a very young age and has been living with this severe disease for more than 25 years. Two years ago, he had a surgery in Munich and was treated with deep brain stimulation. We wish to present the condition of the patient from the diagnosis in 1991 to the surgery and the condition after the insertion of electrodes into deep brain ganglia. The study is based on observation and personal contact with the patient from the patient's wife point of view.

The described case study is important for raising awareness of the interested population about the problem of Parkinson's disease and for familiarising patients with one of the possibilities of advanced treatment forms of Parkinson's disease. Patients, who are candidates for deep brain stimulation, often seek information about operated individuals, but they do not acquire this information from the competent professionals, due to protection of personal data.

Key words: Parkinson's disease, dopamine, levodopa, deep brain stimulation, motoric symptoms, non-motoric symptoms

1 Uvod

Parkinsonova bolezen je napredujoče nevrološko obolenje, ki se pojavi zaradi upadanja števila nevronov v možganih. Ime je dobila po londonskem zdravniku dr. Jamesu Parkinsonu, ki je leta 1817 v eseju z naslovom The Shaking Palsy prvi opisal to bolezensko stanje (EPD, 2011).

Povprečna starost ob začetku bolezni je približno 60 let. Običajno se bolezen pojavi po 50. letu, zbolijo tudi mlajši – med 30. in 50. letom (EPDA, 2011). Pri vsakem posamezniku so simptomi parkinsonove bolezni drugačni. Pri isti osebi se lahko spreminjajo iz dneva v dan, iz ure v uro, celo iz minute v minuto (EPDA, 2010). Parkinsonova bolezen je bolezen tisočerih obrazov.

Ekonomske posledice parkinsonove bolezni so po navadi zelo velike, saj vključujejo neposredne in posredne stroške. Neposredni stroški nastajajo pri zdravljenju bolezni ter vključujejo stroške zdravil in zdravstvene obravnave. Posredni stroški pa nastanejo zaradi predčasnih upokojitev, izgube zaposlitve, skrajšanega delovnega časa skrbnikov in dodatnih stroškov za nego na domu ali nastanitve v domu ali ustanovi (EPDA, 2011).

1.1 Simptomi parkinsonove bolezni

Tresenje, tresavica (tremor) prizadene roke in noge. Najpogostejše je v mirovanju, med gibanjem se celo izboljša (EPDA, 2010). Tresenje bolnika pri dnevnih aktivnostih ne moti pretirano. Tresenje tudi ni vedno prisotno. Težave se pokažejo na eni strani telesa, noga ne uboga, vlečejo jo za sabo (Pirtošek, Trošt, 2009). Mišična togost (rigidnost) – težava pri obračanju v položaju stoje ali v postelji, pri vstajanju s stola ali izvajanju finih gibov s prsti na rokah. Telesna drža lahko postane popolnoma toga, osiromašena je tudi mimika (EPDA, 2010). Upočasnjeno gibanje (bradikinezija) – ta simptom poimenuje oteženo vzpostavitev gibanja in težave pri izvajanju finih gibov, kot so zapenjanje gumbov, zavezovanje vezalk in rezanje hrane. Pisanje postane počasnejše, pisava se značilno zmanjša (EPDA, 2010). Izguba ravnotežja – ravnotežje in telesna drža se s stanjem parkinsonove bolezni lahko poslabšujeta, zato ima bolnik težave pri hoji, obračanju v postelji in pri premikih, ko želi na primer vstati s stola.

Nemotorični simptomi (EPDA, 2010) – zaradi teh se pojavijo težave v komunikaciji. Prizadeti so govor, obrazna mimika, telesna govorica in pisava. Telesna govorica in mimika sta za komunikacijo najpomembnejši orodji, ker izražata čustva in pomagata pri vključevanju osebe v okolje. Mnogi zato bolnikov s parkinsonovo boleznijo ne razumejo. Bolniki navzven ne morejo pokazati tistega, kar čutijo v sebi (EPDA, 2010). Pojavijo se motnje spanja, spijo slabo, zbujajo se nenaspani in utrujeni. Težko zaspijo, prebujajo se sredi noči, zbujajo se zgodaj, pojavljajo se boleči krči po nogah, pogosto morajo hoditi na vodo, čez dan večkrat zaspijo, celo nenadzorovano, sanjajo moraste sanje. V REM-fazi govorijo, pojavljajo se krči, gibljejo z udi, zjutraj se ničesar ne spomnijo (Pirtošek, Trošt, 2009).

Pojavljajo se depresija, tesnoba (anksioznost), bolečine, utrujenost, so brez energije, izčrpani ne glede na del dneva, pojavljajo se težave s požiranjem, težave s spominom, počasnejši so v miselnih procesih, pozabljajo, prisotna je tudi demenca. Pojavlja se avtonomna disfunkcija – nihanje krvnega tlaka, zvrti se jim, ko vstanejo (ortostatska hipotenzija), pri hoji so nestabilni (Pirtošek, Trošt, 2009).

1.2 Vzroki za nastanek parkinsonove bolezni in postavitev diagnoze

Vzroki za nastanek parkinsonove bolezni še niso znani. Lahko jo povzročajo nekateri strupi, na primer toksini plesni in sintetične droge. Sprožijo jo lahko tudi poškodba nekaterih genov in obsežne poškodbe možganov (EPDA, 2010). James Parker je postavil glavni cilj medicinski znanosti, ko je rekel, da bo treba najprej odkriti, kdo je tisti, ki bo zbolel za to boleznijo, potem pa jo v pravem času s pravimi zdravili preprečiti. Znanosti do danes še ni uspelo odkriti markerja, ki bi napovedoval, da bo nekdo zbolel za parkinsonovo boleznijo.

Diagnozo parkinsonove bolezni postavijo klinično na osnovi anamneze (opisa težav) in nevrološkega pregleda, opravijo strukturno slikanje možganov CT, računalniško tomografijo ali magnetno resonančno tomografijo – MRT, da se prepričajo o normalni strukturi možganov, ki je značilna za parkinsonovo bolezen, opravijo funkcijsko slikanje možganov – scintigrafijo dopaminskega prenašalca, da vidijo razliko med parkinsonovo boleznijo in drugimi vrstami tresenja, ki so na primer posledica uporabe psihotikov (Pirtošek, Trošt, 2009).

1.3 Zdravljenje simptomov parkinsonove bolezni

Zdravila, ki bi bolezen pozdravilo ali vsaj upočasnilo napredovanje, žal še ni na voljo, obstajajo pa učinkovita zdravila za lajšanje težav, vendar ne izboljšajo vseh težav, ki jih bolezen povzroča (UKC, 2015). Bolniki s parkinsonovo boleznijo potrebujejo dosmrtno zdravljenje. Ker gre za pomanjkanje dopamina v možganih, ga je treba nadomestiti. Ker dopamin ne prehaja skozi hematoencefalno bariero, je treba uporabiti njegov prekurzor – levodopo. Levodopa je zlati standard v terapiji. Levodopo je treba jemati večkrat na dan (Flisar, 2015).

Drugo zdravilo so dopaminski agonisti, ki v možganih posnemajo učinke dopamina in dopaminskih receptorjev. Uporabljajo se v kombinaciji z levodopo. Imajo tudi antidepresiven učinek (EPDA, 2010).

1.4 Ojačevalci dopamina uravnovesijo in podaljšajo učinek dopamina (EPDA, 2010).

Pri napredovali obliki parkinsonove bolezni, kjer so že prisotni motorični zapleti (zgibki ali diskinezije, distonija, faze vklopa in izklopa), je priporočljivejša uporaba posebne infuzijske črpalke, saj vzdržuje enakomernejše plazemske vrednosti in bolj kontinuirano stimulacijo na postsinaptičnem receptorskem mestu (EPDA, 2010). Na ta način se prepreči pulzna stimulacija receptorjev, posledično se zmanjšajo diskinezije in motorične fluktuacije. Uporabljajo se črpalke z apomorfinom, ki se dovaja podkožno. Apomorfin je dopaminski agonist. Pogosto se pojavijo zapleti, saj se na mestu vbodov razvijejo podkožne zatrdline. Sočasno je treba nadaljevati zdravljenje z levodopo, zato se motorični zapleti le delno omilijo (Flisar, 2015). Drugi način zdravljenja s črpalko predstavlja kontinuirano dovajanje levodope po cevki skozi trebušno votlino v zgornji del tankega črevesja, kjer se levodopa absorbira. To je duodopa. Tako se vzdržuje enakomeren nivo levodope v krvi in posledično dopamina v možganih. Z optimalno nastavitvijo se doseže, da dopamina ni preveč, s čimer se zmanjšajo diskinezije, in ne premalo, da se preprečijo motorični izklopi. Tudi pri tej obliki dovajanja levodope se lahko pojavijo zapleti. Lahko se pojavi okvara delovanja črpalke ali zapleti s cevko, po kateri se dovaja zdravilo (Flisar, 2015).

Za mlajše bolnike z napredovalo parkinsonovo boleznijo je mogoče kirurško zdravljenje z globoko možgansko stimulacijo. Z nevrokirurškim stereotaktičnim posegom uvedejo elektrode v področje bazalnih ganglijev in jih priključijo na električni stimulator, ki ga vsadijo podkožno, podobno kot pri srčnem spodbujevalniku. Na ta način z električno stimulacijo vplivajo na patološko delovanje bazalnih ganglijev ter s tem zmanjšajo diskinezije in motorične izklope. Še vedno morajo bolniki prejemati nekaj levodope v obliki tablet (Flisar, 2015).

Nemotorične zaplete parkinsonove bolezni zdravijo simptomatsko. Depresijo z antidepresivi, čeprav imajo tudi levodopa in dopaminski agonisti antidepresiven učinek. Demenco in vidne halucinacije omilijo z antidementivi. Na motnje spanja ugodno deluje klonazepam. Če je problem zaprtje, predpisujejo odvajala in svetujejo balastno hrano. Pomembno je, da levodope bolnik ne jemlje sočasno z beljakovinsko hrano, ker pride do kompeticije med aminokislinami in levodopo pri prehodu iz črevesa v krvni obtok. To postane problematično predvsem pri napredovali obliki bolezni (Flisar, 2015).

Ključnega pomena za boljšo kakovost bolnikovega in skrbnikovega življenja je večdisciplinarna obravnava bolnika, pri kateri ima ključno vlogo nevrorehabilitacijski tim: fizioterapevti, delovni terapevti in logoterapevti. Ti strokovnjaki pomagajo bolniku prebroditi težave, ki jih z zdravili ne morejo omiliti. Redna in pravilno vodena telesna vadba bolniku pomaga do boljšega počutja in počasnejšega napredovanja invalidnosti (UKC, 2015).

Bolniki s parkinsonovo boleznijo imajo zelo omejen dostop do nevrorehabilitacije v primerjavi z bolniki z drugimi nevrološkimi okvarami. Zlasti je pomembna zgodnja fizioterapevtska obravnava, saj se pri bolniku izboljšajo splošno zdravstveno stanje, hoja, ravnotežje, drža, izboljšajo se kognitivne funkcije, zmanjšajo se utrujenost, bolečine, zaprtost, izboljša se spanje, zmanjša se pogostnost srčno-žilnih dogodkov, učinkuje na razvoj osteoporoze, preprečuje nastanek depresije, vpliva tudi na učinkovitost medikamentozne terapije (UKC, 2015). Bolniki s parkinsonovo boleznijo imajo zelo omejen dostop do rehabilitacije v ustreznih ustanovah, kot sta Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča ali zdraviliško zdravljenje. Na ZZZS-ju nočejo spremeniti Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, da bi med indikacije za obnovitveno zdraviliško rehabilitacijo uvrstili parkinsonovo bolezen (ZZZS). Globalna deklaracija (podpisala jo je tudi naša država) o parkinsonovi bolezni določa, da naj bi vsak bolnik s parkinsonovo boleznijo imel pravico, da ga obravnava zdravnik, specializiran za parkinsonovo bolezen (pri nas bolnik na kontrolnem pregledu vsaki dve leti!), pravico bolnika, da se mu postavi točna diagnoza, da ima pravico do podpornih storitev pri zdravljenju (pri nas zelo omejen dostop do teh storitev), da so mu zagotovljene stalna obravnava, neprekinjena nega in oskrba (pri nas za te bolnike skrbijo izgoreli svojci), da pri obravnavi bolezni tudi sam sodeluje (UKC, 2015). Za vse te pravice se zavzema tudi društvo Trepetlika, ki združuje več kot 800 bolnikov in njihovih svojcev.

2 Študija primera

59-letni bolnik J. Š. s parkinsonovo boleznijo živi že več kot 25 let. Preživel je težko otroštvo, oče alkoholik, pogosto družinsko nasilje, težave že v mladosti, moral je trdo delati. Zaposlil se je v manjšem lesnem obratu. Pri 25 letih si je ustvaril družino. Življenjska sopotnica je medicinska sestra. Prvi znaki, nekakšen notranji nemir, so se pokazali že zelo zgodaj. Ni želel več zahajati v družbo, tudi topli obrok med delom mu je povzročal vse večjo težavo. Hodil je od specialista do specialista, vendar neuspešno. Internist mu je celo predlagal: »Fant, nehaj piti in boš dober!« Jetrni testi so bili povišani, ker je prebolel infekcijski hepatitis. Doživljal je občutja negotovosti, tesnobe in utrujenosti. Pojavljale so se težave, ki jih na zunaj ni bilo opaziti. Na pobudo življenjske sopotnice je bil napoten v nevrološko ambulanto, kjer so postavili diagnozo – atipični parkinsonizem. Kljub zdravljenju se je stanje slabšalo. Uvajali so nove in vedno višje odmerke zdravil. Na bolniškem dopustu je bil le redko, saj je bil že od malega deloholik. Bolezen je napredovala, pojavljala so se motorična nihanja, avtonomni viharji z neobvladljivim potenjem, nihanjem krvnega tlaka, atrijsko fibrilacijo … Izmenjavali so se vklopi in izklopi. Stanje je bilo nevzdržno in nepredvidljivo. Preživljal je hude krize, posledično je zato trpela cela družina. Še vedno je bil v rednem delovnem razmerju. Po desetih letih boja z boleznijo je osebna zdravnica napisala predlog za invalidsko komisijo za 4-urno upokojitev, čemur so ugodili. S težavo je zmogel 4-urni delavnik naslednjih deset let, ko je osebna zdravnica spet podala predlog za invalidsko upokojitev. Vabljen je bil na invalidsko komisijo, vendar so ga zavrnili: »Videti ste dobro, tiste štiri ure boste že zmogli!« Spet mu ni preostalo drugega, kot da se je še nekaj let mučil z delom in bolezenskimi nihanji. Ko je postalo prehudo, mu je osebna zdravnica določila bolniško. Upokojil se je po 40 letih delovne dobe, januarja 2013.

Posebno zapleteni so bili družbeni stiki. Zelo težko je bilo ob raznih slavjih, na raznih družinskih praznovanjih, saj je bila bolezen neizprosna in je v sebi doživljal prave viharje. Na tovrstnih dogodkih je izredno težko zdržal, ker ni mogel sedeti pri miru. Zelo izrazite so bile nočne težave, nespečnost, občutek pekočih nog, zamrznjena boleča desna rama, bolečine v križu, podrsavajoča hoja, občutek notranjega nemira, drgeta. Občasno je postal depresiven zaradi napredujoče in nepredvidljive bolezni. Pogosto je aspiriral slino in sledilo je mučno reševanje ...

Zaradi hudih motoričnih nihanj je bila februarja 2012 uvedena terapija s kontinuirano podkožno infuzijo apomorfina s prenosno črpalko APO-go pump. Še vedno je prejemal tudi levodopo per os. Za ravnanje s črpalko se je usposobila življenjska sopotnica. Nova oblika terapije je zahtevala njeno prisotnost vsako jutro in vsak večer, pa tudi čez dan, če je prišlo do kakšne napake v delovanju črpalke. Apomorfinska infuzija je tekla od 6.30 do 23.00 zvečer. Bolezensko stanje se je nekoliko umirilo, pojavilo se je veliko drugih, tehničnih težav. Sam postopek apliciranja infuzije je precej zahteven. Na kliniki so uporabljali podkožne igle, ki so se med pacientovo aktivnostjo pogosto iztaknile iz podkožja. Življenjska sopotnica je za bolnika priskrbela sisteme, pri katerih v podkožju ostane nameščena samo plastična kanila, in tako je bilo bolniku omogočeno bolj neovirano gibanje. Že po nekaj mesecih so se začele težave na vbodnih mestih, saj jih je začelo primanjkovati. Pod kožo so se pojavljali vozliči, koža je pordela, postala je vneta, boleča in neprimerna za aplikacijo zdravila. Zaradi vse slabšega stanja so se na Nevrološki kliniki odločili za operativni poseg – globoko možgansko stimulacijo. ZZZS je na predlog nevrološkega kolegija odobril poseg 57-letnemu bolniku v tujini septembra 2013. Po temeljitih predoperativnih preiskavah na Nevrološki kliniki je bil napoten na Kliniko Univerze v Münchnu. Za pacienta je bila to zelo huda preizkušnja v njegovem življenju, zaznamovanem s parkinsonovo boleznijo. Postopek vstavitve elektrod je potekal brez zapletov. Poseg izvajajo v budnem stanju, saj mora pacient sodelovati s kirurgom, da se med operacijo ne pojavijo zapleti. Čez dva dni je prišel na vrsto še drugi poseg, ki je bil opravljen v splošni anesteziji. Žice od elektrod so speljali pod kožo do baterije, ki so jo vsadili pod kožo na desni strani prsnega koša. Baterijo je treba zamenjati vsake štiri leta. Takoj po operaciji možganskih jeder še niso smeli stimulirati, zato je imel bolnik kar precej težav. Pojavil se je izrazit tremor. Zaradi dveh posegov je bolnik v obraz postal povsem otečen in zato skoraj neprepoznaven. Poseg je tudi za svojce svojevrstna psihična preizkušnja. Stanje pa se začne izboljševati, ko začnejo z nastavitvami, s stimulacijo elektrod v globokih možganskih jedrih. Govor po operaciji je postal malo bolj enoličen. Hoja je bila precej okrnjena, negotova in drsajoča. Spanje se je izboljšalo.

Dve leti po posegu je bolnikovo stanje stabilno. Motoričnih nihanj ni veliko. Levodopo še vedno prejema, vendar precej manjšo količino kot pred posegom. Psihično se je precej spremenil. Je bolj umirjen, toleranten, spi dobro, opravlja domača hišniška opravila, obdeluje vrt, skrbi za kužka, hodi na sprehode, vozi avtomobil, privošči si tudi kakšen izlet in se spet lažje druži s prijatelji. Edina slaba stvar je otežena hoja, ki se od operacije ni dosti izboljšala. Še vedno živi s parkinsonom, vendar bolezen ni več njegov gospodar, ampak jo dobro obvladuje.

Verjetno bi se še enkrat odločil za poseg. Gospod je bil med zadnjimi primeri, ki so bili operirani v tujini, saj zdaj posege opravljajo v Sloveniji.

Pri bolnikih z vstavljeno globoko možgansko stimulacijo obstajajo nekatere omejitve. Previdnost je potrebna predvsem na letališčih, kjer varnostni pregledi lahko povzročijo neprijetno naraščanje stimulacije, po nesreči se lahko izključi celo spodbujevalnik. Zato je potreben ročni varnostni pregled. Bolniki ne smejo imeti diatermije, nobene terapije, usmerjene na implantirano mesto (ultazvok, elektroliza, radioterapija, elektromagnetizacija), radiografije, ki stisne implantirano območje, ultrazvoka za čiščenje zob, magnetnoresonančnega slikanja, defibrilacije srca, tudi pri lokalni anesteziji je potrebna previdnost (EPDA, 2015).

3 Zaključek

Parkinsonova bolezen je neozdravljiva, bolnikom in njihovim družinam temeljito spremeni življenje, ker jim na pot postavlja številne ovire. Treba se je sprijazniti z boleznijo in skušati živeti čim bolj normalno življenje, saj je življenje kljub vsemu lepo.

Psihologinja Veronika Kragelj pravi:

»Pomemben premik je sprememba pozicije „borba z boleznijo" v pozicijo „sprejemanje bolezni kot gostje". Ko se posameznik spoprime z njo in jo vzame kot (ne)zaželeno gostjo, ki hodi z njegovo celotno družino, jo vsi skupaj lažje usmerjajo dalje, z vsemi novimi težavami, ki jih je slej ko prej potrebno videti kot izzive.« (ZZZS)

Naj ta »študija primera« pomaga bolnikom, ki preživljajo hudo krizo pri obvladovanju parkinsonove bolezni, da se bodo lažje odločili za poseg, če jim ga bodo strokovnjaki predlagali.

Literatura

EPDA (European Parkinson's Disease Asotiation). Življenje s parkinsonovo boleznijo. Nemotorični simptomi. Priročnik. Ljubljana, 2011; 54–7.

EPDA (European Parkinson's Disease Asotiation). Življenje s parkinsonovo boleznijo. Priročnik. Ljubljana, 2010; 87–7.

EPDA. Potni list bolnika s parkinsonovo boleznijo. Dostopno na: http://www.epda.eu.com (26. 12. 2015).

Flisar, D. Zdravljenje parkinsonove bolezni. Farmacevtski vestnik, 2015; 66. Dostopno na: http://www.sfd.si/uploads/datoteke/flisar.pdf (26. 12. 2015).

Pirtošek, Z., Trošt, M. Kako živeti s parkinsonovo boleznijo. Center za ekstrapiramidne bolezni, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Univerzitetni klinični center Ljubljana. 2009; 55–6.

Trepetlika. Društvo bolnikov s parkinsonizmom in drugimi ekstrapiramidnimi motnjami. Dostopno na: www.trepetlika.si (26. 12. 2015).

UKC Ljubljana. Služba za odnose z javnostmi. Sporočilo za medije. Nefarmakološko zdravljenje parkinsonove bolezni. 16. aprila 2015. Dostopno na: http://www.seniorji.info/MOJE_ZDRAVJE_Nefarmakolosko_zdravljenje_parkinsonove_bolezni (26. 12. 2015).

ZZZS. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dostopno na: https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/pravice_zdravilisko_zdravljenje (26. 12. 2015).

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med.
Alma Mater Europaea – ECM

AKUPUNKTURA IN BOLEČINSKI SINDROMI
PAIN SYNDROMES AND ACUPUNCTURE

Izvleček

Avtor opisuje zgodovino akupunkture, mehanizem nastanka delovanja, indikacije in kontraindikacije ter njeno mesto v sodobni medicini. Opisuje fiziološko in patofiziološko razlago nastanka bolečinskih simptomov in zdravljenja bolečine s farmacevtskimi in nefarmacevtskimi metodami ter nevrogeno in biokemično razlago delovanja akupunkture kot protibolečinske terapije.

Ključni besedi: akupunktura, bolečina

Abstract

The author describes the history of acupuncture, how does it work, indications and contraindications, and its place in modern medicine. He presents the physiological and pathophysiological explanation of the occurrence of painful symptoms and treatment of pain with the help of pharmaceutical and non-pharmaceutical methods, together with neurogenic and biochemical explanation of acupuncture as a pain relief therapy.

1 Uvod

»Sedare dolorem divinum est« – zmanjšati bolečino je božansko delo – je pregovor, ki skozi tisočletja spremlja zdravnike celega sveta, ki se ukvarjajo z zdravjem ljudi.

Bolečina je tisti elementarni faktor, ki bolnika opozori na neprijeten dogodek ali nevarnost in zahteva trenutno reakcijo. Zapiski o zdravljenju in zmanjšanju bolečine spremljajo zdravnike iz starih grških časov vse do današnjega dne. Skozi zgodovino so bili pogledi na bolečino različni. Bolečina se je izkoriščala v različne namene. Ovrednotili so jo kot ljubezensko stanje, fizično ali duševno bolečino. Takšna stanja so izkoriščali različni politični in verski sistemi ter uporabljali bolečino za lastne interese.

Sodobna medicinska znanost je v zadnjem stoletju posvetila veliko pozornost nastanku, predvsem pa zdravljenju bolečine. Posebno je za to zaslužna farmacevtska industrija, ki proizvaja na tisoče različnih preparatov, s katerimi zmanjšuje bolečino oziroma vpliv na nastanek le-te. Za zdravljenje bolečine so skorajda v vseh političnih sistemih uporabljena enormna finančna sredstva, ki segajo v desetine milijard dolarjev ali evrov. Bolečina zaznamuje rojstvo otroka in je še posebno prisotna v zadnjih stadijih nekaterih bolezni, predvsem v paliativni zdravstveni negi.

2 Vrste bolečin

Bolečino lahko definiramo z različnih stališč, ki so značilna za bolečino. Okarakteriziramo jo lahko kot akutno bolečino, ki nastaja iznenada ob poškodbi, bolezni ali incidentu. Kronična je ponavljajoča se bolečina, traja dalj časa, se ponavlja in se lahko dnevno spreminja. Po jakosti opredeljujemo bolečino kot blago, srednje hudo, hudo in najhujšo bolečino.

Glede na topografsko prisotnost je lahko bolečina žariščna, ki nastaja na določenem območju, ali prenesena, ki se po simptomatiki pojavlja v drugih predelih telesa, ne samo na samem izvoru bolečine.

Lahko jo opišemo tudi kot površinsko ali globinsko bolečino glede na položaj nastanka in projekcije bolečine. Pogosto bolečino opredeljujemo kot hoteno bolečino, incidentno bolečino, ki jo povzročimo z nekim povzročiteljem ali incidentom, in nehoteno bolečino, ki nastane ob nekem dogodku, kjer nismo pričakovali bolečinske reakcije. Patofiziološko bolečino opredeljujemo kot nevropatsko bolečino – nociceptivno bolečino in kot psihogeno idiopatsko bolečino, kjer pravega nastanka in vzroka ni mogoče diagnosticirati. Pogosto skupek posameznih simptomov bolečinskega stanja opredeljujemo kot bolečinske sindrome – kronični bolečinski sindrom (KRBS), ko bolečina ni več simptom okvare tkiva, temveč postane bolečinsko vedenje primarni bolezenski proces.

Za kvantifikacijo bolečine nimamo potrebnih merilnih instrumentov, s katerimi bi lahko izmerili intenzivnost bolečinskega stanja. Pravega dolometra še niso iznašli, zato uporabljamo različne neposredne metode, kot so opisovalne lestvice intenzivnosti bolečine, ki jih prikazujejo bolniki (VAS – vizualna analogna skala). Uporabljajo se tudi razni kompresivni dolometri, s katerimi neposredno opredelimo intenzivnost bolečine.

3 Zdravljenje bolečine

Danes bolečino zdravimo z različnimi metodami, ki jih opredeljujemo za farmakološki in nefarmakološki način zdravljenja.

Pri farmakološkem načinu uporabljamo različna zdravila, ki jih opišemo kot invazivne modulatorje bolečine, ker delujejo na prenos bolečine do centralnega živčnega sistema in jih večina spada v sfero opioidnih zdravil. Sem prištevamo tudi antikonvulzivna in antidepresivna sredstva. Najbolj uporabljeni so seveda nesteroidni antirevmatiki, ki se najpogosteje uporabljajo za blažitev bolečinskih sindromov. Posledično povzročajo veliko zapletov. V farmakološki način zdravljenja spadajo tudi invazivni blažilci bolečine, kamor uvrščamo blokade simpatičnih živcev, epiduralne anestetike, steroide, injekcije, blokade in podobne manipulacije, ko zaustavimo lokalni bolečinski sindrom.

V nefarmakološko zdravljenje bolečine spadajo tudi tako imenovane komplementarne oblike, ki so prenesene v šolsko medicino in so pogosto strokovno sporne. Sem prištevamo hipnozo, relaksacijo, biofidbeg, muzikoterapijo, bioresonanco, vse vrste protibolečinske fizioterapije (elektro- in magnetoterapijo, lasersko terapijo, mobilizacijske in manipulacijske tehnike in nazadnje tudi metode kinezioterapije), ki delujejo neposredno in posredno.

Najpogostejša metoda, ki se povezuje z zmanjševanjem bolečine, je akupunktura.

Zapiski o akupunkturi so nastali pred cca 4000 leti v kitajskih provincah ter so se v Evropo in Ameriko prenesli v zadnjih 200 letih. Skozi različne kitajske dinastije so se v prvem tisočletju razvijale tudi različne metode uporabe tradicionalne kitajske medicine za zdravljenje in zmanjševanje bolečine. Med te metode spadajo moksibustična terapija, fitoterapija in uporaba drugih zdravilnih dejavnikov, ki so jih poznali v takratnem zgodovinskem trenutku.

Prvi uradni medicinski zapiski so bili v knjigi Nej Chinga 2800 let pred našim štetjem. Opira se na kitajsko filozofijo, ki temelji na dualističnem principu jina–jang kot dveh nasprotnih polih vsega dogajanja v vesolju, teoriji petih elementov in energetskem ravnotežju. Človeški organizem pa je del mikrokozmosa, zato menijo, da je ta energija večna.

V Evropo so te informacije v 17. stoletju prinesli prvi misijonarji. Pozneje je akupunktura doživljala vzpone in padce, vendar so jo začeli proučevati znameniti zdravniki od Trousseauja do Georgea Moranta, očeta akupunkture v Evropi. O analgetičnem učinku akupunkture sta formirani dve teoretični razlagi – nevrogena in biokemična.

Nevrogena – Pri tej teoriji se impulzi draženja prenašajo prek živčni vlaken do roba hrbtenjače in retikularnih substanc po spinotalamični poti proti središčnim strukturam tako, da dražljaj zaradi zapore tako imenovanega gait sistema ne pride do centralnega živčnega sistema.

Druga, biokemična teorija je humoralna teorija, ki pravi, da se z draženjem akupunkturnih točk sprožajo opiatu podobni peptidi, imenovani enkefalini in endorfini. Njihov energetski učinek je do 40-krat močnejši od morfija in jih organizem hrani za krizne situacije. Na meridianih, ki jih je dvanajst, kroži energija QHI. Na meridianih so karakteristične protibolečinske točke, za katere se ve, da sproščajo enkefalinske in endorfinske hormone ter s tem zmanjšajo bolečinske simptome (LI 4, S:J5, Sp 6, St 36).

4 Diskusija

Pri uvajanju akupunkture v protibolečinski način zdravljenja je treba biti kritičen in potrpežljiv. Del akupunkturnega učinka gre gotovo na račun placebo učinka, vendar je že to velika prednost akupunkture. Narejenih je bilo veliko nevrofizioloških študij s sodobnimi medicinskimi analizami, ki dokazujejo, da je v placebo učinku pravzaprav biokemični učinek, in se nagibajo k humoralni teoriji učinka akupunkture. Danes se v Sloveniji akupunktura kot protibolečinska terapija izvaja v večini akupunkturnih ambulant in je delno financirana tudi s strani ZZZZ.

Menimo, da lahko akupunkturo izvaja samo zdravnik, ki uporabi to metodo zdravljenja bolečine takrat, ko postavi natančno diagnozo in izključi progresivne vnetne ali maligne procese. Prepisovanje receptov iz akupunkturnih knjig in uporaba le-teh v raznih zasebnih ambulantah ne doprinese niti k terapevtskemu, še manj strokovnemu učinku. Vsekakor je bolečina tisti simptom, ki zahteva poglobljeno analizo diagnostike in kritični odnos do bolečine s fiziološkega in psihičnega vidika.

Svoje razmišljanje zaključujem z Budovim citatom iz 6. stoletja, ki pravi: »Razumen človek, tudi če je absolutno prepričan v neko resnico, ne misli, da je to dovolj močan razlog za enostranski zaključek, samo to je resnica, vse drugo je zabloda.«

Podobne poglede na akupunkturo imamo še danes v slovenski medicini. Skoraj prepovedano je iskanje nekaj drugega, tradicionalnega, ki nima z dokazi podprtega potrdila, vendar jo uporablja milijarda ljudi, zato se te metode skrivajo po raznih kleteh, nimajo strokovnega nadzora, pogosto so škodljive in zavajajo bolnika.

TISTI, KI NE SPREMINJA SVOJIH SODB, NI ČLOVEŠKO BITJE, AMPAK SPOMENIK.

Literatura

Effectiveness of acupuncture (letter George Medelson, MB Melbourne). JAMA, 1981; 246–1900.

Ferković, M., Topalović, M. Akupunktura. Zagreb. Školska knjiga, 1983: 287.

Fuller, J. A. Smoking withdrowal and acupuncture. Med J Aust, 1982; 1: 28–9.

Gallachi, G., Muller, W., Plattner, G. R., Schnorrenberger, C. C. Akupunktur und Laserstrahlbehandlung beim Zervikal und Lumbalsyndrom. Schweitz Med Wschr, 1981; 111: 1360–6.

Gold, J., Wilcox, R. Acupuncture. why we don't use it more often. Med J Aust, 1983; 2: 4–5.

How does acupuncture work? Br. Med J, 1981; 283: 746–7.

Kuhn, E., Liem, S. H., Meisel, G. Akupunktur: Hypnose oder Plazeboeffekt? Med Welt, 1981; 39: 1440–3.

Lewith, G. T., Machin, D. On the evaluation of the clinical effects of acupuncture. Pain, 1983; 16: 111–27.

Mendelson, G., Selwood, T. S., Kranz, H., Loh, T. S., Kidson, M. A., Scott, D. S. Acupuncture treatment of chronic back pain. A double-blind placebo-controlled trial. Am J Med, 1983; 74: 49–55.

Monika Tuš, dipl. fiziot.
Center Naprej Maribor
pred. Simona Videnšek, dipl. fiziot., univ. dipl. org., spec. manag.
UKC Maribor, IFRM

POJAVNOST STRESNE URINSKE INKONTINENCE MED FIZIOTERAPEVTI V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU MARIBOR

OCCURRENCE OF URINARY STRESS INCONTINENCE AMONG PHYSIOTHERAPISTS AT THE UNIVERSITY CLINICAL CENTRE MARIBOR

Izvleček

Teoretična izhodišča: Stresna urinska inkontinenca (SUI) je nehoteno uhajanje urina pri fizičnih dejavnostih, kot so dvigovanje bremen in športne dejavnosti, ter pri kihanju ali kašljanju (Deepak, Kumar, Sen, 2011). Z izvajanjem vaj za krepitev mišic medeničnega dna (MMD) kot preventivo pred stresno urinsko inkontinenco se lahko bistveno izboljša kakovost življenja (Ghaderi Oskouei, 2014). Z raziskavo smo želeli ugotoviti pojavnost stresne urinske inkontinence med fizioterapevti v primerjavi z medicinskimi sestrami, zaposlenimi v UKC Maribor.

Metode: Pri raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop in tehniko anketiranja. V raziskavo je bilo vključenih 48 fizioterapevtov in fizioterapevtk, starih od 20 do 60 let, zaposlenih v UKC Maribor.

Rezultati: Rezultate lastne raziskave smo primerjali z rezultati raziskave B. Rodeš (2008). Dobljene podatke smo statistično obdelali v programih Microsoft Excel (verzija 15.0) in SPSS Statistics (verzija 22.0).

Razprava: Z raziskavo smo ugotovili, da se, glede na dejavnike tveganja pri opravljanju poklica, stresna urinska inkontinenca pogosteje pojavlja pri medicinskih sestrah kot pri fizioterapevtih. Ugotovili smo tudi, da so fizioterapevti v primerjavi z medicinskimi sestrami bolje seznanjeni in ozaveščeni glede pomena in učinkov izvajanja vaj za krepitev mišic medeničnega dna.

Ključne besede: stresna urinska inkontinenca, dejavniki tveganja, mišice medeničnega dna, fizioterapevti

Abstract

Theoretical background: Stress urinary incontinence (SUI) is involuntary urinary leakage, which occurs with physical activity such as lifting heavy objects, sports activities, sneezing and coughing (Deepak, Kumar, Sen, 2011). Regular exercising of pelvic floor muscles (PFM) may aid to improvement of quality of life (Ghaderi, Oskouei, 2014). The aim of our research was to examine the occurrence of SUI among physiotherapists employed at UKC Maribor.

Methods: In this study, we used a quantitative research approach. The instrument for data collection was a questionnaire. The sample represents 48 physiotherapists, aged 20-60 years and employed at UKC Maribor.

Results: The results of our own research were compared with the results of the research Rodeš (2008) carried out in 2008. Taking into account the risk factors of the profession, SUI at the work place more often occurs among nurses than physiotherapists. Results also confirm that physiotherapists, compared to nurses, are more familiar with the purpose and effect of exercises for PFM strengthening.

Discussion: As health professionals, both professions should strive for the promotion of continence and propagation of relevant information on the prevention of incontinence. Larger emphasis should be put on the importance of PFM exercises, which are recommended as first-line treatment in conservative management programmes for women with SUI.

Key words: stress urinary incontinence, risk factors, pelvic floor muscles, physiotherapists

1 Uvod

Stresna urinska inkontinenca (SUI) je nehoteno uhajanje urina zaradi oslabelosti mišic medeničnega dna (MMD). Le-te dajejo oporo, zadržujejo stalen položaj organov v mali medenici (sečni mehur, maternica in debelo črevo), hkrati pa omogočajo odpiranje in zapiranje sečnice, nožnice in analne odprtine (Hlebš, 2008).

Slabijo zaradi različnih vzrokov težkega fizičnega dela in delovnih poškodb, npr. dviganja bremen, dolgotrajnega stoječega dela, prekomerne telesne teže, pomanjkanja telesne dejavnosti, kroničnih bolezni dihal in dolgotrajnega kašlja, zaradi nosečnosti in med porodom, operacij rodil, pomanjkanja hormonov v meni, ker se staramo, prirojene slabosti vezivnega tkiva, prizadete mišice so lahko tudi v povezavi z živčno-mišičnimi boleznimi (Primožič, 2008).

Priporočila, ki so nastala na osnovi sistematičnih pregledov randomiziranih kontroliranih študij navajajo, da mora biti TMMD (trening mišic medeničnega dna) metoda prvega izbora za zdravljenje SUI pri odraslih ženskah (Ščepanović, 2011). Kot navajata Ghaderi in Oskouei (2014), bi se z izvajanjem vaj za krepitev MMD kot preventivo pred SUI lahko bistveno izboljšala kakovost življenja.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti pojavnost SUI med fizioterapevti v primerjavi z medicinskimi sestrami, zaposlenimi v UKC Maribor.

Postavili smo tri hipoteze:

H1: Pojavnost stresne urinske inkontinence, glede na dejavnike tveganja pri opravljanju poklica, je večja med medicinskimi sestrami kot med fizioterapevti.

H2: Fizioterapevti, ki v svojem delovnem času večino časa izvajajo težja fizična dela, imajo več težav z uhajanjem urina.

H3: Fizioterapevti so bolje seznanjeni s pravilnim izvajanjem vaj za krepitev mišic medeničnega dna kot medicinske sestre.

2 Metode dela

Raziskava je zasnovana na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, uporabili smo anketni vprašalnik. V raziskavi smo zbirali podatke na vzorcu populacije fizioterapevtov, zaposlenih v UKC Maribor. Za metodo zbiranja in analize gradiva smo uporabili pregled literature. Za potrebe empiričnega dela smo zbrali, analizirali in sintetizirali primarne in sekundarne vire podatkov. Primarne vire smo pridobili z anketnim vprašalnikom in jih analizirali z računalniškim programom Microsoft Office Excel (verzija 15.0) in statističnim programom SP
SS Statistics (verzija 22.0). Sekundarni viri so bili zbrani s pregledom strokovne literature, strokovnih člankov in spletnih virov (baze podatkov Cobiss, PubMed in ScienceDirect). Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede oz. ključne besedne zveze: stresna urinska inkontinenca, dejavniki tveganja, mišice medeničnega dna, fizioterapevti.

2.1 Opis merskega instrumenta

Kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen iz 20 vprašanj, večinoma zaprtega tipa. Z namenom primerjave rezultatov raziskav smo vprašalnik delno povzeli iz raziskave avtorice Rodeš iz leta 2008, ki je v UKC Maribor izvedla raziskavo o pojavnosti SUI pri medicinskih sestrah, vendar smo ga morali za raziskovalne potrebe nekoliko prirediti. Dodali smo vprašanja glede časovne obremenitve opravljanja težjih fizičnih del v delovnem času ter katere pripomočke imajo fizioterapevti na voljo in jih uporabljajo pri svojem delu za dejavnosti nepomičnih pacientov.

2.2 Opis vzorca

Raziskovalni vzorec je zajemal 48 fizioterapevtov, od tega 42 fizioterapevtk (87,5 %) in 6 fizioterapevtov (12,5 %), starih od 20 do 60 let, zaposlenih v UKC Maribor.

2.3 Postopek zbiranja podatkov

Med zaposlene fizioterapevte smo razdelili 55 anketnih vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 48 (91 %). V raziskavo smo vključili anketne vprašalnike, izpolnjene v celoti, in tiste, ki jim je manjkal le en ali dva odgovora. Anketo so izpolnjevali februarja 2014. Sodelovanje v raziskavi je potekalo prostovoljno in anonimno.

2.4 Postopek analize podatkov

Podatke smo statistično obdelali v programih Microsoft Excel (verzija 15.0) in SPSS Statistics (verzija 22.0). Hipoteze smo preverili s parnim t-testom in hi-kvadrat testom.

3 Rezultati

V anketi je sodelovalo 10,4 % anketirancev, starih 20–30 let, 56,3 % je bilo starih 31–45 let ter 33,3 % je bilo starih 46–60 let. Večina anketirancev, 77 %, je imela zaključeno visokošolsko strokovno izobrazbo, 13 % višjo stopnjo izobrazbe in 10 % univerzitetno stopnjo izobrazbe.

Kot življenjsko razvado anketiranci navajajo predvsem pitje kave, kot navado pa rekreacijo (2- do 3-krat tedensko) (70,8 % anketirancev). Kadi jih le 16,7 %, nihče redno ne uživa alkoholnih pijač.

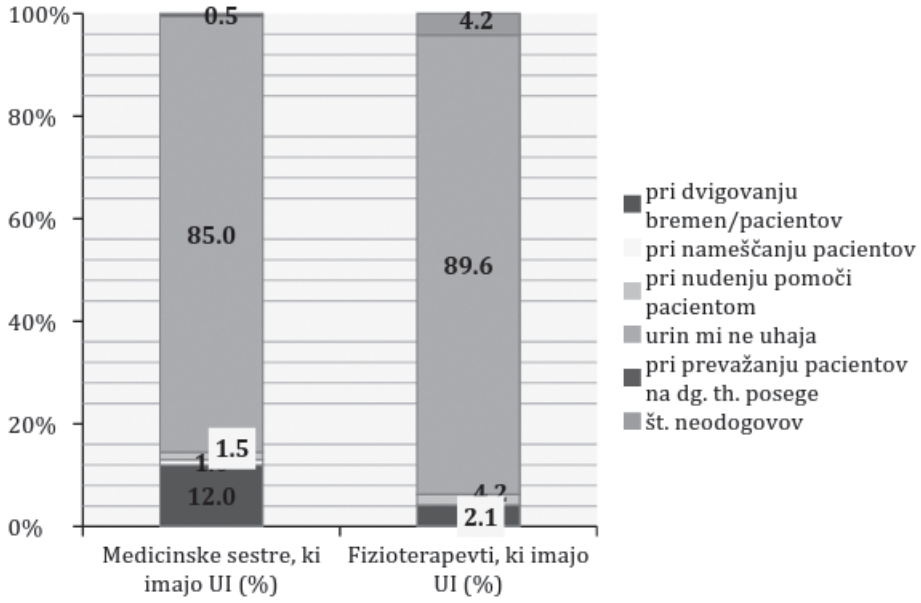
Med proučevane dejavnike smo vključili značilnosti SUI (uhajanje urina pri kašljanju, kihanju, dvigovanju bremen, hoji po stopnicah, plesu, rekreaciji, športu, med spolnim odnosom in po njem, pri premikanju v postelji, pri vstajanju s postelje) in urgentne urinske inkontinence (ko slišim teči vodo, zjutraj se zbudim moker/-ra). Pri raziskavi smo ugotovili, da je bila pri vseh osebah z inkontinenco (16,7 %) prisotna SUI.

Literatura navaja, da lahko opravljanje težjih fizičnih opravil prav tako predstavlja tveganje za nastanek SUI. Naša raziskava je pokazala, da največji delež s SUI predstavljajo anketirani, ki v svojem delovnem času opravljajo težja fizična dela polovico delovnega časa (37,5 %), več kot tretjino delovnega časa (12,5 %) ter ves dan (25 %). Iz omenjenega sledi, da 74 % anketirancev s SUI v svojem delovnem času izvaja težje fizične dejavnosti.

Med težja fizična opravila spadajo tudi prelaganje, dviganje, obračanje nepomičnih pacientov. Če na oddelku fizioterapevt nima na voljo pripomočkov za navedene dejavnosti, tovrstno delo predstavlja veliko tveganje za nastanek SUI. Raziskava je pokazala, da je med tistimi, ki imajo SUI, kar 50 % takih, ki na oddelku nimajo na voljo pripomočkov za dejavnosti z nepomičnimi pacienti.

SUI se pojavlja pri 12 % anketiranih medicinskih sester pri dvigovanju bremen oziroma pacientov, medtem ko se pri fizioterapevtih pri dvigovanju bremen SUI pojavlja v samo 4 %. Pri nudenju pomoči pacientom (podpora med hojo, asistenca med gibanjem) se SUI v večji meri pojavlja fizioterapevtom (2 %), pri medicinskih sestrah pa v 1 % anketiranih. Pri nameščanju pacientov se SUI pri medicinskih sestrah pojavlja prav tako v 1 % primerov, le-tega med fizioterapevti v naši raziskavi nismo zaznali.

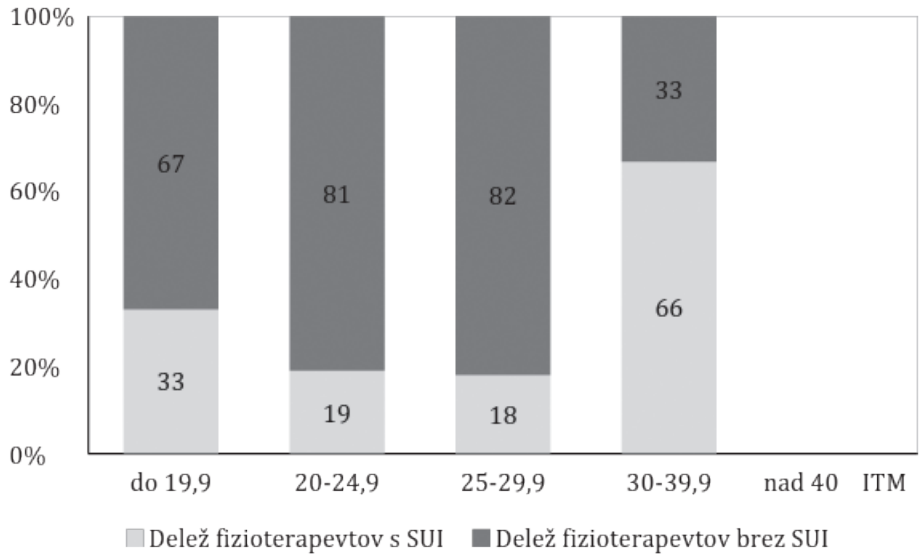
Grafikon 1: Pojav SUI pri medicinskih sestrah in fizioterapevtih



Vir : anketni vprašalnik 2014 in Rodeš 2008

Ugotovili smo, da na pojav SUI vpliva tudi indeks telesne mase (ITM). Debelost prispeva k pojavu SUI zaradi povečanega intraabdominalnega pritiska, kar povečuje pritisk na mehur in mobilnost sečnice ter prispeva k SUI in UUI. Fizioterapevti z večjim ITM imajo večjo pojavnost SUI kot tisti z manjšim ITM.

Grafikon 2: Pojavnost SUI glede na ITM



Vir : anketni vprašalnik, 2014

Veliko vlogo za nastanek SUI ima število porodov, kar lahko povzroči ohlapnost MMD. Med fizioterapevtkami, ki so rodile dvakrat ali več, je večja pojavnost SUI kot med tistimi, ki so rodile enkrat ali še niso rodile.

Rezultati ankete o dnevno zaužiti tekočini v službi kažejo, da 16,7 % anketirancev spije manj kot ½ litra tekočine v službi. 37,5 % anketirancev spije ½ do 1 litra tekočine med službo. Največ anketirancev, 39,5 %, spije 1 do 2 litra tekočine. 4,2 % anketirancev spije več kot 2 litra tekočine med službo ter 2,1 % anketirancev na vprašanje ni odgovorilo. Če primerjamo količino popite tekočine na delovnem mestu med fizioterapevti, ki imajo SUI, ugotovimo, da jih največ spije ½ do 1 litra tekočine. Fizioterapevtov (28,2 %), ki nimajo težav z uhajanjem urina, je največ tistih, ki spijejo med službo od 1 do 2 litra tekočine.

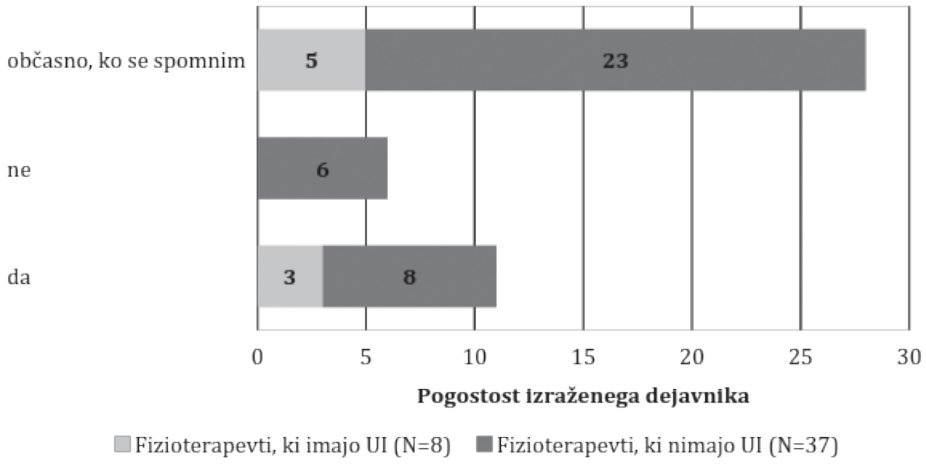
V raziskavi smo ugotovili, da je poznavanje vloge MMD pri SUI med fizioterapevti dobro, saj jih kar 97,7 % meni, da se lahko pojavijo motnje uhajanja urina zaradi oslabelosti MMD, ker le-te ne nudijo dovolj podpore in nadzora. Le en anketiranec meni, da oslabelost MMD ne vpliva na pojavnost SUI. Tudi rezultati raziskave medicinskih sester so podobni, saj le ena anketiranka meni, da oslabelost MMD nima vpliva, ostale pa menijo, da se lahko pojavijo motnje uriniranja zaradi oslabelosti MMD.

Med dvigovanjem težjih bremen občasno stisne MMD 67 % fizioterapevtov, nekoliko nižji je ta podatek med medicinskimi sestrami (53 %).

Največ fizioterapevtov (62,2 %) izvaja vaje za krepitev MMD občasno, ko se spomnijo.

Grafikon 3 prikazuje, da med fizioterapevti, ki imajo težave s SUI, jih 37 % krepi MMD, 63 % jih MMD krepi občasno, ko se spomnijo.

Grafikon 3: Vpliv krepitve MMD na pojav SUI med fizioterapevti



Vir: anketni vprašalnik, 2014

Samo 5,1 % anketiranih medicinskih sester, ki jim uhaja urin, izvaja vaje za krepitev MMD, ostalih 94,9 % pa teh vaj ne izvaja.

Na vprašanje, katere pripomočke za dejavnosti nepomičnih pacientov imajo na voljo na oddelkih in jih fizioterapevti uporabljajo pri svojem delu z nepomičnimi pacienti, jih je 47,9 % odgovorilo, da nimajo na voljo nobenih pripomočkov. 10,4 % ima na voljo pripomočke za prelaganje nepomičnih pacientov, le 16,7 % anketiranih fizioterapevtov ima na voljo pripomočke za dviganje nepomičnih pacientov ter 8,3 % jih ima na voljo pripomočke za obračanje nepomičnih pacientov. 16,7 % anketiranih pri svojem delu ne obravnava težkih pacientov.

Pri dvigovanju težjih bremen stisne MMD 18,7 % anketirancev, 10,4 % jih ne stisne, 66,7 % jih stisne le občasno. 4,2 % anketirancev na vprašanje ni odgovorilo.

Ob nastopu občutka močne potrebe po uriniranju je 80,9 % fizioterapevtov odgovorilo, da lahko počakajo in urin zadržijo brez težav. 14,9 % jih urin zadrži s težavo. 2,1 % jih mora na stranišče takoj, 2,1 % jim uide nekaj kapljic urina ter 2,1 % jih na vprašanje ni odgovorilo.

Na vprašanje, kako jim uhaja urin, je 14,6 % anketiranih odgovorilo, da po kapljicah. 2,1 % jih je odgovorilo, da jim urin uhaja na oba načina (po kapljicah in tako, da se ulije). 83,3 % anketirancev urin ne uhaja.

Na delovnem mestu pri dvigovanju bremen oziroma pacientov in nudenju pomoči pacientom uhaja urin 4,2 % anketirancev ter 2,1 % pri nameščanju pacientov. Urin ne uhaja 79,1 % anketirancev. 10,4 % anketiranih na vprašanje ni odgovorilo.

Zaradi motenj uriniranja se je že zdravilo 12,5 % anketiranih, od tega 8,3 % anketiranih z izvajanjem Keglovih vaj in 4,2 % z električno stimulacijo mišic medeničnega dna. S treningom mehurja, jemanjem zdravil in operacijo se ni zdravil nihče od anketiranih. 77, 1 % anketiranih se ni zdravilo zaradi motenj uriniranja. 10,4 % anketiranih na vprašanje ni odgovorilo.

Na vprašanje, ali se lahko pojavijo motnje uhajanja urina zaradi oslabelosti MMD, ker le-te ne nudijo dovolj podpore, je 89,6 % anketiranih odgovorilo pritrdilno. Le 2,1 % anketiranih meni, da oslabelost MMD ne vpliva na uhajanje urina. 8,3 % anketirancev na vprašanje ni odgovorilo.

22,9 % anketiranih izvaja vaje za krepitev MMD, 12,5 % teh vaj ne izvaja. 58,3 % anketiranih vaje za krepitev MMD izvaja občasno, ko se spomnijo. 6,3 % anketiranih na vprašanje ni odgovorilo.

4 Razprava

V raziskavi smo dokazali, da sta zavedanje in znanje o vlogi MMD pri preprečevanju SUI med fizioterapevti, zaposlenimi v UKC Maribor, zelo dobra. Pojavnost SUI med fizioterapevti je zaznana in je v primerjavi z medicinskimi sestrami manjša.

Rezultati raziskave med fizioterapevti, zaposlenimi v UKC Maribor, so pokazali, da ima motnje uriniranja, kot obliko SUI, 16,7 % anketiranih fizioterapevtov. V primerjavi z raziskavo avtorice Rodeš iz leta 2008 rezultati kažejo, da ima med 200 anketiranimi medicinskimi sestrami težave s SUI 29,5 % anketiranih medicinskih sester. V svoji raziskavi ugotavljamo, da je pojavnost SUI, glede na dejavnike tveganja pri opravljanju poklica, večja med medicinskimi sestrami kot med fizioterapevti, saj se več težav z uhajanjem urina pojavlja pogosteje pri medicinskih sestrah kot fizioterapevtih.

Pri medicinskih sestrah je znanje o pojavnosti in preprečevanju v smislu poznavanja MMD ter krepitve MMD precej pomanjkljivo, poleg tega njihov poklic predstavlja večje tveganje za pojav SUI.

Ugotovili smo tudi, da so fizioterapevti v primerjavi z medicinskimi sestrami bolje seznanjeni in ozaveščeni glede pomena in učinkov izvajanja vaj za krepitev mišic medeničnega dna. Fizioterapevti so na vprašanje, kako vedo, da pravilno izvajajo vaje za krepitev MMD, v 88,6 % odgovorili, da poznajo MMD in vedo, na kaj morajo biti pozorni pri pravilnem izvajanju vaj za krepitev MMD. Medicinske sestre v 65 % primerov niso odgovorile na to vprašanje, kar nakazuje verjetno slabo poznajo vaj za krepitev MMD. Rezultati raziskave potrjujejo, da so fizioterapevti bolje seznanjeni s pravilnim izvajanjem vaj za krepitev MMD kot medicinske sestre.

Pri izvedbi raziskave nas je najbolj presenetilo dejstvo, da je bilo pri vrnjenih anketnih vprašalnikih fizioterapevtov zelo veliko vprašanj neodgovorjenih. Na osnovi tega dejstva predvidevamo, da je UI še vedno precej tabu tema med zdravstvenimi delavci, fizioterapevti.

Preverjanje hipotez

Pri hipotezi 1 smo domnevali, da je pojavnost stresne urinske inkontinence, glede na dejavnike tveganja pri opravljanju poklica, večja med medicinskimi sestrami kot med fizioterapevti. Ker je sig. < 0,05, lahko z 95-odstotno gotovostjo trdimo, da se pojavljajo statistično značilne razlike med uhajanjem urina med medicinskimi sestrami in fizioterapevti, zato H1 potrdimo.

Hipoteza 2 je predpostavljala, da fizioterapevti, ki v svojem delovnem času večino časa izvajajo težja fizična dela, imajo več težav z uhajanjem urina. Ker je sig. > 0,05, ne moremo zavrniti hipoteze H2, da ni statistično značilnih razlik med časom opravljanja težjih fizičnih del v delovnem času in uhajanjem urina med fizioterapevti, zato H2 ne sprejmemo.

Hipoteza 3 je predpostavljala, da so fizioterapevti bolje seznanjeni s pravilnim izvajanjem vaj za krepitev mišic medeničnega dna kot medicinske sestre. S tveganjem, manjšim od 1 %, lahko trdimo, da se pojavljajo statistično značilne razlike med seznanjenostjo s pravilnim izvajanjem vaj za krepitev MMD med medicinskimi sestrami in fizioterapevti, zato sprejmemo H3.

5 Zaključek

Za učinkovito preventivo in kurativo pri SUI je pomembno znanje o vlogi MMD med fizioterapevti ter ostalimi zdravstvenimi delavci, saj imajo le-ti vlogo zdravstvene vzgoje v povezavi z učenjem učinkovitih vaj za krepitev in reedukacijo MMD ostale populacije.

Tako fizioterapevti kot medicinske sestre bi si morali prizadevati tudi za večjo promocijo kontinence in širjenje ustreznih informacij o preprečevanju pojavnosti inkontinence. Večji poudarek bi moral biti namenjen izvajanju vaj za krepitev mišic medeničnega dna, ki se svetujejo kot prvi izbor pri konservativnem zdravljenju stresne in drugih vrst urinske inkontinence.

Literatura

Deepak, P., Kumar, T. N., Sen, T. K. Evaluation of efficacy of duloxetine in stress urinary incontinence in women. Indian J Pharmacol. 2011; 43(2): 176–9.

Ghaderi, F., Oskouei, A. E. Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: a review article. J Phys Ther Sci. 2014; 26(9): 1493–9.

Hlebš, S. Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence. Obzor Zdr N. 2008; 42(4): 261–72.

Hlebš, S. Pomoč fizioterapevta pri nehotenem uhajanju urina pri starejših. Kakovostna starost. 2011; 14(1): 27–36.

Primožič, B. Vaje za mišice medeničnega dna. UKC Maribor, Oddelek za medicinsko rehabilitacijo; 2008.

Rodeš, B. Stresna urinska inkontinenca pri medicinskih sestrah glede na dejavnike tveganja v našem poklicu. V: 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru. Mednarodni znanstveni simpozij, Maribor. Univerzitetni klinični center Maribor; 2008: 691–706.

Šćepanović, D. Konservativno zdravljenje urinske inkontinence pri ženskah. V: Stome, rane, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi. Simpozij z mednarodno udeležbo. Zbornik predavanj, Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran, 3.–5. marca 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2011: 57–68.

Tomaž Velnar
Klinični oddelek za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana, Alma Mater Europaea – ECM
Lidija Gradišnik
Alma Mater Europaea – ECM, Inštitut za biomedicinske vede, Medicinska fakulteta Maribor
Mateja Hauser, Bojana Marič, Zlatka Murtić
DOSOR, Radenci
Uroš Maver
Inštitut za biomedicinske vede, Medicinska fakulteta Maribor

VSEBNOST VITAMINA D V TELESU KOT MOTIVACIJSKI DEJAVNIK ZA DEJAVNOST STAREJŠIH

THE BODY CONTENT OF VITAMIN D AS A MOTIVATIONAL FACTOR FOR THE ACTIVITY AMONG THE ELDERLY

Povzetek

Osteoporoza je metabolična kostna bolezen z zmanjšanjem kostne jakosti in mase. Ta bolezen je pri starejši populaciji pogosta in povezana s številnimi zdravstvenimi težavami, ki vodijo v visoko smrtnost in invalidnost. Nastanek osteoporoze je povezan tudi s pomanjkanjem vitamina D v telesu in zmanjšano fizično dejavnostjo. Za zdravje kosti sta poleg gibanja pomembna tudi zadostna količina kalcija in vitamina D. Osebe z nizkim nivojem vitamina D v telesu spadajo v tvegano skupino za nastanek zlomov in spremljajočih zapletov. Tem bi lahko uspešno pomagali z nadomeščanjem vitamina D in ustrezno fizično dejavnostjo. Ljudi je treba izobraževati in jih spodbujati k fizični dejavnosti v obliki predavanj in delavnic, kar bi bilo ugodno tudi za zdrave posameznike. Fizična dejavnost in gibanje sta namreč koristna za vse. Menimo, da bi k izboljšanju zdravja starejše populacije lahko pripomogli z ustrezno motivacijo in ozaveščanjem glede pomanjkanja vitamina D in osteoporoze, s promocijo zdravega življenjskega sloga, poudarkom na dejavni starosti z izboljšavo mentalne in telesne komponente individuuma, krepitvijo in vzdrževanjem dobre psihofizične kondicije in vseživljenjskim učenjem.

Ključne besede: osteoporoza, vitamin D, motivacija, telesna dejavnost

Abstract

Osteoporosis is a metabolic bone disease characterised by decreased bone mass and strength. Common among the elderly, the disease is associated with numerous health problems eventually leading to high mortality and disability. The pathophysiology is associated with vitamin D deficiency and reduced physical activity. In addition to physical activity, a sufficient amount of calcium and vitamin D intake is vital for the bone health. People with low levels of vitamin D in the body are at risk for fractures and associated complications. The solution may be vitamin D replacement and adequate physical activity. We believe the elderly population may benefit from proper motivation and awareness of vitamin D deficiency, osteoporosis, healthy lifestyle, maintenance of good physical and mental condition and lifelong learning.

Key words: osteoporosis, vitamin D, motivation, physical activity

1 Uvod

V zadnjih letih je pomanjkanje vitamina D postalo zelo pomemben problem. Vitamin D v večji meri nastaja v koži pod vplivom UV-žarkov, v manjši meri pa ga pridobivamo s hrano, kjer je prisoten le v majhnih količinah, zato je ustrezen vnos s hrano težko zagotoviti. To predstavlja še posebej velik problem za tiste skupine ljudi, ki se soncu ne izpostavljajo dovolj. EFSA (European Food Safety Agency) je nedavno objavila spis, v katerem povezuje pomanjkanje vitamina D z mnogo več bolezenskimi stanji, kot je veljalo v preteklosti. Tako je bilo pomanjkanje vitamina D dokazano povezano z nekaterimi znanimi oblikami raka, multiple skleroze, sladkorne bolezni, nekaterimi avtoimunskimi boleznimi, hipertenzijo, infekcijskimi boleznimi ... Dodajanje vitamina D že izvajajo pri dojenčkih, pomanjkanju pa je podvržena tudi starejša populacija (Artaza, Mehrotra, Norris, 2009; Giovannucci, 2009; Artaza et al., 2009).

Za zdravje kosti sta poleg gibanja pomembna tudi zadostna količina kalcija in vitamina D, kar pa tako pacienti kot izvajalci zdravstvenega varstva pogosto spregledajo (Chapuy et al., 2002; Tangpricha et al., 2003). Eden od pomembnih dejavnikov pri optimalnem zdravljenju osteoporoze je namreč tudi zadosten vnos vitamina D in kalcija, za kar je treba najprej določiti plazemsko koncentracijo vitamina D pri rizičnih skupinah ljudi. Tako lahko pri tistih ljudeh, pri katerih gre za pomanjkanje vitamina D, povečamo vnos tega vitamina. Terapija s kalcijem in vitaminom D je namreč bistvenega pomena za učinkovito preprečevanje osteoporotičnih zlomov (Chapuy et al., 2002; Tangpricha et al., 2003; Snijder et al., 2006).

2 Osteoporoza in vitamin D

Osteoporoza je metabolična kostna bolezen, za katero je značilna porušena sestava kostnega tkiva ter zmanjšanje kostne jakosti in mase kosti do te mere, da kost postane krhka in lomljiva (Tangpricha et al., 2003; Kocijančič, 2004). Je eden od pomembnih javnozdravstvenih problemov, ki povzroča visoko obolevnost in smrtnost. Osteoporotična kost se od normalne razlikuje po sestavi in vsebnosti kostnih mineralov, kostne trabekule se tanjšajo in izginjajo. Tako je za zlom potrebna majhna zunanja sila. Osteoporotični zlomi so trikrat pogostejši pri ženskah, pojavljajo pa se po 50. letu. Najpogostejši so zlomi koželjnice v zapestju, zlomi vretenc, zgornjega dela nadlahtnice in stegnenice (Rincon-Kohli, Zysset, 2008; Sinaki, 1998; Benhamou, 2007). Tako so na primer zlomi stegneničnega vratu in kosti trohanternega predela eni najpogostejših zlomov in zavzemajo skoraj polovico vseh zlomov stegnenice pri starejših. Smrtnost, povezana z zlomi kolka, je v prvem letu po poškodbi od 13 % do 30 %, po enem letu pa se preživetje izenači z ostalo populacijo za isto starostno skupino (Kyle, 1991; Smiljanić, 1994; Ackroyd, 1979).

Pomembna prednost kostnine je njena sposobnost samoobnavljanja, zato je ne moremo obravnavati kot togega materiala, ampak kot dinamičen sistem, ki stalno spreminja sestavo. Kost se lahko obnovi po poškodbah, se zaceli kot vsa tkiva v organizmu, sposobna pa je tudi preoblikovanja ali remodeliranja, tako da lahko bolje prenaša mehanične obremenitve (Bouxsein, Karasik, 2006; Ulstrup, 2008).

Kalcij in vitamin D sta že dolgo priznana kot pomembna in zelo potrebna elementa v prehrani za zdravje in vzdrževanje kosti. Dodajanje vitamina D pri bolnikih z izgubo kostne mase je ključnega pomena za optimalno okrevanje. V raziskavah so pokazali, da ima več kot 50 % žensk, ki se zdravijo zaradi izgube kostne mase, torej bolehajo zaradi osteoporoze, neustrezno količino vitamina D. Na trgu je na voljo več zdravil za zdravljenje osteoporoze, ki zagotavljajo izboljšave v kostni masi in zmanjšujejo tveganje zlomov (Holick et al., 2005).

Vitamin D je pomembno prehransko dopolnilo za vzdrževanje zdravja kosti. Spada med lipotopne vitamine, kamor sodijo še vitamini A, E in K. Primarni funkciji vitamina D sta regulacija absorpcije kalcija v črevesu in pospešena resorpcija kostne mase, ki zagotavlja vzdrževanje serumske koncentracije kalcija v normalnih mejah (Bouillon, 2001; Recker, 1985; Borghi et al., 2002). Viri vitamina D vključujejo ustrezno prehrano, izpostavljenost sončni svetlobi in prehranske dodatke, predvsem pri tistih ljudeh, ki imajo pomanjkanje vitamina D. Veliko ljudi predvsem v poznejšem življenjskem obdobju ne dosega ustrezne ravni vitamina D. Ocenjujejo, da kar 90 % odraslih v starosti od 50 do 70 let ne dobi dovolj vitamina D le iz prehrane (Tangpricha et al., 2003; Borghi et al., 2002; Chapuy et al., 2002; Dawson-Hughes et al., 1997).

3 Metabolizem vitamina D

Eno od oblik vitamina D, ki je v koži, imenujemo 7-dehidroholesterol. Po izpostavljenosti sončni svetlobi, natančneje, žarkom B ultravijoličnega spektra, se ta neaktivna oblika spremeni v provitamin D3, ki je izredno nestabilna spojina in se pod vplivom toplote zelo hitro spremeni v vitamin D3. Ta iz kožnih celic prestopa v medcelični prostor, nato pa v kapilare, kjer se veže na posebno prenašalno beljakovino, ki jo imenujemo vezavni protein vitamina D (Lips, 2001; MacLaughlin, Anderson, Holick, 1982). Kompleks potuje v jetrne celice, kjer s hidroksilacijo nastane 25-hidroksivitamin D, nato pa v ledvice. Tukaj se skladišči v celicah ledvičnih tubulov, kjer spet poteka hidroksilacija, ki vodi v nastanek 1,25 dihidroksivitamina D. To je biološko aktivna oblika vitamina D, ki je odgovorna za homeostazo kalcija. Vitamin D lahko dobimo tudi s prehrano. Ta oblika se absorbira v črevesni limfni sistem prek hilomikronov. Nato vstopi v krvni obtok in se tam veže na vezavni protein vitamina D, od koder se transportira v jetra in ledvice, kjer je ciklus pretvorbe enak (De Luca, 2004; Holick, 2004).

Določena bolezenska stanja lahko vplivajo na pomanjkanje vitamina D. Takrat je zmanjšana tudi resorpcija kalcija iz črevesa, kar vodi v povečano aktivnost osteoklastov, ki razgrajujejo kostnino in s tem sproščajo kalcij iz kosti. To namreč omogoči, da je koncentracija tega pomembnega elementa v krvni plazmi konstantna (Holick, 2005). Če je pomanjkanje vitamina D dolgotrajno in vitamina D ne nadomeščamo, se kalcij izplavlja iz kosti, kost pa se zato razgrajuje. Dolgoročno to vodi sprva v osteomalacijo in nato v osteoporozo, pomanjkanje pri otrocih pa povzroča rahitis (Holick, 2005; Holick, 2006).

Za preventivo osteoporoze in z njo povezanih zapletov je pomembno poznati raven vitamina D v plazmi starejših ljudi, kar lahko določimo z biokemičnimi analizami. Ni pomembno le nadomeščanje vitamina D z ustrezno prehrano in življenjskim slogom, ampak tudi fizična dejavnost. Predvsem fizične obremenitve kostnine vodijo h konstantnemu preoblikovanju kostnih trabekul in k utrjevanju kosti. Zato sta pomembna tudi ustrezna fizična dejavnost in zdrav življenjski slog. To pa lahko dosežemo z aktivacijo, motivacijo in ozaveščanjem starejših ljudi glede pomanjkanja vitamina D, osteoporoze in drugih bolezni, ki jih to pomanjkanje lahko spremlja, nadalje s promocijo zdravega življenjskega sloga, poudarkom na dejavni starosti z izboljšavo mentalne in telesne komponente individuuma, poudarjanjem krepitve in vzdrževanja dobre psihofizične kondicije in z vseživljenjskim učenjem (Holick, 2005; Holick, 2005; Holick, 2006).

4 Literatura

Artaza, J. N., Mehrotra, R., Norris, K. C. Vitamin D and the Cardiovascular System: Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2009; 4 (9): 1515–22.

Benhamou, C. L. Effects of osteoporosis medications on bone quality: Joint Bone Spine. 2007; 74: 39–47.

Bentley, G. Operative Surgery. Orthopaedics, 1. del. Butterworth & Co. Boston; 1979: 120–5.

Borghi, L., Schianchhi, T., Meschi, T. et al. Comparison of Two Diets for the Prevention of Recurrent Stones in Idiopathic Hypercalciuria: N Engl J Med. 2002; 346: 77–84.

Bouxsein, M. L., Karasik, D. Bone geometry and skeletal fragility: Curr Osteoporos Rep. 2006; 4: 49–56.

Chapuy, M.C., Pamphile, R., Paris, E. et al. Combined Calcium and Vitamin D3 Supplementation in Elderly Women: Confirmation of Reversal of Secondary Hyperparathyroidism and Hip Fracture risk: The Decalyos II Study: Osteoporosis Int. 2002; 13: 257–64.

Dawson-Hughes, B., Harris, S. S., Krall, E. A. et al. Effect of Calcium and Vitamin D Supplementation on Bone Density in Men and Women 65 Years of age or Older: N Engl J Med. 1997; 337: 670–6.

De Groot, L. J., Jameson, J. L. (ur.). Endocrinology. Filadelfija. Saunders; 2001: 1009–28.

De Luca, H. F. Overview of general physiologic features and functions of vitamin D: Am J Clin Nutr. 2004; 80: 1689–96.

Giovannucci, E. Vitamin D and cardiovascular disease: Curr Atheroscler Rep. 2009; 11 (6): 456–61.

Holick, M. F. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers and cardiovascular disease: Am J Clin Nutr. 2004; 80: 1678–88.

Holick, M. F. Vitamin D: Important for Prevention of Osteoporosis, Cardiovascular Heart Disease, Type 1 Diabetes, Autoimmune Diseases, and Some Cancers: South Med J. 2005; 98: 1024–7.

Holick, M. F. Resurrection of vitamin D deficiency and rickets: J Clin Invest. 2006; 116: 2062–72.

Holick, M. F., Siris, E. S., Binkley, N. et al. Prevalence of Vitamin D Inadequacy among Postmenopausal North American Women Receiving Osteoporosis Therapy: J Clin Endocrinol Metab. 2005; 90: 3215–24.

Lips, P. Vitamin D Deficiency and Secondary Hyperparathyroidism in the Elderly: Consequences for Bone Loss and Fractures and Therapeutic Implications: Endocr Rev. 2001; 22: 477–501.

MacLaughlin, J. A., Anderson, R. R., Holick, M. F. Spectral Character of Sunlight Modulates Photosynthesis of Previtamin D3 and Its Photoisomers in Human Skin: Science. 1982; 216: 1001–3.

Recker, R. R. Calcium Absorption and Achlorhydria: N Engl J Med. 1985; 313: 70–3.

Rincon-Kohli, L., Zysset, P. K. Multy-axial mechanical properties of human trabecular bone. Biomech Model Mechanobiol, 2008. Dostopno na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/ (12. 11. 2015).

Shrils, M. Modern Nutrition in Health and Disease. Baltimore. Lippincott; 2005: 329–45.

Sinaki, M. Musculoskeletal Challenges of Osteoporosis: Aging. 1998; 10: 249–62.

Smiljanić, B. Traumatologija. Školska knjiga. Zagreb; 1994: 145-62.

Smrkolj, V., Komadina, R. (ur.). Gerontološka travmatologija. Gracer. Celje; 2004: 55–63.

Snijder, M. B., van Schoor, N. M., Pluijm, S. M. et al. Vitamin D Status in Relation to One-Year Risk of Recurrent Falling in Older Men and Women: J Clin Endocrinol Metab. 2006; 91: 2980–5.

Steinberg, M. E. The Hip and Its Disorders. Saunders. Philadelphia; 1991: 280–90.

Tangpricha, V., Koutkia, P. V., Rieke, S. M. et al. Fortification of orange juice with vitamin D: a novel approach to enhance vitamin D nutritional health: Am J Clin Nutr. 2003; 77: 1478–83.

Ulstrup, A. K. Biomechanical concepts of fracture healing in weight-bearing long bones: Acta Orthop Belg. 2008; 74: 291–302.

Jasna Vešligaj Damiš, univ. dipl. psih., mag. Maja Čeh
Naprej, Center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo

DOLGOTRAJNA REHABILITACIJA ZA OSEBE S PRIDOBLJENO MOŽGANSKO POŠKODBO V SLOVENIJI – RAZLOGI, POTREBE IN PONUDBA STORITEV

LONG TERM REHABILITATION OF PEOPLE WITH ABI IN SLOVENIA - GROUNDS, NEEDS AND OFFER OF SERVICES

Povzetek

Pridobljena možganska poškodba (PMP) je okvara možganov, ki se pojavi po rojstvu in ni posledica genetskih sprememb, degenerativnih procesov, kot je staranje, ali nesreče pri porodu. Dolgoročne posledice možganskih poškodb je težko napovedati. Med posamezniki se razlikujejo in segajo od blagih do zelo težkih.

Za zagotavljanje kakovosti življenja po možganski poškodbi je nujna celovita oskrba, ki zagotavlja kontinuiteto ukrepov in postopkov od trenutka poškodbe skozi akutno obdobje do celovite obravnave v postakutnem obdobju. V primeru dolgotrajnih posledic na posameznikovo življenje lahko govorimo o dolgotrajni potrebi po psihosocialni pomoči oz. o dolgotrajni psihosocialni rehabilitaciji.

Dolgotrajna psihosocialna rehabilitacija oseb s PMP je večplasten, občutljiv in zahteven proces. Vsi njeni deli so strokovno osmišljeni in načrtovani. Zahteva individualizirano, usklajeno, kontinuirano strokovno pomoč in podporo uporabniku storitve ter njegovim svojcem. S tem mu omogoča ponovno obvladovanje življenja in maksimalno participacijo v skupnosti.

Prispevek bo osvetlil razloge, potrebe in ponudbo tovrstnih rehabilitacijskih storitev v Sloveniji, kjer trenutno obstajajo trije specializirani dnevni centri ter trije specializirani programi institucionalnega varstva oz. celodnevnega bivanja, kar ne zadošča za potrebe po tovrstnih storitvah. Obstaja namreč velika vrzel pri zagotavljanju enakomerne razpršenosti storitev in predvsem pomanjkanje bivalnih kapacitet za osebe s PMP na območju celotne Slovenije.

Ključne besede: pridobljena možganska poškodba, kakovost življenja, dolgotrajna psihosocialna rehabilitacija

Abstract

An acquired brain injury refers to any type of brain damage that occurs after birth, which is neither due to hereditary disposition nor to degenerative processes, such as ageing, nor to a birth trauma. Long-term consequences of brain injury are difficult to predict. They differ from person to person and range from mild to very serious.

To ensure the quality of life after brain injury, there is a need for comprehensive care that guarantees the continuity of actions and procedures from the moment of injury through the acute period to complete treatment in the post-acute period. In the case of long-term consequences on an individual's life, we can talk about the long-term need for psychosocial assistance or about long-term psychosocial rehabilitation.

Long-term psychosocial rehabilitation of people with ABI is a multifaceted, sensitive and demanding process. All its parts are professionally planned and meaningful. It requests individualised, coordinated, continuous technical assistance and support of users of services and their relatives, and thus allows them to once again control their life and enable them to participate in the community.

The contribution will shed light on the grounds, needs and offer of this type of rehabilitation services in Slovenia, where, currently, there are three specialised day care centres and three specialised programs of institutional care, which is far from covering the needs for such services. There is a huge gap in providing an equal dispersion of services and particularly the lack of accommodation facilities for people with ABI in the whole of Slovenia.

Key words: acquired brain injury, quality of life, long-term psychosocial rehabilitation

1 Uvod

Pridobljena možganska poškodba (PMP) je okvara možganov, ki se pojavi po rojstvu in ni posledica genetskih sprememb, degenerativnih procesov, kot je staranje, ali nesreče pri porodu (Antal et al., 2011). Dolgoročne posledice možganskih poškodb je težko napovedati. Med posamezniki se razlikujejo in segajo od blagih do zelo težkih.

Po možganski poškodbi je pogosto potrebna rehabilitacija na različnih področjih delovanja z različnimi potrebami po rehabilitaciji na različnih točkah v procesu okrevanja.

Britansko združenje za rehabilitacijsko medicino rehabilitacijo možganskih poškodb opredeljuje v smislu koncepta in storitve (Turner Stokes, 2003). Koncept rehabilitacije opredeljujejo kot »proces aktivne spremembe, s katerim oseba, ki je postala invalid, pridobi znanje in veščine, ki so potrebne za optimalno fizično, psihološko in socialno delovanje«. Storitev rehabilitacije opisujejo kot »uporabo vseh sredstev, da se zmanjša vpliv invalidnega stanja, in kot pomoč invalidom za dosego želene stopnje avtonomije in sodelovanja v družbi«.

Rehabilitacija – zagotovljena vzdolž kontinuitete oskrbe v razponu od bolnišnične do rehabilitacije v skupnosti – lahko izboljša zdravstvene rezultate, zmanjša stroške, skrajša število bolnišničnih dni, zmanjša invalidnost in izboljša kakovost življenja (WHO – World Report on Disability, 2011).

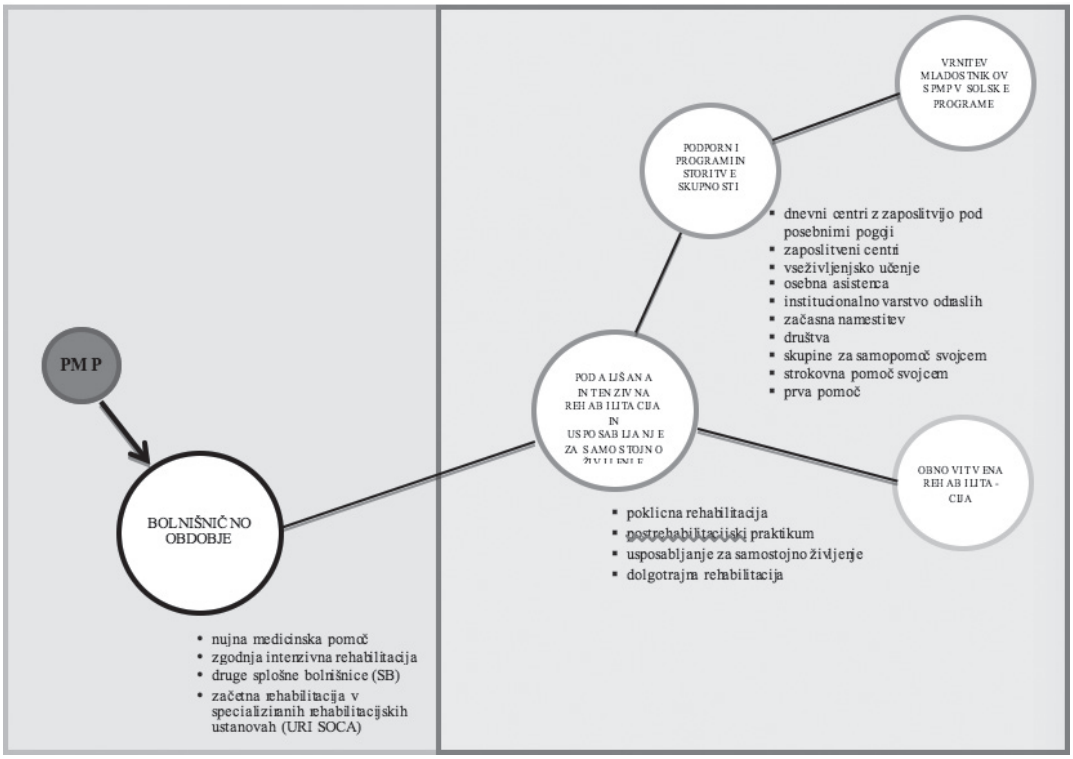
Cilj rehabilitacije po pridobljeni možganski poškodbi je, poškodovancem pomagati ponovno zaživeti samostojno, s čim manj pomoči in podpore; rehabilitacija je torej proces dejavnega učenja in poteka v treh fazah (Grabljevec, 2014):

- akutna se začne takoj po vzpostavitvi osnov življenjskega delovanja in po vseh potrebnih operativnih posegih,
- postakutna rehabilitacija nastopi, ko se bolnik začne zbujati iz kome in lahko začne tudi dejavno sodelovati,
- dolgotrajna psihosocialna je potrebna po odpustu iz zdravstvene ali rehabilitacijske ustanove v domače okolje.

2 Pridobljene možganske poškodbe v Sloveniji in pregled sistemskih poti po PMP v Sloveniji

V urgentnih kirurških ambulantah v Sloveniji vsako leto obravnavajo 4400 poškodovancev z vsemi oblikami poškodb glave in možganov, torej od blagih do resnih. Blage nesreče možganske poškodbe so ena najpogostejših diagnoz na področju okvar živčnega sistema s pomembnim deležem oseb, ki imajo dolgotrajne posledice, in zavzemajo od 70 % do 90 % vseh registriranih možganskih poškodb (Grabljevec, 2014a). 40 % poškodb se zgodi zaradi nesreče z motornim vozilom, 20 % poškodb se zgodi nemotoriziranim udeležencem v prometu (kolesarjem in pešcem), 35 % poškodb je posledica padcev različnih vzrokov (gre za delovne nesreče, športne poškodbe, poškodbe, nastale v prostem času) in le v 5 % je poškodba posledica nasilnega dejanja (Šešok, Grabljevec, 2010). Zaradi možganske kapi se letno zdravi 4400 ljudi (Klajnšček, 2015). V programih dolgotrajne rehabilitacije je obravnavanih 179 oseb (stanje 30. 6. 2012) (Vešligaj Damiš et al., 2014).

Slika 1: Pregled sistemskih poti po PMP v Sloveniji



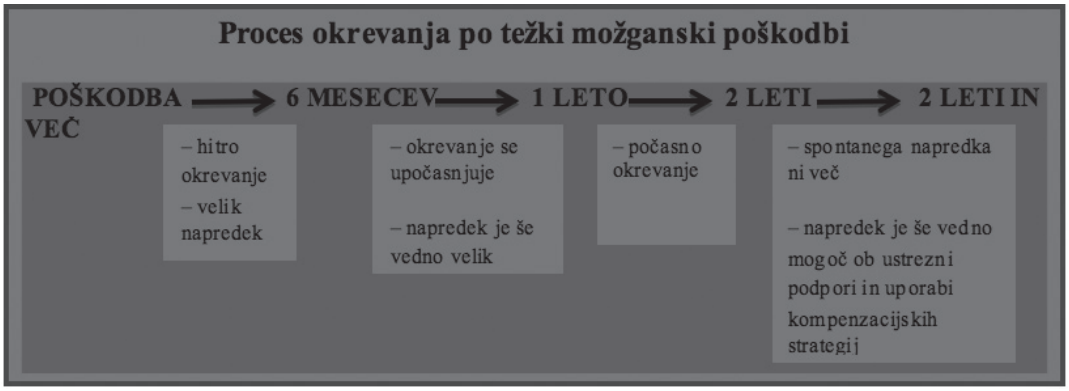
Vir: Vešligaj Damiš et al. (2014, 18–19)

3 Programi dolgotrajne psihosocialne rehabilitacije

3.1 Zakaj?

Ljudje z možgansko poškodbo pogosto v procesu akutne in postakutne rehabilitacije različno uspešno okrevajo. Po zaključeni zdravstveni rehabilitaciji obstaja možnost, da sledi hiter upad, zaradi česar se ujamejo v spiralo depresije, obupa in samomorilnih misli. Glavni razlog za postrehabilitacijsko krizo (the post-rehab slump) je pogosto psihične narave. Osebi s poškodbo možganov je povedano, da bo pozitivna zavezanost rehabilitaciji izboljšala rezultate. To je jasen cilj, pomembneje pa je, da se običajno opazi napredek, ki je posledica trdega dela.

Slika 2: Proces okrevanja po težki pridobljeni možganski poškodbi



Vir: Antal et al. (2011, 37)

Možgani po najboljših močeh okrevajo v določenem obsegu v letu ali dveh po poškodbi, kar prispeva k občutku napredka. Tudi po tej točki je napredek še mogoč, vendar je maj viden in mnogo manjši. Izboljšave lahko dosežemo z nadomestnimi strategijami, ki nadomestijo preostale primanjkljaje (tako mentalne kot tudi fizične). Neizogibno pride točka, ko postane očitno, da življenje nikoli več ne bo enako kot pred poškodbo. Logični korak je postavitev novih ciljev in poti v življenju. To pa je potrebno prav na vseh življenjskih področjih, od zaposlitve, skrbi za samega sebe, oblikovanja novih družinskih vlog do vključevanja v družbo in družbene dejavnosti. Pri tem moramo upoštevati, da sta doseganje teh novih ciljev in posameznikovo vsakodnevno delovanje pogosto ovirana zaradi zmanjšane samozavesti, upada kognitivnih sposobnosti in socialnih spretnosti, pogoste utrujenosti in pomanjkanja energije, slabšega nadzora čustvovanja, pogostih glavobolov ter drugih fizičnih omejitev (Acquired Brain Injury, 2013).

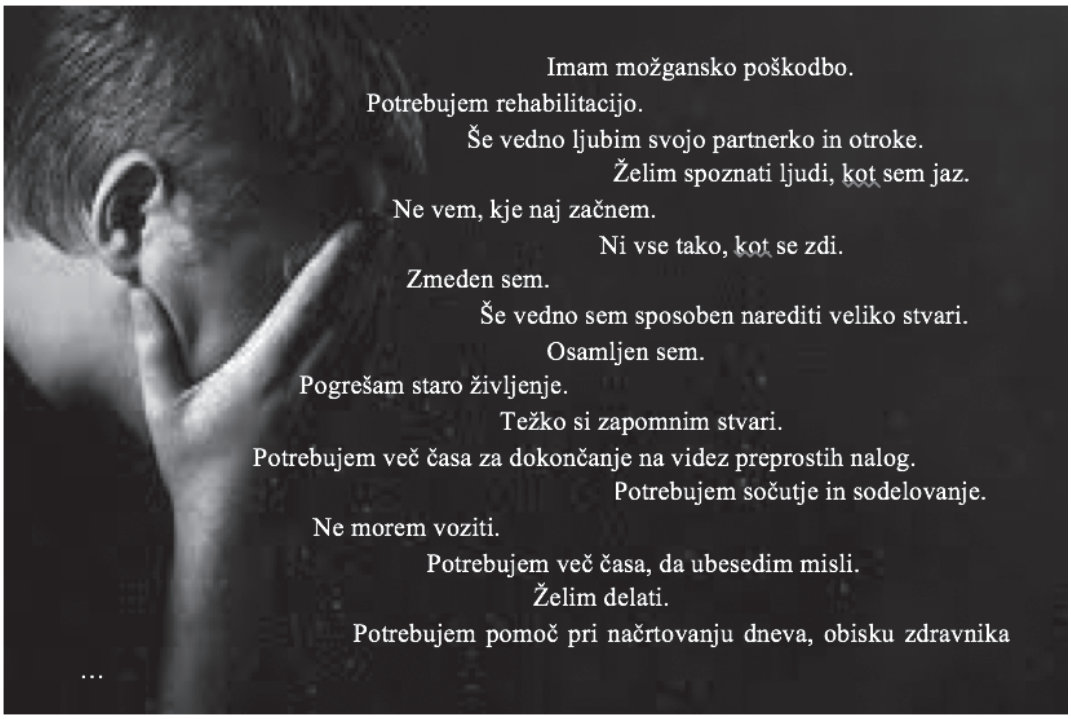
Na tej točki življenja, ko se poškodovanec in njegovi najbližji soočajo z dolgotrajnimi posledicami možganske poškodbe, govorimo o dolgotrajni potrebi po psihosocialni pomoči oz. o dolgotrajni psihosocialni rehabilitaciji.

Rehabilitacijski izid pri poškodovancu je rezultat vsestranskega medsebojnega vpliva med nevrološkimi dejavniki okolja, socialnimi okoliščinami, osebnostnimi značilnostmi in posameznikovimi psihološkimi reakcijami na vse našteto. Pogosto je uspeh rehabilitacije povezan tudi s subjektivno težo poškodbe, upoštevajoč osebnost, prilagoditvene sposobnosti, samopodobo, oceno lastnih zmožnosti ter čustveno odzivanje na spremenjene zmožnosti in perspektive. Pomembna pri tem sta tudi pozitiven in odgovoren odnos do rehabilitacije ter dobra družinska podpora.

3.2 Za koga?

Za osebe, ki so utrpele pridobljene možganske poškodbe in potrebujejo vsakodnevno pomoč pri vključevanju v družbo in okolje.

Slika 3: Imam možgansko poškodbo



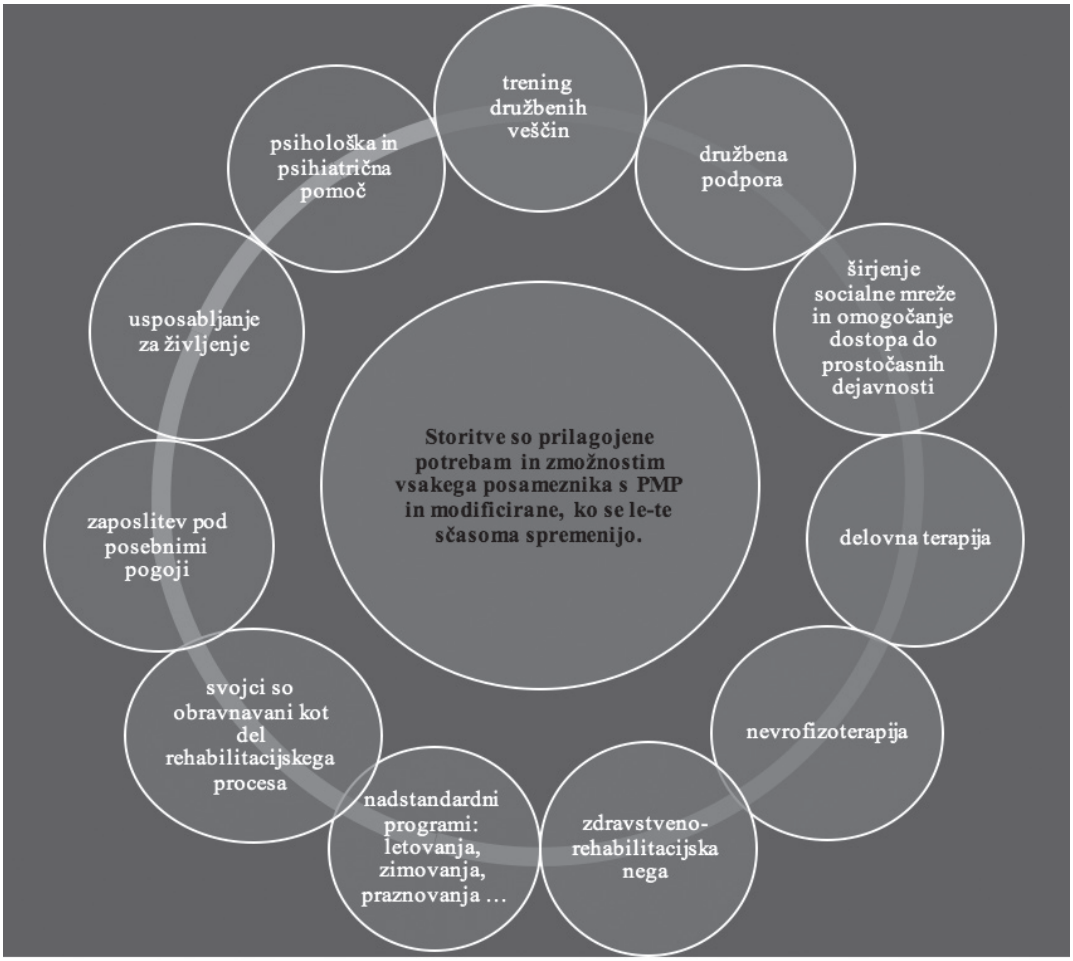
Vir: Depression Is More Than in Your Head, http://humanfitproject.com/mental-fitness/live-well/depression-is-more-than-in-your-head/ (29. 1. 2016)

3.3 Kaj je?

Dolgotrajna psihosocialna rehabilitacija oseb s PMP je večplasten, občutljiv in zahteven proces. Vsi njeni deli so strokovno osmišljeni in načrtovani. Zahteva individualizirano, usklajeno, kontinuirano strokovno pomoč ter podporo uporabniku storitve in njegovim svojcem. S tem mu omogoča ponovno obvladovanje življenja ter maksimalno participacijo in samostojnost v skupnosti. Zaželen rezultat je dvig kakovosti življenja in realnih življenjskih spretnosti.

Programi dolgotrajne psihosocialne rehabilitacije nudijo podporo osebam s PMP, da postanejo dejavni udeleženci pri svoji oskrbi. Cilji so izbrani v tesnem sodelovanju z osebo s PMP in so prilagojeni tako, da večajo posameznikovo sposobnost, delovati čim samostojneje.

Slika 4: Dolgotrajna psihosocialna rehabilitacija



3.4 Kdaj?

Po odpustu osebe s PMP iz zdravstvenih ali rehabilitacijskih ustanov v domače okolje, ko so zaključeni vsi aktivni programi zdravljenja in rehabilitacije in je na osnovi predhodnih strokovnih mnenj ugotovljeno, da gre za tako obsežne in trajne spremembe in omejitve na področju delovnega in socialnega vključevanja, da trenutno ni mogoče pričakovati vključitve v redno delovno ali šolsko okolje in druge obstoječe programe.

3.5 Cilji?

Dolgotrajna rehabilitacija je usmerjena v pomoč uporabnikom pri lažjem in hitrejšem prilagajanju v spremenjenih pogojih. Rehabilitacijski ukrepi so usmerjeni na telesne funkcije in strukture, dejavnosti in sodelovanje, okoljske in osebne dejavnike.

Splošni cilji so:

- doseči najvišjo mogočo stopnjo samostojnosti oseb po težkih možganskih poškodbah,
- izboljšanje kakovosti življenja vključenih oseb v vseh oblikah, in sicer v smislu normalizacije, individualizacije in integracije,
- večanje osebne odgovornosti uporabnikov s ciljem zagotavljanja možnosti soodločanja in dejavnega sodelovanja pri izvajanju storitve,
- spodbujanje možnosti za samopomoč in samoorganizacijo uporabnikov,
- dejavno vključevanje uporabnikov v življenjsko okolje,
- pomoč pri vključevanju v skupnost in družbeno življenje,
- maksimalno delovno vključevanje,
- razbremenitev družin,
- seznanjanje splošne in strokovne javnosti s specifično problematiko oseb s pridobljeno možgansko poškodbo.

3.6 Kje?

V Sloveniji so trije specializirani dnevni centri ter trije specializirani programi institucionalnega varstva oz. celodnevnega bivanja, ki nudijo osebam s PMP storitve dolgotrajne rehabilitacije.

- Center Naprej Maribor, Ulica heroja Jevtiča 9, 2000 Maribor, specializiran dnevnorehabilitacijski center, storitev se izvaja na dveh lokacijah, v Mariboru in Murski Soboti.
- Center Korak, Kidričeva 53, 4000 Kranj, specializiran dnevnorehabilitacijski center.
- Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič, Draga, Draga 1, 1292 Ig, ima enoto dnevne rehabilitacije Mavrica ter dve bivalni enoti.
- Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja, Dornava 128, 2252 Dornava, ima enoto institucionalnega varstva.
- Varstveno-delovni center Nova Gorica, Klanec 14a, 5250 Solkan, ima enoto institucionalnega varstva.

4 Programi rehabilitacijske obravnave oseb s PMP v Sloveniji in prikaz potreb po dodatnih storitvah

Slika 5: Programi rehabilitacijske obravnave oseb s PMP v Sloveniji in prikaz potreb po dodatnih storitvah

	Zgodnja rehabilitacija	UKC Ljubljana, UKC Maribor
	Postakutna bolnišnična obravnava/začetna rehabilitacija	URI Soča Ljubljana VDC Nova Gorica
	Poklicna rehabilitacija	CPR URI Soča z enotami v Ljubljani, Mariboru, Murski Soboti in na Ptuju
	PRI – postrehabilitacijski praktikum	šolski program v Centru za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik
	Dolgotrajna rehabilitacija	CUDV Draga, enota Mavrica v Ljubljani Center Korak, Center Naprej
	Vzdrževanje	Dnevni centri s socialnovarstvenimi programi, zaposlitev pod posebnimi pogoji in integrirana zaposlitev ter vzdrževanje stanja
	IVO – institucionalno varstvo odraslih	CUDV Draga, enota Mavrica v Ljubljani ZUDV Dornava, VDC Nova Gorica
	ZC – zaposlitveni center	Za zaposlitev na zaščitenih delovnih mestih: CUDV Draga, enota Mavrica v Ljubljani Center Korak
	Društva za pomoč po nezgodni MP	Društvo Vita
	Potrebe po dolgotrajni rehabilitaciji – dnevna rehabilitacija – IVO	

5 Zaključek

Zaradi vedno večjega poznavanja posledic možganske poškodbe za posameznika, njegovo družino in sorodnike ter družbo smo v Sloveniji razvili različne ukrepe in pristope k rehabilitaciji oseb po možganski poškodbi. Na tovrstne potrebe pa se je bolj ali manj ustrezno odzvala strokovna javnost, kar lahko opazimo z dokaj hitrim razvojem in porastom različnih vrst rehabilitacijskih ukrepov in strategij ter vključevanjem številnih uporabnikov s PMP v različne storitve in institucije. Nekatere izmed njih so specializirane za rehabilitacijo oseb s PMP, mnoge pa ne in so ustanovljene za druge ciljne skupine ter niso strokovno ustrezno prilagojene za delo in/ali rehabilitacijo oseb s PMP. Zaradi tega, predvsem pa zaradi razlik v rehabilitacijskih pristopih, se moramo nujno vprašati, ali so tovrstne metode rehabilitacije uporabnikov po možganski poškodbi učinkovite.

V Sloveniji imamo zelo dobro organizirano in strokovno zasnovano akutno in postakutno rehabilitacijo za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo. Sicer je razvidno, da so storitve osredotočene na centralno regijo v Sloveniji in na velike bolnišnice v Sloveniji (akutna rehabilitacija). Vendar so storitve na zelo visoki strokovni ravni. Večji primanjkljaji se kažejo v kroničnem obdobju po možganski poškodbi, v katerem lahko vidimo, da so sicer strokovne zasnove in sistemske poti reševanja omenjene problematike dobro oblikovane. Primanjkljaji pa se kažejo predvsem v premajhnem številu tovrstnih storitev in preslabi regijski pokritosti omenjene storitve. Hkrati še vedno opažamo, da so poti in povezave med posameznimi fazami rehabilitacije še vedno slabe, uporabniki storitev ne dobijo potrebnih informacij, kar posledično pogosto prekine njihovo rehabilitacijsko pot. Hkrati pa lahko izpostavimo zelo dobro sodelovanje med Univerzitetnim rehabilitacijskim inštitutom Republike Slovenije – Soča in centri za dolgotrajno rehabilitacijo oseb s PMP, kot sta Center Naprej Maribor in Center Korak Kranj. Tovrstno sodelovanje omogoča bolnikom s PMP, da lahko ustrezno nadaljujejo svojo rehabilitacijo, s čimer jim je zagotovljena kontinuiteta rehabilitacije z ustreznim prenosom potrebnih podatkov.

Glede na statistične podatke možganskih poškodb, ki se zgodijo na območju Slovenije na letni ravni, predvidevamo, da je še veliko oseb, ki niso vključene v nobeno od teh storitev oz. programov in so v domači oskrbi ter bi prav tako potrebovale storitve dolgotrajne specializirane rehabilitacije. Najpogosteje te osebe za tovrstne storitve ne vedo, jih ne poznajo, saj opažamo, da ob zaključeni zdravstveni rehabilitaciji ne dobijo ustreznih podatkov, na koga in kam se lahko obrnejo za nadaljnjo pomoč in rehabilitacijo. Še vedno opažamo, da se v tovrstne ustanove posamezniki ne vključujejo zaradi stigmatizacije, ki označuje poseben odziv okolja na drugačnost/različnost oseb, vključenih v tovrstne ustanove, ki še vedno obstaja v naši družbi. Posledica stigmatizacije pa se vedno izraža v socialni distanci do stigmatiziranih oseb in skupin. Pogosto osebe s PMP, ki se ne vključujejo v nobeno obliko dolgotrajne rehabilitacije v okviru našega sistema socialnozdravstvene oskrbe, iščejo rešitve zunaj uradnega sistema, pri zasebnih izvajalcih posameznih storitev, kar ni načrtovano, specializirano in ne temeljijo na večdisciplinarnem pristopu. Pogosto za tovrstne obravnave te osebe in njihovi sorodniki porabijo ogromno finančnih sredstev, česar pa najpogosteje ne zmorejo dolgo, saj so z izgubo delovnih sposobnosti in pogosto tudi zaposlitve poškodovane osebe že tako finančno prikrajšane.

Literatura

Acquired Brain Injury: The Facts – The practical guide to understanding and responding to Acquired Brain Injury and Challenging Behaviours. Queensland: Synapse – Reconnecting lives. The Brain Injury Association of Queensland; 2013. Dostopno na: https://synapse.org.au/media/71265/acquired_brain_injury_-_the_facts_-_forth_edition__2013_.pdf (5.11.2015).

Antal, Z. et al. (2011). Priročnik za delo z osebami s pridobljeno možgansko poškodbo. Ljubljana: Center za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo Zarja; 11.

Depression Is More Than in Your Head. Dostopno na: http://humanfitproject.com/mental-fitness/live-well/depression-is-more-than-in-your-head/ (29.1.2016).

Grabljevec, K. (2014). Možganske poškodbe – golo preživetje ne zadošča: elektronska izdaja revije Zdravje. Dostopno na: http://www.zdravje.si/mozganske-poskodbe (6.12.2015).

Grabljevec, K. (2014a). Klinične smernice za rehabilitacijo odraslih oseb po nezgodni poškodbi: Rehabilitacija. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 53–68.

Klanjšček, G. (2015). Obravnava bolnika z akutno možgansko kapjo: Farmacevtski vestnik. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo; 66: 49–55.

Šešok, S., Grabljevec, K. Nezgodne možganske poškodbe – tiha epidemija z dolgosežnimi posledicami: JAMA. Radovljica: Didakta; 5: 199–201.

Turner Stokes, L. (ur.). (2003). Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: National Clinical Guidelines. London: Royal College of Physicians and British Society of Rehabilitation Medicine.

Vešligaj Damiš, J., Čeh, M. et al. (2014). Storitve dolgotrajne rehabilitacije za osebe s pridobljeno možgansko poškodbo. Maribor: Center Naprej; 18–19, 49.

WHO – World Report on Disability. Ženeva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (2011): 120. Dostopno na: http://www.who.int/disabilities/world%20report/2011/report.pdf?ua=1 (15.11.2015).

Marko Vidnjevič, PhD,
University of Primorska, ZRS - University Kinesiology Center, Koper, Slovenia
Armin Paravlić, PhD student,
University of Primorska, Science and Research Centre, Institute for Kinesiology Research, Koper, Slovenia
Urška Gašperin, PhD student,
University of Primorska, Faculty of Mathematics, Natural Sciences and Information Technologies, Applied Kinesiology, Koper, Slovenia

TENSIOMYOGRAPHY MEASUREMENTS OF MUSCLE BY ELDERLY PEOPLE; IMPLEMENTATION OF PHYSICAL ACTIVITIES WITH TWO LEVEL INTERVENTIONS

Abstract

Theoretical basis: Regular physical activity is an important contributor to a healthy lifestyle in the prevention of chronic disease (Pate et al., 1995). Aging, however, is associated with a decline in physical activity level (Black, Coward, Cole, Prentice, 1996). That leads to decrease of muscle mass and strength. The maintenance of muscle strength and the prevention of sarcopenia are extremely important for older adults to be able successfully perform physical tasks and exercise, including daily activities like walking, showering and caring for one's personal needs. Pisot et al. 2015 suggest that we can counteract biological aging with higher level of physical activity and Zhu et al. 2006 also discuss about many health benefits of physical activity of the elderly. The purpose of the present study was to develop physical activity interventions to improve muscle status of the elderly.

Methodology: 17 randomly selected healthy late-middle-aged and old-aged participants (64.36 ± 4.65 years of age; body mass 69.71 ± 10.34 kg; height 159.64 ± 8.37 cm) were measured in the University Kinesiology Center, using tensiomyography as a well established skeletal muscle contractile properties assessment method. The measurements were repeated three times (in the three month period).

Results: The second measurements showed improvements in muscle tone and muscle symmetry of all six muscle pairs. The most progress was noticed in the biceps femoris muscles, followed by vastus medialis and erector spinae, which were still over toned. The third measurements showed improvements in muscle response.

Discussion: The study shows that, in an elderly population, is necessary to implement workout interventions to increase their muscle tonus, muscle response and symmetry in order to improve the quality of life, muscular strength, functional performance, physical abilities, and self-efficacy.

Key words: tensiomyography, elderly, contraction time (Tc), displacement (Dm), physical activity

1 Introduction

According to the World Health Organization, being physically inactive is a leading cause of mortality (Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010) and all physically active people would probably agree with Lee (2015) that "physical activity has positive physical, mental, and emotional effects", and we can continue that regular physical activity is an important contributor to a healthy lifestyle and prevents chronic disease (Pate et al., 199). Lee (2015) examined the relationship between depression symptom and physical performance in elderly women and proved that physical performance factors were strongly associated with depression symptoms. Therefore it can be concluded that improvements in physical performance may play an important role in preventing depression. Park and Kim (2011) also agree that regular exercise and vigorous physical activity exert a positive influence on the physical and mental health of the elderly. This is a very important argument because it is reported that depression is a general public health problem and is associated with many physical diseases, such as cardiovascular disease and diabetes (Carney et al., 2002; Newcomer et al., 2002).

Furthermore, a low level of physical activity is a major lifestyle risk factor for the development of the metabolic syndrome, along with abdominal obesity and insulin resistance (Grundy et al., 2005). The fact that the regional distribution of adipose tissue is as or even more important as the total amount of body fat in predicting disease-causing complications that have been traditionally associated with obesity has received increasing attention in scientific and academic circles (Tchernof, Després, 2013). It has been frequently considered by expressing body weight as a function of height, the most commonly used index being the body mass index (BMI) calculated as weight in kilograms divided by height in meter squared (Keys et al., 1972). Ruderman et al. originally introduced the limitations of the BM,I which relate to the metabolically obese, normal-weight (MONW) subject (Ruderman, Schneider, Berchtold, 1981). And vice versa, other research groups described metabolically healthy obese (MHO) individuals, which have BMI above 30 kg/m2 but are not characterised by insulin resistance or dyslipidemia (Bonora et al., 1988; Karelis et al., 2004). The aforementioned studies propose that high risk of cardiovascular disease (CVD risk) may be observed even below the normal BMI cut-off of 25 kg/m2. Crucial factor, which supports the difference in CVD risk between MONW and MHO individuals, is probably the existence of excess visceral adipose tissue (Després et al., 1989). Computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) has enabled exceptional progress in the field of body composition/adipose tissue distribution (Ferland et al., 1989).

And what can be one of the serious problems about elderly and exercise? Aging, however, is associated with a decline in physical activity level (Black, Coward, Cole, Prentice, 1996). Meijer, Goris, Wouters and Westerterp (2001) explained in their study that physical activity level (PAL) of the elderly was significantly lower than the PAL of the younger adults. Their findings showed that, in the elderly, spending relatively more time on low-intensity activities affects the mean PAL negatively but they also concluded that is not necessarily imply high--intensity activities like sports to obtain a higher PAL. They recommended that older adults should spend more time on moderate-intensity activities, such as walking or cycling. On the other hand, some other experts claimed there is an increased health benefit with increased physical activity (Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010; Garber et al., 2011; Nelson et al., 2007).

How can we know what is the most adequate physical activity for elderly? Age muscle strength is decreased due to skeletal muscle atrophy. This leads to decreased mobility, an increase with assistance of activities of daily living and fear of falling and hip fractures (Bherer, Erickson, Liu-Ambrose, 2013). The American College of Sports Medicine (ACSM) recommends that all adults over the age of 65, who have no physical activity limitations, have a specific plan for physical activity, which includes "aerobic, muscle-strengthening, and flexibility activities (and possibly balance exercises)". These activities need to meet the standards of being both preventative and therapeutic (Nelson et al., 2007).

The aim of the present study was: to develop physical activity interventions to improve muscle status of elderly; to show the importance in monitoring the muscle training interventions; to present the importance of muscle fibre and muscle symmetry evaluation applying tensiomyography method (TMG) for neuromuscular evaluation; to identify the effect of training interventions on body composition, using bioelectrical impedance (BIA).

2 Methodology

17 randomly selected healthy late-middle-aged and old-aged participants (64.36 ± 4.65 years of age; body mass 69.71 ± 10.34 kg; height 159.64 ± 8.37 cm) were measured in the University Kinesiology Center within three-month period. TMG and BIA measurements were taken three times, at the beginning, in the middle and at the end of the training programme.

1. BIA (Tanita MC-780 MA) as a method of assessing trunk fat (%), muscle mass (kg), visceral fat level, total body water (TBW in % and kg), extracellular and intracellular water (ECW, ICV in kg).

2. TMG as a method of evaluating muscle status of five muscle pairs: biceps femoris (BF), erector spinae (ES), rectus femoris (RF), vastus lateralis (VL), vastus medialis (VM). The parameters to be measured were maximal muscular displacement (Dm) and contraction time (Tc).

3 Results

TMG

Group report from the first measurement showed that stretching exercises are recommended for both erector spinae muscles with an emphasis on the left side muscle.

Activation exercises are recommended for all muscles with an emphasis on both biceps femoris muscles, on both vastus medialis muscles and on both vastus lateralis muscles.

Strength exercises are recommended for both biceps femoris muscles and for both vastus lateralis muscles, with an emphasis on the left vastus lateralis muscle.

Group report from the second measurement showed that activation exercises are recommended for all muscles with an emphasis on both biceps femoris muscles, especially on the right muscle.

Strength exercises are recommended for both biceps femoris muscles and for both vastus lateralis muscles, but results showed that interventions increased muscle strength in almost all muscle pairs during one month period.

Stretching exercises are recommended for both erector spinae muscles and the results showed that situation has not changed for the better since the first measurements.

Group report from the third measurements showed that activation exercises are recommended for both biceps femoris muscles, but interventions had positive effects on all other muscle pairs. That means that muscles were much more activated when compared to the first and second measurements.

Strength exercises are recommended for both biceps femoris muscles. In this cas,e interventions did not have a positive impact on overall muscle strength in when compared to the first and second measurements. Progress was not identified.

Stretching exercises are recommended for both erector spinae muscles and the results showed that since the first and second measurements, the situation has not changed.

The overall effectiveness of interventions, designed to increase physical activity, was positive. During the three month period, muscle strength increased and muscles became more activated and faster, which was the main goal of our training programme. But priority is still focus on the activation exercises in order to achieve desired results and improved outcomes.

BIA (Tanita MC-780 MA)

Analysis of anthropometric variables

In the observation group of elderly subjects (N = 17; 3 male and 14 female) there were, on average, no statistically significant differences in the observed body composition variables from the start and after three months of training.

The only variable in which a decrease was observed, was the ratio of muscle mass in the lower limbs to body weight. This reduction is not desirable because the parameter is an indirect indicator of physical fitness of individuals and probably indicates lack of exercise aimed at improving (preserving) muscle strength during the observed period.

In reviewing individual results, we found that exercise had a positive effect on the anthropometric variables of two individuals, six individuals showed undesirable effect, and other individuals did not detect any effect via the observed variables. The increase in fat mass is most likely due to lack of endurance-type exercise during the observation period and the reduction in fat mass was likely at the expense of lack of strength training.

4 Discussion

Until now, TMG has been used: to evaluate atrophy related muscle stiffness loss (Pišot et al., 2008; Šimunič et al., 2008); to measure adaptation to specific training (Kerševan et al., 2002; Rey et al., 2012; Garcia-Garcia, 2013); to measure adaptation to pathologies such are muscle spasticity (Grabljevec, Burger, Kerševan, Valenčič, & Marinček, 2005), peripheral arterial disease (Gasparini et al., 2012), paralytic poliomyelitis (Grabljevec et al., 2005), above knee leg amputation (Burger et al., 1996), and multiple sclerosis (Neamtu et al., 2011); to measure muscle fatigue (Garcia-Manso, 2011 and 2012; Hunter et al., 2012); and to estimate muscle composition (Dahmane et al., 2000 and 2005; Šimunič, 2011).

Muscle symmetry is also very important and estimation of harmonisation between agonistic and antagonistic muscles, synergistic muscles and same muscles on left and right side of the body, is based on muscles' biomechanical properties i.e. parameters, calculated from TMG response. Total harmonisation (100%) is hardly ever the case, the lowest level sufficient muscle groups' functionality is defined by 80% for lateral and 65% for agonistic/synergistic harmonisation. Harmonization below this level either reflects past injures, muscle adaptation or indicates increased exposure to injury (Markulincić, Muraja, 2007).

In this study, TMG was used in order to measure the stomach muscle displacement in response to an electrical stimulus in elderly people, in particular of the five muscle pairs. According to the results, we can conclude: that TMG is a reliable method as muscle assessment tool; based on TMG measurements, we can develop and evaluate training interventions.

Rusu et al. (2013) also concluded that it is possible to develop muscle training, which can be monitored through TMG. They studied two groups of junior football players, group 1 (experimental group) and group 2 (control group), each containing 15 football players and considered two situations of muscle training. One of the findings was that, relying on the neuromuscular assessment, they can succeed in conceiving individualised muscle training programme or a specific muscle training programme for each position of the football player within his team.

Pietrobelli, Rubiano, St-Onge and Heymsfield (2004) validated the latest generation of 8-electrode segmental analyser (BC-305) and the older 4-electrode analyser (TBF-310) against DXA measurements in 20 men and 20 women aged 6 to 64 years. They assessed the ability to measure % body fat, lean soft tissue (LST) and appendicular lean soft tissue (ALST = LST in arms, legs and total). They concluded that: "The new 8-electrode BIA system offers an important new opportunity of evaluating skeletal muscle in research and clinical settings. The additional electrodes of the new BIA system also improve the association with DXA % fat estimates over those provided by the conventional foot–foot BIA."

In this paper, BIA was recognised as the best-suited method for assessing body composition based on specific characteristic desired for interpretation. The aim was to demonstrate that the Tanita MC-780 MA (Tanita Corp, Tokyo, Japan) has the potential to provide valuable information to improve the assessment of individual health risks or to monitor the impact of intervention.

The present study was especially focused on correct measurement of trunk fat (%), muscle mass (kg), visceral fat level, total body water (TBW in %) and body symmetry in 17 elderly subjects in a three-month period during their training programme (twice a week), which included training interventions based on TMG results. Based on a thorough muscle assessment and body composition, specifically tailored training programme can be developed. From this point of view, we consider that it is vitally important to monitor and evaluate results constantly, in order to improve important fall-risk factors like deficits in muscle strength / power and balance performance of elderly. The study shows that it is necessary to implement workout interventions to increase their muscle tonus, muscle response and symmetry among the elderly, in order to improve their quality of life, muscular strength, functional performance, physical abilities and self-efficacy.

References

Bherer, L., Erickson, KI., Liu-Ambrose, T. (2013). A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults: J Aging Res; 2013:657508.

Black, AE., Coward, WA., Cole, TJ., Prentice, AM. (1996). Human energy expenditure in affuent societies: an analysis of 574 doubly labelled water measurements: Eur J Clin Nutr; 50: 72-92.

Bonora, E., Kiechl, S., Willeit, J., Oberhollenzer, F., Egger, G., Targher, G., Alberiche, M., Bonadonna, RC., Muggeo, M. (1988). Prevalence of insulin resistance in metabolic disorders: the Bruneck Study. Diabetes; 47: 1643–1649.

Burger, H., Valenčič, V., Marinček, Č., Kogovšek, N. (1996). Properties of musculus gluteus maximus in above-knee amputees. Clinical Biomechanics; 11(1): 35–8.

Carney, RM., Freedland, KE., Miller, GE., Jaffe, AS. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms: J Psychosom Res; 53: 897-902.

Dahmane, R., Djodjevič, S., Šimunič, B., Valenčič, V. (2005). Spatial fiber type distribution in normal human muscle: Histochemical and tensiomyographical evaluation. Journal of Biomechanics; 38: 2451-2459.

Dahmane, R., Valenči, V., Knez, N., Eržen, I. (2000). Evaluation of the ability to make noninvasive estimation of muscle contractile properties on the basis of the muscle belly response. Medical & Biological Engineering & Computing; 38: 51–55.

Després, JP., Nadeau, A., Tremblay, A. Ferland, M., Moorjani, S., Lupien, PJ., Thériault, G., Pinault, S., Bouchard, C. (1989). Role of deep abdominal fat in the association between regional adipose tissue distribution and glucose tolerance in obese women. Diabetes; 38: 304–309.

Ferland, M., Després, JP., Tremblay, A., Pinault, S., Nadeau, A., Moorjani, S., Lupien, PJ., Thériault, G., Bouchard, C. (1989). Assessment of adipose tissue distribution by computed axial tomography in obese women: association with body density and anthropometric measurements. Br J Nutr; 61: 139–148.

Fidanza, F., Karvonen, MJ., Kimura, N., Taylor, HL. (1972). Indices of relative weight and obesity. J Chronic Dis; 25: 329–343.

Garber, CE., Blissmer, B., Deschenes, MR., Franklin, BA., Lamonte, MJ., Lee, IM., Nieman, DC. et al. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Med Sci Sports Exerc; 43(7): 1334-1359.

García-García, O., Cancela-Carral, JM., Martínez-Trigo, R., Serrano-Gómez, V. (2013). Differences in the contractile properties of the knee extensor and flexor muscles in professional road cyclists during the season. Journal of Strength & Conditioning Research; 27(10): 2760–7.

García-Manso, JM., Rodríguez-Matoso, D., Sarmiento, S., De Saa, Y., Vaamonde, D., Rodríguez--Ruiz, D., Da Silva, ME. (2010). La tensiomiografía como herramienta de evaluación muscular en el deporte. Revista Andaluza de Medicina del Deporte; 3(3): 98-102.

García-Manso, JM., Rodríguez-Matoso, D., Rodríguez-Ruiz, D., Sarmiento, S., de Saa, Y., Calderón, J. (2011). Effect of cold-water immersion on skeletal muscle contractile properties in soccer players. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation; 90(5), 356–63.

Gasparini, M., Šabovič, M., Gregorič, ID., Šimunič, B., Pišot, R. (2012). Increased fatigability of the gastrocnemius medialis muscle in individuals with intermittent claudication. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery; 44(2): 170–6.

Grabljevec, K., Burger, H., Kerševan, K., Valenčič, V., Marinček, Č. (2005). Strength and endurance of knee extensors in subjects after paralytic poliomyelitis. Disability and Rehabilitation; 27(14): 791–9.

Grundy, SM., Cleeman, JI., Daniels, SR. et al. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement: Circulation; 112: 2735–52.

Hunter, AM., Galloway, SD., Smith, IJ., Tallent, J., Ditroilo, M., Fairweather, MM. Howatson, G. (2012). Assessment of eccentric exercise-induced muscle damage of the elbow flexors by tensiomyography. Journal of Electromyography and Kinesiology; 22(3): 334–41.

Karelis, AD., St-Pierre, DH., Conus, F., Rabasa-Lhoret, R., Poehlman, ET. (2004). Metabolic and body composition factors in subgroups of obesity: what do we know? J Clin Endocrinol Metab; 89: 2569–2575.

Kerševan, K., Valenčič, V., Djordjevič, S., Šimunič, B. (2002). The muscle adaptation as a result of pathological changes or specific training procedures. Cellular and Molecular Biology Letters; 7(2): 367–9.

Lee, YC. (2015). A study of the relationship between depression symptom and physical performance in elderly women: J Exerc Rehabil.; 11(6): 367-71.

Meijer, EP., Goris, AHC., Wouters, L., Westerterp, KR. (2001). Physical inactivity as a determinant of the physical activity level in the elderly: International Journal of Obesity; 25: 935-939.

Neamțu, MC., Rusu, L., Rusu, PF., Neamțu, OM., Georgescu, D., Iancău, M. (2011). Neuromuscular assessment in the study of structural changes of striated muscle in multiple sclerosis. Romanian Journal of Morphology and Embryology; 52(4): 1299–303.

Nelson, ME., Rejeski, WJ., Blair, SN., Duncan, PW., Judge, JO., King, AC., Macera, CA. et al. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association: Circulation; 116(9): 1094-1105.

Newcomer, JW., Haupt, DW., Fucetola, R., Melson, AK., Schweiger, JA., Cooper, BP., Selke, G. (2002). Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia: Arch Gen Psychiatry; 59: 337-345.

Park, IS., Kim, YH. (2011). Influence of line dance participants' physical self-efficacy and health promotion acts in mental happiness: J Sport Leis Stud; 43:127-139.

Pate, RR., Pratt, M., Blair, SN., Haskell, WL., Macera, CA., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, GW., King, AC., Kriska, A., Leon, AS., Marcus, BH., Morris, J., Paffenberger, RS., Patrick, K., Pollock, ML., Rippe, JM., Sallis, J., Wilmore, JH. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the CDC and ACSM. JAMA; 273: 402-407.

Pišot, R., Narici, MV., Šimunič, B., De Boer, M., Seynnes, O., Jurdana, M., Biolo, G., Mekjavić, IB. (2008). Whole muscle contractile parameters and thickness loss during 35-day bed rest. European Journal of Applied Physiology; 104(2): 409–14.

Rey, E., Lago-Peñas, C., Lago-Ballesteros, J. (2012). Tensiomyography of selected lower-limb muscles in professional soccer players. Journal of Electromyography and Kinesiology; 22(6): 866–72.

Ruderman, NB., Schneider, SH., Berchtold, P. (1981). The "metabolically-obese," normal-weight individual. Am J Clin Nutr; 34: 1617–1621.

Šimunič, B., Degens, H., Rittweger, J., Narici, M., Mekjavić, IB., Pišot, R. (2011). Noninvasive estimation of myosin heavy chain composition in human skeletal muscle. Medicine and Science in Sports and Exercise; 43(9): 1619–25.

Šimunič, B., Rittweger, J., Cankar, G., Jurdana, M., Volmut, T., Šetina, T., Mekjavić, IB., Pišot, R. (2008). Odziv sestave telesa, mišic ne togosti in ravnotežja po 35-dnevni odsotnosti gibanja pri mladih in zdravih preiskovancih. Zdravstveno Varstvo; 47(2): 60–71.

World Health Organization. (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health; 30-33.

Martina Visočnik, dipl. fiziot., mag. Tine Kovačič, dipl. fiziot.
Alma Mater Europaea – ECM

VPLIV PROGRAMA SPECIALNE OLIMPIADE MLADI ŠPORTNIK NA GIBALNE SPOSOBNOSTI VRTČEVSKIH OTROK Z RAZVOJNIMI MOTNJAMI – PILOTSKA ŠTUDIJA Z UPORABO PROTOKOLA KONTROLNE KLINIČNE ŠTUDIJE

IMPACT OF SPECIAL OLYMPICS YOUNG ATHLETES PROGRAMME ON MOTOR SKILLS OF KINDERGARTEN'S CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS: PILOT STUDY USING RANDOMISED CONTROL STUDY DESIGN

Povzetek

Teoretična izhodišča: Namen pilotske študije je bil, spoznati vpliv programa Mladi športnik na gibalno učenje otrok z razvojnimi motnjami in vpliv na gibalne sposobnosti za doseganje bistvenih veščin, ki jih fizioterapevti identificiramo za doseganje napredka. Veljavnost učinkovitosti programa Mladi športnik je bila raziskana s protokolom kontrolne klinične študije. Sekundarni namen te pilotske študije pa je bil, določiti izvedljivost prihodnje, večje kontrolne klinične študije o vplivu in učinkih programa Mladi športnik pri otrocih z razvojnimi motnjami v kliničnem okolju.

Metodologija: Osem vrtčevskih otrok z razvojnimi motnjami iz predšolskih oddelkov OŠ Gustava Šiliha je bilo naključno razvrščenih v študijsko (N = 4) in kontrolno skupino (N = 4). Skupini sta bili deležni razvojnonevrološke obravnave, študijska skupina pa je bila deležna še dvomesečne vadbe po programu Mladi športnik. Takoj po randomizaciji in ob zaključku dvomesečnega izvajanja programa smo jih testirali z motorično testno lestvico (Young Athletes Motor Checklist). Podatke smo statistično obdelali s programom Statistical Package for Social Sciences (SPSS), različica 22.

Rezultati: Skupini se v začetnih meritvah nista razlikovali v rezultatih testiranja gibalnih sposobnosti. Pri študijski skupini je bilo sicer opazno izboljšanje, prav tako pri kontrolni, vendar razlike med skupinama niso bile statistično značilne. Študijska skupina je z dodatno možnostjo gibalnega učenja in vadbe po programu Mladi športnik pridobila nove spretnosti, potrebne za posamezen šport specialne olimpijade.

Razprava: Na osnovi rezultatov sklepamo, da je dvomesečni program prekratka doba za doseganje napredka na področju gibalnih spretnosti, zato bi bilo v prihodnje treba preveriti dolgoročne učinke. Vsekakor pa je program dobro zasnovan in lahko ugodno vpliva na razvoj gibalnih sposobnosti, če ga izvajamo dolgoročno in ga uspešno integriramo v vrtčevski vsakdan.

Ključne besede: program Mladi športnik, gibalne sposobnosti, otroci z razvojnimi motnjami, razvojnonevrološka obravnava, specialna olimpijada

Abstract

Introduction: The purpose of the pilot study was to gather data on the short-term effects of the young athletes programme on motor learning in children with developmental disorders and its impact on skills considered essential in the recognized skill progressions. The efficacy of young athletes programme on gross motor function skills was validated by a true experimental study design. The secondary aim of this pilot study was to determine the feasibility of conducting a clinical trial of young athletes programmes impact on children with developmental disorders in a clinical care setting.

Methods: 8 kindergarten children with developmental disorders from preschool departments of OŠ Gustav Šilih were randomised to the experimental (N=4) and to the control group (N=4). Both groups received the same NDT, while the experimental group additionally received young athletes programme. Measures were obtained at two time points during the study period: at baseline after randomisation and after two months. The data was analysed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program v22.

Results: The two groups did not differ in baseline scores in motor skills as measured with Young Athletes Motor Checklist. There were no significant differences found between groups in motor skills' scores after two month, but the results indicate that combination of methods could be useful clinical intervention for children with developmental disorders. Children from the experimental group did, however, gain new skills that are essential in the Special Olympics sports.

Discussion: In our opinion, the two months programme is too short in order to get significant improvements in motor skills. The programme has a strong base and it could have positive effects on health and motor skills, if we can successfully integrate it into kindergartens.

Key words: young athletes program, motor skills, children with developmental disorders, neuro-developmental treatment, special Olympics

1 Uvod

Vsak otrok se rodi s prirojenimi dispozicijami. Kako se bodo te dispozicije razvile, je odvisno od vplivov okolja, v katerem živi, in njegove lastne dejavnosti. Vsa področja razvoja (spoznavno, čustveno, socialno in gibalno) so med seboj tesno povezana in se skozi otrokov razvoj prepletajo in dopolnjujejo. Kar pri nekaterih poteka samoumevno, moramo pri otrocih s posebnimi potrebami dodatno spodbujati. Zanje je še pomembneje, da imajo spodbudno okolje, da njihovo vključevanje v proces športne vzgoje skrbno načrtujemo in izbiramo izvedljive vsebine (Cowley et al., 2010). S pravočasnim, usmerjenim in kontinuirano vodenim socialno-pedagoškim in terapevtskim procesom zagotovimo, da se otroku okrepijo razvojne funkcije, ali spodbudimo mehanizme za odpravo razvojnega zaostanka. Med otroke s posebnimi potrebami uvrščamo slepe in slabovidne, otroke z motnjami v duševnem razvoju, gluhe in naglušne, otroke z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirane otroke, dolgotrajno bolne, otroke s primanjkljaji na posameznih področjih učenja ter otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami (Favazza Cronin, Zeisel, Ghio, 2012).

Zaradi vse večje potrebe po interdisciplinarni in celostni obravnavi otrok s posebnimi potrebami smo se osredotočili na obkurikulumske programe in na njihov vpliv na gibalne sposobnosti predšolskih otrok. V oddelkih s prilagojenim programom dopolnjujejo terapevtske programe z drugimi aktivnostmi, med katere spada tudi program Specialne olimpijade Mladi športnik.

Pri teh programih imajo pomembno vlogo tudi fizioterapevti, saj dejavnosti načrtujejo in jih pozneje s pomočjo ostalih strokovnih delavcev tudi izvajajo. Skozi terapije otroke dodobra spoznajo, kar pomeni, da lahko pozneje dejavnosti v okviru programov tudi individualno prilagodijo in z njimi posledično krepijo otrokove slabše funkcije ter izboljšajo njihovo gibalno raven.

Program je bil razvit za predšolske otroke z motnjami v duševnem razvoju in jih poskuša uspešno vpeljati v športne dejavnosti specialne olimpijade še preden dopolnijo osem let. Tako so otroci vključeni v primerne oblike športnih dejavnosti, prek katerih napredujejo na kognitivnem, fizičnem in socialnem področju. Program je sestavljen iz osmih različnih sklopov: osnovne gibalne spretnosti, hoja in tek, ravnotežje in skoki, odbijanje in lovljenje, metanje, udarjanje, brcanje in sestavljene spretnosti (Hutzler, Korsensky, 2010).

V okviru programa Mladi športnik je bila oblikovana tudi motorična testna lestvica (Young Athletes Motor Checklist), s katero ocenimo spretnosti in gibalni status otrok, vključenih v program. Sestavljena je iz 35 enot, ki obsegajo teste s področja mirovanja (5 enot), gibanja (20 enot) in ravnanja s športnimi pripomočki (10 enot). Pri testiranju otroku posamezno dejavnost demonstriramo in mu omogočimo dva poskusa za uspešno izvedbo. Če otrok dejavnost izvede samostojno in brez pomoči vaditelja, pridobi 1 točko. Za vključitev v testiranje morajo biti otroci sposobni samostojne hoje (Julius, Wright, 2000). Naraščajoča zahteva po celostnem pristopu pri večdimenzionalni rehabilitaciji otrok z razvojnimi motnjami potrebuje raziskovalni protokol, ki bi znanstveno ocenil predhodno netestiran vpliv specifičnega programa Mladi športnik na gibalne sposobnosti teh otrok. Pri določanju namena nevrofizioterapevtske obravnave in kratkoročnih ciljev ter izbiri primernih gibalnih nalog je fizioterapevt odgovoren za analizo trenutnih otrokovih zmogljivosti in identifikacijo gibalnih spretnosti, s katerimi prek gibalnega učenja ob upoštevanju načel razvojnonevrološke obravnave doseže zastavljene cilje pri omenjenem programu. Namen pilotske študije je bil, spoznati vpliv programa Mladi športnik na gibalno učenje otrok z razvojnimi motnjami in vpliv na gibalne sposobnosti za doseganje bistvenih veščin, ki jih fizioterapevti identificiramo za doseganje napredka.

2 Metode

Veljavnost učinkovitosti programa Mladi športnik je bila ob upoštevanju načel razvojnonevrološke obravnave pri gibalnih sposobnostih otrok z razvojnimi motnjami raziskana s protokolom kontrolne klinične študije, da bi bil tovrstni program v prihodnje del sodobne medicinske rehabilitacije otrok z razvojnimi motnjami. Sim in Wright (2000) navajata, da za zlati standard še vedno velja protokol randomizirane klinične študije na področju znanstvenoraziskovalnega dela v medicinski rehabilitaciji. V našo raziskavo je bilo vključenih osem otrok s posebnimi potrebami iz treh razvojnih oddelkov OŠ Gustava Šiliha v Mariboru. Otroke smo naključno razdelili v eksperimentalno (N = 4) in kontrolno skupino (N = 4). Skupini sta bili deležni razvojnonevrološke obravnave (enkrat tedensko), študijska skupina pa je bila deležna še dvomesečne vadbe po programu Mladi športnik (enkrat tedensko 60 min.). Takoj po randomizaciji in ob zaključku dvomesečnega izvajanja programa smo jih testirali z motorično testno lestvico (Young Athletes Motor Checklist). Pri prvem testiranju so sodelovali vsi sodelujoči, medtem ko je pri drugem testiranju zaradi poškodbe manjkal en udeleženec raziskave.

Vse pridobljene podatke smo statistično obdelali s programom Statistical Package for Social Sciences (SPSS), različica 22. Za preverjanje normalne porazdelitve smo uporabili test Kolmogorov-Smirnova. Pri tako majhnem vzorcu smo zaradi nenormalne porazdelitve uporabili Mann-Whitneyjev U-test za analizo sprememb kvantitativnih podatkov med skupinama in znotraj skupin med prvim testiranjem na začetku kontrolne pilotske klinične študije in drugim testiranjem po dveh mesecih.

3 Rezultati

Pridobljene podatke s testiranj smo prikazali združene v pet podskupin: ravnotežje, hoja, tek, poskoki, igra z žogo.

Preglednica 1: Testiranje pred programom Mladi športnik

Otrok	Ravnotežje	Hoja	Tek	Poskoki	Igra z žogo	Skupina
1	5	6	3	4	10	kontrolna
2	3	4	3	0	7	kontrolna
5	5	7	4	6	7	kontrolna
7	1	3	2	0	5	kontrolna
3	3	6	3	3	7	eksperimentalna
6	4	6	3	4	9	eksperimentalna
4	3	6	4	6	9	eksperimentalna
8	1	4	2	1	3	eksperimentalna

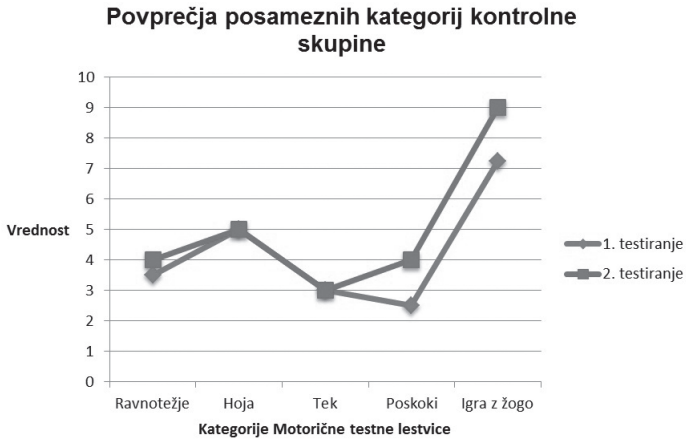
Opomba: Preglednica prikazuje število točk, ki so jih posamezni udeleženci dosegli pri 1. testiranju v okviru podskupin.

Preglednica 2: Testiranje po dvomesečnem izvajanju programa Mladi športnik

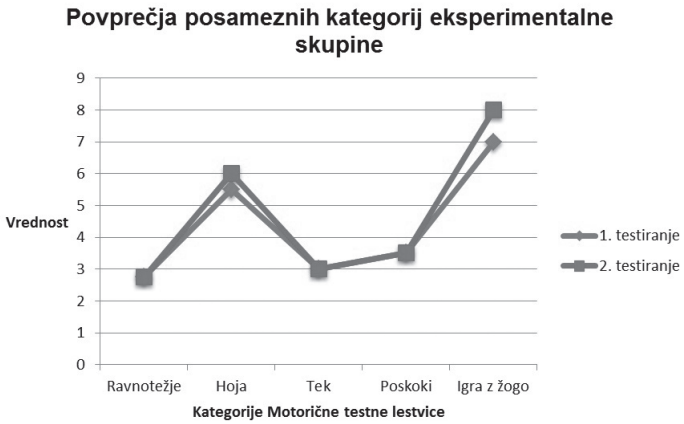
Otrok	Ravnotežje	Hoja	Tek	Poskoki	Igra z žogo	Skupina
1	5	6	3	4	10	kontrolna
2	2*	2*	2*	2*	7	kontrolna
5	5	7	4	6	10*	kontrolna
7	/	/	/	/	/	kontrolna
3	3	7*	3	3	8	eksperimentalna
6	4	6	3	4	10*	eksperimentalna
4	3	7*	4	6	10*	eksperimentalna
8	1	4	2	1	4*	eksperimentalna

Opombe: Preglednica prikazuje število točk, ki so jih posamezni udeleženci dosegli pri 2. testiranju v okviru podskupin. Zvezdice nakazujejo nastale spremembe pri številu doseženih točk. Rdeča barva prikazuje poslabšanje, rdeča barva pa izboljšanje.

Graf 1: Prikaz povprečij posameznih kategorij motorične testne lestvice pri kontrolni skupini



Graf 2: Prikaz povprečij posameznih kategorij motorične testne lestvice pri eksperimentalni skupini



Preglednica 3: Deskriptivna statistika po izvedbi programa (2. testiranje)

	N	Povprečje	Standardni odklon
Ravnotežje	7	3,29	1,50
Hoja	7	5,57	1,90
Tek	7	3,00	0,82
Poskoki	7	3,71	1,89
Igra z žogo	7	8,43	2,30

Opomba: N – vzorec.

Mann Whitneyjev U-test za sklop ravnotežje je pokazal, da ob zaključku študije ni bilo statistično pomembnih razlik (p = 0,28). Tudi pri hoji ni bilo statistično pomembnih razlik ob zaključku programa Mladi športnik (p = 0,58). Pri teku je bilo najmanj napredka, saj so bili rezultati pri obeh testiranjih popolnoma enaki, kar potrjuje tudi Mann Whitneyjev U-test (p = 1). Statistično pomembnih razlik prav tako ni bilo pri poskokih (p = 0,72). Testirali smo tudi napredek pri igrah z žogo, ki je zadnja kategorija motorične testne lestvice. Ob zaključku programa in naše študije je Mann Whitneyjev U-test pokazal, da tudi pri tej kategoriji ni bilo statistično pomembnih razlik (p = 0,7).

4 Razprava

Na osnovi rezultatov sklepamo, da je dvomesečni program prekratka doba za doseganje napredka na področju gibalnih spretnosti, zato bi bilo v prihodnje treba preveriti dolgoročne učinke. Pri študijski skupini se je sicer pokazalo izboljšanje posameznih spretnosti pri ravnotežju, hoji, poskokih, igri z žogo, prav tako pri posameznih otrocih v kontrolni skupini, vendar razlike med skupinama niso bile statistično značilne. Študijska skupina je z dodatno možnostjo gibalnega učenja in vadbe po programu Mladi športnik pridobila nove spretnosti, potrebne za posamezen šport specialne olimpijade.

Ker gre za eno prvih pilotskih študij z uporabo protokola randomizirane kontrolne študije v Sloveniji in svetu, je za prikaz zaključkov še prezgodaj. Pri posploševanju obstoječih kratkoročnih rezultatov programa Mladi športnik v kombinaciji z RNO na populacijo otrok s posebnimi potrebami pa je treba ugotovitve sprejemati z določenim zadržkom, saj je bil vzorec zelo majhen in nereprezentativen, tako da rezultatov glede izboljšanja ne moremo posplošiti na celotno populacijo otrok s posebnimi potrebami.

Na tem mestu je treba poudariti tudi, da mora biti program Mladi športnik uporabljen kot dopolnilo kompetentni nevrofizioterapiji in celostni medicinski rehabilitaciji otrok s PP ter da ni mišljen kot samostojna oblika obravnave vrtčevskih otrok s PP. Otroci s PP kot udeleženci programa Mladi športnik predstavljajo zelo kompleksen problem z biopsihološkega, etiološkega, fenomenološkega, diagnostičnega in socialnointegracijskega vidika. Zato naj bodo njihovi gibalni treningi in rehabilitacija sestavljeni, celoviti in dolgotrajni procesi. Le-ti naj se izvajajo na osnovi povezav različnih znanstvenih in strokovnih spoznanj, ki se združujejo prek postopkov, metod in oblik v celoto. Le tako se posledično lahko zagotavlja uspešen razvoj udeležencev programa Mladi športnik na vseh ravneh. Prihodnji interes bi moral biti usmerjen v individualno oceno izboljšanja gibalnih sposobnosti in kakovosti življenja otrok s PP, ki so deležni kontinuirane fizioterapevtske obravnave v kombinaciji s programom Mladi športnik.

Avtorja Hutzler in Korsensky (2010) v svoji raziskavi navajata, da športne dejavnosti ugodno vplivajo na zdravje in počutje otrok z motnjami v razvoju. Zato predlagamo dolgotrajnejše izvajanje programa Mladi športnik, saj bomo v daljšem časovnem obdobju lahko opazili večji napredek na gibalnem področju, kot tudi pri splošnem počutju.

Pri testiranju in izvajanju programa smo opazili, da so otroci, ki imajo težje motnje v razvoju v kombinaciji s težjo in težko motnjo v duševnem razvoju (npr. Downov sindrom, Turnerjev sindrom), šibkejši tudi na gibalnem področju. Te ugotovitve se skladajo z ugotovitvami avtorjev predhodnih raziskav (Cowley et al., 2010). Je pa vsekakor težko primerjati rezultate drugih avtorjev med seboj zaradi ogromnih razlik v komplianci, kliničnih postopkih, raziskovalnem protokolu, heterogenosti populacije otrok s posebnimi potrebami, kadru, frekvenci in trajanju raziskav.

Smiselno je opozoriti tudi na nekaj slabosti motorične testne lestvice. Testiranje je v veliki meri temeljilo na razumevanju navodil in posnemanju, pri čemer so imeli številni sodelujoči težave. Zaradi svojih motenj oz. primanjkljajev na kognitivnem in govornem področju otroci niso razumeli navodil, kar je posledično vplivalo tudi na rezultate testiranj. Tako smo morali nekatere sodelujoče slabše ocenili, čeprav bi mogoče bili sposobni opraviti nekatere naloge. Motorična testna lestvica torej ni vedno prikazala realnega gibalnega stanja otrok, ki so bili vključeni v raziskavo. Hkrati so se pojavljale težave pri prehodu med posameznimi nalogami, saj je večina otrok izgubila pozornost, kar je vplivalo na nadaljevanje testiranja, saj so se pozneje težje zbrali. Zaradi teh pomanjkljivosti lestvice bi bilo smiselno, da testiranje poteka skozi vadbo oz. igro in ne v izoliranem okolju.

Kot prednost naše raziskave lahko poudarimo, da smo med prvimi testirali motorično testno lestvico in program Mladi športnik. S tem poskušamo ozavestiti, kako pomembna je telesna dejavnost poleg primerne rehabilitacije za otroke s posebnimi potrebami. Na tem področju smo zasledili veliko pomanjkanje študij in športnih programov, kar poudarjajo tudi Naaldenberg, Kuijken, van Dooren, van Schrojenstein Lantman de Valk (2013).

5 Zaključek

Specifična vadba gibalnih spretnosti zagotavlja otrokom z razvojnimi motnjami številne pozitivne učinke na telesno dejavnost, izboljšanje telesne pripravljenosti in funkcijske spretnosti. Rezultati kažejo, da bi program Mladi športnik lahko bil uporaben pri nevrofizioterapevtski obravnavi otrok z razvojnimi motnjami DS, ki imajo slabše gibalne sposobnosti.

S tovrstnimi programi otroci pridobijo nove oblike gibanja in izboljšajo svoje zmogljivosti. Programi morajo biti oblikovani v skladu z otrokovimi potrebami in skozi daljše časovno obdobje dovolj intenzivno krepiti njegove gibalne sposobnosti. Hkrati je zelo pomembno, da za vrednotenje svojega dela uporabljamo ustrezne teste oz. lestvice, ki realno prikažejo otrokovo gibalno stanje. Tako si lahko zastavimo realne cilje, ki jih poskušamo skozi program tudi doseči.

Literatura

Cowley, P. M., Ploutz-Snyder, L. L., Baynard, T., Heffernan, K., Jae, S. Y., Hsu, S., Lee, M., Pitetti, K. H., Reiman, M. P., Fernhall, B. (2010). Physical Fitness Predicts Functional Tastks in Individuals with Down Syndrome. Med Sci Sports Exerc; 42 (2): 388–93.

Favazza Cronin, P., Zeisel, S., Ghio, K. (2012). Young Athletes Motor Checklist. Special Olympics.

Hutzler, Y., Korsensky, O. (2010). Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: a systematic literature review. J Intellect Disabil Res; 54 (9): 767–86.

Julius, S., Wright, C. (2000). Research in Health Care: concepts, designs and methods. Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.

Kako lahko pomagam: usposabljanje strokovnih delavcev za uspešno vključevanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami v vzgojo in izobraževanje v letih 2008–2011. Vipava: Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje; 2011.

Kapljuk, D., Usenik, R., Nuzdorfer, P., Videmšek, M., Hadžič, V., Florjančič, M., Lavrenčič, J., Kovačič, J., Slatner, L., Meško, M. (2013). Športna dejavnost otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami. Draga: CUDV.

Naaldenberg, J., Kuijken, N., Van Dooren, K. (2013). Van Schrojenstein Lantman de Valk. Topics, methods and challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: a structured review of literature. Res Dev Disabil; 34 (12): 4534–45.

Young athletes activity guide. Special Olympics; 2010.

Alenka V. Simonič, univ. dipl. ped. in fil.,
spec. – gibalno-plesna terapevtka, svetovalna delavka
Vrtec Ivana Glinška Maribor

GIBALNO-PLESNA TERAPIJA KOT PODPORNA DEJAVNOST V SKUPNOSTNI SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

DANCE MOVEMENT THERAPY AS A SUPPORTIVE ACTIVITY IN COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES

Povzetek

V prispevku predstavim osnovna teoretična izhodišča in predpostavke gibalno-plesne terapije in jih postavim v kontekst skupnostne skrbi za duševno zdravje. V okviru evalvacijske študije sem po modelu akcijskega raziskovanja in študije primera preučila vpliv gibalno-plesne terapije na značilnosti gibalnega vedenja in sporazumevanja, počutje, doživljanje in spoprijemanje pri petih osebah, ki se srečujejo s težjimi, trajnejšimi in ponavljajočimi se težavami na področju duševnega zdravja.

Študija primera je potrdila spremembe v značilnostih gibanja – predvsem razvoj gibanja v osebnem, medosebnem in splošnem prostoru v povezavi z razvojem skupinske dinamike, interakcij in sporazumevanja (»Lestvica primerjave kakovosti gibanja pred gibalno-plesno terapijo in po njej«, prirejeno po Guthrie, 1999, in opazovalno-ocenjevalni list »Gibanje v prostoru«, avtorica A. V. Simonič). Dolgoročno se je razširil gibalni repertoar, izboljšalo se je zavedanje telesne drže, nadzor gibanja in kakovost izvedbe gibanja. Izboljšala se je sposobnost prilagajanja spremembam v okolju in samozaupanje v gibanje, povečala se je izraznost gibanja. Izboljšalo se je počutje in doživljanje pri vseh ocenjevanih dimenzijah (Ocenjevalna lestvica psihičnega stanja, »Heilderberger Befindlichkeitsskala (HBS)«, prirejeno po Koch, Morlinghaus, Fuchs, 2007). Po oceni socialne delavke, prostovoljke in udeležencev so bile navedene spremembe opazne tudi pri vsakodnevnem delovanju in kakovosti življenja (apliciran je bil tudi evalvacijski vprašalnik).

Ključne besede: duševno zdravje v skupnosti, psihosocialna rehabilitacija, gibalno-plesna terapija

Abstract

The paper presents the basic theoretical background of dance movement therapy and set it into the context of community mental health services. As part of the evaluation study and according to action research model and a case study, the effect of physical dance therapy on the characteristics of motoric behaviour and communication, feelings, experiencing and coping were assessed for five individuals with severe, permanent and reoccurring difficulties in mental health.

Multiple positive effects of dance movement therapy were confirmed by application of different instruments (Movement quality observation check list, 'Movement in space' observation and assessment; Heidelberger Befindlichkeitsskala (HBS), evaluation questionnaires) and by different sources of information (participants, social worker, volunteers, triangulation). The results of the over –all evaluation research showed positive effects of the dance – movement therapy on different aspects of mental health.

The beneficial effects on group dynamics and the development of interaction and communication benefits were observed. Positive effects on the use of personal, interpersonal and general space, on mood and well-being, sense of vitality /energy level in individuals were confirmed. Increased movement vocabulary and repertoire, the development of nonverbal communication, increased and more adaptable use of personal, interpersonal and general space were confirmed (Movement qualities observation check list; Helilderberger befindclichkeitsskala). Better total body awareness and alignment improved body – feeling and mobility, higher energy level and vitality, motivation, improved self-confidence and self-efficiency. The overall evaluation study showed beneficial effect on everyday life competences and the quality of life of the regular participants.

Key words: community mental health care, psychosocial rehabilitation, dance movement therapy

1 Duševno zdravje, skupnostna skrb in gibalno-plesna terapija

Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije (SZO/WHO, 2001, v Carrota in Kurež, 2007) je duševno zdravje stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi napori življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti.

Takšna opredelitev duševnega zdravja vključuje tri osnovne skupine meril, ki jih za označevanje duševnega zdravja uporablja tudi Anica Mikuš Kos (1991, 2002). Merila notranjega psihičnega stanja se nanašajo predvsem na počutje, doživljanje, vitalnost, emocije in druge psihične odzive, samopodobo, motivacijo ter radovednost in ustvarjalnost. Merila odnosov in delovanja se nanašajo predvsem na družbeno interakcijo in sporazumevanje ter odnose v družini, pri delu, druga področja ...; vloge, ki ji prevzemamo; samostojnost, zanesljivost, odgovornost, navezanost, pripadnost; ustvarjalnost; spoprijemanje s stresom in obvladovanje stresa. Merila razvoja pa se nanašajo predvsem na izboljšano delovanje v celoti, ki se kaže predvsem kot dvig kakovosti življenja. Razvoj zaupanja in samozaupanja, samoiniciativnost; razvoj sporazumevalnih spretnosti, gibalnega besednjaka; večja prisotnost doživljanja pozitivnih emocij, izboljšano prepoznavanje in izražanje emocij; razvijanje zmogljivosti za obvladovanje nalog vsakdanjega življenja (skrb zase, osnovne socialne veščine in delovne naloge), učinkovitejše spoprijemanje in obvladovanje stresa.

Poudarjamo torej pozitivno pojmovanje duševnega zdravja kot nečesa, kar je mogoče ohranjati, razvijati in krepiti tudi ob pojavu duševne bolezni. Skupnostna skrb za duševno zdravje zato v prvi vrsti vključuje spoznavanje in upoštevanje življenjskega sveta uporabnikov ter razvoj inovativnih in na uporabnika orientiranih metod in oblik dela. Zelo pomemben del skupnostne skrbi so tudi programi psihosocialne rehabilitacije, izvajani kot del skupnostne skrbi (ne torej le v okviru psihiatričnega zdravljenja). Takšni programi so npr. tudi programi dnevnih centrov. Pri tem gre poudariti predvsem usmerjenost k zdravim delom osebnosti, k izkoriščanju obstoječih sposobnosti ter iskanje in razvoj virov moči v posamezniku in okolju. Poudarja se pomen upanja in povrnitve upanja človeku, ki je utrpel izgubo na področju delovanj in samospoštovanja (Flaker, 1998, 2001; Švab, 2000, 2001).

1.1 Družbena interakcija, emocije in podporno sporazumevanje

V kontekstu skupnostne skrbi za duševno zdravje se torej poudarja pomen podpore in razvoj samopomoči - bistven je prenos moči na uporabnike, njihova dejavna vloga za razvoj in ohranjanje lastnega duševnega zdravja. V okviru skupnostne skrbi za duševno zdravje je zato zelo pomembno podporno komuniciranje. Podporno komuniciranje (socialna podpora kot način komuniciranja) je torej neposredno povezano z dobrim počutjem in zdravjem. Podporno komuniciranje povečuje samoučinkovitost; soočenje s spornimi dogodki in stresnimi situacijami ter njihovo ustrezno rešitev; povečuje kakovost življenja in povezuje ljudi v podporna omrežja (Ule, 2005: 340).

Dejavniki pomoči in samopomoči se razvijajo z mehanizmi družbene interakcije, pri čemer je osnovna oblika interakcije sporazumevanje, tako verbalna kot neverbalna (Kovačev, 1998). Neverbalni znaki imajo odločilno vlogo za izražanje in prepoznavanje emocij, saj so emocije trdno zasidrane v človekovi organski dejavnosti. Gibanje kot temeljni izrazni modus vseh živih organizmov je ena od najpomembnejših komponent človekovega emocionalnega izražanja (Kovačev, 1998). Raziskave o razvoju emocij pa so pokazale, da emocije izvirajo najprej iz proprioceptivnih občutkov ugodja in neugodja oziroma iz organskih procesov širjenja (od središča navzven) in oženja (navznoter, proti središču), ki so prisotni že v zarodku (Kovačev, 1997: 164).

Zaznavanje neverbalnih znakov torej odločilno vpliva na vrednotenje situacij, pri čemer je pomembna dimenzija ugodje – neugodje, slednje pa se kot približevanje – oddaljevanje odraža tudi v motivacijski sferi (Kovačev, 1998, 2004). Vsaka medosebna interakcija vključuje to gibanje v odnosu drug do drugega (približevanje – oddaljevanje), ki ga lahko ponazorimo tudi kot ples na kontinuiteti bližine in distance (ali med skrajnostma zlitja in izolacije). Pomemben oziroma povezujoč element je ritem kot najmanjši element vedenja v povezavi s procesi širjenja in oženja (osnovnimi življenjskimi procesi, tudi načini spreminjanja oblike v gibanju) ter odpiranja in zapiranja (gibi razsipanja in nabiranja po Labanu, Laban, 2002; Moore, Yamamoto, 1989; Bartenieff, 2002). Kot poudarja tudi Rutten Sarris (1992), se na ravni gibanja oziroma skozi razvoj »porajajočega se jezika telesa« razkriva posameznikovo bistvo, njegov »porajajoči se jaz«. Osnova dobrega sporazumevanja je uglaševanje s posameznikovim ritmom, prevzeti ritem ali del ritma pomeni vzpostaviti stik in z njim ritmično strukturo. Ritem je povezujoč element tudi na ravni skupine, gre za »moč ritma, da strukturira in organizira več posameznikov v skupino«, kar je poudarjala že pionirka gibalno-plesne terapije Chace (Stanton Jones, 1989: 15).

1.2 Gibalno-plesna terapija (GPT) – posebnosti področja in temeljne teoretične predpostavke

Za razliko od psihoanalitične perspektive poudarja GPT razvojno perspektivo in osnovno človekovo potrebo po raziskovanju, razmišljanju, predstavljanju; »to dream, to imagine«. »Aktivirati pomeni motivirati« (Bartenieff, 2002) je eno izmed osnovnih načel GPT. Motivacija za ustvarjanje in reševanje težav po eni strani izvira iz napetosti, posameznikove notranje konfliktnosti, po drugi strani pa sta pomembna dejavnika tudi radovednost in veselje, radost. Nadalje pa se gibanje/ples vedno dogaja v okolju, v prostoru in času: skozi gib/ples posameznik vzpostavlja odnose, se razvija, izpolnjuje razvojne naloge: na neki bolj primarni, preverbalni in neverbalni ravni, celostno. V skladu z nekaterimi avtorji (Berrol, 1992; North, 1972; Chaiklin, Schmais, 1979; Meekums, 1990; vsi po Meekums, 2002; Stanton Jones, 1992; Bartenieff, 1980; Laban, 2002; Kestenberg Amighi et al., 1999; Payne, 1992; Kroflič, 1999) lahko opredelimo osnovne teoretične predpostavke, ki so osnova gibalno-plesne terapije.

1. Povezanost duha in telesa. Telesnost in duševnost sta v konstantni interakciji. Na telesno-gibalni ravni prihaja do pomembnih sprememb, ki vplivajo na celotno delovanje. V praksi zato spodbujamo posameznike/kliente/paciente, da povezujejo besedne uvide z gibalnimi izkušnjami.

2. Gibanje odraža osebnost, zato je gibanje in tudi ples v gibalno-plesni terapiji glavno terapevtsko sredstvo. Gibanje in z njim ples pa je tudi temeljna oziroma prvinska oblika izražanja, sporazumevanja. Gibalno-plesni terapevt razume gib(anje) in način, kako ta izraža pomen skozi kvalitete prostora, teže, časa in toka, prav tako pa tudi z ritmom, obliko in simbolično vsebino (Stanton Jones, 1992; Laban, 2002; Bartenieff, 2002; Hackney, 2002). Takšno razumevanje posreduje klientu/klientom oz. pacientom z nebesednimi odzivi, kot tudi z besednim sporazumevanjem.

3. Za učinkovitost procesa terapije/pomoči je ključen odnos med terapevtom in pacientom/klientom. Poudarek na nebesednih dimenzijah osebnostnega razvoja se v GPT odraža z uporabo tehnike »zrcaljenja« (mirroring). Gibanje odraža tako psihološkorazvojne procese kot tudi psihopatologijo, je izraz subjektivnosti in odnosnih vzorcev. V procesu GPT je vzpostavitev in razvoj odnosa skozi gibanje tisto, kar podpira vedenjske spremembe. Poudarek pri terapevtovem odzivanju je na nebesedni ravni: terapevt se odziva skozi zrcaljenje, sinhronizacijo, interakcijo s pacientovim gibanjem.

4. Gibanje je izraz in pokazatelj nezavednih procesov, podobno kot npr. sanje in drugi psihološki pojavi. Proces gibalno-plesne terapije se razvija od gibanja, podob do interpretacije, lahko tudi obratno – od podob k gibanju. Dostop do nezavednih vsebin je omogočen s prostimi asociacijami ter z uporabo besednih in nebesednih kanalov (Stanton Jones, 1992).

5. Ustvarjanje z gibanjem omogoča odkrivanje novih načinov bivanja, občutenja – nove načine »biti v svetu«. Tu se gibalno-plesna terapija opira na teorije o ustvarjalnosti, ki so podlaga umetnostnih terapij. Proces ustvarjanja poteka v trikotnem medsebojnem učinkovanju posameznik – umetnostni medij – terapevt. Pri GPT klient in terapevt skozi ustvarjalni proces, ki zadeva tako odnos med njima kot proces znotraj vsakega od njiju ter odnos do medija, na neogrožujoče načine raziskujeta polja napetosti, različne spore, jih artikulirata ter razvijata ustvarjalnost in motivacijo. V tem kontekstu npr. Bonnie Meekums (2002) gibalno-plesno terapijo opredeli kot obliko ustvarjalne dejavnosti oziroma ustvarjalnega dejanja, v katerem ima ključno vlogo gibalna metafora. Gibalna metafora omogoča realizacijo različnih ciljev in je splošno prisotna v gibalnoterapevtski praksi (Stanton Jones, 1992: 8–10, Meekums, 2002: 8).

2 Izvajanje gibalno-plesne terapije kot podporne dejavnosti v programu psihosocialne rehabilitacije – gibalno-plesna delavnica

Gibalno-plesno delavnico sem izvajala v programu Dnevnega centra Šentlent (program psihosocialne rehabilitacije, izvaja Slovensko združenje za duševno zdravje – ŠENT). Delavnico sem izvajal 9 mesecev (od septembra 2007 do maja/junija 2008) redno tedensko, v trajanju 90 min. Struktura udeležencev delavnice je bila heterogena in variabilna tako glede starosti (33–66 let) kot tudi glede na druge dejavnike (spol, izobrazbo, socialni položaj ...). Spreminjalo se je tudi število udeležencev. Skupno število udeležencev na delavnici je nihalo 5–12 udeležencev. V raziskavo je bilo vključenih 5 rednih udeležencev.

Vsi udeleženci delavnice so se srečevali s težjimi, dolgotrajnejšimi in ponavljajočimi se težavami v duševnem zdravju. Vsi so imeli diagnozo duševne bolezni, bili so večkrat in dolgotrajno hospitalizirani in večina jih je bila v času vključenosti v delavnico in raziskavo že invalidsko upokojenih. Večina udeležencev je, ob sicer različnih težavah in tudi različnih diagnozah, izpostavila tudi depresijo oziroma depresivne motnje, depresivno razpoloženje, pomanjkanje volje. Težave imajo tudi zaradi motenj pozornosti in koncentracije, zato je bistveno okrnjeno njihovo vsakodnevno delovanje. Pri večini udeležencev so prisotne tudi težave psihosomatskega izvora: pogosto so navajali bolečino, napetost in druge težave, vezane na telesno počutje. Vse to je povezano tudi z globokim duševnim trpljenjem ter občutji osamljenosti, zapuščenosti ter posledično z izgubo smisla, kot tudi upanja. Večina udeležencev je izražala željo, potrebo, da bi se bolje počutili, imeli več energije, imeli boljše medosebne odnose in bi si zmogli bolje urediti in bolj uživati življenje.

Glede na potrebe udeležencev so zastavljeni tudi splošni cilji izvajanja delavnice (podporne dejavnosti): ustvariti varen prostor za izražanje, raziskovanje, učenje ... (holding environment); izboljšati splošno psihofizično počutje in zmanjšati depresivno simptomatiko (sprostitev in povečanje gibljivosti; razvoj telesne samopodobe in občutka zase; razvoj pozornosti in koncentracije, »ozemljitev«); razvoj celostnega sporazumevanja (razvoj gibalnega vedenja – širiti gibalni repertoar; omogočiti in spodbuditi razvoj prepoznavanja, izražanja in obvladovanja čustev); ohraniti obstoječe in odkriti ter razvijati nove vire moči/energije (razvoj spoprijemalnih strategij; razvoj samozaupanja in samoiniciativnosti v gibanju udeležencev; spodbuditi in razvijati ustvarjalno imaginacijo kot vir samopomoči).

Pri delu izhajam predvsem iz temeljev metod Labanova analiza gibanja (Laban Movemenet Analysis – LMA) in Porajajoči se jezik telesa (Emerging Body Language – EBL), vsakokratno delavnico prilagajam izraženim in zaznanim potrebam udeležencev in sestavu skupine. Uporabljam naslednje osnovne metode: vodenje in izmenjava vodenja, zrcaljenje, od vodenja k improvizaciji, improvizacija.

Program dela temelji na 3-delni strukturi delavnice: 1. uvod in ogrevanje; 2. osrednji del; 3. umirjanje in zaključek. V uvodnem delu pripravimo prostor in različne spodbude ter pripomočke. Večkrat začnem sama, posamezni udeleženci (predvsem redni) se mi pridružijo. Uglašujem se s posamezniki, v tem delu se večkrat pojavijo asociacije na dogajanje iz prejšnjih delavnic, in sicer ob pregledu glasbenih zgoščenk, ki so na voljo. Nekateri izbirajo glasbo, želijo prisluhniti. Drugi si ogledujejo pripomočke (blago, palice ...), sprašujejo, kaj bomo počeli. Ko je večina pripravljena oziroma so vsaj v prostoru, jih povabim, da sedemo v krog. Nekateri to sčasoma naredijo sami. Sledi uvodni pogovor oziroma ocena počutja, če je potrebno, tudi kratka predstavitev osnovnih pravil in poteka delavnice. Nadaljujemo z vodenim ogrevanjem sede na stolih, postopoma prehod v gibanje stoje in v osrednjo dejavnost. Z uvodnim gibalnim protokolom ob ogrevanju hkrati spodbujam udeležence k raznolikemu gibalnemu vedenju. Ogrevanje vedno zajema vse tri temeljne gibalno-koordinacijske sisteme (zgoraj – spodaj/gor – dol, levo – desno; spredaj – zadaj/naprej – nazaj). V uvodnem delu dejavnost v večji meri vodim sama: poudarek je na spoznavanju in ozaveščanje telesa (v gibanju): možnosti gibanja glede na anatomsko strukturo, razvoj kinestetične zaznave, raztezanje, proprioceptivni občutki. Postopoma razvijamo izolirano gibanje (delov telesa) v povezano gibanje (več delov, celega telesa). Gibanje zgornjega dela telesa (posameznih delov, celega zgornjega dela), nato gibanje spodnjega dela telesa. Postopen prehod v gibanje stoje (še vedno na mestu, v krogu). Poleg tega v uvodnem ogrevanju predstavim tudi različna gibanja oz. »gibalne akcije« (nihanje, potiskanje, vlečenje, udarjanje, hojo, skoke ...). Vključujemo tudi zvok in uporabo glasu ter elemente socialnih iger, ritmično-gibalne dejavnosti. Ob koncu ogrevanja sledi postopen prehod v izmenjavo vodenja. V osrednjem delu postopnemu prehodu v izmenjavo vodenja sledijo različne ustvarjalne gibalno-plesne dejavnosti. Skozi te spoznavamo in raziskujemo elemente plesa (telo: deli telesa, celo telo; nelokomotorni in lokomotorni gibi; prostor: raven/nivo, smer, velikost, vzorec, pogled; čas: tempo, trajanje, ritem; oblika: nasprotja veliko – majhno; široko – ozko; naravnost – zavito, simetrično – asimetrično; način/kakovost: nasprotja težko – lahko, močno – šibko, napeto – sproščeno, eksplozivno – umirjeno. Spoznavanje časovnega poteka, trajanja, hitrosti, dinamike gibanja vključuje organske podlage ritmov, subjektivno in objektivno doživljanje hitrosti in intenzivnosti gibanja. Pri raziskovanju različnih elementov gibanja in plesa pa je poudarek tudi na ozaveščanju prostega in omejenega toka gibanja. Različna gibanja raziskujemo z različnimi materiali in pripomočki, tudi vizualnim gradivom (fotografijami, slikami ...) in simbolnimi formami. Najprej raziskujemo osebni prostor, v nadaljevanju pa raziskovanje prostora zajema različne ravni tudi v raziskovanju medosebnega prostora in prehode v širši prostor. Tako se razvijajo tudi osnovna orientacija v prostoru in osnovne prostorske akcije. Poudarek je izmenično na posameznikovem gibanju, gibanju v paru in gibanju cele skupine. Izmenjujejo se različne oblike dela in dejavnosti. Pomembna dela skupinskega procesa sta raziskovanje prilagajanja partnerju/skupini in sodelovanje v odnosih: prilagajanje, sprejemanje iniciativ – iniciativnost, podajanje iniciativ, izmenjava.

V prvi fazi raziskave je bila npr. prevladujoča izbrana dejavnost pogosto pantomimsko gibanje (podajanje namišljenega predmeta, ob tem pripovedovanje zgodbe) in spontano nastajanje oziroma oblikovanje »skupinskega plesa«, pogosto v krogu. V obdobju od marca do aprila je bilo vedno več poudarka na raziskovanju osebnega, medosebnega in širšega prostora s projekcijskimi dejavnostmi (projekcija v prostor s pripomočki: palicami, tkaninami, različnimi predmeti ...).

Intenzivni dinamiki osrednjega dela pogosto spontano sledi kratek odmor (potreba po hidraciji, pitju vode) in nato umirjanje in zaključek: dihalne vaje in druge,različne sprostitvene dejavnosti, raztegovanje, ohlajanje telesa, na željo udeležencev večkrat tudi delo z glasom (glasovne vaje) in/ali risanje, tudi »igra s konstrukcijskimi materiali«. Pomemben del zaključnega dela delavnice je pogovor o poteku, doživljanju, počutju, povezanih vsebinah. Pogovor vključuje tudi oceno počutja; sledi zaključni ples v krogu oziroma gibalna metafora in zaključni pozdrav.

2.1 Metodologija

Izvedla sem evalvacijsko kvalitativno raziskavo po modelu akcijskega raziskovanja in študije primera. Osrednja metoda je bila kvalitativna interpretativna metoda z odkritim opazovanjem in popolno udeležbo. V evalvaciji je sodelovala tudi vodja dnevnega centra – socialna delavka in študentka psihologije – prostovoljka (udeleženka delavnice, vključena tudi v druge dejavnosti dnevnega centra). Preučevala sem vpliv na: splošno počutje in doživljanje pri udeležencih gibalno-plesne delavnice; razvoj značilnosti gibanja (gibalni repertoar) – še posebno vpliv na razvoj gibanja v osebnem, medosebnem in splošnem prostoru; razvoj samozaupanja, samoiniciativnosti v gibanju udeležencev delavnice in vpliv na socialne odnose v skupini.

Zastavljena raziskovalna vprašanja sem preverjala in vrednotila z različnimi, ciljno izbranimi pripomočki. Pri tem sem si prizadevala pridobiti podatke različnih virov (zastopanost različnih pogledov: udeležencev, izvajalke delavnice, študentke prostovoljke, vodje DC). Podatke sem zbirala na različne načine (z opazovanjem, zapisovanjem, ocenjevanjem, vpraševanjem). Zbrane podatke sem analizirala z več vidikov in na več ravneh (z vidika posameznikov in skupine, za posamezna srečanja, kronološko ...), na koncu pa celostno v odnosu do raziskovalnih vprašanj.

2.1.1 Študija primera

V akcijsko raziskavo je bilo vključenih 5 udeležencev gibalno-plesne delavnice. Vključene so bile tri ženske in dva moška, v starosti 39 do 65 let. V raziskavo vključeni posamezniki so bili v času vključenosti v gibalno-plesno delavnico redni uporabniki Dnevnega centra Šentlent (v program DC so bili vključeni 3-krat tedensko do dnevno, vsi so bili torej vključeni tudi v druge oblike podpore in pomoči). Gibalno-plesne delavnice so se v obdobju od septembra 2007 do maja 2008 udeleževali tedensko ali vsaj 3-krat mesečno. Vsi so soglašali z vključenostjo v raziskavo.

2.2 Potek raziskave, metode in postopek zbiranja podatkov

1. faza (od septembra do decembra 2007)

Na osnovi predhodnih izkušenj z izvajanjem dejavnosti v dnevnem centru in sodelovanja z vodjo dnevnega centra pripravim program delavnic. Vodim tedenske delavnice. Po nekaj srečanjih opravim z udeleženci tudi »gibalni intervju« (z opazovanjem in analizo gibanja – uporaba ustreznega gibalnega in opazovalnega protokola, uporabim prirejeno Lestvico primerjave kakovosti gibanja pred gibalno-plesno terapijo in po njej (A. V. Simonič, prirejeno po Guthrie, 1999; Samuels, Chaiklin, v Levy, 1998; Owen, 1999; Bucik, 2007). Dogajanje na delavnicah sproti beležim in vrednotim s shemo Analiza in evalvacija gibalno plesne delavnice (Simonič, 2010). Uporabljam tudi opazovalno-ocenjevalni list Gibanje v prostoru. Na osnovi zbranih podatkov opravim evalvacijo dogajanja v skupini za obdobje 3 mesecev. Oblikujem načrt in metodologijo za nadaljnjo raziskavo.

2. faza (od januarja do maja 2008)

Na osnovi ugotovitev pilotske faze raziskave nadaljujem z izvajanjem delavnic. V januarju ponovno opravim oceno kakovosti gibanja z Lestvico primerjave kakovosti gibanja pred gibalno-plesno terapijo in po njej. Učinke posamezne delavnice vrednotim s sprotno analizo gibanja, dinamike, vsebin s poudarkom na prostorskih vidikih gibanja, medsebojnem sodelovanju, razvoju samozaupanja in samoiniciativnosti (po dopolnjeni shemi Analiza in evalvacija gibalno-plesne delavnice, Simonič, s poudarkom na razvoju gibanja v prostoru – opazovalno-ocenjevalni list Gibanje v prostoru). Vpliv na počutje in doživljanje spremljam z Ocenjevalno lestvico počutja in doživljanja (Heilderberger Befindlichkeitsskala (HBS), prirejeno po Koch, Morlinghaus, Fuchs, 2007), ki jo udeleženci izpolnijo pred začetkom in ob zaključku vsake delavnice. Lestvica zajema 12 nasprotij, ki tvorijo 9 dimenzij počutja in doživljanja: sproščenost, emocije in razpoloženje (2 para nasprotij), motivacija, depresivnost (2 para nasprotij), tesnobnost, utrujenost, vitalnost (2 para nasprotij), spoprijemanje, uživanje. Udeleženci podajo oceno s pomočjo 9-stopenjske lestvice (1–9). Za dimenzije depresivnost, utrujenost in tesnobnost pomeni nižja ocena (torej upad na lestvici) izboljšanje počutja (depresivnost, utrujenost, tesnobnost se zmanjšajo), za ostale dimenzije odraža izboljšanje višja ocena – porast na lestvici pomeni, da so udeleženci bolj motivirani, bolje razpoloženi .... Udeležencem sem lestvico najprej predstavila, pregledali smo posamezna nasprotja in jo prvič uporabili 5. 1. 2008. Lestvica je enostavna za izpolnjevanje, udeleženci jo izpolnijo pred vsakim srečanjem in po njem in na ta način podajo oceno počutja in doživljanja za vseh 12 nasprotij PRED posameznim srečanjem in PO njem.

3. faza (od maja do junija 2008)

Z Lestvico primerjave kakovosti gibanja pred gibalno-plesno terapijo in po njej (Simonič, prirejeno po Guthrie, 1999; Samuels in Chaiklin, v Levy, 1998; Owen, 1999; Bucik, 2007) opravim z udeleženci »gibalni intervju« in oblikujem zaključno oceno kakovosti gibanja. Primerjam izhodiščno in zaključno oceno kakovosti gibanja in analiziram druge podatke, zbrane z različnimi pripomočki.

Po zaključku programa (po 9 mesecih) tudi dodatno zberem podatke z evalvacijskim vprašalnikom za udeležence in ocenjevalno lestvico Ocena pojavov v procesu gibalno-plesne delavnice (Simonič). Vodja DC opravi evalvacijske intervjuje z udeleženci delavnice in poda pisno poročilo in mnenje. Izvajalka delavnice opravim intervjuje z udeleženci delavnice, študentko prostovoljko, udeleženko delavnice. Izhodišča za intervjuje vključujejo kategorije in pojave, zajete v evalvacijskem vprašalniku za udeležence. V zadnji fazi raziskave opravim analizo in triangulacijo podatkov, zbranih z različnimi pripomočki.

2.3 Razvoj značilnosti gibalnega vedenja (kakovosti gibanja), razvoj gibanja v osebnem, medosebnem in splošnem prostoru

Rezultati kažejo razvoj vseh kvalitet gibanja, tako pri posameznikih kot tudi na ravni skupine. Udeleženci so že pri evalvaciji vsakega srečanja poudarjali predvsem izboljšano telesno počutje v povezavi s povečano gibljivostjo. Drža in splošna telesna naravnanost vseh udeležencev je bila ob koncu obdobja spremljanja bolj odprta, ves čas spremljanja je naraščala tudi variabilnost telesne drže. Ob koncu obdobja spremljanja je bilo gibanje vseh udeležencev bolj povezano in tekoče (prosti tok) ter čvrsto. Nadalje izstopa razvoj uporabe prostora, in sicer najprej osebnega in medosebnega prostora, kar se je s časom odražalo tudi kot naraščajoča kompleksnost gibanja ter večji obseg in dinamika gibanja po širšem prostoru.

Udeleženci so razvijali vsak svoj osebni prostor (kinesfero) tako po obsegu kot glede na področje gibanja. Uporabljali so vedno več potez in kretenj, naraščala je dinamika gibanja, poleg tega se je razvijalo oblikovanje. To se je odražalo tudi v razvoju gibanja v prehajanju med posameznimi področji in ravnmi gibanja (nizko, srednje, visoko). V času srečanj se je povečalo število očesnih stikov, kot tudi trajanje le-teh, več je bilo gibov nog in rok, bolj prisotno gibanje različnih delov telesa. Posamezniki so se vedno bolj obračali eden k drugemu, se približevali, oddaljevali, se z gibanjem odpirali in zapirali, tako oblikovali prostor okrog sebe in razvijali prostorske odnose ter s tem tudi družbeno interakcijo. Več je bilo dotikanja in prekrivanja kinesfer, pri čemer so udeleženci razvijali dejaven odnos do tega (kvalitete oblikovanja). Analiza in evalvacija delavnic je pokazala tudi razvoj interakcije, sporazumevanja, medosebnih odnosov v povezavi z razvojem gibanja v prostoru.

Razvoj gibanja po širšem prostoru se je odražal tudi v raznolikosti oblik dela glede na prostorsko razporeditev: v času posameznih srečanj se je gibanje posameznikov in skupine razširilo po celotnem prostoru. Gibali smo se in plesali v koloni, vrsti, razpršeno, v različnih smereh, tudi iniciativa za to v drugi fazi raziskave ni bila podana samo s strani izvajalke delavnic, temveč so se spremembe v prostorski razporeditvi pojavile na pobudo udeležencev.

Sprva v manjši meri, pozneje pa bistveno bolj, se je povečala izraznost v gibanju, kot tudi funkcionalnost, in sicer predvsem med podajanjem namišljenega predmeta in pri spontanem izraznem gibanju ob glasbi. Udeleženci delavnic so razvijali funkcionalnost in gibalno-plesno izraznost najprej z uglaševanjem, posnemanjem gest in enostavnih kombinacij gibov, nato vedno bolj s samoiniciativnim preizkušanjem in razvijanjem novih gibalnih, dinamičnih kvalitet. Slednje se je odražalo tudi v bolj tekočem in povezanem gibanju. Vedno bolj so uživali v gibanju, kar so izražali sami (nebesedno, besedno, tudi v podani oceni po delavnici in v intervjujih je to precej izpostavljeno).

Razvoj gibanja in skupinske dinamike je veliko pripomogel k razvoju plesnih prvin. Vedno bolj so se izmenjevale različne oblike plesa in različni motivi. V osrednjem in zaključnem delu GPD so prevladovali skupinsko posnemovalni elementi, več je bilo figurativnih prvin plesa. Opaziti je bilo razvoj simboličnega in metaforičnega izražanja, še posebno v zadnji tretjini posameznega srečanja, vedno več tudi v 2. fazi raziskave. Udeleženci so začeli samostojno oblikovati enostavne motive, lastne plese v krogu (kot zaključni obred). Razvoj izraznosti, ritmičnosti in usklajenosti v povezavi z razvojem simbolnega izražanja kaže tudi na razvoj sporazumevanja. Prehod od simptomatskega k simbolnemu pa odpira vrata spremembam počutja in doživljanja.

Izpostaviti velja tudi glasbo kot pomemben element GPD, ki spodbuja razvoj gibalnega repertoarja oziroma razvija kvalitativne spremembe gibanja, kot tudi podporno sporazumevanje med udeleženci. Ritem oz. ritmičnost glasbe ima pogosto ključno vlogo v procesu »uglaševanja« skupine. Prepoznala sem potrebo skupine po enostavnih ritmih, temu primerno sem sledila z glasbenimi predlogi. Udeležence sem spodbujala k izražanju potreb, prav tako k izboru glasbe za delavnico, v povezavi z izborom dejavnosti. S časom se je povečala samoiniciativnost pri izboru glasbe. Sami so izbirali najprej predvsem blues in reggae – sprva sicer nekaj, kar smo že preizkusili in so imeli pozitivno izkušnjo. Značilnost bluesa je otožnost in pentatonika: blues na neki način simbolizira »tožbo« in »premagovanje težavnosti dneva«. Enakomeren ritem je pomemben element sinhronizacije. Reggae ritem je specifičen po značilnem poudarjanju lahkih dob (2 in 4). Ponavljajoč se izbor enake glasbe je seveda prispeval tudi k večji gibalni usklajenosti in ustvarjalnosti skupine. Gibanje ob ritmih Marleyjeve glasbe je tako npr. spodbudilo specifično gibanje na ravni skupine, besedilo Marleyjevih pesmi je vneslo ključen simbolični pomen (izjava udeleženca »We dance together and I feel all right« – v povezavi z Marleyjevo pesmijo One love: »Let' s get together and feel all right«; udeležence je spontano pritegnil in skupaj so peli prirejeno besedilo pesmi).

Iz analize podatkov, zbranih z Analizo in evalvacijo GPD, je razviden kontinuiran razvoj gibanja, spremembe v gibanju udeležencev pa so ob koncu obdobja spremljanja opazne tudi v vsakodnevnih situacijah in delovanju. Ocene in mnenja udeležencev (evalvacijski vprašalnik, 1. in 2. del, ocena pojavov v procesu GPD) ter opažanja in mnenja drugih opazovalk (vodje dnevnega centra – socialne delavke, prostovoljke), podana v tretji fazi raziskave, potrjujejo ugotovitve analize podatkov, zbranih z Lestvico primerjave kakovosti gibanja pred gibalno-plesno terapijo in po njej, Analizo in evalvacijo GPD ter ocenjevalnim listom Gibanje v prostoru.

2.4 Vpliv na počutje in doživljanje

Analiza podatkov, pridobljenih z Ocenjevalno lestvico počutja in doživljanja (HBS), je pokazala jasen pozitiven vpliv posameznih srečanj, kot tudi postopno izboljšanje počutja in doživljanja skozi čas (kronološka analiza spremembe ocene skozi čas).

Višja je raven motivacije in bolj so se pripravljeni prepustiti in uživati v gibanju, izražanju, dogajanju. Izboljšanje počutja in doživljanja je izrazito za dimenzije depresivnost, sproščenost, motivacija, emocije in razpoloženje ter spoprijemanje. Udeleženci delavnice so ob koncu obdobja spremljanja (po 9 mesecih) manj depresivni in manj utrujeni. So bolje razpoloženi in doživljajo več pozitivnih emocij, so bolj vitalni (imajo več energije in virov) ter so se bolj pripravljeni soočati. Ocena spremembe za dimenzije prepuščanje, uživanje, vitalnost in utrujenost izražajo zmerno izboljšanje, tesnobnost pa je zgolj rahlo izboljšana.

Spremembe, ki jih z oceno počutja in doživljanja na lestvici HBS izrazijo udeleženci sami, evidentiram in ugotavljam tudi z Analize in evalvacije GPD. Analiza pokaže pozitiven vpliv posameznega srečanja, kot tudi izboljšanje skozi čas/trajnejši pozitiven vpliv GPD na izbrana področja: 1. počutje, emocije, izrazi zadovoljstva; 2. samoiniciativnost in samozaupanje: 3. aktivnost, medsebojno sodelovanje, vzdušje; 4. gibanje. Navedene spremembe na osnovi spremljanja udeležencev ugotavlja tudi socialna delavka – vodja dnevnega centra (redni pogovori z udeleženci, spremljanje delovanja). Udeleženci pa te spremembe s časom vedno pogosteje in vedno bolj natančno tudi besedno izrazijo. V času delavnice skozi spremljanje in analizo sodelovanja opažam tudi razvoj pozornosti in koncentracije.

Izboljšanje počutja in doživljanja se odraža tudi v skupinski dinamiki, v pozitivni klimi. V času izvajanja delavnice se je vzdušje izboljšalo, povečala se je dinamika, prav tako se je razvijala in izboljšala aktivnost ter tudi iniciativnost posameznikov in skupine. Večkrat so me presenetili z zelo intenzivno dinamiko gibanja, ki je nisem pričakovala glede na začetno vzdušje ter izražene in opažene težave oziroma značilnosti gibanja. Vzdušje se je izboljšalo, ko se je povečala stopnja usklajenosti v gibanju (sinhronost). Udeleženci so izražali zadovoljstvo ob gibanju. Po zaključni evalvaciji programa so udeleženci navedli, da so se po vsaki delavnici bolje počutili, da so bolj sproščeni in razgibani, splošno telesno počutje se je izboljšalo. Nekateri so poudarili, da vidijo samega sebe in druge, svet drugače – izražanje uvida v lastno delovanje, nekatere vzorce. Med udeleženci delavnice se je razvil občutek moči in pripadnost skupini, izrazito povezovanje, izražanje naklonjenosti, podpore.

2.5 Razvoj samozaupanja in samoiniciativnosti

Z Analizo in evalvacijo GPD ugotavljam tendenco k povečanju samozaupanja in samoiniciativnosti pri vsakokratnem srečanju, kot tudi od začetka do konca spremljanega obdobja. Večje samozaupanje v lastno gibanje se izraža v razvoju vseh kvalitet gibanja in v povezavi gibanja in uporabe glasu, oboje je tudi bolj spontano. Udeleženci uporabljajo zvok in glas (glasno vzdihujejo, mrmrajo, vzklikajo, pojejo ...) vedno pogosteje in vedno bolj intenzivno. Gibanje dopolnijo z zvokom ali oglašanjem (npr. eden gibanje pospremi s tleskanjem z jezikom, potem nekdo reče »ihaaa«; to spodbudi različne asociacije, ki jim sledijo gibalni motivi ...).

Vse to predstavlja zanje vir občutka moči, povezanosti. Razvoj samozaupanja in samoiniciativnosti v gibanju je izražen tudi na Lestvici primerjave kvalitet gibanja in je poudarjen pri vseh udeležencih. Odraža se v razvoju vseh kvalitet, še posebno pa sta samozaupanje in samoinciativnost v gibanju povezana z razvojem gibanja v prostoru, širjenjem/oženjem, izraznostjo in povečanim prostim tokom gibanja. Gibanje je bolj tekoče in povezano, večja je simetrija in izboljšan je nadzor gibanja, prehodi med posameznimi gibi so skladni in povezani. Poveča se usklajenost, ritmičnost, dinamika. Pomembna je tudi večja usklajenost gibanja posameznikov z gibanjem skupine. Pomemben indikator povečanega samozaupanja v gibanju je tudi večje uživanje v gibanju.

Vse navedeno se odraža tudi v razvoju interakcije in sporazumevanja. Udeleženci vedno bolj dejavno sodelujejo in razvijajo dvo- oziroma večsmerno sporazumevanje v procesu GPD. Nebesedno in besedno sporočajo svoje potrebe, želje, interese, stališča, izmenjujejo znanje, mnenja, izkušnje. V dogajanje na delavnici vnašajo lastno gibanje in lastne vsebine, izbirajo glasbo in pripomočke. Dejavno sodelujejo pri ustvarjanju delavnice – s predlogi, pobudami, soodločajo o poteku, trajanju in dejavnostih delavnice, sooblikujejo dogajanje na delavnicah.

Ugoden vpliv GPD na samozaupanje in samoiniciativnost je izražen tudi v oceni udeležencev, podani med vsako delavnico in ob zaključku, ter tudi v evalvacijskem vprašalniku za udeležence, 1. in 2. del. Vodja DC Šentlent v svojem mnenju, ki ga podaja na osnovi opazovanja in spremljanja udeležencev v procesu GPT ter pogovora po zaključku programa, poudarja prav pomen vpliva na razvoj asertivnosti, za katero sta samozaupanje in samoiniciativnost ključna (kaj lahko tudi jaz storim, da rešim trenutno težavo) in v povezavi s samostojnim iskanjem pomoči v posameznikovi socialni mreži.

3 Zaključek

Gibalno-plesna terapija kot podporna dejavnost v programih psihosocialne rehabilitacije predstavlja celosten pristop k pomoči posameznikom in skupinam. Ob pomenu gibanja za razvoj in krepitev telesno-gibalnih sposobnosti ima gibanje, še posebno ustvarjalno gibanje, večkratno vrednost tudi za razvoj občutka jaza. Občutek jaza pa se razvija prav skozi »porajajoči se jezik telesa« (Rutten Sarris, 1992) – gibanje je torej temelj samozavedanja in podobe o sebi. Pomembno je, kako se posameznik zaveda svojega telesa, ali ima orientacijo lastnega telesa in ali nenehno pridobiva izkušnje, s katerimi razvija podobo o sebi. Ob razvoju občutka jaza in individualnosti gibanje omogoča sporazumevanje tega jaza z zunanjim svetom ter razvoj hkratnega zavedanja sebe in okolja.

Uglaševanje s posamezniki in zrcaljenje gibanja na različnih ravneh sta za proces GPD ključna. Ko je posameznik »slišan«, občuten, viden in prepoznan v svojem gibanju/gibalnem procesu, doživlja pozitivno izkušnjo. Takšna ponavljajoča se pozitivna izkušnja, ki je potencirana skozi ritmično skupinsko gibanje in z doživetjem sinhronicitete na ravni skupine, podpira razvoj samozaupanja in samoiniciativnosti ter omogoča razvoj pozitivne samopodobe. Z uporabo gibalnega protokola, ki zajema vse kategorije Labanove analize gibanja, udeleženci v procesu GPD razvijajo gibalni repertoar in dialog. Udeleženci spoznavajo, preizkušajo in razvijajo različne načine gibanja. Gibalna izkušnja je celostna in usmerja udeležence k občutenju sedanjosti, k občutenju in doživljanju samih sebe tukaj in zdaj, skupaj z drugimi ljudmi.

Ustvarjalno gibanje in ples je zelo učinkovit medij in ima kot podporna dejavnost neposreden in takojšen vpliv na gibanje in tudi na počutje ter doživljanje. Z razvojem značilnosti gibalnega vedenja in gibanja v prostoru se razvija tudi samozaupanje in samoiniciativnosti v gibanju, kot tudi v splošnem delovanju. Predvsem napredek v razvoju osebnega, še posebno medosebnega prostora in splošne prostorske gibljivosti je pomembno povezan z razvojem sporazumevanja in družbenih odnosov. Način, kako posameznik pristopa k prostoru in oblikuje prostor okrog sebe, v veliki meri določa naravo družbene interakcije. Temeljna funkcija družbene interakcije je, omogočati zadovoljevanje temeljnih potreb, za slednje pa je pomembna tako samoiniciativnost kot povečana odzivnost na pobude drugih.

Moč ustvarjalnega gibanja in plesa je v spodbujanju potencialov in razvoja. Z vidika ciljne evalvacije lahko rečemo, da lahko gibalno-plesna terapija kot podporna dejavnost v programu psihosocialne rehabilitacije pomembno pripomore k izboljšanju življenjskega položaja udeležencev. Omogoča namreč razbremenitev, podporo in razvoj ključnih kompetenc za samopomoč ter s tem pripomore h krepitvi duševnega zdravja posameznikov. S tem pa pripomore tudi k omilitvi negativnih učinkov predhodnih hospitalizacij, kot tudi k preprečevanju in nastajanju morebitnih novih težav. Ima torej pomembno preventivno vlogo.

Literatura

Bartenieff, I., Lewis, D. (2002). Body Movement. Coping with the Environment. New York: Routldege.

Carrota, A., Kurež, M. (2007). Promocija duševnega zdravja med študenti Univerze v Ljubljani, diplomsko delo. Ljubljana: FDV.

Flaker, V. (1998). Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba/*cf.

Flaker, V. (2001). Kaj je duševno zdravje v skupnosti? V: Udrih Zalar, T. (ur.), Svetovni dan zdravja, dan duševnega zdravja. Ljubljana: Zdravstveno varstvo; 40 (1–2): 69–73.

Guthrie, J. (1999). Movement and Dance Therapy in Head Injury. Dance Therapy Collections Number.

Hackney, P. (2002). Making Connnections. Total Body Integration through Bartenieff Fundamentals. New York, London: Routledge.

Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., Sossin, K. M. (1994). The Meaning of Movement. Developmentla and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile. New Work, London: Brunner-Routledge.

Koch, S. C., Morlinghaus, K., Fuchs, T. (2007). The joy dance. Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. The Arts in Psychoterpy; 34 (4): 340–349.

Kovačev, A. N. (1997). Govorica telesa: izraznost roke med naravo in kulturo. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete v Ljubljani.

Kovačev, A. N. (1998). Socialna interakcija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Kroflič, B. (1999). Ustvarjalni gib – tretja razsežnost pouka. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Laban, R. (2002). Mojstrstvo gibanja. Ljubljana: Mestno gledališče ljubljansko.

Meekums, B. (2002). Dance Movement Therapy. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Mikuš - Kos, A. (1991). Šola in duševno zdravje. Murska Sobota: Pomurska založba.

Mikuš - Kos, A. (2002). Prostovoljci in varovanje duševnega zdravja otrok. Ljubljana: Slovenska filantropija – združenje za promocijo prostovoljstva: Kolaborativni center za duševno zdravje otrok in mladostnikov pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše.

Moore, C. L., Yamamoto, K. (1988). Beyond Words. Movement Observation and Analysis. New York: Routledge.

Newlove, J., Dalby, J. (2004). Laban for All. New York: Routledge.

Payne, H. (1992). Dance Movement Therapy: Theory and Practice. London: Routldege.

Rutten Saris, M. (1992). Porajajoči se jezik telesa. NL: Van Gorcum & Comp. B. V. Asssen.

Stanton Jones, K. (1992). An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry. London, New York: Tavistock Routledge.

Švab, V. (2000). Vpliv psihosocialne rehabilitacije na kakovost življenja duševnih bolnikov, doktorsko delo. Ljubljana.

Švab, V. (2001). Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami. V: Udrih Zalar, T. (ur.), Svetovni dan zdravja, dan duševnega zdravja. Ljubljana: Zdravstveno varstvo; 40 (1–2): 61.

Ule, M. (2005). Socialna psihologija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Iva Weingerl, diplomirana fizioterapevtka,
Simona Videnšek, podiplomska študentka

FIZIOTERAPEVTSKI VIDIK UČINKOV TELESNE VADBE PO METODI PILATES NA POTEK NOSEČNOSTI, POROD IN OKREVANJE PO NJEM

PHISYOTHERAPEUTICAL VIEW ON THE EFFECTS OF PILATES EXERCISE ON PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTPARTUM RECOVERY

Povzetek

Teoretična izhodišča: V zadnjem desetletju mnoge znanstvene raziskave dokazujejo, da ustrezna prenatalna vadba ne predstavlja tveganja za nosečnico in/ali otroka, ampak je celo priporočljiva za nemoten potek nosečnosti in pozneje poroda.

Metoda: V raziskavi smo s spletnim anketnim vprašalnikom pridobili podatke, s katerimi smo dokazali fizioterapevtske učinke prenatalne vadbe po metodi pilates v času nosečnosti. Anketni vprašalnik je izpolnilo 37 žensk, ki so v zadnjem letu rodile vaginalno in so bile v času nosečnosti redno telesno dejavne. Hipoteze smo statistično testirali in jih potrdili.

Rezultati: Rezultati kažejo, da prenatalna vadba po metodi pilates v času nosečnosti pomembno krepi mišice trupa in medeničnega dna, kar uspešno preprečuje in/ali zmanjšuje bolečine v križu in hrbtenici ter težave z nehotenim uhajanjem urina v času nosečnosti.

Razprava: V Sloveniji sicer še nimamo izdelanih nacionalnih smernic in priporočil za varno telesno dejavnost v nosečnosti, a ena od oblik le-te je zagotovo t. i. pilates za nosečnice in porodnice, tj. ustrezno prilagojena in strokovno vodena telesna vadba po principih pilatesa, ki je s fizioterapevtskega vidika priporočljiva predvsem kot preventiva ali način odpravljanja nosečniških težav.

Ključne besede: nosečnost, bolečine v križu in hrbtenici, urinska inkontinenca, pilates

Abstract

Theoretical basis: In last decade, numerous researches scientifically proved that physical exercise during pregnancy does not represent risks for mother and/or a child, but is actually recommended for healthy pregnancy and childbirth, and also in postnatal period.

Method: In the research part we used an online questionnaire to present physiotherapeutic aspect of Pilates exercise on pregnancy and childbirth. The questionnaire was filled in by 37 mothers who gave vaginal birth in the past year and were physically active during pregnancy. Hypotheses were statistically tested and confirmed.

Results: The results show that regular physical activity in form of Pilates exercise strengthens muscle torso and pelvic floor muscles and therefore decreases or even prevents low back pain and urinary incontinence during pregnancy.

Discussion: In Slovenia, there are no national guidelines or recommendations for exercise during pregnancy and the postpartum period, but, from the physiotherapeutic aspect, Pilates exercise is definitely safe and recommended form of physical activity during pregnancy and in postnatal period.

Key words: pregnancy, lower back and spine pain, urinary incontinence, Pilates

1 Uvod

Nosečnost, porod in poporodno obdobje so dinamični procesi velikih telesnih in duševnih sprememb in lahko ob neustrezni zdravstveni oskrbi predstavljajo za žensko posebno zdravstveno tveganje. Raziskave kažejo, da redna telesna dejavnost pomembno preprečuje nastanek tipičnih nosečniških težav in zmanjšuje možnosti za zaplete v nosečnosti in med porodom. V Sloveniji za zdaj še nimamo izdelanih nacionalnih smernic za telesno dejavnost v nosečnosti, sta pa slovenska Sekcija fizioterapevtov za zdravje žensk pri Društvu fizioterapevtov Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja RS na osnovi tujih smernic in priporočil oblikovala ter objavila priporočila, v katerih je med drugim navedeno, da psihično in telesno močna oziroma kondicijsko dobro pripravljena nosečnica lažje prenaša nosečnost, da je bolje pripravljena na porod in po njem hitreje okreva (Drev, Drglin, 2010; SFZZ, 2015).

Najpogostejši in tako rekoč neizogibni značilni nosečniški težavi sta bolečina v križu in hrbtenici ter nehoteno uhajanje urina, ki sta predvsem posledica delovanja t. i. nosečniškega hormona, tj. relaksina. Ta namreč vpliva na neelastičnost in ohlapnost sklepnih vezi in mišičnega tkiva, zato se razvijeta slaba nosečniška drža, ki povzroča bolečine v ledvenem delu hrbta, in urinska inkontinenca (UI), saj pritisk rastoče maternice slabi mišice medeničnega dna. Obe težavi zmanjšuje ali celo preprečuje in odpravlja telesna vadba (Drev, Drglin, 2010).

2 Telesne spremembe nosečnice

Vsaka nosečnost prinaša določene spremembe ter omejitve z namenom ustvariti optimalne razmere za rast in razvoj ploda (Švarc - Urbančič, Videmšek, 1997). V telesu noseče ženske se zvrstijo številne hormonske in hematološke spremembe, spremembe v organskih sistemih, metabolične spremembe ter psihične in čustvene spremembe (Šćepanović, 2010). Anatomske in fiziološke spremembe v nosečnosti so posledica hormonskih in/ali mehanskih vplivov (Lučovnik, 2015). Fiziološke spremembe zajamejo predvsem reproduktivne organe, cirkulacijo in sečila, spremembe pa se odražajo tudi na prebavilih, dihalih, koži in skeletu (Geršak, 2008).

2.1 Nepravilna drža

V nosečnosti se zaradi rastočega ploda in posledično povečane telesne teže težišče telesa premakne, in sicer od drugega križničnega vretenca navzgor in naprej. Da nosečnica najde ravnotežje in stabilnost, se z zgornjim delom telesa nagiba nazaj, pri takšni telesni drži pa se raztegujejo zgornje hrbtne mišice in trebušne mišice, medtem ko se spodnje hrbtne mišice krajšajo. Posledično se povečujejo ledvena, prsna in vratna krivina. Ko nosečnost napreduje, se stopala sploščijo, teža telesa pa se pomakne na pete. Trebuh je vedno bolj izbočen, ramena se zvrnejo naprej, glava je potisnjena naprej, takšna nepravilna drža pa povzroča močne bolečine v križu (Švarc - Urbančič, Videmšek, 1997).

2.2 Oslabljene mišice medeničnega dna (MMD)

Zaradi delovanja relaksina se zmanjša mišični tonus, poveča se gibljivost sklepov, ki so zato bolj dovzetni za poškodbe, medenično dno pa se spusti do 2,5 cm. MMD so z napredovanjem nosečnosti izpostavljene vedno večjemu pritisku, zaradi rasti maternice pa se močno raztegnejo tudi trebušne mišice. Posledica sprememb v mišičnem sistemu v nosečnosti je pogosto pojav urinske inkontinence, lahko pa privedejo tudi do resnejših težav in/ali celo do trajne disfunkcije mišic medeničnega dna (Želj, 2010).

3 Vadba pilatesa za nosečnice

Pilates je odlična vadba za ohranjanje zdravja in duševnega ravnovesja v času nosečnosti in poporodnem obdobju. Če se – seveda ob predhodnem posvetu z ginekologom – izvaja pod vodstvom strokovno usposobljenega vaditelja, je lahko zelo učinkovita in varna oblika telesne dejavnosti, saj krepi najpomembnejše mišice in tako preprečuje ali zmanjšuje značilne nosečniške težave ter je obenem odlična priprava za porod in dobra naložba v hitro okrevanje po njem. Prednost vadbe pilatesa je v tem, da je mogoča prilagoditev zahtevnosti vaj glede na telesne omejitve v nosečnosti in po porodu (Zrnec, 2010).

Pilates za nosečnice izhaja iz klasičnih vaj pilatesa, gibanje pa je prilagojeno potrebam posameznega obdobja nosečnosti, zato ta oblika telesne vadbe omogoča ženskam uravnoteženo, varno in učinkovito telesno dejavnost ves čas nosečnosti (Šijanec, Videmšek, Karpljuk, 2006). Pilates kombinira vaje za gibljivost in vaje za razvoj moči, pri čemer so vaje pilatesa, ki so namenjene nosečnicam, osredotočene predvsem na preprečevanje sprememb v telesni drži, na krepitev mišic in na vaje, ki ohranjajo kondicijo, potrebno za porod (Podlesnik Fetih, 2009). Program pilatesa za nosečnice tako zajema vaje, ki krepijo MMD, vaje za ravnotežje in koordinacijo, ki krepijo hrbtne in trebušne mišice, in učenje posebnega sistema dihanja (Drev, Drglin, 2010). Ker je pilates nizko intenzivna vadba, je primeren tako za nosečnice, ki so bile dejavne že pred zanositvijo, kot tudi za začetnice (Šijanec, Videmšek, Karpljuk, 2006).

Raziskovalci in strokovno usposobljeni vaditelji telesne vadbe za nosečnice in porodnice so zelo enotni glede pozitivnih učinkov vadbe pilatesa, med katerimi najpogosteje navajajo (Šijanec, Videmšek, Karpljuk, 2006; Perc, 2010; Zrnec, 2010; Kopač, 2013):

- ohranjanje dobre telesne drže,
- izboljšanje ravnotežja in koordinacije telesa,
- preprečitev ali zmanjšanje bolečin v križu in hrbtenici,
- preprečitev ali zmanjšanje težav z UI,
- učenje dihalnih tehnik in zavedanja mišic,
- lažji porod in hitrejše okrevanje po njem,
- zmanjšanje tveganja za zaplete pri porodu,
- preprečitev razdvajanja trebušnih mišic oziroma hitrejše okrevanje razdvojenih mišic v pravilen položaj,
- krepitev mišic na rokah,
- izboljšanje cirkulacije in posledično zmanjšanje zatekanja in krčev,
- dobro duševno počutje.

J. Zagrajšek (2010) opisuje tudi pozitivne učinke poporodne vadbe po metodi pilates:

- nadzorovana krepitev vseh plasti hrbtnih in trebušnih mišic ter s tem zmanjševanje in preprečevanje bolečin v hrbtenici;
- trening mišic medeničnega dna in posledično preprečevanje nenadzorovanega uhajanja urina;
- hitrejša vrnitev motoričnih sposobnosti in hitrejše doseganje ravni kondicije pred nosečnostjo;
- pospeši presnovo in s tem omogoči hitrejšo vzpostavitev telesne teže. Ohlapne mišice postanejo močnejše, poveča se mišični tonus, zmanjša se količina podkožnega maščevja, s tem se izboljša estetski videz ženske;
- boljša telesna drža, saj je vzpostavljen pravilen naklon medenice;
- pospeši se krvni obtok po telesu, še posebej v dojkah, s tem se zagotovi zadostno izločanje mleka. Krepitev prsnih mišic omogoča, da lažje nosijo povečano težo prsi;
- vpliva na psihično počutje ženske in zmanjšuje tveganje za pojav anksioznosti in/ali depresij.

4 Fizioterapevtski vidik učinkov telesne vadbe po prilagojeni metodi pilates na potek nosečnosti, porod in okrevanje po njem

Osnovni cilji pilatesa so: zavedanje lastnega telesa, izboljšanje drže ter učinkovitejše gibanje in dihanje. Pilates namerno krepi predvsem področje med prsnim košem in medenico oziroma mišice, ki to območje obdajajo. Te mišične skupine pa so v nosečnosti in med porodom najbolj obremenjene.

4.1 Trening MMD

Ženska medenica je nizka in srčasta in je z zunanje in notranje strani obdana z mišičjem, ki ne zožuje bistveno njene svetline. Le MMD zapirajo malo medenico (tj. izhod porodnega kanala) navzdol in tako tvorijo medenično dno (Videnšek, 2011). Medenično dno ali medenična prepona je mišično-vezivna plošča, ki je razpeta v okviru medenice in zapira medenični izhod. Obdaja sečnico, nožnico in rektum ter tako regulira odpiranje in zapiranje teh odprtin. Sestoji iz prečno progastega mišičja in ima lijakasto obliko. Opravlja dve nasprotujoči si nalogi: daje oporo rodilom in mokrilom ter vzdržuje povečane pritiske v medenični votlini, ki se pojavijo zaradi napora, med porodom pa s svojo raztegljivostjo omogoča spontan porod (Lukanovič, 1995; povz. po Videnšek, 2011).

MMD spadajo med pomembnejše mišice v nosečnosti. Ležijo na dnu medenice in potekajo okrog sramnice (spredaj) do trtice (zadaj) (Mlakar et al., 2011). MMD tvorijo štiri mišice, in sicer lijasta dvigalka zadnjika, ki je glavna prečno progasta mišica in dejavno sodeluje pri TMMD (Šćepanović 2003; povz. po Videnšek, 2011), mišice zapiralke zadnjika, stiskalka spolovila in zažemalka sečnice – te tri nudijo oporo medenici oziroma trebušnim organom, da ne izpadejo (Kolenc 1996, povz. po Videnšek, 2011). MMD notranjim medeničnim organom nudijo oporo, vzdržujejo njihovo pravilno lego, sodelujejo pri zadrževanju blata in urina ter so pomembne za spolno doživljanje ženske in moškega (Žgur, Šćepanović, Meden - Vrtovec, 2003).

V času nosečnosti se MMD zaradi delovanja relaksina in pritiska naraščajoče maternice močno raztegnejo in oslabijo, kar lahko privede do UI, pri resnejših okvarah medeničnega dna pa tudi do zdrsa maternice iz nožnice (Videnšek, 2011). MMD so močno obremenjene tudi med porodom, ko se lahko celo raztrgajo, prav tako pa lahko pride do prereza ali pretrganja presredka. Med nosečnostjo je zato zelo pomemben TMMD, saj ta krepi MMD in izboljša zavedanje le-teh, saj se ženska nauči pravilne aktivacije in sprostitve mišic, kar je zelo pomembno med porodom, ko morajo biti MMD sproščene, saj to omogoča lažji porod (Mlakar et al., 2011). Če redno izvaja TMMD, je med drugo porodno dobo pritiskanje porodnice učinkovitejše, medtem ko nastopijo bolečine in se porod zavleče, če porodnica MMD ne zna sprostiti (Švarc - Urbančič, Videmšek, 1997).

4.1.1 Urinska inkontinenca

Raziskave kažejo, da sta nosečnost in porod najpomembnejša dejavnika pri pojavu urinske inkontinence (Mørkved, 2007, str. 318). Mednarodno združenje za kontinenco (ICS) kot najpomembnejše dejavnike tveganja za nastanek UI po porodu navaja naslednje: prvi porod, več kot štirje porodi, porodna teža otroka nad 4000 g, starost porodnice, vakuumski ali kleščni porod, epiziotomija, šivan presredek, raztrganje presredka, nožnice ali poškodba zapiralke zadnjika, trajanje druge porodne dobe, zdravila med porodom, obseg otrokove glave, epiduralna anestezija, materin ITM (Koelbl et al., 2002; povz. po Šćepanović, 2012).

Težave z UI so v zgodnji nosečnosti predvsem posledica neelastičnosti in ohlapnosti sklepnih vezi in raztegnjenosti mišic medeničnega dna, na kar vpliva t. i. nosečniški hormon relaksin, pozneje pa na nenadzorovano uhajanje urina najbolj vpliva to, da je zaradi rasti ploda pritisk maternice, na močno zmanjšan mehur in vse bolj oslabljene mišice medeničnega dna, vse večji. Porod spremeni elastičnost vezi in mišic medeničnega dna in tako posledično zmanjšuje nadzor nad zadrževanjem seča (Durjava Lajevec 2010).

Ena od specialnih vaj po metodi pilates je trening oziroma krepitev MMD. Močne MMD preprečujejo težave z nehotenim uhajanjem urina v nosečnosti in po porodu, obenem pa je zato porod lažji, okrevanje po njem pa hitrejše.

4.2 Krepitev mišic trupa

Ko si nosečnica s prilagajanjem telesne drže poišče novo ravnotežje in stabilnost telesa, se poveča pritisk na mišice ob hrbtenici, posledica so pogosto bolečine v ledvenem delu hrbtenice (Perc, 2010). Med nosečnostjo in v poporodni dobi je zato zelo pomembno krepiti globoke stabilizatorje trupa, tj. globoko trebušno mišico transverzus, ki je najgloblja od vseh in poteka prečno okrog hrbtenice in medenice. Ko jo aktiviramo, zagotovi oporo ter zaščito sklepom hrbtenice in medenice in tako vzdržuje čim optimalnejšo telesno držo ter preprečuje ali zmanjšuje bolečine v križu in hrbtenici (Mlakar et al., 2011). Okrepljene hrbtne in trebušne mišice bolje varujejo notranje organe, obenem pa enotno delovanje mišic trupa, ki postanejo močnejše in učinkovitejše, stabilizira hrbet in omogoča bolj zavestno, nadzorovano gibanje ter tako izboljša telesno držo (Šijanec, Videmšek, Karpljuk, 2006).

4.2.1 Bolečine v križu in hrbtenici

Bolečina v križu je verjetno najpogostejša mišično-skeletna težava v nosečnosti. Pojavi se lahko že pred dvanajstim tednom, najpogosteje pa med petim in šestim mesecem. Rezultati dosedanjih raziskav kažejo, da sta najpogostejša vzročna dejavnika oziroma dejavnika tveganja, ki lahko prispevata k nastanku bolečine v križu, visoka povprečna vrednost relaksina in sprememba težišča telesa, torej hitre spremembe v telesni drži (Šćepanović, 2012).

Z redno vadbo po metodi pilates se pomembno okrepijo hrbtne in trebušne mišice, ki stabilizirajo trup, posledično se izboljša telesna drža, to pa preprečuje ali vsaj zmanjšuje značilne nosečniške in/ali poporodne bolečine v križu in hrbtenici.

5 Raziskava

V raziskavi smo poskušali dokazati, da redna vadba po načelih pilatesa, ki je obenem ustrezno strokovno vodena in je zasnovana na priporočilih ter smernicah za varno telesno dejavnost v nosečnosti in poporodnem obdobju, uspešno preprečuje, zmanjšuje ali odpravlja tako bolečine v križu in hrbtenici kot težave z urinsko inkontinenco ter omogoča lažji porod. Kot instrument za pridobivanje podatkov smo uporabili spletni anketni vprašalnik, ki smo ga sestavili sami. Vprašalnik je obsegal 15 vprašanj zaprtega tipa in uvod, v katerem so jasno zapisani namen raziskave, zagotovilo o anonimnosti in zagotovilo o etični uporabi zbranih podatkov. Prvi dve vprašanji sta bili demografskega tipa, ostala so bila neposredno vezana na hipoteze, zastavljene v raziskavi:

H1: Predpostavljamo, da redno izvajanje ustrezno prilagojene telesne vadbe po metodi pilates med nosečnostjo in po porodu zmanjšuje ali celo odpravlja bolečine v križu ali hrbtenici.

H2: Predpostavljamo, da redno izvajanje ustrezno prilagojene telesne vadbe po metodi pilates med nosečnostjo in po porodu zmanjšuje ali celo odpravlja težave z urinsko inkontinenco.

H3: Predpostavljamo, da redno izvajanje ustrezno prilagojene telesne vadbe po metodi pilates med nosečnostjo in po porodu omogoča lažji porod in hitrejše okrevanje po njem.

Raziskovalni vzorec so bile stranke dveh zasebnih pilates centrov, v katerih večkrat tedensko pod strokovnim vodstvom licenciranih inštruktorjev izvajajo nosečnicam in porodnicam ustrezno prilagojeno telesno vadbo po metodi pilates. Anketni vprašalnik je bil posredovan 50 ženskam. Pogoj za vključitev v raziskovani vzorec je bil, da so anketiranke v zadnjem letu dni rodile brez carskega reza.

Rezultate anketnega vprašalnika smo natančno pregledali in izvedli podrobno statistično analizo zbranih podatkov iz 37 anket, ki so bile pravilno in v celoti izpolnjene, kar predstavlja 74-odstotno realizacijo vzorca. Podatke smo nato obdelali v programu Microsoft Excel. Za potrditev hipotez smo opravili statistično analizo.

Raziskava je pokazala, da je le polovica (51 %) anketirank – vse so že pred zadnjo nosečnostjo redno vadile po metodi pilates – v času nosečnosti imela tipične nosečniške težave, in sicer večina bolečine v križu in hrbtenici (39 %), 10 % jih je navajalo težave z urinsko inkontinenco. Le ena anketiranka (2 %) pa je občutila tudi bolečino v vratnem delu hrbtenice. 86 % vseh žensk ter 88 % tistih anketirank, ki so med zadnjo nosečnostjo dejansko imele bolečine v križu in hrbtenici, se strinja s trditvijo, da redna vadba po prilagojeni metodi pilates v nosečnosti preprečuje ali zmanjšuje težave z bolečinami v križu in hrbtenici. Nobena te trditve ni zanikala. S trditvijo, da vadba pilatesa preprečuje oziroma odpravlja urinsko inkontinenco, se je strinjala večina anketirank, tj. 84 %, in tri četrtine (75 %) tistih, ki so v času zadnje nosečnosti imele težave z nehotnim uhajanjem urina.

Ker je bil eden od naših raziskovalnih ciljev dokazati, da redno izvajanje prilagojene telesne vadbe po metodi pilates v nosečnosti krepi mišice medeničnega dna, zaradi česar je porod pogosto krajši in lažji, nevarnost za pojav tveganja med porodom pa bistveno manjša, smo anketiranke povprašali tudi o poteku njihovega zadnjega poroda. Rezultati kažejo, da je imelo kar 86 % anketirank hiter porod, ki je minil brez večjih bolečin, pri ostalih pa je bil porod dolg in zelo boleč. Zanimivo je dejstvo, da med slednjimi ni nobene sodelujoče v raziskavi, ki je v nosečnosti prilagojeno telesno vadbo po metodi pilates izvajala trikrat na teden ali pogosteje. Očiten pa je tudi podatek, da sta le 2 od 12, ki so imele težji porod, vadili dvakrat tedensko, ostale pa le enkrat na teden. Velika večina žensk (84 %), ki so bile redno telesno dejavne, je po porodu tudi dobro okrevala in hitro izgubljala pridobljeno težo, medtem ko so tiste, ki so imele zaradi manj pogoste vadbe težak in dolg porod, tudi počasneje okrevale in težje izgubljale kilograme.

Na osnovi rezultatov naše raziskave smo lahko potrdili tudi opredeljene hipoteze. Teh statistično sicer nismo mogli potrditi z običajnim t-testom, saj ta zahteva dva vzorca – v našem primeru bi poleg žensk, ki so v času nosečnosti in po porodu redno izvajale telesno vadbo po prilagojeni metodi pilates, potrebovali tudi vzorec žensk, ki v času zadnje nosečnosti le-te niso izvajale. Rezultate raziskave smo zato statistično potrdili na naslednji način. Odgovore na tri vprašanja, ki so zajeta v posameznih hipotezah, smo klasificirali tako, da so odgovori, ki niso v prid raziskovalnim hipotezam, dobili eno točko, odgovori, ki so v prid našim hipotezam, pa dve točki. Nato smo testirali, ali so odgovori z dvema točkama statistično značilni, in sicer tako, da smo preverili, ali je povprečje teh odgovorov in tistih z eno točko enako 1. Če namreč ni 1, potem lahko trdimo, da je povprečje 2, oziroma bližje 2, kar potrjuje naše hipoteze. Testirali smo torej nasprotne hipoteze. Ker je statistični test pri vseh pokazal signifikanco manj od 0,05, smo lahko zavrnili in sprejeli oziroma potrdili raziskovalne hipoteze.

6 Zaključek

V Sekciji fizioterapevtov za zdravje žensk poudarjajo, da fiziologije nosečnosti, torej vseh sprememb, težav, bolečin in drugih nevšečnosti, ki jo spremljajo, ni mogoče spremeniti, zato bi moral biti osnovni cilj preventiva, ki jo danes večina zdravstvenih delavcev in drugih za to področje ustrezno usposobljenih strokovnjakov odkriva, v primerno izbrani in odmerjeni telesni dejavnosti v času nosečnosti in po porodu. Ta namreč znanstveno dokazano ugodno vpliva na zdravje nosečnice in ploda, je odlična priprava na porod ter omogoča hitrejše okrevanje po njem (SFZZ, 2015).

Zelo učinkovit in zato zelo priporočljiv vadbeni program za nosečnice in porodnice je ustrezno prilagojena in strokovno vodena telesna vadba po načelih pilatesa, katere osnovni cilj je zavedanje lastnega telesa, izboljšanje drže ter učinkovitejše gibanje in dihanje. Vadba po tej metodi namreč namerno krepi predvsem področje med prsnim košem in medenico oziroma mišice, ki to področje obdajajo, obenem pa je eno od njenih temeljnih načel pravilno dihanje, ki je zelo pomembno za splošno počutje ženske v nosečnosti ter za potek poroda.

Z redno vadbo po metodi pilates se med drugim pomembno okrepijo hrbtne in trebušne mišice, ki stabilizirajo trup, posledično se izboljša telesna drža, zato vadba pilatesa v nosečnosti in po njej preprečuje, zmanjšuje ali celo odpravlja bolečine v križu in hrbtenici. Najpomembnejši fizioterapevtski vidik tega vadbenega programa je trening oziroma krepitev mišic medeničnega dna, saj krepitev teh mišic pomembno prispeva k preprečevanju in/ali zmanjšanju pojavnosti urinske inkontinence, predvsem pa omogoča zavedanje le-teh, kar omogoča lažji in hitrejši porod ter hitrejše okrevanje po njem.

Predsednica Sekcije fizioterapevtov za zdravje žensk izpostavlja problem, da je v Sloveniji popolnoma neurejen segment za pridobivanje licenc za vodenje in organizacijo telesne vadbe v nosečnosti in poporodnem obdobju. Veliko ljudi, ki se ukvarjajo z vodenjem telesne dejavnosti med nosečnostjo, namreč ni strokovno usposobljenih in nimajo ustreznih znanj o anatomskih in fizioloških spremembah med nosečnostjo, o vplivu vadbe na nosečnico in otroka, znanj o prepoznavanju bolezni in simptomov ipd. Menimo, da bi to lahko bil predmet nadaljnjih raziskav, katerih skupni cilj je promocija telesne dejavnosti med nosečnostjo in oblikovanje enotnega in dostopnega programa telesne vadbe na nacionalni ravni, ki bo med drugim uredil izobraževanje in usposabljanje kadrov ter licenciranje, določil standarde za ustanove, ki bi želele izvajati organizirane oblike vadbe, in zagotovil nadzor nad strokovnostjo vodenja in organiziranja telesne dejavnosti za nosečnice (Šćepanović, 2015).

Literatura

Drev, A., Drglin, Z. Telesna dejavnost za ženske v nosečnosti. Pregled priporočil in programov vadbe. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2010.

Durjava Lajevec, P. Urinska inkontinenca v nosečnosti. V: Kacin, A., Puh, U. Znanstveno--raziskovalno delo v visokošolskem izobraževanju fizioterapevtov. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, Društvo fizioterapevtov Slovenije; 2010: 79–85.

Geršak, K. Fiziološke spremembe v nosečnosti in zdravljenje. Farmacevtski vestnik: strokovno glasilo slovenske farmacije. 2008; 59 (4): 201–205.

Kopač, N. Pilates za nosečnice. 2013. Dostopno na: http://www.buba.si/skupinske-vadbe/pilates-nosecnice/ (16.5.2015).

Lučovnik, M. Anatomske in fiziološke spremembe v nosečnosti. Interno gradivo. Tečaj varne vadbe v nosečnosti, 6., 7. in 13., 14. marec 2015. Ljubljana: Sekcija fizioterapevtov za zdravje žensk, 2015.

Mlakar, K. K., Videmšek, M., Vrtačnik - Bokal, E., Žgur, L., Šćepanović, D. Z gibanjem v zdravo nosečnost. Ljubljana: Fakulteta za šport; 2011.

Mørkved, S. Evidence for pelvic floor physical therapy for urinary incontinence during pregnancy and after childbirth. V: Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., Van Kampen, M. (ur.). Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Bridging science and clinical practise. Kitajska: Elsevier; 2007: 317–336.

Perc, Š. Pilates v času nosečnosti. 2010. Dostopno na: http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/pilates-v-casu-nosecnosti/ (16.5.2015).

Podlesnik Fetih, A. Vpliv športne dejavnosti, prehranjevalnih navad in razvad na počutje nosečnice in izid nosečnosti [doktorska disertacija]. Ljubljana: Fakulteta za šport; 2009.

Šćepanović, D. Telesna dejavnost v nosečnosti. V: Konda, B., Mišmaš, T. (ur.), Vloga gibalne, športne aktivnosti pri preprečevanju nastanka bolezni in zdravljenju: zbornik prispevkov. 5. FIT mednarodni kongres, 10.–11. maja 2010. Ljubljana: Zavod FIT; 2010: 1–7.

Šćepanović, D. Fizioterapija za zdravje žensk. Interno gradivo za študente fizioterapije (2012/13). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2012: 1–27.

Šćepanović, D. Telesna dejavnost v nosečnosti. Interno gradivo. Tečaj varne vadbe v nosečnosti, 6., 7. in 13., 14. marec 2015. Ljubljana: Sekcija fizioterapevtov za zdravje žensk, 2015.

Šijanec, S., Videmšek, M., Karpljuk, D. Pilates za nosečnice. Šport. 2006; 54 (2): 25–29.

Švarc - Urbančič, T., Videmšek, M. S športom v zdravo nosečnost. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport; 1997.

Telesna dejavnost v nosečnosti. 2015. Dostopno na: http://www.sfzz.si/uvodna-stran1/napotki-za-zenske (16.5.2015).

Videnšek, S. Specialne teme v fizioterapiji 1. Interno gradivo za študente fizioterapije (2011/12). Murska Sobota: Alma Mater Europaea, 2011.

Zagrajšek, J. Poporodna vadba. 2010. Dostopno na: http://www.aktivni.si/fitnes/vaje/video--poporodna-vadba/ (16.5.2015).

Zrnec, B. Aktivna nosečnost – Pilates je primeren tudi za nosečnice. 2010. Dostopno na: http://www.svetzdravja.si/aktivna-nosecnost-pilates-je-primeren-tudi-za-nosecnice/ (16.5.2015).

Želj, T. Kaj se dogaja s telesom med nosečnostjo. 2010. Dostopno na: http://www.aktivni.si/zdravje/preventiva/kaj-se-dogaja-z-zenskim-telesom-med-nosecnostjo/ (16.5.2015).

Žgur, L., Šćepanović, D., Meden - Vrtovec, H. Fit mama. Ljubljana: Klinični center, SPS Ginekološka klinika; 2003.

Mateja Znika
Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru

STAVOVI STUDENATA PRVE GODINE STUDIJA FIZIOTERAPIJE PREMA STARIJIM OSOBAMA

FIRST YEAR STUDENTS OF PHYSIOTHERAPY ATTITUDES TOWARDS THE ELDERLY

Sažetak

Teorijski temelji: Starenje stanovništva djeluje na ukupni gospodarski razvoj. Također samim time dolazi do promjene odnosa prema starijoj populaciji, što utječe na društvenu interakciju, život općenito, zdravstvenu zaštitu, zapošljavanje i socijalnu politiku. Već sada je Hrvatska, prema kriterijima UN-a, svrstana u četvrtu grupu država s „vrlo starim pučanstvom", s udjelom starijih od 65 godina 15,62%. Prema prognozi Populacijskog odjela Ujedinjenih naroda, udio starijih u populaciji Hrvatske će se i dalje povećavati i predviđa se da će 2050. godine iznositi oko 26%. Stavovi budućih fizioterapeuta prema starijim osobama mogu utjecati na kvalitetu pružene usluge, te samim time i na uspješnost provođenja same terapije.

Metodologija: Ispitivanje je provedeno tijekom siječnja 2016. godine na nasumičnom uzorku od 40 studenata prve godine studija fizioterapije Veleučilišta Lavoslav Ružička u Vukovaru. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 13 muških i 27 ženskih studentica u rasponu od 18 do 27 godina starosti; većina studenata je bila u rasponu od 19-20 godina, n=30. Instrument za provođenje istraživanja sastoji se od 18 stavki, po uzoru na Koganov upitnik o stavovima prema starim osobama (ATOP) koji u originalu sadrži 34 stavke, upitnik se sastoji od pozitivnih i negativnih izjava koje se boduju ocjenama od 1-5, gdje je 1 „izrazito se ne slažem", a 5 je „izrazito se slažem".

Rezultati: Provedeno istraživanje ukazuje kako studenti fizioterapije općenito pokazuju umjereno pozitivne stavove vezane uz starije osobe.

Rasprava: Stavovi studenata prema starijim osobama mogu utjecati na interakciju studenata sa starijim osobama, te nam se stoga postavlja pitanje hoće li sami studenti tijekom školovanja dobiti dovoljno potrebnih informacija koje bi ih pripremile za klinički rad sa starim osobama.

Ključne riječi: stavovi, studenti fizioterapije, stare osobne

Summary

Theoretical basis: Ageing of the population affects the overall economic development. This also brings changes in the attitude towards the elderly, and that change affects social interaction, life in general, health care, employment and social policy. According to the UN criteria, Croatia is already classified in the fourth group of countries with 'very old population', with 15.62% of the population being older than 65. According to prognosis of the UN population department, the share in Croatian population is going to increase and it is predicted to about 26% by 2050. Attitudes of future physical therapists towards the elderly may influence the quality of the service they will provide, and therefore and consequently the success of the treatment itself.

Methodology: The research was conducted during January 2016 among 40 randomly chosen first year students of physiotherapy at the College of Applied Sciences Lavoslav Ružička in Vukovar. 13 male students and 27 female students, aged from 18 to 27, participated. The majority of students was in the range of 19-20 years, of age n=30. The instrument used to conduct the research, consisted of 18 items, based on Kogan's attitude towards old people (ATOP) scale that originally consisted of 34 items, the questionnaire consists of positive and negative statements that are scored from 1 to 5, where 1 is 'I strongly disagree', and 5 is 'I strongly agree'.

Results: The conducted research suggests that first year physiotherapy students generally show moderately positive attitudes towards the elderly.

Discussion: Ultimately, the student's attitudes can influence their interaction towards the elderly which raises the question whether the students will receive enough of required information during their education that would adequately prepare them for clinical practice.

Key words: attitudes, physiotherapy students, the elderly

1 Uvod

1.1 Starenje

Starenje je univerzalan i progresivan proces u prirodi koji zahvaća sve žive organizme. Starenje čovjeka je proces usporediv s rastom, razlika je jedino u smjeru. Pri rastu i razvoju sve tjelesne, psihološke i socijalne sposobnosti kreću se od nekog početka do svoje maksimalne vrijednosti, dok u starenju te iste vrijednosti idu od svojeg maksimuma prema nižim vrijednostima i konačno propadaju. Razvoj i propadanje različitih sposobnosti ide različitim tempom, a razne čovjekove sposobnosti ili karakteristike dostižu svoje maksimalne vrijednosti u različito vrijeme (fleksibilnost, snaga, brzina, kognitivne sposobnosti, osjetilne sposobnosti, sposobnosti socijalnih aktivnosti...). Odmah po dosizanju maksimuma dolazi kratka stagnacija, a zatim lagano opadanje, što se može smatrati početkom starenja. Takve promjene počinju već u četvrtom desetljeću života pojedinih osoba, pa tako starenje sagledavamo s različitih aspekata, kao biološki, psihološki i sociološki proces. Razlikujemo primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje (fiziološko starenje ili senescencija) odnosi se na normalne fiziološke procese određene biološkim čimbenicima, a posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena (npr. menopauza), dok se sekundarno starenje odnosi na patološke promjene i opadanje s godinama koje je uzrokovano vanjskim čimbenicima, uključujući bolest i posljedice negativnih utjecaja tijekom godina: buke, pušenja, alkohola i drugih onečišćenja (Despot Lučanin, 2003.). Govori se i o uspješnom, uobičajenom i patološkom starenju. Pri „uspješnom" starenju prisutan je pozitivan genetski materijal, a starenje se odvija u pozitivnoj okolini, nema kroničnih oboljenja i funkcionalnih smetnji. Pojam „uspješnog starenja", kako se taj proces još naziva u gerontologiji i gerijatriji, znači nastojanje da se pronađe određena ravnoteža između individualnih potreba i želja s jedne strane i objektivnih i subjektivnih životnih uvjeta s druge, tj. čovjek se mora nastojati prilagoditi činjenicama i iz njih izvući najviše i najbolje što može za aktivno življenje i osobni rast (Tokarski, 2004). Pri „uobičajenom" starenju prisutan je razvoj bolesti i određene disfunkcije, ali je funkcija svih sustava još uvijek na zadovoljavajućoj razini i nema većih funkcionalnih ograničenja. Kod „patološkog" starenja, iz genetskih razloga ili zbog lošeg utjecaja okoline, dolazi do većih funkcionalnih ograničenja uz česta i dugotrajna bolovanja, što može rezultirati problemima s neovisnim življenjem (Pospiš, 2001.). Kakve će posljedice starost izazvati, ne samo na osobnoj razini nego i na društvenoj, odgovornost je cijelog društva, budući da starenje stanovništva djeluje na ukupni razvoj društva, te na taj način odnos prema starijoj populaciji utječe na društvenu interakciju, zdravstvenu zaštitu, zapošljavanje i socijalnu politiku (Chand, 2014.). Prema popisima stanovništva, u Hrvatskoj je 1961. godine bilo 6,2% stanovnika starijih od 65 godina, 1971. 8,3%, a popisom stanovništva 1991. godine utvrđeno je da RH ima 628.000 osoba starijih od 65 godina ili 13,3% pučanstva, što

ju prema kriterijima UN-a svrstava među države s vrlo starim pučanstvom. Sada je Hrvatska, prema kriterijima UN-a, svrstana u četvrtu grupu država s „vrlo starim pučanstvom", s udjelom starijih od 65 godina 15,62% (Cvek, 1995.), dok je po procjeni za 2007. godinu udio starijih od 65 već 16,95% (Tomek-Roksandić, 2008.). Prema prognozi Populacijskog odjela Ujedinjenih naroda, udio starijih u populaciji Hrvatske će se i dalje povećavati (Skupnjak, 2003.) i predviđa se da će 2050. godine iznositi oko 26% (Grizelj, 2005.). Po udjelu populacije starije od 65 godina u ukupnom broju stanovnika, Hrvatska s 15,7% zauzima visoko 8. mjesto u Europi, iza Italije, Grčke, Švedske, Belgije, Španjolske, Njemačke i Francuske (UNDP, 2007).

1.2 Stereotipi povezani sa starenjem

Kada pričamo o starenju i starosti, moramo svakako spomenuti pozitivne i negativne stereotipe koji se povezuju sa trećom životnom dobi. Često su stavovi koje imamo prema starijim osobama negativni. Tako počinjemo formirati predrasude i stereotipe o starijim osobama. Šiber (1998.) definira predrasude kao izrazito apriorne stavove, donesene prije rasuđivanja, koji se temelje na snažnom emocionalnom odnosu, najčešće negativne i teško promjenjive, a stereotipe kao »generalizirana shvaćanja o osobinama pripadnika pojedinih društvenih grupa«. Kada je riječ o starijim osobama, stereotipi naglašavaju negativne osobine starijih osoba (Raposo, 2015.). Tako je Robert Butler 1969. g. upotrijebio pojam »ageism« kako bi opisao proces sistematskog stereotipiziranja i diskriminacije starijih ljudi prema (Dozois, 2006.). Prof. Milan Amrož u svojim predavanjima iz kolegija Društvena konstrukcija starenja prikazuje dihotomiju mladi – stari na slijedeći način (tablica 1.)

Tablica 1. Dihotomija mladi- stari

Oznake (karakteristike) – mladi	Oznake (karakteristike) – stari
Mladost	Starenje
Povezani	Neorganizirani
Razvoj	Gubitak, neuspjeh, pad
Normalni	Nenormalni
Održavani	Ostarjeli
Ulog	Utrošen
Točni, savjesni, temeljiti	Netočni, neprecizni, neispravni, puni pogrešaka, promjena, nestabilni
Zreli, sposobni	Nadoknadivi, blijedi, neželjeni
Zdravi, reverzibilni, detoksicirani	Slomljeni, prijeteći, štetni, zagađujući

2 Metodologija

Metoda: Ispitivanje je provedeno tijekom siječnja 2016. godine na nasumičnom uzorku od 40 studenata prve godine studija Fizioterapije Veleučilišta Lavoslav Ružička u Vukovaru. Svi ispitanici su ispunjavanju upitnika pristupili dobrovoljno i anonimno, te su potpisali pismeni pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

Uzorak: U istraživanju je sudjelovalo ukupno 13 muških i 27 ženskih studentica u rasponu od 18 do 27 godina starosti; većina studenata je bila u rasponu od 19-20 godina, n=30. Instrumenti: Instrument za provođenje istraživanja se sastoji od 18 stavki po uzoru na Koganov upitnik o stavovima prema starim osobama (ATOP) koji u originalu sadrži 34 stavke; upitnik se sastoji se od pozitivnih i negativnih izjava koje se boduju ocjenama od 1-5, gdje je 1 „izrazito se ne slažem", a 5 je „izrazito se slažem". Rezultati dobiveni istraživanjem obrađeni su deskriptivnom statistikom.

3 Rezultati

Provedeno istraživanje ukazuje kako studenti fizioterapije općenito pokazuju umjereno pozitivne stavove vezane uz starije osobe.

Stavovi prema starijima							
Objašnjenje: 1 – izrazito se ne slažem, 2 – ne slažem se, 3 – niti se slažem niti ne slažem, 4 – slažem se donekle, 5 – izrazito se slažem							
Spol	M 13	Ž 27					
Dob	18 - 27		1	2	3	4	5
1	Smatram da bi bilo bolje kad bi većina starih osoba živjela u stambenim jedinicama okružena osobama svojih godina		6 (15%)	10 (4%)	13 (32,5%)	8 (20%)	3 (7,5%)
2	Smatram da bi bilo bolje kad bi većina starih osoba živjela u stambenim jedinicama u kojima bi također živjele i mlađe osobe		1 (2,5%)	8 (20%)	13 (32,5%)	13 (32,5%)	5 (12,5%)
3	Smatram da ima nešto drugačije u većini starih osoba, te je teško je razumjeti što ih motivira		2 (5%)	6 (15%)	16 (40%)	13 (32,5%)	3 (7,5%)
4	Smatram kako stare osobe ustvari nisu različite od ostalih, te da ih je jednako jednostavno razumjeti kao i mlade osobe		3 (7,5%)	8 (20%)	8 (20%)	12 (30%)	8 (20%)
5	Smatram kako je većina starih osoba naučena raditi stvari na svoj način i da nemaju sposobnost mijenjati se		1 (2,5%)	8 (20%)	10 (4%)	12 (30%)	8 (20%)
6	Smatram kako je većina starih osoba sposobna promijeniti svoj način rada ukoliko to situacija od njih zahtjeva		1 (2,5%)	9 (22,5%)	7 (17,5%)	16 (40%)	7 (17,5%)
7	Smatram kako bi većina starih osoba željela prestati raditi čim steknu mogućnost odlaska u mirovinu		2 (5%)	14 (37,5%)	9 (22,5%)	6 (15%)	9 (22,5%)
8	Smatram kako bi većina starih osoba željela nastaviti raditi koliko god dugo je to moguće		3 (7,5%)	7 (17,5%)	10 (4%)	15 (37,5%)	5 (12,5%)
9	Smatram kako većina starih osoba zapusti svoje domove, te oni postanu zapušteni i neprivlačni		8 (20%)	14 (37,5%)	11 (27,5%)	6 (15%)	1 (2,5%)
10	Smatram kako je može računati kako je većina starih osoba u stanju održavati svoj dom čistim i privlačnim		1 (2,5%)	4 (10%)	7 (17,5%)	17 (42,5%)	10 (4%)
11	Smatram da nije pametno tvrditi kako mudrost dolazi s godinama		6 (15%)	9 (22,5%)	14 (37,5%)	10 (4%)	2 (5%)
12	Smatram kako ljudi postaju mudriji kako su stariji		1 (2,5%)	5 (12,5%)	13 (32,5%)	16 (40%)	6 (15%)
13	Smatram kako stare osobe imaju preveliki utjecaj u poslu i politici		4 (10%)	9 (22,5%)	15 (37,5%)	6 (15%)	6 (15%)
14	Smatram kako bi stare osobe trebale imati veći utjecaj u poslu i politici		11 (27,5%)	11 (27,5%)	7 (17,5%)	11 (27,5%)	1 (2,5%)
15	Smatram kako se uz većinu starih osoba lako početi osjećati bolesno		12 (30%)	11 (27,5%)	11 (27,5%)	5 (12,5%)	1 (2,5%)
16	Smatram kako se uz većinu starih osoba lako osjećati opušteno		1 (2,5%)	2 (5%)	16 (40%)	15 (37,5%)	6 (15%)
17	Smatram kako većina starih osoba dosađuje ostalima inzistiranjem na spominjanju "dobrih starih dana"		5 (12,5%)	11 (27,5%)	14 (37,5%)	8 (20%)	2 (5%)
18	Smatram kako su prošla iskustva starijih ljudi njihova zanimljiva i zabavna strana		1 (2,5%)	3 (7,5%)	7 (17,5%)	18 (45%)	11 (27,5%)

4 Rasprava

Po udjelu populacije starijih od 65 godina u ukupnom broju stanovnika, Hrvatska s 15,7% zauzima visoko 8. mjesto u Europi, iza Italije, Grčke, Švedske, Belgije, Španjolske, Njemačke i Francuske (UNDP, 2007.). Specifičnost potreba starije populacije zahtjeva multidisciplinarni i sveobuhvatni medicinski pristup, kako u samoj medicinskoj skrbi, tako i u promociji zdravlja (Ross et al., 2014.). Stoga provođenje odgovarajuće edukacije studenata fizioterapije vezano uz specifičnosti treće životne dobi postaje neophodno. Iz samih rezultata je vidljivo kako ima dosta prostora za poboljšanje stavova studenata prema starijim osobama, budući da je čak 12 (30%) studenata ocijenilo ocjenom 4 izjavu vezanu uz prilagodbu starijih osoba „Smatram kako je većina starih osoba naučena raditi stvari na svoj način i da nemaju sposobnost mijenjati se"; također je čak 9 (22,5%) osoba ocijenilo ocjenom 5 izjavu „Smatram kako bi većina starih osoba željela prestati raditi čim steknu mogućnost odlaska u mirovinu". Uz neke negativne stavove, studenti su isto tako demonstrirali i određene pozitivne stavove prema starijim osobama, te ih je 16 (40%) ocijenilo ocjenom 4 izjavu „Smatram kako ljudi postaju mudriji kako su stariji", a čak ih je 18 (45%) ocijenilo ocjenom 4 izjavu „Smatram kako su prošla iskustva starijih ljudi njihova zanimljiva i zabavna strana". Ovo istraživanje ukazuje na potrebu za provođenjem daljnjih istraživanja iz područja stavova studenata fizioterapije prema starijim osobama, te bi se također trebala posvetiti pažnja čimbenicima koji utječu na formiranje stavova prema starijim osobama, te na koji način edukatori mogu utjecati na pozitivno formiranje stavova.

5 Zaključak

Svrha provedenog istraživanja bila je uvidjeti kakvi su stavovi studenata prve godine fizioterapije prema starim osobama, te postoje li među samim studentima negativni stereotipi vezani uz osobe treće životne dobi. Istraživanje je ukazalo kako studenti prve godine fizioterapije imaju miješane stavove prema starijim osobama. Vidljivo je kako studenti fizioterapije smatraju stare osobe ne prilagodljivima i željnima što ranijeg odlaska u mirovinu, ali isto tako smatraju kako su iskustva koja donose starije osobe zanimljiva. Osim ovih izraženih stavova, na mnoga pitanja studenti su većinom odgovorili neutralno, što upućuje u nedovoljnu informiranost vezanu uz specifičnosti starije životne dobi. Bolja edukacija studenata, kako u obliku predavanja, tako i u vidu terenske nastave, gdje bi studenti bili u mogućnost steći nova znanja vezana uz specifičnosti treće životne dobi, bila bi od velike koristi kako samim studentima, tako i starijim osobama. Na taj bi se način omogućila bolja komunikacija između budućih fizioterapeuta i starijih osoba, te samim time i uspješnija provedba budućih kako terapijskih, tako i preventivnih programa.

Literatura

Chand, M., Tung, R. L. (2014). The aging of the world's population and its effects on global business. The Academy of Management Perspectives; 28(4): 409-429.

Cvek, A. (1995). Briga za stare bolesne i nemoćne. U: Šimunović, I. (ur.), Starost i starenje – izazov današnjice (str. 1-14.). Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi i Republički fond socijalne zaštite.

Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja (pogl. 1-2, 10), Jastrebarsko, Naklada Slap.

Dozois, E. (2006). Ageism: A review of the literature. Calgary Health Region, Healthy.

Tokarski, W. (2004). Sport starijih osoba. Kineziologija; 36(1): 98-103.

Grizelj, M. (2005). Projekcije stanovništva Republike Hrvatske do kraja stoljeća. Stanovništvo Hrvatske – dosadašnji razvoj i perspektive. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb.

Pospiš, M. (2001). Cerebralna paraliza i starenje. Starenje i cerebralna paraliza: 9-15. Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, Zagreb. Program „Sveučilište za treću životnu dob" – Vodič za starije građane grada Zagreba. Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje.

Ross, L., Duigan, T., Boyle, M., Williams, B., (2014). Student Paramedic Attitudes Towards the Elderly: A cross- sectional study. Australian Journal of Paramedicine; 11(3).

Raposo, S., Carstensen, L. L. (2015). Developing a Research Agenda to Combat Ageism. Generations; 39(3): 79-85.

Skupnjak, B. (2003). Iskoristivost liječnika i u starijoj dobi. Liječnici u trećoj dobi: 9597. Hrvatski liječnički zbor, Zagreb.

Tomek-Roksandić, S. (2008). Tjelesna aktivnost – zalog zdravlja, Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba.

Mag. Marija Zrim, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Murska Sobota

MOŽNOSTI ZA KARIERNI RAZVOJ ZAPOSLENIH Z ZAKLJUČENIM PODIPLOMSKIH ŠTUDIJEM V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA

POSSIBILITIES OF CAREER DEVELOPMENT OF EMPLOYEES WITH A POSTGRADUATE DEGREE IN MURSKA SOBOTA GENERAL HOSPITAL

Izvleček

Uvod in teoretična izhodišča: V sodobnih organizacijah menedžment človeških virov skrbi za strateški in celovit pristop vodenja. V ospredju so dejavnosti, ki so namenjene privabljanju in razvijanju potrebnih znanj, sposobnosti in veščin za karierni razvoj zaposlenih. Za posodabljanje in uvajanje sprememb v organizaciji je pomemben visoko izobražen kader. Vloga vodij v zdravstvu je pomoč vodstvu prepoznati in izobraziti zaposlene za prevzem različnih funkcij, pri katerih so potrebna dodatna znanja. Na ta način so zaposleni motivirani in čutijo večjo pripadnost organizaciji.

Metode: V raziskavo, ki je bila narejena v letu 2016 v Splošni bolnišnici Murska Sobota, je bilo vključenih 15 zaposlenih s podiplomsko izobrazbo. Z anketnim vprašalnikom smo ocenjevali motivacijske dejavnike, na osnovi katerih so se zaposleni odločili za študij, in v kolikšni meri so se jim tudi uresničili. Zanimalo nas je tudi, kakšno stopnjo kariernega razvoja so s tem dosegli in ali jim je pridobljena izobrazba prinesla pričakovana znanja na novih delovnih mestih. Z osnovno SPSS-statistiko in t-testom smo prišli do zanimivih zaključkov.

Rezultati: V raziskavi smo povzeli najpogostejše motivacijske dejavnike za pridobitev podiplomske izobrazbe in preverili, ali so bili uresničeni v delovnih okoljih po zaključku študija. Ugotovili smo, da zaposleni, ki zaključijo podiplomsko izobrazbo, imajo večinoma več možnosti za karierni razvoj in opravljajo zahtevnejša dela. Velik odstotek jih meni, da še niso zaključili kariernega razvoja in še potrebujejo novih znanj s posameznih področij.

Diskusija in zaključek: Rezultati nakazujejo zadovoljstvo zaposlenih s podiplomsko izobrazbo v njihovem kariernem razvoju v organizaciji. Spoznali smo predvsem motivacijske dejavnike, ki so prisotni pri zaposlenih s podiplomsko izobrazbo, in možnosti za uresničitev le-teh.

Ključne besede: podiplomska izobrazba, karierni razvoj, zdravstvena nega

Summary

Introduction and theoretical backgrounds: In modern organizations, human resource management is taking care for strategic and integrated approach to management. In the foreground there are activities, which intend to attract and develop skills, knowledge and experiences needed for employees' career development. Highly educated staff is essential for modernisation and making changes in organizations. The key role regarding management is to recognise and educate employees to assume new function where additional skills are needed. Dealing with employees in such a manner motivates them further and allows them to become even more loyal to the organisation.

Methods: Within the framework of the research, which was carried out in 2016, there were 15 employees with post-graduate education in General hospital in Murska Sobota. Through the questionnaire, we have evaluated their motivational factors, which were crucial for their decision to study and to what extent their goals have been achieved. We were interested in getting the information on which degree the employees have accomplished as well as if they have gained the expected knowledge with additional education. With the help of basic SPSS statistics and the t-test analysis, we attained quite interesting conclusions.

Results: In the research, we have summarised most common motivational factors for achieving post-graduate education. We have checked whether they were realised or not in the working places after study completion. We have come to conclusions that the employees with post-graduate education have more possibilities for career development and they carry out more challenging tasks. A large percentage of them believe they have not ended their career development yet in that they still need new skills respectively.

Discussion and completion: Results summaries indicate post-graduate employees are satisfied with their career development in the organisation. We recognised some motivational factors, which are present among post-graduate employees and possibilities for their realisation.

Key words: post-graduate education, career development, health care

1 Uvod

Dobro organizirana kadrovska služba zaposlenim nudi izhodišče za sprejemanje odločitev v zvezi z izobraževanjem. Vodi njihove osebne mape s kariernimi željami in jih bodisi sama usmerja k dodatnemu izobraževanju ali spodbuja motivacijo in predstavlja potrebe po kadrih (Zrim, 2015).

Zahteve za uvajanje kadrovskih procesov temeljijo na strokovnih podlagah uprave podjetja, ki jo dajo kadrovskim službam. Organizacije imajo jasno določeno vizijo, cilje in poslanstvo, zato vodstvo od srednjega menedžmenta pričakuje, da bo te elemente na osnovi izobraževanja, usposabljanja, proračuna, ki ga imajo na voljo, vpeljal ter vodstvu nudil ustrezno strokovno podporo.

Vodstva uspešnih zdravstvenih organizacij si prizadevajo za temeljito reorganizacijo kadrovskih služb. Kadrovska služba v zdravstvenih organizacijah mora spremljati kariero vseh zaposlenih. Idealno bi bilo, če bi imela zaposlenega tako imenovanega »kariernega menedžerja«, ki bi prevzel skrb za strateško načrtovanje in kadrovski načrt, uvajal sodobne kadrovske pristope v zdravstvene organizacije, proučeval notranje kadrovske vire, sodeloval pri izbiri kadra z vodji ... Kadrovska služba mora voditi osebne mape zaposlenih, v katerih so vidni vsakoletni cilji, karierne želje, izobraževanja, predlogi in realizacija le-teh, tako imenovani karierni načrti. Organizacije potrebujejo informacijski sistem za načrtovanje kariernega razvoja, v katerem zaposleni s svojim geslom lahko dnevno preveri vse podatke v svoji osebni mapi. S spremljanjem izobraževanja in predlogi lahko kadrovska služba pripravi določene izobraževalne programe glede na karierni načrt in časovnico pri zaposlenih, ki pokažejo željo po kariernem razvoju (Zrim, 2015).

1.1 Podiplomsko izobraževanje v Sloveniji

Potrditev, da je v zdravstvenih organizacijah potreben visoko izobražen kader, se nanaša na podatke držav OE, ki imajo 8,8 medicinske sestre na 1000 prebivalcev. Stanje pri nas je 8,6. Bistvena razlika pa je v stopnji izobrazbe, saj imamo le 25 % visoko izobraženih medicinskih sester in smo na repu 30 primerljivih držav. Vendar v Sloveniji še vedno gradimo »svoj pogled« na izobraževanje v zdravstveni negi in, preprosto povedano, ne upoštevamo EU-direktive. Izobraževanje v zdravstveni negi naj bi temeljilo na dveh profilih, ki mora biti v korist visokošolskega izobraževanja, saj se pričakuje prevzemanje zahtevnejših nalog medicinskih sester na vseh ravneh zdravstva. Osnova za razširitev kompetenc mora biti podiplomsko izobraževanje v obliki poglobljenega specialistična znanja (specializacije) ali pridobitev strokovnih znanj za kompleksno odločanje in prevzemanje kliničnih kompetenc za razširjeno delovanje v stroki (strokovni magisteriji). To so oblike podiplomskega izobraževanja, ki so v državah EU uveljavljene. Medicinske sestre na tej ravni usposobljenosti pomembno pripomorejo k dostopnosti zdravstvene obravnave, promociji zdravja v družbi, zmanjševanju stroškov, prevzemajo odgovornost za vodenje kroničnih bolnikov, so usposobljene za delo s starostniki, približajo se ranljivim skupinam in težje dostopnim skupinam v ruralnem okolju, usposobljene so za spremljanje lastnega dela, klinično raziskovanje in na dokazih podprto delovanje (Skela Savič, 2014).

Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za nosilko/nosilca zdravstvene nege in oskrbe v Republiki Sloveniji postavlja diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika. Za razvoj profesije se podpira strokovni, karierni in akademski razvoj nosilk/nosilcev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, ki temelji na izobraževanju na 1., 2. in 3. bolonjski stopnji, kot tudi vseživljenjsko učenje.

Ena izmed točk vizije je tudi izvajanje dejavnosti za zviševanje stopnje izobrazbe v zdravstveni negi in oskrbi s ciljem doseganja večje avtonomije poklica, kar je pogojeno z razvojem podiplomskih znanj kot specializacije v zdravstveni negi in kontinuiranimi strokovnimi izobraževanji v obliki specialnih znanj ter z vzpostavljenimi vsemi tremi bolonjskimi stopnjami programa Zdravstvena nega (Starc, Kos, Požun, 2009).

Potreben je razvoj vertikale izobraževanja v zdravstveni negi: magistrski in doktorski študij zdravstvene nege. Magistri/magistrice in doktorji/doktorice bodo v sistem zdravstvenega varstva prinesli nova znanja po zgledu študije OECD, ki jim bodo omogočala prevzem dela na razvojnem in raziskovalnem področju ter dela v kliničnem okolju. Cilj vzpostavljanja tovrstnega izobraževanja ne sme biti »beg od bolniške postelje«, temveč integriran razvoj kliničnega dela (Skela Savič, 2008). Magistrice zdravstvene nege bodo usposobljene za prevzemanje odgovornosti za sistematično spremljanje kliničnega dela (aplikativno in akcijsko raziskovanje, spremljanje in izboljševanje kliničnega dela), vodenje timov za izboljševanje klinične prakse, bodo pobudnice sprememb in izboljšav, mentorice študentom in visokošolske učiteljice na prvi bolonjski stopnji. Doktorice zdravstvene nege bodo usposobljene za vodenje in usmerjanje kliničnih in temeljnih raziskav, za postavitev standardov, smernic, teorij in razvoj novih pristopov v zdravstveni obravnavi. Bodo raziskovalke in povezovalke potreb kliničnega okolja in temeljnega znanja profesije, nosilke prijav na razpise ARRS in EU ter visokošolske učiteljice predvsem na drugi in tretji bolonjski stopnji. Oba profila bosta vključena v neposredno klinično prakso in delo s pacienti. Ob tako opisanem konceptu integracije magistric in doktoric zdravstvene nege v klinično okolje lahko zdravstveni sistem pričakuje povečanje spodbud za spremljanje in izboljševanje dela določene stroke. Poleg tega sta oba profila izjemnega pomena za zagotavljanje lastnega kadra v visokošolskem izobraževanju, saj EU-direktiva navaja, da morajo biti nosilci in izvajalci predmetov za področje zdravstvene nege habilitirani visokošolski učitelji zdravstvene nege.

V Sloveniji moramo usposobiti visokošolske učitelje na področju zdravstvene nege, zato morajo obstoječe visoke šole s programi Zdravstvena nega na drugi in tretji bolonjski stopnji študija zdravstvene nege te programe izvajati z vključevanjem učiteljev s tujih univerz, kjer sta magistrski in doktorski študij zdravstvene nege že razvita. To je edino zagotovilo, da bo Slovenija v prihodnosti imela dovolj visokošolskih učiteljev na področju zdravstvene nege (Skela Savič, 2008). Po vzoru razvitih držav bodo vse pomembnejši izobraževanje, specialna znanja, klinične specializacije in delovanje na znanstvenih dokazih podprte zdravstvene nege in oskrbe (Mundinger, 2008).

V zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih s statusom učne baze ter v visokošolskih zavodih naj se spodbuja kombinirano zaposlovanje tako kliničnih mentorjev kot visokošolskih učiteljev. Tak način predstavlja odlično orodje za večjo skladnost med teorijo in prakso zdravstvene nege in oskrbe ter pripomore k razvijanju raziskovalnega dela, ki je pogoj za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege (Skela Savič, 2008).

Mednarodne študije OECD in profesionalnih združenj namreč opozarjajo na pomen podiplomskega znanja v zdravstveni negi, ki ga je treba usmeriti v nove vloge, ki jih morajo medicinske sestre sprejeti v zdravstvenem sistemu s ciljem približanja zdravi in bolni populaciji, povečevanja kakovosti in dostopnosti zdravstvenih storitev. Zato so potrebna regulirana podiplomska znanja v obliki strokovnih magisterijev v zdravstveni negi (zlasti tam, kjer ni univerzitetnih programov zdravstvene nege), kar posameznika usposobi za razvojno delo v kliničnem okolju, ali specializacije v zdravstveni negi, kar specialistu na nekem področju zdravstvene nege da strokovne kompetence za opravljanje del in nalog, ki niso v kompetencah diplomanta na prvi stopnji študija.

Razvoj »naprednih znanj« v zdravstveni negi je v prvi vrsti usmerjen v potrebe pacientov, kakovost zdravstvene obravnave in vzdržnost zdravstvenega sistema. Prav razvoj »naprednih znanj« omogoča profesionalno rast in karierni razvoj kadrov v zdravstveni negi (Skela Savič, 2011).

Stališče Evropskega združenja organizacij medicinskih sester poudarja, da naj bi bile specializacije v vsakem poklicu usmerjene/osredotočene na prejemnika (bolnika/stranko/potrošnika), profesijo, prakso in izvajalca. Verjetno je, da bo razvoj specializacij zdravstvene nege ključnega pomena pri spodbujanju rasti znanja in izkušenj v zdravstveni negi in da temu sledi izboljšanje kakovosti oskrbe prebivalstva (Klebič et al., 2009).

Pomembno odgovornost pri razvoju magistrskih in doktorskih programov v Sloveniji imajo medicinske sestre same, saj morajo zavzeti stališče, da zaključen magistrski ali doktorski študij ne pomeni novega delovnega mesta, ampak pomeni več znanja za izvajanje kakovostnejše zdravstvene nege na obstoječem delovnem mestu v kliničnem okolju. Znanje naj ne beži v pisarne, ampak naj se uporablja in razvija ob bolniku, razširja v timski metodi dela ter predaja študentom. Piramido vrednostnega sistema, da diplomirane medicinske sestre delajo samo dopoldne in predvsem na delovnih mestih, kjer organizirajo delovni proces, je treba obrniti (Skela Savić, 2008).

1.2 Motivi za izobraževanje

Potreba po napredovanju in osebnem razvoju je ena človekovih primarnih družbenih potreb, nihče ne želi ostati za vedno na tistem mestu, na katerem je začel, ko je pridobil svojo družbeno in ekonomsko samostojnost.

Posameznik, ki je motiviran za izobraževanje in je seveda tudi zadovoljen, močno vpliva na uspešnost celotne organizacije, v kateri dela. Znano je, da okoli 5–10 % znanja na leto zastara. Dejstvo, da praksa ne daje najnovejšega znanja, ki je lahko zelo pomembno za organizacijo, je ključno vodilo za nadaljnje izobraževanje. Motiviranost za izobraževanje je določena naravnanost, splošna želja po učenju oziroma znanju, odprtost za sprejemanje novih spoznanj o določenih pojavih. Običajno se zaposleni odločijo za izobraževanje na osnovi določenih, vnaprej znanih motivov (Rahne, 2008).

Posameznika lahko spodbudi k izobraževanju več motivov, lahko pa ima enega samega. Med najpomembnejšimi motivi so: posameznikova potreba po osebnostnem razvoju, kot so razni osebni cilji in želja oziroma potreba po nadgrajevanju znanja, želja po kakovostnejši interakciji z okoljem, ki vključuje razne socialne in družbene cilje, konkretne potrebe, kot so želja po odgovornejšem delovnem mestu oziroma zahtevnejših delovnih nalogah, želja po napredovanju, višji plači, težnja po družbenih stikih, napredovanje na delovnem mestu, nova zaposlitev, intelektualna rekreacija, želja po strokovnem napredovanju, družbeni konformizem, vzgojno izpopolnjevanje, interes za učenje, vzgojno-izobraževalna kompenzacija zaradi skupnega izobraževanja s kom od najbližjih (zakonski partner, prijatelj), odpor do televizije, umik iz družbe, izboljšanje medosebnih odnosov z drugimi ljudmi, lov za diplomami in spričevali in še mnogo drugih, ki posamezniku pomenijo izpolnitev lastnih ciljev (Haček, 2001).

2 Metode

Pri kvantitativni raziskavi smo na osnovi obstoječe literature pregledali teoretične osnove in pripravili kratek anketni vprašalnik z osnovnimi demografskimi podatki. V prvem delu vprašalnika je bilo predstavljenih 17 motivacijskih dejavnikov, ki so jih anketiranci ocenili po petstopenjski Likertovi lestvici na osnovi pomembnosti vpliva na njihovo odločitev za nadaljevanje podiplomskega izobraževanja. Te dejavnike so ocenili še enkrat v drugem delu vprašalnika z namenom preverjanja, ali so se jim uresničili cilji, ki so jih vodili k podiplomskemu izobraževanju. Izvedli smo anketiranje vseh zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo podiplomsko izobrazbo. Raziskava je bila izvedena v Splošni bolnišnici Murska Sobota februarja 2016. Podatke smo pridobili z anketiranjem. Razdelili smo 15 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 12 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 80-odstotno realizacijo vzorca. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje bolnišnice. Pridobljene podatke smo analizirali z računalniškim programom Microsoft Office Excel 2007 in statističnim programom SPSS 19.0. Uporabili smo osnovne statistične metode računanja povprečja in t-test.

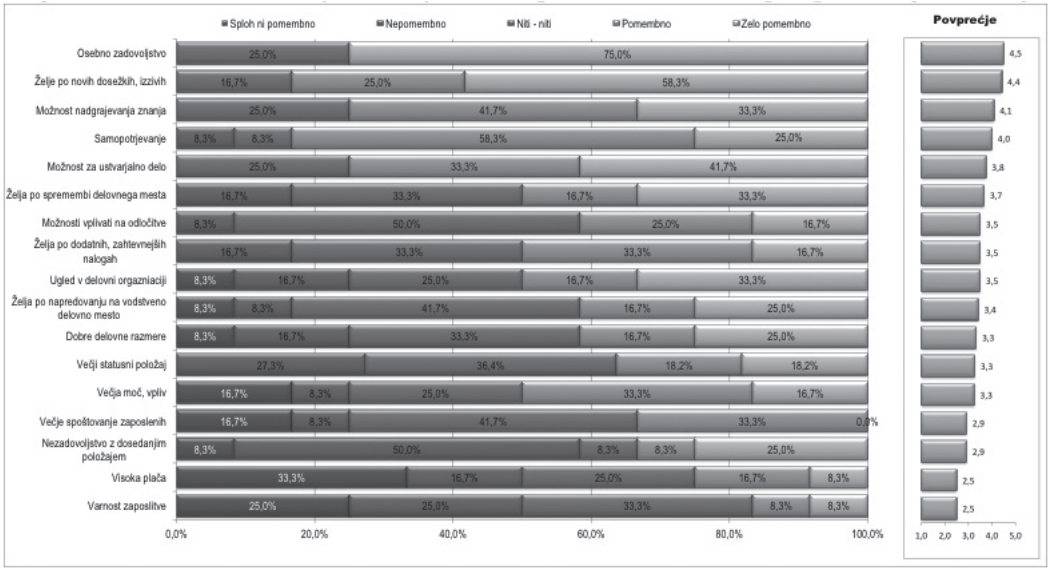
3 Rezultati

Polovica anketiranih ima bolonjski magisterij iz zdravstvene nege, 40 % jih ima bolonjski magisterij z drugih področij. Desetina ima znanstveni magisterij.

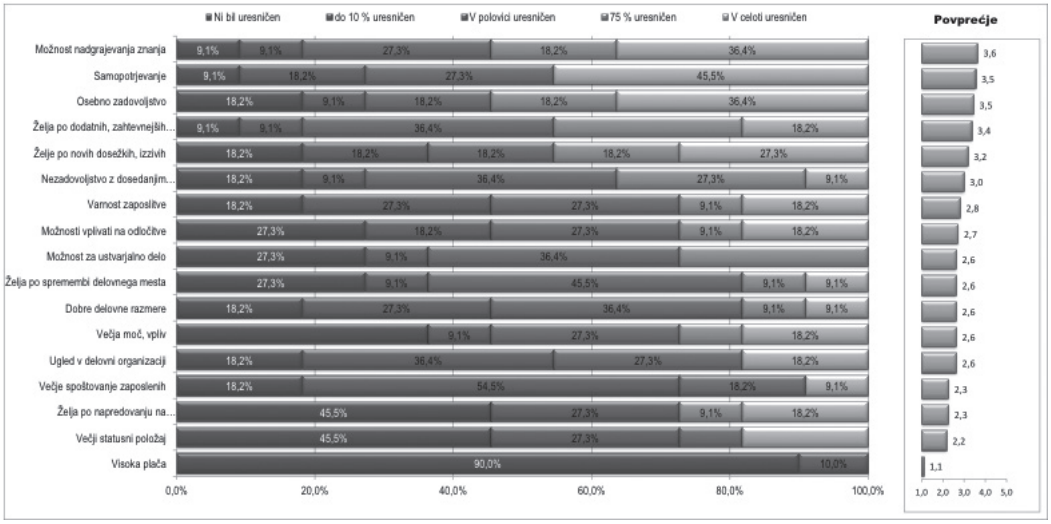
Večina anketirancev (54,5 %) se nagiba k horizontalnemu kariernemu razvoju, to je napredovanje znotraj stroke na poklicnem področju, medtem ko se 45,5 % vseh anketirancev nagiba k vertikalnemu kariernemu razvoju, to je napredovanju na vodstvena mesta. Najpomembnejši dejavnik za nadaljevanje podiplomskega študija je bil s povprečno oceno 4,5 osebno zadovoljstvo. Prav tako je bil zelo pomemben dejavnik želja po novih dosežkih, saj je povprečna ocena za ta dejavnik znašala 4,4, pri čemer je 58,3 % anketirancev ta dejavnik navedlo kot zelo visoko pomemben. Možnost nagrajevanja je bila ocenjena s povprečno oceno 4,1, kar pomeni, da je bil tudi da dejavnik zelo visoko pomemben pri vpisu na podiplomski študij. S povprečno oceno 3,8 so anketiranci ocenili možnosti za ustvarjalno delo, kar pomeni, da gre še vedno za relativno visoko pomemben dejavnik. Nižje ocene (pod 3,7) so dobili naslednji dejavniki: želja po spremembi delovnega mesta, možnost vplivanja na odločitve, želja po dodatnih zahtevnejših nalogah, povečanje ugleda v organizaciji, želja po napredovanju na vodilno delovno mesto, dobre delovne razmere, nezadovoljstvo z dosedanjim položajem, visoka plača.

Tuji avtorji opisujejo pomen timskega dela in izpostavljajo vlogo zdravnikov, ki lahko novo zaposlenim medicinskim sestram pomagajo hitreje usvojiti potrebna znanja v praksi.

Preglednica 1: Motivacijski dejavniki pred začetkom podiplomskega študija



Preglednica 2: Uresničeni motivacijski dejavniki



S povprečno oceno 3,5 so anketiranci ocenili uresničitev osebnega zadovoljstva. Pri tem jih dobra tretjina (36,4 %) poroča, da so v celoti uresničili osebno zadovoljstvo, 18,2 % je osebno zadovoljstvo uresničilo do treh četrtin, 18,2 % jih je v polovici uresničilo ta dejavnik, medtem ko jih je 27,3 % uresničilo do 10 % osebnega zadovoljstva oziroma ga ni uresničilo.

S povprečno oceno 3,2 so uporabniki ocenili uresničitev želje po novih dosežkih in izzivih, pri čemer je 27,3 % anketirancev popolnoma uresničilo ta dejavnik, 18,2 % ga je uresničilo do treh četrtin, enak delež, 18,2 %, ga je uresničilo polovično, prav tako 18,2 % ga je uresničilo v 10 %, medtem ko 18,2 % anketiranih želje po novih dosežkih in izzivih ni uresničilo.

Uresničitev možnosti nadgrajevanja znanja je bila ocenjena s povprečno oceno 3,6. S povprečno oceno 3,6 so anketiranci ocenili uresničitev samopotrjevanja. S povprečno oceno 2,6 so anketiranci ocenili uresničitev možnosti za ustvarjalno delo.

Uresničitev želje po spremembi delovnega mesta so ocenili s povprečno oceno 2,6, kar pomeni, da se je ta dejavnik uresničil v manj kot polovici. Slaba desetina (9,1 %) jih poroča, da so v celoti uresničili ta dejavnik, in dobra četrtina (27,3 %) poroča, da tega dejavnika niso uresničili.

Uresničitev možnosti za vplivanje na odločitve je bila ocenjena s povprečno oceno 2,7. Tako jih slaba petina (18,2 %) poroča, da so v celoti uresničili omenjeni dejavnik, medtem ko jih 27,3 % ni uresničilo tega dejavnika.

Z višjo oceno (3,4) so uporabniki ocenili željo po dodatnih, zahtevnejših nalogah. Kar pomeni, da so uporabniki ta cilj v povprečju uresničili v več kot polovici, pri čemer jih 18,2 % navaja, da so ta dejavnik uresničili v celoti, 9,1 % pa tega dejavnika ni uresničilo.

S povprečno oceno 2,6 so vprašani ocenili uresničitev ugleda v delovni organizaciji, pri čemer jih slaba petina (18,2 %) navaja, da tega dejavnika niso uresničili, medtem ko je 18,2 % vseh anketirancev v celoti uresničilo ugled v delovni organizaciji.

Želja po napredovanju na vodstveno delavno mesto je bila v povprečju uresničena v manj kot polovici, saj povprečna ocena znaša 2,3. Tako jih slaba polovica (45,5 %) poroča, da napredovanje na vodstveno delovno mesto ni bilo uresničeno, dobra četrtina (27,3 %) jih trdi, da je bilo uresničeno v do 10 %, slaba desetina (9,1 %) je ta dejavnik uresničila v do treh četrtinah, medtem ko 18,2 % anketirancev poroča, da so v celoti uresničili željo po napredovanju na delovnem mestu.

S povprečno oceno 2,6 so anketiranci ocenili uresničitev dobrih delovnih razmer. Tako jih slaba desetina (9,1 %) navaja, da so ta dejavnik v celoti uresničili, medtem ko slaba petina vprašanih tega dejavnika ni uresničila.

V zelo majhni meri je bilo v povprečju uresničeno tudi povečanje statusnega položaja, saj povprečna ocena za ta dejavnik znaša 2,2. Slaba petina (18,2 %) anketirancev poroča, da so v celoti uresničili povečanje statusnega položaja, medtem ko 45,5 % anketirancev ni uresničilo povečanja statusnega položaja.

S povprečno oceno 2,6 so uporabniki ocenili dejavnik »večja moč, vpliv«.

Večje spoštovanje zaposlenih je bilo uresničeno med 5 in 10 %, saj je povprečna ocena za ta dejavnik 2,3.

Z najnižjo povprečno oceno (1,1) so anketiranci ocenili uresničitev povečanja plače, kar pomeni, da se povprečnemu anketirancu plača ni povečala, razen 10 % anketirancev.

Višja je bila povprečna ocena (2,8) za uresničitev dejavnika »varnost zaposlitve«.

Izvedli smo t-test za dva odvisna vzorca, s katerim smo merili razkorak v ocenah med motivacijskimi lastnostmi, ki so jim anketiranci pripisovali določene pomene pred začetkom podiplomskega študija in po zaključenem podiplomskem študiju.

Rezultati t-testa kažejo, da do statistično značilnih razlik ($p = 0,031$) prihaja pri motivacijskem dejavniku »dobre delovne razmere«, kjer je povprečna ocena za ta motivacijski dejavnik pred začetkom podiplomskega študija znašala 3,3, po zaključku podiplomskega študija pa je bila ta povprečna ocena nižja, in sicer je znašala 2,6.

Nadalje do statistično značilnih razlik ($p = 0,009$) prihaja pri vrednotenju dejavnika »želja po napredovanju na vodstveno delovno mesto«. Tako je povprečna ocena za ta dejavnik pred začetkom podiplomskega študija znašala 3,4, po zaključenem študiju pa je povprečna ocena za ta dejavnik znašala 2,3.

Prav tako do statistično značilnih razlik ($p = 0,04$) prihaja pri vrednotenju dejavnika »možnost za ustvarjalno delo«. Pred začetkom podiplomskega študija so anketiranci omenjeni dejavnik ocenili s povprečno oceno 3,8, medtem ko je bila stopnja uresničenosti tega dejavnika po koncu študija ocenjena s povprečno oceno 2,6.

Prav tako do statistično značilnih razlik (p = 0,011) prihaja pri dejavniku »želje po novih dosežkih, izzivih«, kjer je povprečna ocena za ta dejavnik pred začetkom študija znašala 4,4, po zaključku podiplomskega študija pa je povprečna ocena za stopnjo uresničenosti tega dejavnika znašala 3,2.

Nadalje do statistično značilnih razlik (p = 0,01) prihaja tudi pri dejavniku »ugled v delovni organizaciji«. Tudi v tem primeru je bila povprečna ocena pred začetkom študija višja (3,5) kot po zaključku študija, ko je povprečna ocena za ta dejavnik znašala 2,6.

Do statistično značilnih razlik (p = 0,002) prihaja tudi pri vrednotenju osebnega zadovoljstva anketirancev. Tako so pred začetkom podiplomskega študija ta pogoj ocenili z najvišjo oceno med vsemi navedenimi dejavniki (4,5), medtem ko je po koncu podiplomskega študija povprečna ocena za uresničenost tega dejavnika padla na 3,5.

Spodnji razsevni grafikon nakazuje motivacijo proti uresničitvam pri odločitvi za podiplomski študij. Slika je razdeljena na štiri kvadrante. V prvi kvadrant uvrščamo lastnosti, ki so imele sicer manjšo vlogo pri motiviranju posameznikov za podiplomski študij, ampak so se v veliki meri uresničile. V drugem kvadrantu imamo dejavnike, ki predstavljajo tako močne motivacijske elemente kot tudi v veliki meri uresničena pričakovanja. Tretji kvadrant opredeljuje dejavnike, kjer so motivacijsko šibki, kot tudi večinoma ostajajo neuresničeni. Četrti kvadrant pomeni ključni prostor za izboljšave. To je prostor, kjer je motivacija visoka, pričakovanja pa neuresničena. Tu so dejavniki: možnost za ustvarjalno delo, želja po spremembi delovnega mesta, pogojno tudi ugled v delovni organizacij in možnost vpliva.

4 Razprava

V današnjem spreminjajočem se sistemu zdravstvenega varstva bo nujno zagotoviti primerno izobražen negovalni kader, da se zagotovi varna oskrba pacientov. Začenši z novimi diplomanti, bo znanje, sodelovanje z zdravniki ter timsko delo omogočilo mladim osebam, da se bodo čim hitreje vključile v zdravstveni sistem (Boyd, 2014). Trditev, da so današnji diplomanti inovatorji sprememb v zdravstvenih organizacijah, je podkrepljena z raziskavo podiplomskih študentov, ki so pri svojem delu vnesli vsaj eno novost (Wolf, Morgan, 2011). Angleška raziskovalka Alleyen je v svoji doktorski študiji leta 2007 dokazala pozitiven vpliv co-coacha pri vodstvenih medicinskih sestrah, ki so z njegovo pomočjo vnesle izboljšave v klinično prakso (Alleyne, 2007), in prav podiplomski študenti v obstoječih okoljih so lahko coachi pri uvajanju sprememb med ostale zaposlene.

Zdravstvene organizacije morajo nuditi okolje, v katerem bo lahko visoko izobražen kader svoje znanje uporabil v praksi.

Raziskave kliničnega okolja zdravstvene nege potrjujejo, da potrebujemo na primerih podprto zdravstveno nego, ki je izziv za podiplomske študente, da razvijejo dodatne kompetence in znanje, pridobljeno na podiplomskem izobraževanju, uporabijo v praksi (Gu et al., 2015).

Podobne ugotovitev so podali anketiranci, saj polovica vseh anketirancev (54,5 %) meni, da delovna organizacija nudi kreativno delovno okolje za razvoj znanj, pridobljenih med študijem.

Obsežna ameriška raziskava o potrebah doktorskega študija v znanstvene namene v ospredje postavlja podiplomsko izobražen kader v kliničnem okolju, ki lahko sledi zahtevnemu zdravstvenemu varstvu državljanov (Smeltzer et al., 2015).

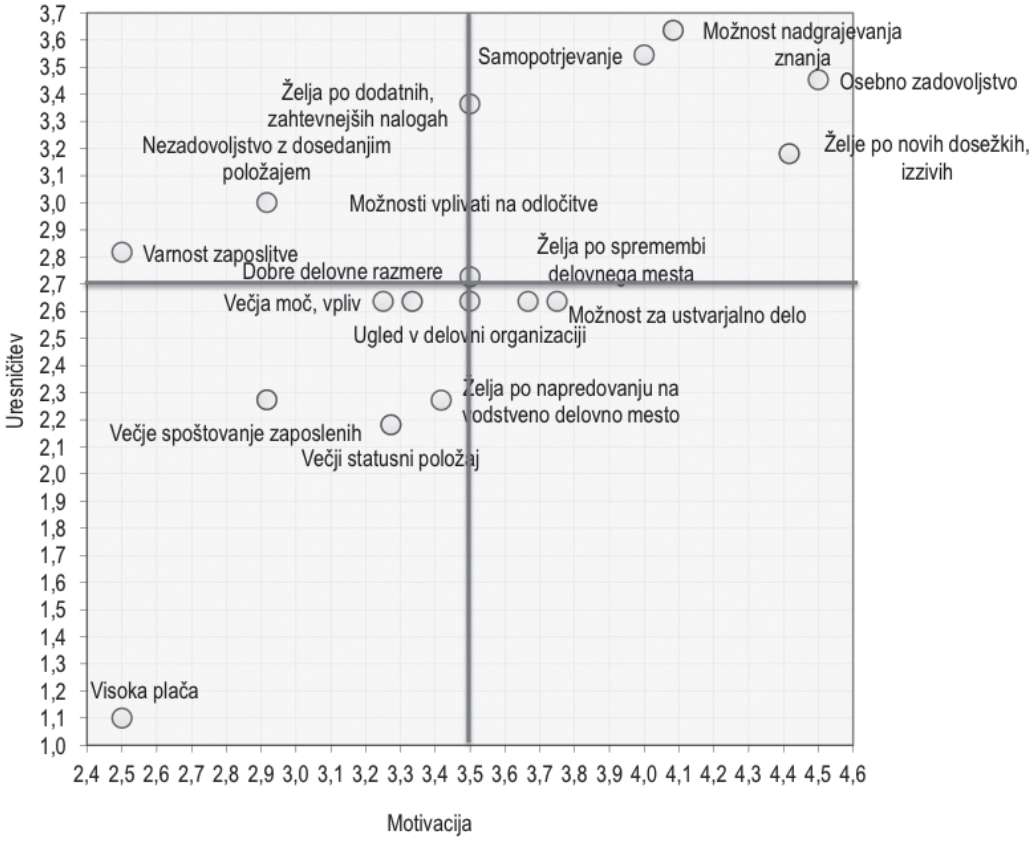
Raziskava v skandinavskih državah izpostavlja problem neenotnega dodiplomskega in podiplomskega šolstva v Evropi, ki je kljub bolonjski direktivi privedel v zadnjih tridesetih letih do večjih reform v izobraževanju medicinskih sester. Namen je, pridobiti višjo izobrazbo za kakovostnejšo zdravstveno nego. Pri pregledu vseh podiplomskih študijskih programov v skandinavskih državah prednjačijo znanstveni pristopi po različnih teorijah, praksa pa potrebuje enotno reformo izobraževanja na primerih iz kliničnega okolja. Glede na kadrovsko zasedbo doktorjev v kliničnem okolju še vedno prednjači Norveška. Okolje potrebuje tako imenovane doktorje prakse zdravstvene nege (Råholm et al., 2010).

Sturgeon (2010) navaja, da se tudi v Veliki Britaniji pojavljajo reforme v izobraževanju v smeri krepitve podiplomskega izobraževanja, predvsem na področju sodelovanja z drugimi člani interdisciplinarnega zdravstvenega tima. Tržne sile, konkurenca, vrednote potrošnikov, vse večje zahteve po kakovosti in odgovornost, globalizacija in tehnološki napredek bodo še naprej vplivali na nujno akademsko izobraževanje medicinskih sester.

V ospredje prihaja dejstvo, da si podiplomski študenti še vedno želijo predvsem vodstvenih delovnih mest, za katere menijo, da so ugledna in jim bodo izboljšala delavne pogoje. Kar se v praksi po zaključku študija izkaže ravno nasprotno. Prav zato še vedno menijo, da niso dosegli viška svojega kariernega razvoja.

Spodnji razsevni grafikon nakazuje motivacijo proti uresničitvam pri odločitvi za podiplomski študij. Slika je razdeljena na štiri kvadrante. V prvi kvadrant uvrščamo lastnosti, ki so imele sicer manjšo vlogo pri motiviranju posameznikov za podiplomski študij, ampak so se v veliki meri uresničile. V drugem kvadrantu imamo dejavnike, ki predstavljajo tako močne motivacijske elemente kot tudi v veliki meri uresničena pričakovanja. Tretji kvadrant opredeljuje dejavnike, kjer so motivacijsko šibki, kot tudi večinoma ostajajo neuresničeni. Četrti kvadrant pomeni ključni prostor za izboljšave. To je prostor, kjer je motivacija visoka, pričakovanja pa neuresničena. Tu so dejavniki: možnost za ustvarjalno delo, želja po spremembi delovnega mesta, pogojno tudi ugled v delovni organizaciji in možnost vpliva. Za uresničitev teh dejavnikov si morajo v organizacijah zelo prizadevati in nuditi kreativno okolje osebam, ki imajo izobrazbo in znanje, da delajo na področjih, ki jih motivirajo. V ospredje ponovno prihaja vloga kadrovske službe z naborom želja in kariernimi načrti, ki te posameznike nadalje usmerjajo za uresničitev njihovih osebnih in organizacijskih ciljev.

Grafikon 1: Matrika motivacijskih dejavnikov



Glavni motivacijski dejavnik medicinskih sester z dodiplomsko izobrazbo v državah Daljnega vzhoda je možnost kariernega razvoja v smislu nadaljevanja študija, ki ga delovna organizacija podpira (Cleary, 2013).

Zdravstvene organizacije imajo čedalje več visoko izobraženega kadra. Od vodij teh organizacij pa je odvisno, kako ga bodo znali uporabiti za uresničitev svojih ciljev. Trenutno še vedno kader ni primerno motiviran s strani vodij, kar kaže tudi naša raziskava, saj se jim cilji niso uresničili po končanem študiju.

Literatura

Alleyne, J., Jumaa, M. O. (2007). Building the capacity for evidence based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. Journal of Nursing Management; 15(2): 230–243.

Boyd Jennifer, P. (2014). Putting the Pieces Together: It Takes a Whole Village to Raise a Novice Nurse. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing; 1(6): 42–3.

Cleary, M., Horsfall, J., Muthulakshmi, P., Happell, B., Hunt, G. (2013). Career development: graduate nurse views. Journal Of Clinical Nursing; 22(17–18): 2605–2613.

Gu, M., Ha, Y., Kim, J. (2015). Development and validation of an instrument to assess knowledge and skills of evidence-based nursing. Journal of Clinical Nursing; 24(9/10): 1380–1393.

Haček, M. (2001). Sistem javnih uslužbencev. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 90–95.

Klebič, A. et al. (2009). Razvoj kariere medicinskih sester v izobraževanju, raziskovanju in praksi zdravstvene nege. V: Majcen Dvoršak, S. (ur.), Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/313C.pdf. (9.2.2016).

MOJA kariera – quo vadis: specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: posvet z okroglo mizo. Ljubljana, 8. 3. 2011. 4. posvet z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Mundinger, M. O. Growing role of nurse practitioners. Physician News Digest. Dostopno na: http://physiciansnews.com/cover/508. (9.2.2016).

Rahne, M. (2008). Motivacija za izredni študij. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Råholm, M., Hedegaard, B., Löfmark, A., Slettebø, A. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's degree to PhD. Journal of Advanced Nursing; 66(9): 2126–2137.

Skela Savič, B. (2011). Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje od 2011 do 2020. V: MOJA kariera – quo vadis: specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: posvet z okroglo mizo, Ljubljana, 4. posvet z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 20–34.

Skela Savič, B. (2008). Raziskovanje kot podpora procesom celovite kakovosti. V: Kramar, Z. (ur.), Kraigher, A. (ur.), Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj. Jesenice: Splošna bolnišnica; 35–41.

Skela Savič, B. Gostujoče pero: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič o izobraževanju v zdravstveni negi. Delo 17. 4. 2014. Dostopno na: http://www.fzj.si/news/2414/23/Gostujoce-pero-izr--prof-dr-Brigita-Skela-Savic-o-izobrazevanju-v-zdravstveni-negi/.

Skela Savič, B., Lokar, K. (2008). Karierni razvoj – eden izmed glavnih dejavnikov napredka profesije zdravstvene nege. V: Skela Savič, B., Ramšak Pajk, J., Kaučič, M. K. (ur.), Jaz in moja kariera: zbornik predavanj z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.

Smeltzer, S., Sharts-Hopko, N., Cantrell, M., Heverly, M., Nthenge, S., Jenkinson, A. (2005). A profile of U.S. nursing faculty in research- and practice-focused doctoral education. Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing/Sigma Theta Tau; 47(2): 178–185.

Starc, A., Kos Grabnar, E., Požun, P. (2009). Predstavitev podlag za specializacije v zdravstveni negi v Sloveniji. V: Zbornik predavanj 7. kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana. Dostopno na: http://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/211C.pdf. (9.2.2016).

Sturgeon, D. (2010). Transforming higher education and the professional preparation of nurses. British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing); 19(3): 180–184.

Wolf, D. M., Morgan, J. (2011). Nursing professional development specialists as change agents and innovators. Journal for Nurses in Staff Development; 27(2): 92–99.

Williams, M., Jordan, K. (2007). The Nursing Professional Portfolio: A Pathway to Career Development. Journal for Nurses in Staff Development; 23(3): 125–131.

Zrim, M. (2015). Karierni razvoj vodij v zdravstvu. Magistrska naloga. Koper: Fakulteta za management.

Tanja Žmauc, dipl. m. s., mag. zdr. – soc. manag.
Predav. Metka Lipič Baligač, dipl. m. s., mag. zdr. nege
Splošna bolnišnica Murska Sobota

ABSENTIZEM V ZDRAVSTVENI NEGI – IZZIV ZA MENEDŽMENT

ABSENTEEISM IN NURSING – CHALLENGE FOR MANAGEMENT

Povzetek

Opravili smo pregled literature o dejavnikih, ki vplivajo na absentizem zaposlenih na področju zdravstvene nege, pri čemer smo se osredotočili na pomembnejše vzroke zdravstvenega absentizma, kot so okolje zdravstvene nege, organizacija dela, bolezni kostno mišičnega sistema, stres na delovnem mestu, vpliv izmenskega dela in starost. V prispevku bomo predstavili tudi zbrane podatke o odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov za leto 2014 zaposlenih s področja zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Murska Sobota. Namen prispevka je opozoriti na problem absentizma v zdravstveni negi s ciljem osvetliti njegove posledice na posameznika in delovno organizacijo ter izpostaviti rešitve, ki se ponujajo. Številne študije so pokazale, da imata način dela in organiziranost delovnih mest vpliv na zdravje zaposlenega. Ker je za področje zdravstvene nege značilno pomanjkanje medicinskih sester, so ta spoznanja zelo pomembna pri zmanjševanju absentizma. V Splošni bolnišnici Murska Sobota je bilo leta 2014 zaposlenih 419 izvajalcev zdravstvene nege. Analiza podatkov o odsotnosti zaradi zdravstvenih razlogov v tej bolnišnici je pokazala, da so bili leta 2014 na področju zdravstvene nege v povprečju največ časa odsotni bolničarji, in sicer 330,50 ure, najmanj pa diplomirane medicinske sestre s povprečno odsotnostjo 158,49 ure na leto. Glavni vzrok za odsotnost med vsemi zaposlenimi v zdravstveni negi v raziskovani zdravstveni ustanovi je bila bolezen. Podatki kažejo, da so zaposleni, ki so starejši od 50 let, večkrat odsotni zaradi bolezni, vendar se prej vrnejo nazaj na delo. Večino dejavnikov, kot so delovni pogoji, organizacija dela, izmensko delo in stres na delovnem mestu, ki vplivajo na zdravstveni absentizem, se z organizacijskimi ukrepi lahko omili in omogoči zaposlenim varno, zdravo in spodbudno delovno okolje. Predvsem je treba posebno pozornost namenjati napovednim dejavnikom, ki vodijo v zdravstveni absentizem.

Ključne besede: zdravstveni absentizem, zdravstvena nega, delovno okolje, organizacija dela, ukrepi za zmanjševanje absentizma

Abstract

We performed literature review on factors that affect employee absenteeism in health care. We focused on the major causes of health absenteeism in nursing, such as work organisation environment, diseases of the musculoskeletal system, stress at work, the impact of shift work and age of employees. In this paper, we present the compiled information on absences from work due to health issues in 2014 of the employees in nursing in General Hospital of Murska Sobota. The purpose of this paper is to draw attention to the problem of absenteeism of nurses with the purpose to emphasise its consequences for individuals and work organisation, and to highlight the available solutions. Numerous studies have shown that work and organisation of work positions have an impact on the health of employees. Since the lack of nurses in nursing is a typical characteristic, these findings are very important for reducing absenteeism. In 2014, the General Hospital of Murska Sobota was employing 419 people in nursing.

Data analysis on absences due to health reasons showed that paramedics were 330.50 hours, on average and registered nurses had the least absences with 158.49 hours per year in average. The main reason for absence of all nursing employees in a medical institution was illness. Data shows that employees over 50 years of age are absent due to illness most often, but they return to work sooner. Most factors, such as working conditions, organization of work, shift work and stress at work that affect health absenteeism may be mitigated with organisational measures and safe, healthy and stimulating work environment can be provided to the employees. Special attention should be focused to predictive factors that lead to health absenteeism.

Key words: health absenteeism, health care, work environment, work organisation, absenteeism reduction measures.

1 Uvod

Pojem »zdravstveni absentizem« označuje čas, ko zaposleni določeni čas ne dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege družinskega člana (Bolčina, 2010). Odsotnost z dela zaradi bolezni je pomemben poklicni problem ter ima neizogiben vpliv na produktivnost in na stroške zdravstvenega zavarovanja (Rauhala et al., 2007). Zdravstveni absentizem je pomemben pokazatelj zdravstvenega stanja delavcev v določenem poklicu in dragocen vir informacij ne samo glede vzorca obolevnosti, temveč tudi poklicnih tveganj pri delu (Rahme et al., 2006). Različne študije dokazujejo, da se absentizem s starostjo zmanjšuje, da so ženske odsotne večkrat kot moški, vendar v povprečju krajši čas, da so kadilci odsotni več kot nekadilci, da je več absentizma pri pomanjkanju telesnih aktivnosti, da so manj odsotni ljudje, ki so zadovoljni s svojim delom, da se zmanjša odsotnost v času večje brezposelnosti, da je stopnja absentizma močno odvisna od tega, kakšen je odnos do tega pojava v določenem okolju, od kulture odsotnosti in drugo (Vučković, 2010). Vzrok za začasno zadržanost od dela so po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) za leto 2014, po številu primerov na 100 zaposlenih, bolezni in se razlikuje po spolu. Ženske so zaradi bolezni odsotne skoraj enkrat več kot moški. Ženske so tudi bistveno večkrat odsotne zaradi nege družinskega člana, imajo manj poškodb pri delu kot moški in manj poškodb izven dela. Poškodbe pri delu in izven dela predstavljajo pri obeh spolih v primerjavi z boleznimi manjši delež, vendar je trajanje odsotnosti bistveno daljše. Pri poklicih z veliko fizično obremenitvijo smo seveda priča večji stopnji odsotnosti z delovnega mesta zaradi bolezni pri vseh starostih, vendar pa se ta bistveno poveča pri delavcih, starih od 45 do 50 let (Delati bolje in dlje, 2012). Lah et al. (2013) ugotavljajo, da so z višjo starostjo zdravstvene težave čedalje pogostejše. Te vplivajo tudi na posameznikovo učinkovitost na trgu dela. Eden izmed kazalnikov vpliva zdravstvenih težav na delo je odsotnost z dela. Vendar podatki iz ankete o delovni sili (Starejši na trgu dela, 2013) kažejo, da pri odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih težav ni velikih razlik glede na starost zaposlenih. Delovno okolje in medčloveški odnosi v njem so dejavniki, ki močno vplivajo na zdravje zaposlenih in s tem posledično na dolžino bolniškega staleža (Vučković, 2010).

Zdravstveni absentizem je med medicinskimi sestrami visok in prispeva k obstoječemu pomanjkanju negovalnega osebja ter negativno vpliva na učinkovitost in kakovost zdravstvene nege (Schreuder et al., 2011; Roelen et al., 2013). Schreuder et al. (2011) menijo, da je zdravstveni absentizem med medicinskimi sestrami povezan z voditeljskim vedenjem menedžerjev zdravstvene nege. Absentizem ima velik vpliv na organizacijske stroške in oskrbo bolnikov (Gaudine, Gregory, 2010). Zdravstveni absentizem štejemo kot globalni kazalnik zdravja. Še posebej je pomembna dolgotrajna zdravstvena odsotnost zaradi bolezni, saj obstaja tveganje, da se zaposleni po večtedenskih odsotnostih ne vrnejo na trg dela. Ker pa zaposlenost igra pomembno vlogo pri blaginji in družbeni identiteti, mora biti preventiva dolgotrajnih odsotnosti zaradi bolezni prednostna naloga. Poznavanje napovednih dejavnikov je pri tem zelo pomembno (Andersen et al., 2012). Dejstvo je, da nekatere odsotnosti z dela zaradi bolezni niso povezane s fizično ali duševno boleznijo, po drugi strani pa se zgodi, da zaposleni kljub temu, da so bolni, delajo.

Namen prispevka je opozoriti na problem absentizma v zdravstveni negi s ciljem osvetliti njegove posledice na posameznika in delovno organizacijo ter izpostaviti rešitve, ki se ponujajo; ter predstaviti podatke o odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov Splošne bolnišnice Murska Sobota med zaposlenimi v zdravstveni negi za leto 2014.

2 Metode

Zbiranje podatkov je temeljilo na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo metodo deskripcije ter tehniko analize dokumentov.

Opravljen je bil pregled domače in tuje znanstvene ter strokovne literature o dejavnikih, ki vplivajo na absentizem zaposlenih na področju zdravstvene nege. Rezultati iz strokovnih in znanstvenih člankov so povzeti v smiselno celoto z namenom čim širše osvetlitve problema absentizma v zdravstveni negi ter predstavitve pomembnejših vzrokov zdravstvenega absentizma, kot so okolje zdravstvene nege, organizacija dela, bolezni kostno-mišičnega sistema, stres na delovnem mestu, vpliv izmenskega dela in starost.

3 Rezultati

Na odločitev posameznika, da bi bil odsoten z dela, vplivajo fizični, psihološki, socialni in ekonomski dejavniki (Rauhala et al., 2007). Dejavnike, ki prispevajo k odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov, delijo Johnson, Croghan, Crawford (2003) v štiri skupine: geografske (podnebje, vreme, regija, etnična pripadnost, dostopnost zdravstvenih storitev, socialna varnost, upokojitvena starost itd.), organizacijske (narava dela, pogoji dela, obseg dela, stil vodenja, priložnost za napredovanje, odnosi med sodelavci itd.), individualne (starost, spol, hobiji, zadovoljstvo pri delu, zdravstveno stanje, družinske obveznosti, družbena angažiranost, poklicna etika, vrednote, pričakovanja, zdravstveno stanje itd.) in potrebo po delu (ekonomske razmere, spodbude, sistem nagrajevanja, delovne zahteve, norme itd.).

3.1 Delovno okolje zdravstvene nege

Bolnišnično okolje je zelo spreminjajoče, kar je posledica razvoja medicinske tehnologije, krajših ležalnih dob, s čimer se poveča frekvenca bolnikov. Zdravstvena oskrba se usmerja k bolnikom, ki so obravnavani kot stranke, katerim želimo zagotoviti čim bolj kakovostno zdravstveno oskrbo s čim manj sredstvi v čim krajšem času (Verhaeghe et al., 2006). Avtorji, ki jih povzema Bishop (2013), opisujejo zdravstveno nego kot delovno okolje s težkimi delovnimi nalogami, rigidnimi urniki dela, prekomernim nadurnim delom, malo možnostmi za strokovno napredovanje in neučinkovitim vodenjem. Clendon in Walker (2013a) navajata avtorje, ki menijo, da je zdravstvena nega fizično in čustveno zahteven poklic z relativno visoko stopnjo stresa, ki pomembno vpliva na zdravje medicinskih sester in sposobnost, da ostanejo v tem poklicu. Sicer se medicinske sestre danes soočajo z vse večjimi pritiski na delovnem mestu kot posledico višjih zahtev ob istočasnem pomanjkanju medicinskih sester (Gabrielle, Jackson, Mannix, 2008). Psihološke zahteve delovnega mesta so po mnenju Roelen et al. (2013) eden glavnih psihosocialnih tveganj pri delu in se nanašajo na tiste vidike delovnega mesta, ki zahtevajo duševni ali čustveni napor.

3.2 Vpliv organizacijskih dejavnikov na absentizem

Delovno okolje in medčloveški odnosi v njem so pomembni dejavniki, ki zelo močno vplivajo na zdravje zaposlenih in s tem posledično na dolžino bolniškega staleža (Vučković, 2010).

Trybou et al. (2014) povzemajo ugotovitve raziskav številnih avtorjev, ki trdijo, da je absentizem v zdravstveni negi povezan z načinom dela in organizacijo dela, različnimi, z delom povezanimi karakteristikami, kot so povpraševanje po delu, stopnja nadzora in (ne)ravnovesje med trudom in nagrajevanjem. Dokazan je vpliv večjih organizacijskih sprememb na psihično dobro počutje medicinskih sester (Verhaeghe et al., 2006).

Verhaeghe et al. (2006) so med medicinskimi sestrami raziskovali vpliv sprememb v delovnem okolju in njihovo dojemanje teh sprememb (pozitivno ali negativno), zadovoljstvo pri delu, stres, povezan z delom in bolniškimi odsotnostmi, in ugotovili, da je negativno dojemanje ponavljajočih se sprememb v delovnem okolju zmanjšalo zadovoljstvo pri delu in pozitivni stres ter povečalo stopnjo stresa in bolniških odsotnosti. Nasprotno je pozitivno dojemanje sprememb v delovnem okolju pri medicinskih sestrah povečalo zadovoljstvo pri delu in pozitivni stres in ni vplivalo na bolniške odsotnosti. Rahme et al. (2006) navajajo študijo, ki je pokazala, da na odsotnost, povezano z navadnim prehladom, delno vplivajo motivacijski dejavniki v službi, v nasprotju z odsotnostjo, povezano z resnimi pogostimi okužbami, na katere dejansko bolj vplivajo zdravstveni faktorji. Na področju zdravstvene nege je bila opažena razlika med spoloma, ko je šlo za izkoriščanje odsotnosti, pri čemer je bilo za ženske bolj verjetno, da bodo dejansko odsotne zaradi bolezni, kot za moške (54 % proti 42 %). Zanimiv je tudi pogled na zakonski stan teh medicinskih sester, saj so ugotovili, da je bilo letno trajanje odsotnosti zaradi bolezni pri poročenih medicinskih sestrah trikrat večje (glede na indeks resnosti) kot pri samskih, hkrati pa je bila povprečna dolžina odsotnosti zaradi zdravstvenih razlogov dvakrat višja pri poročenih medicinskih sestrah kot pri samskih.

3.3 Stres

Farquharson et al. (2013) povzemajo številne avtorje, ki menijo, da je doživljanje stresa v zdravstveni negi pomembno vprašanje, saj lahko vpliva na zdravje medicinskih sester, kakovost zdravstvene oskrbe in željo medicinskih sester, da ostanejo v poklicu. Trybou et al. (2014) navajajo avtorje, ki ugotavljajo, da je za zdravstveno nego značilna visoka stopnja z delom povezanega stresa, saj so se v zadnjih desetletjih zelo povečale delovne zahteve, predvsem na račun staranja prebivalstva, hitrega razvoja tehnologije in večjih pričakovanj pacientov. Trybou et al. (2014) so ugotovili, da visoka stopnja stresa med medicinskimi sestrami na delovnem mestu povečuje odsotnost, povezano z zdravjem, kar ima za posledico večji pritisk na preostale medicinske sestre, ki so prisotne na delovnih mestih, in tako se zdravstvena nega znajde v začaranem krogu absentizma in kroničnega pomanjkanja osebja. Kombinacija visokih zahtev delovnega mesta in nizek nadzor nad opravljenim delom izzoveta psihološki stres. Roelen et al. (2013) navajajo avtorje, ki menijo, da obstaja nevarnost, da se nezdrava raven stresa lahko razvije v bolezni srca in ožilja ter težave z duševnim zdravjem.

3.4 Vpliv izmenskega dela

Od medicinskih sester se pričakuje, da v zdravstvenih ustanovah izvajajo visoko kakovostno zdravstveno oskrbo in zagotavljajo varnost pacientov 24 ur na dan (Admi et al., 2008) ter 7 dni v tednu, kar pomeni, da je opravljanje izmenskega dela del njihove poklicne vloge (Clendon, Walker, 2013). Po podatkih statističnega urada (SURS, 2012) je leta 2011 največ medicinskih sester (38 %) v Sloveniji opravljalo delo v treh izmenah, 27 % v dveh izmenah in 35 % v eni izmeni. Letvak, Ruhm, Gupta (2013) navajajo avtorje, ki so izmenski turnus povezali s pojavnostjo raka in zlomov kosti. Študije, ki analizirajo delo v izmenah in zdravstvene navade zaposlenih, so po navedbah Clendon, Walker (2013) pokazale, da so zaposleni v izmenah imeli na splošno manj zdrav način življenja, vključno s slabšimi prehranskimi navadami, večjo verjetnostjo prekomerne telesne teže ter večjo verjetnostjo, da so kadilci. Posledice izmenskega dela v izrazito feminiziranem poklicu se kažejo tudi v težjem usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja, kar vpliva na številne vloge, ki jih medicinske sestre opravljajo izven delovnega okolja. Clendon, Walker (2013) navajata ugotovitve drugih, da ima izmensko delo običajno za posledico slabšo kakovost in količino spanca zaradi motenj bioritma, medtem ko uživanje alkohola in kofeina še bolj prispeva k temu vplivu. Starejše ženske, ki delajo v izmenah, bolj trpijo zaradi motenj spanja kot moški sodelavci (Admi et al., 2008). Slaba kakovost spanja vodi do utrujenost na delovnem mestu, ki ima negativen vpliv na oskrbo bolnikov. To tveganje se še posebej povečuje pri delavcih po 40. letu (Graham, Duffield, 2010).

Letvak, Ruhm, Gupta (2013) navajajo avtorje, ki trdijo, da imajo starejši zaposleni, ki delajo izmensko delo, hujše zdravstvene težave kot njihovi mlajši kolegi. V nasprotju pa Admi et al. (2008) pri medicinskih sestrah niso ugotovili negativnega vpliva izmenskega dela na njihovo zdravje in stopnjo absentizma v primerjavi s tistimi, ki izmenskega dela ne opravljajo.

3.5 Bolezni kostno-mišičnega sistema

Najvišji odstotek izgubljenih koledarskih dni nastane zaradi bolezni kostno-mišičnega sistema in vezivnega tkiva, sledijo poškodbe in zastrupitve izven dela, nato pa bolezni dihal, poškodbe in zastrupitve pri delu ter duševne in vedenjske motnje (Vučković, 2010). Pri najpogostejšem vzroku, to so bolezni kostno-mišičnega sistema in vezivnega tkiva, se je število izgubljenih koledarskih dni v letu 2008 v primerjavi z letom 2007 zvišalo za 3 % (Vučković, 2010). Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva v Sloveniji po podatkih NIJZ za leto 2014 predstavljajo 11,18 primera na 100 zaposlenih. V povprečju so le-ti bili v bolniškem staležu 27,25 dneva. Po navedbah Januskevicius (2013) se je poklic zdravstvene nege izkazal kot eden najbolj tveganih poklicev za bolečine v križu. Avtor kot osnovni vzrok za bolečine v križu navaja ravnanje s pacienti, kot so dvigovanje, prenašanje in premeščanje pacientov. Sicer pa Januskevicius (2013) dejavnike tveganja, ki povzročajo bolezni kostno-mišičnega sistema, povezane z delom, deli na tiste, ki vključujejo fizične (ročno premeščanje bremen, nerodni položaji, ponavljajoče se delo, delo pri veliki hitrosti) in psihosocialne (stres na delovnem mestu) zahteve. Cameron et al. (2008) navajajo avtorje, ki vzroke za bolezni mišično-skeletnega sistema povezujejo z dolžino delovnika (12-urni delovnik že povečuje tveganje za poškodbe pri delu), obliko turnusa (medicinske sestre, ki delajo v turnusu, so imele bistveno več poškodb v primerjavi s tistimi, ki delajo v fiksnih izmenah), nezadostnega spanca (izkušnje kažejo, da manj spanca povzroča večjo utrujenost ter več nesreč pri delu ter je v pomembni povezavi s pojavom kostno-mišičnih bolezni) in ravnanje z bolniki (premeščanje bolnikov v postelji je najbolj pogosto omenjena dejavnost, povezana z boleznimi kostno-mišičnega sistema, zelo je pomembna tudi pogostost te dejavnosti). Z raziskavo, v kateri so sodelovale medicinske sestre v hospitalni dejavnosti, so Cameron et al. (2008) prišli do ugotovitev, da je skoraj dve tretjini (63 %) medicinskih sester v starosti od 45 do 55 let ter 70 % v starostni skupini 56 in več let, poročalo o boleznih kostno mišičnega sistema zaradi dela, predvsem v primerih, ko gre za višjo starost pacientov, in pri oskrbi pacientov, katerih obolenja so kombinirana z duševnimi motnjami. Bolezni kostno-mišičnega sistema povečujejo tveganje za odsotnost z dela in delovno invalidnost (Andersen et al., 2012). Andersen et al. (2012) so na vzorcu 8.732 danskih medicinskih sester ocenjevali vpliv intenzivnosti bolečine (skala od 0–9) na dolgotrajno odsotnost zaradi bolezni, in ugotovili, da prag intenzivnosti bolečine poveča tveganje za dolgotrajno odsotnost zaradi bolezni med ženskimi predstavnicami v zdravstveni negi in se razlikuje po telesnih regijah. Ugotovili so, da je ta najbolj intenzivna v križu (ocena 5), sledijo vrat in ramena (ocena 4) ter kolena (ocena 3), pri čemer z upoštevanjem starosti, indeksa telesne mase in prostočasnih aktivnosti prag intenzivnosti bolečine povečuje tveganje za dolgotrajno odsotnost zaradi bolezni.

3.6 Starost

Iz statističnih podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) za leto 2014 je razvidno, da se s starostjo (kategorija 45 do 64 let) viša število primerov bolniškega staleža in jih je pri ženskah več kot pri moških, medtem, ko so moški v povprečju dlje odsotni kot ženske. Staranje je povezano s fizičnimi in psihičnimi spremembami (Fragar, Depczynski, 2011). Gabrielle, Jackson in Mannix (2008) povzemajo avtorje, ki navajajo, da se starejše medicinske sestre soočajo z različnimi zdravstvenimi težavami, kot je obdobje menopavze z nihanjem hormonskega ravnovesja, ki vključujejo nespečnost, motnje menstrualnega ciklusa, urogenitalne simptome in motnje razpoloženja. Menopavza je pomemben življenjski dogodek, ki lahko negativno vpliva na kakovost življenja in delovne sposobnosti posameznice (Geukes, et al., 2011).

Avtorji so prišli do ugotovitev, da simptomi menopavze vplivajo na delovno sposobnost in povečujejo tveganje za bolniško odsotnost. Tveganje za kronične bolezni se po navedbah Gabrielle, Jackson, Mannix (2008) povečuje s starostjo. Tako so starejše ženske bolj dovzetne za pridobivanje telesne teže, kar predstavlja tveganje za srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen, visok krvni tlak ter druge zdravstvene težave. V raziskavi, o kateri poročajo Letvak, Ruhm in Gupta (2013), je bilo ugotovljeno, da so starejše medicinske sestre imele boljše psihično počutje, višji indeks telesne mase, višjo povprečno raven bolečine, 12 % večjo razširjenost zdravstvenih težav in višjo z zdravjem povezano izgubo produktivnosti glede na mlajše kolegice. Podatki raziskave delovne sile Kanadske zveze medicinskih sester med leti 2002 in 2005, ki jih povzemajo Cameron et al. (2008), govorijo, da se je stopnja absentizma kot posledica bolezni in poškodb med medicinskimi sestrami, mlajšimi od 45 let, zmanjšala, medtem ko se je med medicinskimi sestrami, starimi 55 let in več, v istem obdobju povečala. Raziskovalci Norman et al. (2005) ugotavljajo, da z višjo starostjo medicinskih sester upada zaposlitev na oddelkih za akutno obravnavo pacientov ter se povečuje izbira manj zahtevnih delovnih mest.

3.7 Odsotnosti zaradi zdravstvenih razlogov v Splošni bolnišnici Murska Sobota

Iz Tabele 1 je razvidno, da je v Splošni bolnišnici Murska Sobota bilo v letu 2014 stalno zaposlenih 419 izvajalcev ZN. V tej številki niso zajeti pripravniki in zaposleni, ki so le začasno nadomeščali odsotnosti in niso bili zaposleni vse leto. Zaposlenih v ZN, ki so bili stari 50 let in več, je bilo v tej bolnišnici 124, kar je predstavljalo 29,59 %. Bolniško odsotnost je med zaposlenimi v ZN koristilo 212 zaposlenih, kar je predstavljalo 680 primerov in je znašalo 48447, 32 ure (Tabela 2). V povprečju so bili odsotni 228,53 ure.

Po številu izostankov so bile v odstotkih največ odsotne medicinske sestre v menedžmentu (53,84 %), sledijo bolničarji (53,33 %), srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre. Vse kategorije zaposlenih, ne glede na delovno mesto, so imele delež odsotnosti 50 % in več. V povprečju so bili največ časa odsotni bolničarji, in sicer 330,50 ure, najmanj pa diplomirane medicinske sestre s povprečno odsotnostjo 158,49 ure na leto.

Tabela 1: Število izostankov zaradi bolezni v SB Murska Sobota glede na delovno mesto

	Vsi zaposleni v ZN (2014)	Vsi zaposleni v ZN, stari 50 let in več (2014)	Odsotnosti zaposlenih v ZN 2014		
Delovno mesto	Število zaposlenih	Število zaposlenih	Št. zaposlenih, izostalih od dela	Ure	Ure (povprečje)
Menedžment MS	13	3 (23 %)	7 (53,84 %)	1335,29	190,76
Diplomirana MS	138	29 (21,01 %)	69 (50 %)	10935,91	158,49
Srednja MS	253	87 (34,38 %)	128 (50,59 %)	33532,05	261,97
Bolničar	15	5 (33,33 %)	8 (53,33 %)	2644,07	330,50
Skupaj:	419	124 (29,59 %)	212	48447,32	228,53

Iz Tabele 2 je razvidno, da je največji vzrok odsotnosti med zaposlenimi v ZN v letu 2014 tako po številu primerov, ki jih je bilo 465, kot po številu ur, ki so predstavljale 79,70 % vseh odsotnosti, bila bolezen. Sledita nega in spremstvo (148 primerov), vendar ne po urah odsotnosti, katerih delež je bil 7,2 % vseh odsotnosti. Poškodbe, ki niso povezane z delom, so na tretjem mestu, in sicer jih je bilo 66 primerov, po številu ur odsotnosti pa na drugem mestu, saj je njihov delež 12,72 % vseh odsotnosti.

Tabela 2: Odsotnosti z dela 2014 v ZN v Splošni bolnišnici Murska Sobota glede na vrsto izostanka

Vrsta izostanka v ZN za leto 2014 v SB Murska Sobota	Vsi zaposleni v ZN Zaposleni, stari 50 let in več		Zaposleni, stari 50 let in več		Delež starih 50 let in več	
	Št. izostankov	Ure	Št. izostankov	Ure	Št. izostan. (v %)	Ure (v %)
Bolezni (v breme delodajalca in ZZZS skupaj)	465 (68,38 %)	38616,46 (79,70 %)	155	12138,5	33,33	31,43
Nega, spremstvo	148 (21,76 %)	3515,35 (7,2 %)	16	262,98	10,81	7,48
Poškodbe, ki niso povezane z delom	66 (9,7 %)	6165,24 (12,72 %)	43	4336,58	65,15	70,34
Uspos.za rehabilitacijo otroka	1 (9,5 %)	150,27 (0,31 %)	0	0	0,00	0,00
Skupaj:	680	48447,32	214	16738,06	31,47	34,55

V Splošni bolnišnici Murska Sobota je bilo v letu 2014 zaposlenih v ZN, ki so dopolnili 50 let, slaba tretjina (29,59 %). Med starimi 50 let in več, je bolniško odsotnost koristilo 68 zaposlenih, ki so bili skupaj odsotni 214-krat (31,47 %), kar je predstavljalo 16738, 06 ure (34,55 %). Delež izostankov, zaposlenih starih 50 let in več, v primerjavi z vsemi izostanki znaša 31,47 %. Vendar ugotavljamo, da je delež izostankov zaposlenih starih 50 let in več v urah 34,55 %. Pri podrobnejši specifikaciji vrste izostankov ugotovimo, da je povečan čas izostankov povezan s poškodbami, ki niso povezane z delom. Torej delež starih 50 let in več v kategoriji poškodb, ki niso povezane z delom, znaša 65,15 % po številu primerov in 70,34 % po trajanju izostanka v urah. V kategoriji bolezen je delež odsotnosti starih 50 let in več 33,33 %, vendar le 31,43 % po trajanju bolniške odsotnosti v urah. Podatki kažejo, da so starejši od 50 let večkrat odsotni zaradi bolezni, vendar se prej vrnejo nazaj na delo (Tabela 2).

4 Razprava

Zdravstveni absentizem predstavlja v Sloveniji resen družbeni, organizacijski in pravni problem, ki ima tudi občutne ekonomske posledice za delavce, delodajalce, gospodarstvo in področje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Fakin, 2010). Ker je očitno, da imata način dela in organizacija dela v zdravstveni negi vpliv na zdravje zaposlenih in posledično absentizem, bi lahko to šteli kot prednostno usmeritev za vodilne medicinske sestre in menedžment, saj se od njih pričakuje, da poznajo pomen socialne podpore (prijazno delovno okolje), nagrajevanja pri delu, ohranjanja ravnotežja med zdravim delom in zasebnim življenjem in ustrezne stopnje nadzora pri delu (Trybou et al, 2014). Schreuder et al. (2011) so ugotovili, da je avtokratsko vodenje imelo škodljive učinke na zdravje in posledično na večjo pojavnost absentizma pri medicinskih sestrah, v nasprotju s fleksibilnim načinom vodenja. Pomembno je, da vodje učinkovito prilagajajo vodstvene stile na raven posamezne medicinske sestre ali na raven posameznega negovalnega tima. Tako lahko menedžment zdravstvene nege pričakuje manj kratkotrajnih bolniških odsotnosti. Po mnenju Hultin et al. (2012) je treba posvečati pozornost kratkotrajnim bolniškim odsotnostim, da bi preprečili kasnejše. Rezultati, ki so bili pridobljeni na vzorcu 11,156 posameznika v Stockholmu, kažejo vpliv kratkotrajne bolniške odsotnosti na večjo verjetnost dolgotrajne bolniške odsotnosti, niso pa pokazali povečanega tveganja za invalidsko upokojitev ali brezposelnost. Wang et al. (2014) navajajo študije, ki so pokazale na številne dejavnike, ki vplivajo na dolgotrajno bolniško odsotnost in se nanašajo na delovno okolje, kot so stil vodenja in pomanjkanje organizacijske kulture, ter individualne dejavnike, kot so odnos do dela, dojemanje zdravja in bolezni itd. Podobno navajata Silva-Junior, Fischer (2014), da percepcija delovnih pogojev, kjer so med drugim značilne visoke zahteve in velik napor, nizek nadzor, prevelika angažiranost, neravnovesje med vloženim trudom in nagrado, pomanjkanje perspektive za strokovno rast, lahko predstavlja nevarnost za dolgotrajno odsotnost zaradi duševnega zdravja.

Avtorja opozarjata, da poznavanje teh informacij prispeva k izvajanju preventivnih ukrepov in strategij za lažjo vrnitev nazaj na delo pri najbolj dovzetnih ciljnih populacijah. Problema zdravstvenega absentizma se je treba lotevati sistemsko. Vučković (2010) deli izziv med vlogo države, vlogo delodajalcev in vlogo posameznikov. Pomembno je, da sta delo in življenje v ravnovesju. Tako bi delodajalci morali sprejeti inovativne programe in ponuditi priložnost zaposlenim, da bolje uravnotežijo delo, dom in družinsko življenje (Josefsson, 2012). Da je zdravje in dobro počutje zaposlenih pri delu pomemben dejavnik uspešne organizacije, se je vodstvo Splošne bolnišnice Murska Sobota zavedalo že leta 2006, saj smo prvi pristopili k izvedbi projekta Čili za delo v letu 2006. Pod vodstvom višje fizioterapevtke se je izvedenih aktivnosti udeležila večina zaposlenih s področja zdravstvene nege. Že takrat je negovalno osebje poročalo o utrujenosti po končanem delovniku ter občasnih ali stalnih bolečinah v hrbtenici, ki so pri nekaterih že prehajale v kronično obliko. V sklopu projekta so bile poleg teoretičnih vsebin o pomenu ergonomije in varnega dela ter dvigovanja bolnikov izvedene tudi praktične delavnice in treningi, kako pravilno premeščati, prenašati in dvigovati bolnike, ter pravilna uporaba pripomočkov za lažje delo in zmanjšanje obremenitev. Ugotovili smo, da v času šolanja izvajalci zdravstvene nege ne dobijo dovolj znanja s področja ergonomije in varnosti pri delu. Od leta 2011, ko si je bolnišnica pridobila mednarodno akreditacijo, poteka na uvajalnem seminarju za novo zaposlene sodelavce krajše izobraževanje s področja ergonomije in varnega dela z bolniki, vendar praksa in raziskava kažeta, da bo treba na tem področju narediti še več. Vsekakor bo na vse večjo pojavnost odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov treba odgovoriti s strategijo zmanjševanja tega pojava, pri čemer bo pomembno vlogo odigral srednji menedžment, ki svoje zaposlene najbolje pozna in s svojim voditeljskim vedenjem lahko vpliva na pogoje dela in delovno klimo. Vsa delovišča niso enako obremenjena. S pravilnim pristopom, razporejanjem in rotiranjem zaposlenih v zdravstveni negi lahko omilimo posledice preobremenjenosti. Možnost zdravega prehranjevanja je pomemben dejavnik zdravega načina življenja. Prehrana, ki je na razpolago zaposlenim v naši bolnišnici, ustreza načelom zdrave prehrane, zato mora menedžment poiskati način, kako motivirati zaposlene in jim hkrati omogočiti, da se bolj poslužujejo tega načina prehranjevanja. To bi imelo dolgoročni učinek v večji delovni storilnosti, boljšem zdravju zaposlenih ter manjši odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov.

5 Sklep

Spreminjajoče zahteve delovnih okolij zahtevajo tudi prilagajanje le-teh zaposlenim. Zaposleni v zdravstveni negi niso homogena skupina, temveč posamezniki s svojimi potrebami in problemi. Večino dejavnikov, ki vplivajo na absentizem, z organizacijskimi ukrepi lahko omilimo in omogočimo zaposlenim varno, zdravo in spodbudno delovno okolje. Pristopiti bo treba k ponovnemu načrtovanju dela, standardizaciji opravil in postopkov ter jasno opredeliti tista opravila, ki so bolj obremenjujoča za izvajalce zdravstvene nege. Zadostno število pripomočkov in pravilna tehnika dvigovanja morata v bolnišnici postati stalna praksa, saj bomo s tem zmanjšali fizične obremenitve, posredno pa zmanjševali absentizem zaposlenih v zdravstveni negi.

Zdrav življenjski stil, zdrave prehranjevalne navade in redna telesna aktivnost so osnovni pogoji ohranjanja zdravja, boljšega počutja in kakovosti življenja tako v delovnem kot v zasebnem življenju posameznika. Splošna bolnišnica Murska Sobota je leta 2014 pridobila certifikat Družini prijazno podjetje. To je projekt družbene odgovornosti, ki usmerja organizacije, kako prisluhniti in pomagati svojim zaposlenim pri usklajevanju družinskih in poklicnih obveznosti. S tem projektom menedžment sporoča svojim zaposlenim ter širši javnosti, da za uspehi bolnišnice ne stojijo le vodilni, temveč tudi zaposleni, ki so ključni za doseganje ciljev organizacije. Zadovoljstvo zaposlenih s področja zdravstvene nege je pomemben dejavnik za njihovo zdravje in zmanjšanje absentizma. In ker se uspešnost menedžmenta lahko meri tudi skozi pojavnost in dolgotrajnost bolniških odsotnosti, se bomo v Splošni bolnišnici Murska Sobota tega izziva lotevali še bolj pogumno in odgovorno. Prepoznavanje napovednih dejavnikov bo pri tem ključnega pomena.

Literatura

Admi H, Tzischinsky O, Epstein R, Herer P, Lavie P. (2008). Shift Work in Nursing: Is it Really a Risk Factor for Nurses' Health and Patients' Safety?: Nursing Economics. 2008; 26(4): 2502–57.

Andersen LL, Clausen T, Burr H, Holtermann A. Threshold of Musculoskeletal Pain Intensity for Increased Risk of Long-Term Sickness Absence among Female Healthcare Workers in Eldercare: PLoS ONE. 2012; 7(7): 1–6.

Bishop M. Work engagement of older registered nurses: the impact of a caring-based intervention: Journal of Nursing Management. 2013; 21: 941–949.

Bolčina K. Primeri dobre prakse obvladovanja absentizma v zgodovini in svetu. In: Kos D (Ured.), Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2010: 21–33.

Cameron SJ, Armstrong-Stassen M, Kane D, Moro FB. (2008). Musculoskeletal Problems Experienced by Older Nurses in Hospital Settings: Nursing Forum. – 2008; 43(2): 103–114.

Clendon J, Walker L. Nurses aged over 50 years and their experiences of shift work: Journal of Nursing Management. 2013; 21(7): 903–913.

Clendon J, Walker L. (2013). The health of nurses aged over 50 in New Zealand: Contemporary Nurse. 2013; 45(1): 85–94.

Delati bolje in dlje. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. Dostopno na: https://osha.europa.eu/sl/tools-and-publications/publications (19.7.2015).

Fakin S. Uvodnik. Kos D (Ured.), Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14. slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2010: 6.

Farquharson B, Bell C, Johnston D, Jones M, Schofield P, Allan J, Johnston M. Nursing stress and patient care: real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: study protocol: Journal of Advanced Nursing. 2013; 69(10): 2327–2335.

Fragar LJ, Depczynski JC. Beyond 50. challenges at work for older nurses and allied health workers in rural Australia: thematic analysis of focus group discussions: BMC Health Services Research. 2011; 11 (42). Dostopno na: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/42 (25.7.2015).

Gabrielle S, Jackson D, Mannix J. Older women nurses: health, ageing concerns and self-care strategies: Journal of Advanced Nursing. 2008; 61(3): 316–325.

Gaudine A, Gregory C. The accuracy of nurses' estimates of their absenteeism: Journal of Nursing Management. 2010; 18: 599–605.

Geukes M, van Aalst MP, Nauta MC, Oosterhof H. The impact of menopausal symptoms on work ability: Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. 2011; 19(3): 000/000.

Graham EM, Duffield C. 2010. An ageing nursing workforce: Australian Health Review. 2010; 34: 44–48.

Hultin H, Lindholm C, Malfert M, Möller J. Short-term sick leave and future risk of sickness absence and unemployment - the impact of health status: BMC Public Health. 2012; 12(1): 861–868.

Januskevicius V. Work-related musculoskeletal disorders among hospital workers: OSHwiki. 2013. Dostopno na: http://oshwiki.eu/index.php?title=Work-related_musculoskeletal_disorders_among_hospital_workers&oldid=

237972 (24.7.2015).

Johnson CJ, Croghan E, Crawford J. The problem and management of sickness absence in the NHS: considerations for nurse managers: Journal of Nursing Management. 2003; 11: 336–342.

Josefsson K. Registered nurses' health in community elderly care in Sweden: International Nursing Review. 2012; 59(3): 409–415.

Lah LM, Svetin I, Razpotnik B. (2013). Starejši na trgu dela. Statistični urad Republike Slovenije: Dostopno na: www.stat.si/pub.asp (6.4.2015).

Letvak S, Ruhm C, Gupta S. Differences in health, productivity and quality of care in younger and older nurses: Journal of Nursing Management. 2013; 21: 914–921.

Norman LD, Donelan K, Buerhaus P, Willis G, Williams M, Ulrich B, Dittus R. (2005). The Older Nurse in the Workplace: Does Age Matter?: Nursing Economics. 2005; 23(6): 282–289.

Podatkovni portal. Nacionalni inštutit za javno zdravje. Dostopno na: https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal (15.8.2015).

Rahme DV, Razzouk GN, Musharrafieh UM, Rahi AC, Akel MM. (2006). Sickness-Related Absence Among Employees at a Tertiary Care Center in Lebanon: Archives of Environmental & Occupational Health. 2006; 61(6): 279–284.

Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, Kinnunen J. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system: Journal of Advanced Nursing. 2007; 57(3): 286–295.

Roelen C, van Rhenen W, Schaufeli W, van der Klink J, Magerøy N, Moen, B, Pallesen S. Mental and physical health-related functioning mediates between psychological job demands and sickness absence among nurses: Journal of Advanced Nursing. 2013; 70(8): 1780–1792.

Schreuder JA, Roelen CA, Van Zweeden NF, Jongsma D, van der Klink JJ, Groothoff JW. Leadership effectiveness and recorded sickness absence among nursing staff: a cross-sectional pilot study: Journal of Nursing Management. 2011; 19: 585–595.

Silva-Junior JS, Fischer FM. Long-Term Sickness Absence Due to Mental Disorders Is Associated with Individual Features and Psychosocial Work Conditions: PLoS ONE. 2014; 9(12): e115885. doi:10.1371/journal.pone. 0115885.

Mednarodni dan medicinskih sester 2012. Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4681 (6.2.2016).

Trybou J, Germonpre S, Janssens H, Casini A, Braeckman L, De Bacquer D, Clays E. Job-Related Stress and Sickness Absence Among Belgian Nurses: A Prospective Study: Journal of Nursing Scholarship. 2014; 46(4): 292–301.

Verhaeghe R., Vlerick P, Gemmel P, Van Maele G, De Backer G. Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence: Journal of Advanced Nursing. 2006; 56(6): 646–656.

Vučković R. Obvladovanje zdravstvenega absentizma – izziv za družbo. In Kos D (Ured.) Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2010: 10–20.

Wang M-J, Mykletun A, Møyner EI, Øverland S, Henderson M, Stansfeld S, Harvey SB. Job Strain, Health and Sickness Absence: Results from the Hordaland Health Study: PLoS ONE. 2014; 9(4): e96025. doi:10.1371/journal.pone.0096025.

Sara Žumer, dipl. fiziot., Alen Kapel, dipl. fiziot., doc. ddr. Joca Zurc
Alma Mater Europaea – ECM

VLOGA ZDRAVSTVENEGA DELAVCA V ZOBOZDRAVSTVU PRI OSEBAH S POSEBNIMI POTREBAMI

THE ROLE OF DENTAL HEALTH PROFESSIONALS WORKING WITH PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS

Povzetek

Teoretična izhodišča: Oralno zdravje je pomemben del splošnega zdravstvenega stanja, saj zdravo zobovje pri človeku vzbuja ne le pozitivne subjektivne občutke, temveč izključuje pojav stomatoloških bolezni, ki vplivajo na posameznikovo zdravstveno stanje. Stomatološka obolenja so vzrok tveganj srčnih infarktov, pljučnih bolezni in zapletov pri sladkorni bolezni. Vloga zobozdravstvenih delavcev na področju zagotavljanja oralnega zdravja potrebuje pri osebah s posebnimi potrebami poseben pristop.

Metodologija: Empirična kvantitativna raziskava je bila izvedena v Zdravstvenem domu Ptuj. Pri zbiranju podatkov smo uporabili deskriptivno neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja. V raziskavo smo vključili 32 oseb, ki svoje delo opravljajo v zobozdravstvenih ambulantah. Rezultate smo pridobili z anonimnim anketnim vprašalnikom, ki je vseboval 9 vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Pridobljeni podatki so bili analizirani z opisno statistiko in hi-kvadrat testom.

Rezultati: V prispevku bomo predstavili ugotovljene težave, s katerimi se zdravstveni delavci srečujejo pri obravnavi oseb s posebnimi potrebami, njihovo mnenje o usposobljenosti na tem področju in odnos do oseb s posebnimi potrebami.

Razprava: Dobljene ugotovitve naše raziskave dajejo vpogled v način dela v zobozdravstveni veji medicine z osebami s posebnimi potrebami in priložnosti za razvoj na tem področju.

Ključne besede: zobozdravstvo, osebe s posebnimi potrebami, oralno zdravje, zobje

Abstract

Theoretical grounds: Oral health plays a major role in the general health status, as healthy teeth do not only give rise to positive subjective emotions in a person but also exclude the development of dental diseases that affect the health status of the individual. Dental diseases constitute one of the causes of heart attack and pulmonary disease risks and complications of diabetes. Treatment of people with special needs by dental health professionals calls for a specific approach.

Methodology: An empirical quantitative survey was conducted in the Ptuj Primary Health Care Centre. Data were collected by means of a descriptive non-experimental quantitative research method. The survey included 32 individuals working in dental dispensaries. Results were obtained by means of an anonymous questionnaire containing 9 open- and closed-ended questions. Data obtained were analysed by means of descriptive statistics and the chi-square test.

Results: The paper serves to present issues identified by health professionals with regard to treatment of persons with special needs, their opinion on their skills in the field and their attitude towards persons with special needs.

Discussion: The findings of our research provide an insight into the way the dental branch of medicine deals with people with special needs and into the development opportunities presenting themselves in this field.

Key words: dentistry, people with special needs, oral health, teeth

1 Uvod

V Sloveniji se vsako leto rodi od 750 do 950 otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Strokovnjaki ocenjujejo, da osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju predstavljajo 5 % celotne populacije v Evropi (Frenken, 1985).

Osebe z motnjami v telesnem razvoju so praviloma razvojno zaostale, čustveno nezrele, intelektualno slabše razvite, brez abstraktnega mišljenja, lahkoverne, boječe in slabo sodelujoče (Wetzel, 1994).

Pri osebah s posebnimi potrebami je v zobozdravstveni veji medicine opaziti več zobnega kariesa, bolezni zobnih tkiv, ortodontske anomalije, prekomerno se slinijo ali imajo neprijeten zadah (Djinovič, 1982). Prisotne so tudi razlike v številu in kakovosti zob. Otroci z Downovim sindromom imajo značilno manjše hipoplastične zobe. Izrast zob je lahko pozen ali pa zobje sploh ne izrastejo (Blinkhorn, Mackie, 1992). Prav tako je pri osebah s posebnimi potrebami pogostost zobnih bolezni večja kot pri preostali populaciji (Waldman, Perlman, 2002). To je posledica slabega sodelovanja teh oseb z zobozdravnikom in slabše dostopnosti do zobozdravniške oskrbe (Djinovič, 1982).

Veliko vlogo pri osebah s posebnimi potrebami ima zdravstveno osebje, pomemben je tudi pozitiven pristop do pacienta in staršev (Destrovnik et al., 1998). Vsaka oseba s posebnimi potrebami mora imeti izbranega osebnega zobozdravnika, ki ga mora redno obiskovati ob polletnih kontrolnih pregledih. Ob tem je nujno sodelovanje staršev, skrbnikov in strokovnega osebja (Sinciair-Cohen, 1999).

Pri osebah z lažjo motnjo v razvoju, pri katerih je komunikacija še mogoča, je pomemben pristop zobozdravniške ekipe. Predvsem pomembna je umirjenost, sproščenost in potrpežljivost. Način komunikacije mora biti prilagojen dojemanju osebe. Pri osebah, pri katerih neposredna komunikacija ni mogoča, se je treba zavedati nebesedne komunikacije in tako zagotoviti sproščeno vzdušje v ambulanti. Pri izvajanju in skrbi za zobno zdravje se najpogosteje srečujemo s težavami, kot so nehoteni gibi, strah pri umivanju zob, bolečina, težave pri odklanjanju umivanja zob, možnost avto- in heteroagresije (Škapin, 1999).

V zobozdravstvenih ambulantah se zelo poudarjajo preventivni pregledi. Pri tej populaciji se preventivni pregledi izvajajo pogosteje, saj zahtevnejših storitev pozneje najpogosteje ni mogoče izvesti. Zelo redka sta protetična nadomestitev izgubljenih zob in ortodontsko zdravljenje (Pavlič, Škapin, Žarkovič, 2000).

V Združenih državah Amerike je ADEA (American Dental Eduation Association) v letu 1999 izvedla obsežen projekt, s katerim so želeli ugotoviti dejanske potrebe po zobozdravstvenem varstvu oseb s posebnimi potrebami. Ugotovili so, da se zobne bolezni epidemično pojavljajo pri osebah, ki nimajo dostopa do zobozdravstvenega varstva. Za osebe s posebnimi potrebami je ta stopnja še veliko višja, saj so njihove potrebe večje in drugačne (Same-Cigenečki, 1999). Ugotovljeno je bilo tudi, da zdravstveni delavci skorajda nimajo izkušenj glede dela z osebami s posebnimi potrebami, dokler se z njimi ne srečajo pri svojem delu. Njihova nacionalna študija je pokazala, da je samo 8 % študentov zobozdravstva imelo 10 ur predavanj, namenjenih oskrbi oseb s posebnimi potrebami, kar 57 % pa ni imelo nič možnosti za spoznavanje te problematike (Seme - Ciglenečki, 1999).

2 Namen in cilji

Osnovni namen raziskave je bil, raziskati, v kolikšni meri, glede na populacijo oseb s posebnimi potrebami, se zobozdravstvena veja medicine srečuje z njimi in ali se zaposleni čutijo dovolj usposobljene za delo z osebami s posebnimi potrebami.

3 Metode dela

Podatke smo zbirali z deskriptivno neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja.

3.1 Opis instrumenta

Za raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen iz 9 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. V vprašalniku nas je zanimalo, kako pogosto in kdaj so se prvič seznanili s pristopom k osebam s posebnimi potrebami, katere so najpogostejše težave pri delu, katere vrste prizadetosti se najpogosteje pojavljajo in ali se zdravstveni delavci čutijo dovolj usposobljene za delo z osebami s posebnimi potrebami.

3.2 Opis vzorca

Empirična kvantitativna raziskava je bila izvedena v JZ Zdravstveni dom Ptuj. Vzorec so sestavljali zaposleni v Zdravstvenem domu Ptuj, enoti Zobozdravstvo. 32 oseb je bilo anketiranih januarja 2016.

3.3 Opis obdelave podatkov

Rezultate smo analizirali z deskriptivno metodo statistke in hi-kvadrat testom, s programom SPSS Statistics, verzijo 22.0.

4 Rezultati

Največje število anketirancev je imelo doseženo izobrazbo srednja medicinska sestra/zobna asistentka. Te so predstavljale 50,0 % anketirancev. 34,4 % anketirancev je po izobrazbi doktor dentalne medicine, 12,5 % je doktorjev specialistov dentalne medicine in 3,1 % diplomiranih medicinskih sester.

Preglednica 1a: Pogostost stika z osebami s posebnimi potrebami

		Frekvenca	Delež (%)	Pearsonov koeficient	p (hi kvadrat test)
Pogostost	Mesečno	23	71,9		
	Tedensko	1	3,1		
	Vsi	24	75,0		
Manjkajoči	Sistem	8	25,0		
Vsi		32	100,0	0,52	0,767

Vir: anketni vprašalnik, 2016

Preglednica 1b: Pogostost stika z osebami s posebnimi potrebami glede na poklic

				Vsi
		Mesečno	Tedensko	
Poklic anketirancev	Srednja medicinska sestra/zobna asistentka	11	0	11
	Diplomirana medicinska sestra/zobna asistentka	1	0	1
	Dr. dentalne medicine	8	1	9
	Dr. dentalne medicine, specialist	3	0	3
Vsi		23	1	24

Vir: anketni vprašalnik, 2016

Preglednici 1a in 1b prikazujeta, da 25 % anketirancev na vprašanje o pogostosti stika z osebami s posebnimi potrebami ni odgovorilo. 95,8 % anketirancev, ki so odgovorili na vprašanje, pride v stik z osebami s posebnimi potrebami na mesečni bazi. Zgolj 4,2 % se jih sreča tedensko. Treba je izpostaviti tudi, da na osnovi vrednosti hi-kvadrat testa (p = 0,767) obstaja povezanost med nominalnima spremenljivkama »poklic anketiranca« in »pogostost stika«. Ugotovili smo, da višja kot je anketirančeva izobrazba, redkejši je stik z osebami s posebnimi potrebami. Slednje potrjujemo s preglednico 1b, in sicer 45,8 % delavcev, ki se srečujejo z osebami s posebnimi potrebami, predstavljajo srednje medicinske sestre oziroma zobne asistentke. Zgolj 12,5 % anketirancev pa predstavljajo specialisti dentalne medicine (prav tam).

Preglednica 2: Seznanjenost s pristopom v času dosedanjega izobraževanja

		V okviru rednega izobraževanja	Z lastnim študijem	V delovnem okolju	Nisem bil seznanjen	Skupaj
Poklic anketirancev	Srednja medicinska sestra/zobna asistentka	8	1	5	2	16
	Diplomirana medicinska sestra/zobna asistentka	0	0	1	0	1
	Dr. dentalne medicine	9	1	1	0	11
	Dr. dentalne medicine, specialist	1	1	1	1	4
Vsi		18	3	8	3	32

Vir: anketni vprašalnik, 2016

Povezava med anketirančevim poklicem in seznanjenostjo s pristopom k osebi s posebnimi potrebami v času dosedanjega izobraževanja (preglednica 2) obstaja, saj je vrednost hi-kvadrat testa p = 0,359. Največji delež anketirancev (56,3 %) se je s pristopom seznanilo v sklopu rednega študija. Od tega je kar 50 % doktorjev dentalne medicine in 5,5 % specialistov dentalne medicine. 25 % vseh anketirancev se je priučilo na delovnem mestu, od tega kar 62, 5% srednjih medicinskih sester oziroma zobnih asistentk. 9,4 % jih s pristopi v času izobraževanja ni bilo seznanjenih oziroma so do znanja prišli z lastnim, neformalnim študijem.

V sklopu poklicne poti se je 34,4 % anketirancev udeležilo dodatnih izobraževanj glede pristopa k obravnavi oseb s posebnimi potrebami. Od tega je 45 % srednjih medicinskih sester in 36,3 % doktorjev dentalne medicine. 65,6 % anketirancev se dodatnega izobraževanja ni udeležilo. Ugotovili smo povezavo dveh spremenljivk. Povezava obeh nominalnih spremenljivk obstaja, saj je vrednost hi-kvadrat testa p = 0,541.

Preglednica 3: Najpogostejša vrsta primanjkljajev, motenj pacientov

Vrsta primanjkljajev, motenj	Frekvenca	Delež
Osebe z motnjami v duševnem razvoju	23	27,38 %
Slepi in slabovidni	6	7,14 %
Gluhi in naglušni	13	15,48 %
Osebe z govorno-jezikovnimi motnjami	5	5,95 %
Gibalno ovirane osebe	16	19,05 %
Osebe s čustvenimi in vedenjskimi motnjami	14	16,67 %
Osebe z motnjami avtističnega spektra	7	8,33 %
Drugo	0	0,00 %

Vir: anketni vprašalnik, 2016

Iz preglednice 3 je razvidno, da je najpogostejša vrsta primanjkljajev, motenj pacientov, ki so bili obravnavani s strani anketirancev, motnja duševnega razvoja. Omenjena motnja obsega 27,38 % vseh vrst primanjkljajev, motenj. Drugo najpogostejšo vrsto primanjkljajev, motenj predstavljajo gibalno ovirane osebe s 19,05 %. Najredkeje, s 5,94 %, pa se anketiranci pri svojem delu srečujejo z osebami z govorno-jezikovnimi motnjami.

Najpogostejša populacija, ki ima status oseb s posebnimi potrebami in je najpogosteje v zobozdravstveni ambulanti, so šolarji. Ti predstavljajo 44,44 % vseh pacientov. Najmanj je starostnikov (2,7 %). Odraslih oseb je 38,89 %, predšolskih otrok pa 13,89 %.

Preglednica 4: Opravljene storitve pri osebah s posebnimi potrebami

	Frekvenca	Delež
Preventivni pregledi	15	15,00 %
Sanacija zobovja	19	19,00 %
Protetične storitve	5	5,00 %
Ekstrakcije	15	15,00 %
Učenje pravilnih tehnik ščetkanja in uporabe zobnih pripomočkov	15	15,00 %
Drugo	31	31,00 %

Vir: anketni vprašalnik, 2016

Preglednica 4 prikazuje najpogostejše storitve, ki jih anketiranci opravljajo pri osebah s PP. Največji delež predstavljajo storitve, ki vključujejo sanacijo zobovja. Ta predstavlja 19 % vseh opravljenih storitev. Najmanjši delež, 5 %, predstavljajo protetične storitve. 31 % pa predstavljajo druge storitve – storitve, ki jih nismo vključili v možne odgovore.

Preglednica 5: Usposobljenost za delo z osebami s posebnimi potrebami

		Frekvenca	Delež (%)	Veljavni odstotki	Kumulativni odstotki
Usposobljenost	Da	21	65,6	65,6	65,6
	Ne	11	34,4	34,4	100,0
	Skupaj	32	100,0	100,0	

Vir: anketni vprašalnik, 2016

Preglednica 5 prikazuje, da se 65,6 % anketirancev počuti usposobljene za delo z osebami s posebnimi potrebami.

5 Razprava

V raziskavi smo preučevali, kakšno vlogo ima zdravstveni delavec v zobozdravstvu pri osebah s posebnimi potrebami. Z anketiranjem 32 oseb smo ugotovili, da se velika večina anketirancev z osebami s posebnimi potrebami srečuje na mesečni ravni. S hi kvadrat testom smo ugotovili povezanost med poklicem in pogostostjo stika z osebami s posebnimi potrebami.

V Združenih državah Amerike so že leta 1999 na American Dental Education Association ugotovili, da tamkajšnji študenti zobozdravstva v času šolanja niso deležni izobraževanj glede pristopa k osebam s posebnimi potrebami. V tamkajšnjem okolju je bilo predavanj o oskrbi oseb s posebnimi potrebami deležnih samo 8 % študentov. V naši raziskavi smo prišli do podobnih rezultatov. Polovica anketirancev se je s pristopom seznanila v okviru rednega šolanja. Medtem ko četrtina anketirancev v času šolanja ni prejela potrebnega znanja o osebah s posebnimi potrebami in so se dela z osebami s posebnimi potrebami priučili na delovnem mestu. Kljub temu da veliko anketirancev v času izobraževanja ni bilo seznanjenih s pristopom k osebam s posebnimi potrebami, se je dodatnega izobraževanja s tematiko pristopa k osebam s PP udeležilo samo četrtina anketirancev.

V zobnih ambulantah se pojavljajo različne vrste oseb z posebnimi potrebami. Največ je oseb z motnjami v duševnem razvoju, sledijo gibalno ovirane osebe. V najmanjšem odstotku se pojavljajo osebe z govorno-jezikovnimi motnjami. Škrapin (1999) je opisal, da je pri pristopu k osebi z posebnimi potrebami zelo pomemben pristop zobozdravniške ekipe k pacientu. Tako je pri delu treba zagotoviti sproščeno vzdušje in način komunikacije, ki je primerna pacientu. V največjem številu se v zobnih ambulantah pojavljajo šolarji s posebnimi potrebami, ki predstavljajo skoraj polovico celotne populacije. V teh primerih je potrebno tudi sodelovanje staršev oz. skrbnikov. V najmanjšem številu se pojavljajo starostniki, ki predstavljajo najmanjši delež populacije oseb s posebnimi potrebami.

Pavlič et al. (2000) so poudarili, da so pri osebah s posebnimi potrebami najpomembnejši preventivni pregledi. Poleg tega so poudarili, da naj bodo preventivni pregledi pogostejši, saj se z njimi izognemo poznejšim zahtevnejšim posegom. Z našo raziskavo smo ugotovili, da se najpogosteje opravlja sanacija zobovja, sledijo preventivni pregledi, protetične storitve, ekstrakcije in učenje pravilnih tehnik ščetkanja. S tem lahko potrdimo ugotovitev Pavlič et al., da se s pogostejšimi preventivnimi pregledi izognemo poznejšim zahtevnejšim posegom.

Nazadnje smo anketirane vprašali, ali se počutijo dovolj usposobljene za delo z osebami s posebnimi potrebami. Nekaj več kot polovica anketiranih je odgovorilo, da se počutijo dovolj usposobljene za delo z osebami s posebnimi potrebami. Medtem ko se ostali ne čutijo dovolj usposobljene za delo z osebami s posebnimi potrebami.

Iz rezultatov naše raziskave lahko sklepamo, da se zdravstveni delavci v zobozdravstvu z osebami s posebnimi potrebami večinoma srečujejo mesečno. Svoje znanje o delu z osebami s posebnimi potrebami so pridobili v času rednega študija in pozneje z delovnimi izkušnjami. Dodatnega izobraževanja se je udeležila samo četrtina anketirancev. Najpogostejša vrsta primanjkljajev, motenj oseb s posebnimi potrebami v zobozdravstveni ambulanti so osebe z motnjo v duševnem razvoju in gibalno ovirane osebe. Te so najpogosteje deležne sanacije zobovja. Več kot polovica anketirancev se čuti dovolj usposobljene za delo z osebami s posebnimi potrebami, medtem ko ostali anketiranci menijo nasprotno.

Z raziskavo smo ugotovili, da so literatura in rezultati preteklih rezultatov večinoma že zastareli. Medtem ko sodobne literature o tej temi ni veliko. Zato bi bilo zanimivo narediti podobne raziskave v večjih zobozdravstvenih enotah po Sloveniji in dobljene rezultate primerjati. S tem bi lahko ugotovili, v kolikšni meri so zdravstveni delavci napredovali na področju dela z osebami s posebnimi potrebami v primerjavi s preteklimi leti.

6 Zaključek

Z raziskavo, ki smo jo izvedli v JZ Zdravstveni dom Ptuj, enoti Zobozdravstvo, smo ugotovili, da imajo zdravstveni delavci pomembno vlogo pri oskrbi oseb s posebnimi potrebami. Glede na pogostost srečevanja zdravstvenih delavcev z osebami s posebnimi potrebami lahko sklepamo, da se velika večina oseb s posebnimi potrebami še vedno ne odloča za zobozdravniško oskrbo. Zaposleni so deležni premajhnega števila izobraževanj o oskrbi oseb s posebnimi potrebami, vendar je velika večina anketiranih izkušnje in znanje pridobila z delom v delovnem okolju. Raziskavo bi bilo zanimivo ponoviti še v drugih zobozdravstvenih enotah po Sloveniji in dobljene rezultate med seboj primerjati.

Literatura

Blinkhorn, A. S., Mackie, I. C. Intelectual Disorders. V: Blinkhorn, A. S., Mackie, I. C. Practical Treatment Planning for the Paedodontic Patient. Chicago: Quintessence Publishing Co.; 1992: 91–93.

Destrovnik, K., Kolenc, F., Končar, M., Parazajda, D. Omrežje in imenik organizacij za vzgojo, izobraževanje, usposabljanje, delo in varstvo oseb s posebnimi potrebami v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Društvo defektologov Slovenije: 1998.

Djinovič, N. Nekatere razvojne značilnosti in anomalije maksilofacialnega kompleksa pri otrocih z Downovim sindromom. Zobozdravstveni vestnik. 1982; 37: 137–145.

Franken, H. Načrtovanje specialnih pedontoloških ambulant za psihično prizadeto mladino v SR Sloveniji. Zobozdravstveni vestnik. 1985; 40: 48–52.

Pavlič, A., Škapin, M., Žarkovič, S. Splošna anestezija v zobozdravniški oskrbi otrok s posebnimi potrebami. Zobozdravstveni vestnik. 2000; 55: 89–92.

Seme - Ciglenečki, P., Koražija, K. Preživeti ne pomeni vedno tudi kakovostno živeti. Revija za ljudi s posebnimi potrebami. 1995; 30: 14–15.

Sinciair-Cohen, J. Seen and heard Jerusalem-a fresh approach to advocacy for patients with special needs. Br Dent J. 1999; 186: 264–266.

Škapin, M. Zobozdravstveno varstvo psihofizično prizadetih otrok v Zavodu za usposabljanje in varstvo Dobrna. Zobozdravstveni vestnik. 1999; 54: 58–61.

Waldman, H. B., Perlman, S. P. Dental care for individuales with developmental disabilities is expensive, but needed. J Calif Dent Assoc, 2002; 30: 427–432.

Wetzel, W. E. Psychological aspects in dental treatment of handicapped patients. Proceeding of the 7th International Dental Congress in Modern Pain Control and 12th Congress of the International Association of Dentistry for the Handicapped. Trier: 1994.

Pridružite se nam in izkoristite številne ugodnosti, ki smo jih pripravili za nove stranke:

- 6 mesecev brezplačno vodenje osebnega računa (TRR),
- brezplačno izdajo plačilne kartice Activa Maestro,
- podarjeno enoletno članarino za plačilno kartico z odloženim plačilom Activa MasterCard ali brezplačno izdajo predplačniške kartice Activa MasterCard,
- brezplačen pristop k e-banki DBS NET,
- brezplačen generator enkratnih gesel za dostop do e-banke s kateregakoli računalnika z internetnim priključkom,
- 6 mesecev brezplačno storitev DBS VARNOST SMS-obveščanje ob sklenitvi zavarovanja vsaj ene plačilne kartice.

NOVO!

Z MOJIM BA vam za 1,49 EUR/mesec od 1. 4. 2016 omogočamo NEOMEJENO ŠTEVILO DVIGOV GOTOVINE in VPOGLEDOV V STANJE NA VAŠEM RAČUNU BREZ DODATNE PROVIZIJE na BAnkomatih vseh bank v Sloveniji in v evroobmočju.

Več informacij na telefonski številki 01 4727 228, v 85 poslovalnicah DBS in na prenovljenih spletnih straneh www.dbs.si.

DEŽELNA BANKA SLOVENIJE

vedno blizu

ZDRAVSTVENA POLICA

Zavarovanje za kritje stroškov samoplačniških zdravstvenih storitev.

NE ČAKAJTE, IZBERITE.

Z zdravstveno polico vam krijemo stroške specialističnih storitev, pridobitve drugega mnenja in operativnih posegov ter z brezplačno asistenco zagotavljamo lažji in hitrejši dostop do želenih storitev.

www.vzajemna.si **080 20 60**

VZAJEMNA
zdravstvena zavarovalnica

Vzajemna, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, Ljubljana.
Vsa zavarovanja se sklepajo po veljavnih pogojih Vzajemne, d.v.z.

Terme Maribor

ALMA MATER EUROPAEA
ECM

www.almamater.si