



Zbornik prispevkov

PROGRAM ZA
ZDRAVSTVENO NEGO

**GOLNIŠKI
SIMPOZIJ
2023**

UNIVERZITETNA KLINIKA
ZA PLJUČNE BOLEZNI IN
ALERGIJO GOLNIK
6.–7. OKTOBER 2023
BLED

Univerzitetna
Klinika Golnik



Izdajatelj

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Recenzent zbornika:

Saša Kadivec

Urednik zbornika:

Saša Kadivec

Organizacijski odbor:

Gregor Ziherl, Majda Pušavec,
Saša Kadivec, Mojca Novak, Lea Ulčnik,
Tatjana Kosten, Antonijo Bijelić

Programski odbor:

Gregor Ziherl, Majda Pušavec, Jasna
Črešnovar, Saša Kadivec, Ditka Benedičič
Katona, Edin Mahić, Nataša Grahovec,

Naklada:

120 USB ključkov

Kraj izdaje:

Golnik, oktober 2023

Bled, 6.- 7. oktober 2023

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Ljubljana

616-083(082)(0.034.2)

616.24-083(082)(0.034.2)

GOLNIŠKI simpozij (2023 ; Golnik)

Golniški simpozij 2023 [Elektronski vir] : zbornik prispevkov : program za zdravstveno nego : 6. -7. oktober 2023, Bled / [urednica zbornika Saša Kadivec]. - E-zbornik. - Golnik : Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 2023

ISBN 978-961-6633-58-1

COBISS.SI-ID 166751491

GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2023

**BOLNIK S PLJUČNO BOLEZNIJO POTREBUJE
CELOSTNO OBRAVNAVO**

Zbornik predavanj z recenzijo:

program za zdravstveno nego

KAZALO

Z ROKO V ROKI ZA KAKOVOSTNEJŠO OBRAVNAVO PACIENTOV	5
GREGOR ZIHERL, DIPL.ZN.	5
TIMSKO DELO - POGOJ ZA SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI	14
DOC. DR. SAŠA KADIVEC, PROF. ZDR. VZG.	14
SPANJE MEDICINSKIH SESTER V ČASU EPIDEMIJE COVIDA-19 – ŠTUDIJA PRIMERA V DVEH BOLNIŠNICAH	20
ŽIVA SPROGAR, DIPL.M.S., MAG. PROM. ZDR.;	20
DOC. DR. SAŠA KADIVEC, PROF. ZDR. VZG;	20
KAKO POGOSTO SE PACIENTI S SRČNIM POPUŠČANJEM VRAČAJO V BOLNIŠNICO.....	32
JASNA ČREŠNOVAR, DIPL. M. S., URŠA STANONIK, MAG. ZDR. NEG.	32
INTERPRETACIJA EKG-JA	40
MAG. ANJA ZUPAN MEŽNAR, DR. MED.	40
SPREJEM BOLNIKA S KARDIOGENIM PLJUČNIM EDEMOM V ENOTO INTENZIVNE TERAPIJE IN VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE – PRIKAZ PRIMERA	50
EDIN MAHIĆ DIPL.ZN., SEMIR LEMEŠ DIPL.ZN.	50
MOTNJE SRČNEGA RITMA: OD ATRIJSKE FIBRILACIJE DO VENTRIKULARNE TAHIKARDIJE	55
ANŽE KNIFIC, DIPL.ZDRAVSTVENIK	55
URŠKA KOVAČ, DIPL.MED.SEESTRA	55
ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PRI RAVNANJU Z ZDRAVILI	60
ZDENKA KRAMAR, MAG. ZDR. NEGE,	60
OSEBNA ZAŠČITA, VARNO OKOLJE IN VARNOST MEDICINSKIH SESTER PRI ROKOVANJU IN PRIPRAVI ZDRAVIL.....	71
DITKA BENEDIČIČ KATONA, DIPL. M. S	71
KAKO NEGOVATI »PRISOTNOST« V MEDOSEBNIH ODNOSIH Z BOLNIKI (IN ŠIRŠE V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI)?	78
MIŠA BAKAN, MAG. PSIH.....	78
SPORAZUMEVANJE Z OSEBO Z DEMENCO: IZZIVI IN PRISTOPI.....	88
DENIS DŽAMASTAGIĆ, DIPL. ZN, MAG. KADR. IN IZOB. SIST., MARUŠA SALKIĆ, DIPL. M. S.	88
KO BOLNIK S PLJUČNO BOLEZNIJO IZGUBLJA PUSTO TELESNO MASO (POSTAJA SARKOPENIČEN)	94
MAG. TATJANA KOSTEN, UNIV. DIPL. BIOL.	94
VLOGA FIZIOTERAPEVTA PRI OBRAVNAVI BOLNIKA S PLJUČNO BOLEZNIJO	103
ANJA GROŠELJ, DIPL. FIZIOT.	103
VKLJUČEVANJE SOCIALNE SLUŽBE V OBRAVNAVO BOLNIKA	112
PETRA MIKLAVČIČ, UNIV. DIPL. SOC. DELAVKA, MAŠA ŽUGELJ, MAG. SOC. DELA	112
INTERDISCIPLINARNO SODELOVANJE PRI OBRAVNAVI PACIENTA S PLJUČNIM OBOLENJEM V DOMAČEM OKOLJU.....	118
STAŠA ROJTEN DIPL.M.S.....	118
IZZIVI NA PODROČJU NA BOLNIKA OSREDOTOČENO ZDRAVSTVENO VZGOJO	123
DOC. DR. ANDREJA KVAS,	123

KAJ BOLNIKA S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO ZANIMA O NJEGOVI BOLEZNI	136
DITKA BENEDIČIČ KATONA, DIPL. M. S.	136
ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO BOLNIKA Z RAKOM V ENOTI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE	142
BORIS ŠIMBERA, DIPL. ZN., MAJA ROZMAN, DIPL. M. S.	142
ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA, KI POTREBUJE ANTIKOAGULACIJSKO ZDRAVLJENJE	151
TANJA ŽONTAR, DIPL. M. S.	151
SPONZORJI.....	164

Z ROKO V ROKI ZA KAKOVOSTNEJŠO OBRAVNAVO PACIENTOV

HAND IN HAND FOR QUALITY IN PATIENT CARE

Gregor Zihlerl, dipl.zn.

grega.zihlerl@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

Pacienti s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi zahtevajo posebno pozornost in skrb v zdravstvenem sistemu. Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe takih pacientov je ključnega pomena večdisciplinarno timsko delo. Pri tem ima zelo pomembno vlogo medicinska sestra, ki je pogosto neposredno v stiku s pacientom in ima ključno vlogo pri zdravstveni oskrbi pacienta. Prihodnost zdravstvene nege se osredotoča na bolj povezano, individualizirano in celostno obravnavo pacientov. Večdisciplinarni timi bodo igrali ključno vlogo pri doseganju teh ciljev. Medicinske sestre bodo ostale nepogrešljive članice teh timov in bodo ključne pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

Ključne besede: pacient, timsko delo, večdisciplinaren tim, medicinska sestra, zdravstvena nega

ABSTRACT

Patients with chronic non-communicable diseases require special attention and care in the healthcare system. Teamwork of the multidisciplinary healthcare team is essential to provide quality care to these patients. The nurse plays a very important role in this, often being in direct contact with the patient and playing a key role in the patient's care. The future of nursing focuses on more integrated, individualised and holistic patient care. Multidisciplinary teams will play a key role in achieving these goals. Nurses will remain indispensable members of these teams and will be the key to the delivery of quality care.

Keywords: patient, teamwork, multidisciplinary team, nurse, nursing care

UVOD

Zdravstveno varstvo deluje v okolju, ki se stalno spreminja in je zelo kompleksna storitvena dejavnost. Posledično to pomeni, da se spreminja tudi način dela in gre za stalno prilaganje. Deluje 24 ur na dan vse dni v letu (Kramar, 2022). Kakovostna zdravstvena oskrba pacientov je prednostna naloga vsake zdravstvene organizacije. Zadovoljstvo pacientov se pogosto uporablja, kot eden izmed kazalnikov kakovosti pri ocenjevanju kakovostne zdravstvene

oskrbe. Ključnega pomena je, da izvajamo visoko kakovostno raven zdravstvene oskrbe v skladu s pričakovanji pacientov (Kramar, 2022 & WHO, 2015).

Nastop vsake bolezni, predvsem, če je ta kronična, za posameznika vsekakor pomeni prelomni in krizni življenjski dogodek (Kregelj, 2015). Obravnava kroničnih nenalezljivih bolezni predstavlja velik izziv za zdravstvene sisteme po vsem svetu, saj pogosto zahteva daljše obdobje nadzora, opazovanja in oskrbe (Reynolds, et al., 2018). Zaradi daljše življenjske dobe in bistveno spremenjenega življenjskega sloga je pričakovati, da bo vsak izmed nas razvil vsaj eno kronično nenalezljivo bolezen. Podatki kažejo, da ima oseba, starejša od 65 let, 25-krat večjo verjetnost za razvoj kronične nenalezljive bolezni v primerjavi z osebo, mlajšo od 36 let (Aspen Health Strategy Group, 2021).

Proces zagotavljanja zdravstvene oskrbe je sam po sebi večdisciplinaren in zahteva, da zdravniki, medicinske sestre in ostali zdravstveni delavci različnih specialnosti dobro sodelujejo oz. se povezujejo med seboj. Člani tima morajo drug drugega upoštevati, drug drugemu priznavati nenadomestljivost in se med seboj poslušati, saj le tako lahko dosežejo kakovostnejše medsebojne odnose. Tudi pri obravnavi pacientov mora biti timski pristop stalnica delovanja članov tima. Postopki, ki jih načrtuje zdravnik, se morajo nadgraditi s postopki zdravstvene nege in s kakovostno komunikacijo (Podlipnik, et al., 2022).

Za zagotavljanje varnosti pacientov je splošno znano, da je timska uspešnost ključnega pomena. Zdi se, da slabo usklajevanje med izvajalci na različnih ravneh organizacije vpliva na kakovost in varnost zdravstvene oskrbe pacientov (npr. dolgo čakanje na obravnavo, nasprotujoče si informacije...), zato je timsko delo postalo ključnega pomena za kakovostno zdravstveno oskrbo (Sangaleti, et al., 2017).

Namen tega članka je prikazati orodja za učinkovito delo v večdisciplinarnih zdravstvenih timih.

PACIENT S KRONIČNO NENALEZLJIVO BOLEZNIJO

Kronična nenalezljiva bolezen zahteva temeljit premik od pristopa, osredotočenega na obolenje, na pacienta in njegovo družino, ki združuje samo obvladovanje z dobro integrirano strokovno podporo skozi življenjsko pot. Pacienti s kronično nenalezljivo boleznijo so strokovnjaki z izkušnjami, katerih pogled na bolezen in zdravstveno oskrbo je edinstven. To pomeni opolnomočenje pacientov in njihovo vključevanje na vseh ravneh v zdravstveni sistem, zagotavljanje aktivnega vključevanja pacientov v oblikovanje politike in v sooblikovanje storitev zdravstvene oskrbe za učinkovitejše zadovoljevanje njihovih potreb (Devi, et al., 2020). Pri opolnomočenju gre torej za večdimenzionalni družbeni proces, skozi katerega posamezniki in skupine pridobivajo boljše razumevanje in nadzor nad njihovim življenjem. Prednosti tega pristopa so velike tako za paciente in celotni zdravstveni sistem (Oprešnik, 2017; Russo, et al., 2019). Pacienti s kronično nenalezljivo boleznijo potrebujejo veliko pozornosti, predvsem zaradi osebnostnih lastnosti, ki povečujejo njihovo ranljivost. To velja še posebej za paciente z multimorbidnostjo, paciente, ki so socialno in ekonomsko prikrajšani ali paciente z duševnimi

motnjami. Socialna neenakost pa ne vpliva samo na rezultate kroničnih nenalezljivih bolezni, temveč tudi na to, kako pacienti obvladujejo svoja kronična stanja s količino sredstev, ki so jih sposobni uporabiti. Iz tega razloga je za izboljšanje zdravja prebivalstva ključnega pomena prepletanje družbenih razmer, posameznih življenjskih slogov in bioloških dejavnikov (Tan, et al., 2019). Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije bi opolnomočenje pacientov pomagalo rešiti nekatere najzahtevnejše težave v sodobnem zdravstvu, izboljšati kakovost zdravstvenih storitev, zmanjšati njihove stroške ter tako prispevati k trajnosti zdravstvenih sistemov (Moretta Tartaglione, et al., 2018).

TIMSKO DELO ZA KAKOVOSTNO IN VARNO ZDRAVSTVENO OSKRBO

V zdravstvu lahko zaznamo več različnih vrst in konfiguracij timov. Od tesno povezanih strokovnih timov, ki delujejo na ožjem strokovnem področju, do širših večdisciplinarnih timov, ki znotraj organizacije obravnavajo pacienta z različnih zornih kotov, skupaj oblikujejo strategijo obravnave ali pa po ustaljenih smernicah izvajajo rutinske obravnave (Rosen, et al., 2018). Timski pristop se oblikuje tudi s strokovnjaki, ki delujejo izven zdravstvenega sistema, v specifičnih primerih za individualno reševanje pacientovih potreb. Ti timi so bolj ohlapni in se oblikujejo glede na potrebe. Vključitev več pogledov v zdravstveno oskrbo ponuja prednosti raznolikih znanj in izkušenj, deljenje odgovornosti z visoko kakovostjo timskega dela in dobro komunikacijo med člani tima. Takšne ekipe so primerne za izrabo strokovnega znanja posameznega člana tima, izogibanje napakam in zagotavljanje učinkovite zdravstvene oskrbe pacientov (Mayi & Williams-Woolley, 2016).

Timsko delo velja za pomemben element zdravstvene oskrbe pacientov v akutnih bolnišničnih okoljih. Kompleksnost poti zdravstvene oskrbe pacientov poudarja potrebo zdravstvenih delavcev po sodelovanju in jasni komunikaciji med seboj. Zdravstvene organizacije so zavezane k izboljšanju varnosti pacientov z izobraževanjem zdravstvenega osebja (Eddy, et al., 2016).

Za uspešno delovanje tima sta sodelovanje, pri katerem je ključna vrednota zaupanje in medsebojna odvisnost članov nadvse pomembna. Prenos znanja in izkušenj med člani tima ter iskrena medsebojna komunikacija v timu ohranjajo ravnovesje in člane medsebojno povezujejo (van den Hout & Davis, 2022).

VEČDISCIPLINAREN TIM

Zdravstvena oskrba postaja z razvojem medicine vse bolj zapletena. Diagnostični postopki so kompleksnejši in pogosto prehajajo celo na raven genske analize, izvidi teh preiskav pa niso vedno enoznačni. Tudi odločitve glede najoptimalnejših poti zdravljenja včasih niso enostavne in zahtevajo različne pristope v različnih fazah bolezni. Na koncu, pa vendarle ne nazadnje so tu še potrebe pacientov, ki niso zgolj medicinske narave, a vendarle so posledica bolezni ali pa spremenjene situacije, ki jo je v življenje pacientov prinesla bolezen. Prav z namenom obvladovanja vseh teh zahtev sodobnega zdravstva se je pojavila potreba po višji organiziranosti v obliki večdisciplinarnih timov (Rozman, 2022).

Večdisciplinarni tim v zdravstvu je skupina zdravstvenih strokovnjakov z različnimi izkušnjami in znanji, ki delajo skupaj za zagotavljanje celostne in optimalne zdravstvene oskrbe pacientov. Takšen pristop k zdravstveni oskrbi je ključen za boljše rezultate zdravljenja, večjo varnost

pacientov in izboljšano kakovost zdravstvene oskrbe. Večdisciplinarni timi so ključnega pomena za sodobno zdravstveno oskrbo, saj omogočajo boljšo kakovost zdravstvene oskrbe, večjo varnost pacientov in boljše rezultate zdravljenja (Taberna, et al., 2020). V večdisciplinarnem timu sodelujejo strokovnjaki iz različnih področij, kot so zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, farmacevti, socialni delavci, psihologi in drugi, odvisno od potreb pacienta (Lončarić, et al., 2016).

Značilnosti dobrega večdisciplinarnega tima so osredotočenje na pacienta, postavljanje skupnih ciljev, razumevanje vloge drugih strokovnjakov v zdravstvenem timu, zaupanje med člani zdravstvenega tima, fleksibilnost vlog, skupne norme skupine, mehanizmi reševanja konfliktov, razvijanje učinkovite komunikacije, delitev odgovornosti za akcije tima, ter vrednotenje in povratne informacije (Sangaleti, et al., 2017).

VODENJE VEČDISCIPLINARNEGA TIMA

Uspešen vodja mora biti sposoben združiti različne perspektive in strokovna znanja v skupno usmerjenost k ciljem tima. Njegova vloga vključuje številne odgovornosti. Vodenje večdisciplinarnega tima je zahtevna naloga, saj zahteva raznolike veščine, vključno z organizacijskimi, komunikacijskimi in vodstvenimi sposobnostmi. Vodja večdisciplinarnega tima ima ključno vlogo pri usmerjanju in usklajevanju teh različnih elementov za doseganje skupnih ciljev (Rosen, et al., 2018).

V raziskavi opravljeni na Japonskem, so raziskovalci na podlagi 26 intervjujev z zdravstvenimi delavci s področja zdravstvene oskrbe starejših, proučevali, kako zgraditi večdisciplinarno sodelovanje v večdisciplinarnih timih. Intervjuvani so izpostavili tri kategorije za uspešno delovanje tima: to so redni timski sestanki, vzpostavitev dobre komunikacije in učinkovito vodenje. Ugotovili so, da se vzpostavitev dobre komunikacije nanaša na dejavnosti, ki posameznikom pomagajo razumeti ideje in vloge članov tima v okviru integrirane oskrbe v skupnosti. Izpostavili so tudi pomen vodenja, ki je ključno za usklajevanje posameznih disciplin in doseganje zastavljenih ciljev (Asakawa, et al., 2017).

Vlogo vodje v timu Laznik (2017) predstavi kot glavnega motivatorja, usmerjevalca, managerja, nadzorovalca in usklajevalca. Vodja skrbi, da delo poteka kontinuirano, konflikte sprti in kar se da učinkovito rešuje.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE V VEČDISCIPLINARNEM TIMU

Prvi dokumenti, ki omenjajo zdravstveno nego kot poklic, izvirajo približno iz leta 300 našega štetja. V tem obdobju si je Rimski imperij prizadeval zgraditi bolnišnico v vsakem mestu, ki je bilo pod njegovo oblastjo. Zdravstveno nego so predstavljale ženske, ki so skrbele za ranjene vojake in paciente. To so bile pravzaprav predhodnice današnjega poklica medicinske sestre (Smith, 2023). Prvi zapisi o medicinski sestri pa segajo v starodavni Egipt in Grčijo, kjer so "wet nurse" (doječa sestra) igrale ključno vlogo pri dojenju otrok v aristokratskih družinah. To predstavlja zgodnji primer poklica medicinske sestre (Saari, et al., 2016).

Vloga medicinske sestre v večdisciplinarnem timu je bistvena, saj je ključna pri zagotavljanju celostne zdravstvene oskrbe in podpore pacientom ter njihovim družinam. Njihova vloga je neločljivo povezana z doseganjem najboljših rezultatov pri zdravljenju. Njihovo delo sega od

neposredne zdravstvene oskrbe pacientov do izvajanja preventivnih ukrepov in izobraževanja o zdravem načinu življenja (Dilles, et al., 2021).

Medicinska sestra ima v večdisciplinarnem timu različne, pomembne vloge:

- **Ocenjevanje pacienta:** Opravi prvo oceno stanja pacienta. Le ta se navezuje na njegovo fizično stanje, vitalne znake, psihosocialno stanje in druge pomembne informacije, ki pomagajo celotnemu timu razumeti potrebe pacienta.
- **Izboljšanje komunikacije:** Medicinska sestra deluje kot posrednik med različnimi člani tima in pacientom. Skrbi za jasno komunikacijo in prenos informacij med vsemi vpletenimi, kar prispeva k boljšemu sodelovanju in razumevanju.
- **Izvajanje zdravstvene nege:** Izvaja celostno zdravstveno nego in pomaga pri zdravljenju ter postopkih v sodelovanju z ostalimi člani večdisciplinarnega tima. Veliko dela opravi tudi po naročilu zdravnika.
- **Upravljanje zdravstvene dokumentacije:** Vodi natančno dokumentacijo o stanju pacienta in izvedenih postopkih. Pravilna dokumentacija je ključnega pomena za koordinacijo in spremljanje napredka pacienta.
- **Podpora pacientu in družini:** Medicinska sestra nudi čustveno in psihološko podporo pacientom ter njihovim družinam.
- **Sodelovanje pri načrtovanju zdravljenja:** V večdisciplinarnem timu medicinska sestra aktivno sodeluje pri načrtovanju zdravljenja pacienta. V sodelovanju z drugimi strokovnjaki išče najboljše rešitve za zdravljenje pacienta.
- **Izobraževanje in usposabljanje:** V prvi vrsti gre tu za zdravstveno vzgojno delo, kjer medicinska sestra izobražuje paciente o njihovi bolezni, zdravljenju in preventivi. Poleg tega pa v izobraževanje vključuje tudi svojce pacientov.
- **Mentorstvo/izobraževanje:** Pogosto svoje znanje deli in prenaša na bodoče medicinske sestre in se tudi sama redno dodatno izobražuje.
- **Raziskovanje:** Izvaja raziskave na področju zdravstvene nege in uvajanje novosti/sprememb na dokazih podprte prakse (Lokar, 2014; Kwame & Petrucka, 2021; Dobby & Noonan, 2016).

DISKUSIJA - PRIHODNOST ZDRAVSTVENE NEGE

Dandanes se srečujemo z ogromnim pomanjkanjem negovalnega kadra. Kljub temu, da se v tej stroki izobrazijo precej posameznikov, se ti kasneje za delo v zdravstvenih organizacijah ne odločajo oziroma z delom hitro prenehajo. Kriva ni samo slaba finančna motivacija, ampak tudi počutje posameznikov znotraj organizacije, ki ob napornem delu dostikrat niso deležni zadostnega počitka in motivacije s strani vodij. Zdravstveni delavci so se primorani učiti in izpopolnjevati skozi vse življenje, saj z leti prihajajo novi načini zdravljenja in izboljšane smernice zdravstvene nege, s tem pa boljša skrb za zdravje človeške populacije (Arh, 2021). Za kakovostno obravnavo pacientov je pomembno tudi počutje zaposlenih v zdravstvenih organizacijah. Večina raziskav omenja pomen izobraževanja vodij negovalnih timov na področju vodenja samega, saj to pozitivno vpliva na učinkovitost samega vodenja, obenem pa tudi na zadovoljstvo in ohranjanje zaposlenih v zdravstvenih zavodih. Če želimo, da večdisciplinarni tim deluje, moramo najprej motivirati vodje teh timov, jih vzgajati in poučevati, da bodo imeli veščine dobrih vodij. V zadnjem času pa se soočamo tudi s tem da zaposleni ne želijo biti vodje, predvsem zaradi preobsežnega dela s samo organizacijo in razporejanjem zaposlenih in ne z razvojem stroke. Da bi to preprečili oziroma ustavili, si v prihodnje želimo sistem vitke organizacije (Lu, et al., 2022). Sprejetje filozofije osredotočenosti na pacienta, opozarjanja na napake znotraj kliničnih okolij, spodbujanje izboljšav in zaveza k uvajanju sprememb so pomembni strateški koraki, ki jih mora narediti bolnišnica pri uvajanju

vitke organizacije. Ti strateški koraki bodo pripomogli k izboljšanju kakovosti storitev, ustvarjanju ekonomsko pozitivnih učinkov na podlagi izločanja izgub in potratnosti ter opredeljevanj odgovornosti vodstva in drugih zaposlenih na vseh hierarhičnih ravneh (Šonc, 2015). Glavne prednosti vitkega načina razmišljanja v zdravstvenih organizacijah, se kažejo v večji učinkovitosti, višji produktivnosti, večjem zadovoljstvu pacientov in zaposlenih, ponovljivi visoki kakovosti opravljenih storitev ter posledično celovitemu izboljšanju uspešnosti (Kovačevič, et al., 2016). V zdravstvu, kjer se ne uporablja metod vitke organizacije, je veliko aktivnosti, kot na primer čakanje, ustvarjanje prevelikih zalog materialov, napake, nepotrebni premiki (zaposlenih, pacientov, aparatov), premalo izkoriščeno znanje, spretnosti in sposobnosti zaposlenih. Idealna vitka organizacija naj bi tako ponujala točno tisto, kar pacient želi in potrebuje. Torej zdravstveno oskrbo brez napak v procesih, posamično obravnavo vsakega pacient, takojšni odziv na težave in spremembe, izločanje vseh nepotrebnih aktivnosti, varnost za paciente, zdravstveno osebje in ostale zaposlene (Rossum, et al., 2016; Rodziewicz, et al., 2023).

Ključnega pomena v zdravstveni negi je tudi znanstveno raziskovalno delo, ki predstavlja pomemben prispevek v razvoju stroke (Zaluberšek & Ličen, 2021).

ZAKLJUČEK

Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo globalni izziv za zdravstveni sistem in zahtevajo inovativne pristope v obravnavi pacientov. Eno od ključnih orodij za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe je večdisciplinarni tim, ki združuje različne strokovnjake z namenom celostne obravnave pacienta. Medicinska sestra je most med pacientom in ostalimi člani tima ter lahko pomembno prispeva k spremljanju pacientovega stanja, izobraževanju in podpori pacientov ter koordinaciji zdravstvene oskrbe. Prihodnost zdravstvene nege bo vse bolj poudarjala pomen večdisciplinarnega sodelovanja, saj bo tako omogočila boljšo obravnavo pacienta. Ključno je, da se strokovnjaki različnih disciplin združijo in delujejo kot enotna ekipa, ki je osredotočena na potrebe in cilje pacienta. Že sedaj pa se kaže velik kadrovski primanjkljaj in če se v prihodnosti ne želimo soočiti s pomanjkanjem zdravstveno negovalnega kadra, je potrebna promocija tega poklica že danes. Skupaj lahko oblikujemo boljšo prihodnost za paciente, kjer bo dostopna kakovostna in učinkovita zdravstvena oskrba.

LITERATURA

Arh, S., 2021. Vpliv vodenja na učinkovitost timskega dela v bolnišnicah gorenjske regije, magistrsko delo. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Asakawa, T., Kawabata, H., Kisa, K., Tarashita, T., Murakami, M. & Otaki, J., 2017. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, pp. 339-407.

Aspen Healthy Strategy Group, 2021. Reversing the U.S. maternal mortality crisis: a report of the Aspen Health Strategy Group. Washington (DC): The Aspen Institute.

Devi, R., Kanitkar, K., Narendhar, R., Sehmi, K. & Subramaniam, K., 2020. A Narrative Review of the Patient Journey Through the Lens of Non-communicable Diseases in Low and Middle-Income Countries. *Advances in Therapy*, 37, pp. 4808–4830.

Dilles, T., Heczkova, J., Tziaferi, S., Helgesen, A.K., Grøndahl, V.A., Rompaey, B.V., et al., 2021. Nurses and Pharmaceutical Care: Interprofessional, Evidence-Based Working to Improve Patient Care and Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), pp. 1-11.

Doody, O. & Noonan, M., 2016. Nursing research ethics, guidance and application in practice. *British Journal of Nursing*, 25(14), pp. 803-807.

Eddy, K., Jordan, Z. & Stephenson, M., 2016. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 14(4), pp. 96.137.

Kovacevic, M., Jovicic, M., Djapan, M. & Zivanovic-Macuzic, I., lean thinking in healthcare: review of implementation results. *International Journal for Quality Research*, 10(1), pp. 219–230.

Kregelj, L., 2015. Izkušnja doživljanja kronične bolezni in strategije soočanja z njo. *Družboslovne Razprave*, 31, pp. 41-59.

Kwame, A. & Petrucka, P.M., 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, pp. 1-10.

Laznik, G., 2017. Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija Za Ekonomske in Poslovne Vede*, 5(1), pp. 78–99.

Lokar, K., 2014. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarni obravnavi bolnikov v onkologiji. *Multidisciplinarna obravnava bolnikov v onkologiji: zbornik*. Available at: <https://dirros.openscience.si/Dokument.php?id=11741&lang=slv> [28.8.2023].

Lončarić, I., Kovač, I., Rilović Đurašin, M., Habuš R. & Kauzlarić, N., 2016. Interdisciplinarni timski rad – izazov usuvremenoj rehabilitaciji. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 2(2), pp. 147–154.

Lu, L., Ko, Y.-M., Chen, H.-Y., Chueh, J.-W., Chen, P.Y. & Cooper, C.L., 2022. Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), pp. 11.

Mayo, A.T. & Williams Woolley A., 2016. Teamwork in Health Care: Maximizing Collective Intelligence via Inclusive Collaboration and Open Communication. *AMA Journal of Ethics*, 18(9), pp. 933-940.

Moretta Tartaglione, A., Cavacece, Y., Cassia F. & Russo, G., 2018. The excellence of patient-centred healthcare: Investigating the links between empowerment, coreation and satisfaction. *Total Quality Management Journal*, 30 (2), pp. 153-167.

Oprešnik, D., 2017. Opolnomočenje sladkornih bolnikov. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*, 57 (1/2), pp. 35-44.

Podlipnik, T., Lorber, P., Tubin, D., Morgan, T. & Bidovec, U., 2022. Večdisciplinarno sodelovanje med epidemijo covid v enoti intenzivne terapije. In: Markota, A., ed. 29. mednarodni simpozij intenzivne medicine in 26. seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike : Bled, 20.-21. maj 2022. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, pp. 117-122.

Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, J., Slewa, J., Chen, W., Tian D., et al., 2018. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*, 19 (1), pp. 11.

Rodziewicz, T.L., Houseman, B. & Hipskind, J.E., 2023. Medical Error Reduction and Prevention. StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/> [28.9.2023].

Rosen, M. A., Diaz Granados, D., Dietz, A. S., Benishek, L.E., Thompson, D., Pronovost, P.J., et al., 2018. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450.

Rozman, A., 2022. Multidisciplinarni timi v sodobni zdravstveni obravnavi. In: Pušavec M. ed. Golniški simpozij 2022. Zbornik prispevkov: program za zdravstveno nego, Bled 27. – 29. oktober 2022. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 5-9.

Russo, G., Moretta Tartaglione, A. & Cavacece, Y., 2019. Empowering patients to cocreate a sustainable healthcare value. *Sustainability*, 11(5), p.1315.

Sangaletti, C., Schweitzer, M.C., Peduzzi, M., Campos Pavone Zoboli, E.L. & Soare, C.B., 2016. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*, 15(11), pp. 2723-2788.

Saari, Z., Yusof, F.M., Rosman, A.S., Nizar, T.J., Muhamad, S.N. & Ahmad, S.A.S., 2016. Wet nursing: a historical review and its ideal characteristics. *PERINTIS eJournal*, 6(1), pp. 1-13.

Smith, Y., 2023. History of Nursing. Available at: <https://www.news-medical.net/health/History-of-Nursing.aspx> [11.9.2023].

Šonc, S., 2015. Uvajanje vitkega upravljanja v Bolnišnici Sežana. *Delo*, 13.7.2015.

Taberna, M., Moncayo, F.G., Jané-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., et al., 2020. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in Oncology*, 85(10), pp. 1-16.

Tan, S.T., Chin Quek, R.Y., Haldane, V., Kai Koh, J.J., Lin Han, E.K., Ong, S.E., et al., 2019. The social determinants of chronic disease management: perspectives of elderly patients with hypertension from low socio-economic background in Singapore. *International Journal for Equity in Health*, 18 (1), pp. 1-14.

van den Hout, J.J.J. & Davis, O.C., 2022. Promoting the Emergence of Team Flow in Organizations. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 7, pp. 143–189.

van Rossum, L., Aij, H.K., Simons, F.E., van der Eng, N., Ten Have, W.D., 2016. Lean healthcare from a change management perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3), pp. 475-493.

World Health Organization (WHO), 2015. Patient safety tool kit. Regional Office for the Eastern Mediterranean. [pdf] World Health Organization. Available at: file:///C:/Users/gziherl/AppData/Local/Temp/EdgeTempFiles/EMROPUB_2015_EN_1856.pdf [13.8.2023].

Zaluberšek, J. & Ličen, S., 2021. Odnos in stališča medicinskih sester do raziskovanja v klinični praksi zdravstvene nege: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(3), pp. 148–157.

TIMSKO DELO - POGOJ ZA SISTEM VODENJA KAKOVOSTI IN VARNOSTI

TEAMWORK - A PREREQUISITE FOR A QUALITY AND SAFETY MANAGEMENT SYSTEM

Doc. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.

sasa.kadivec@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

Napake v zdravstvu so resen problem. V ZDA predstavljajo glavni vzrok smrti in zaradi napak umre letno skoraj 100 000 pacientov. Agencije za akreditacijo v zdravstvu (Joint Commission) poročajo, da je slaba komunikacija med zdravstvenimi delavci eden od najpogostejših vzrokov za nastanek napak. Raziskave pokažejo, da je učinkovita komunikacija v timu povezana z boljšimi izidi pri zdravljenju, medtem, ko slaba komunikacija in slabo sodelovanje med zdravstvenimi delavci vodita v nastanek napak. Avtorji trdijo, da sta za zagotavljanje varnosti nujna pogoja sodelovanje in povezovanje med izvajalci zdravstvenega varstva.

Ključne besede: tim, večdisciplinarno sodelovanje, učinkovitost

ABSTRACT

Healthcare errors are a serious problem. They are the leading cause of death in the US, and nearly 100 000 patients die each year as a result of errors. The Joint Commission reports that poor communication between healthcare professionals is one of the most common causes of errors. Research shows that effective communication within a team is associated with better treatment outcomes, while poor communication and cooperation between healthcare professionals leads to errors. Therefore, the authors argue that cooperation and collaboration between healthcare providers are essential to ensure safety.

Key words: team, multidisciplinary cooperation, efficiency

UVOD

Zdravstvene napake v ZDA so glavni vzrok smrti in zaradi napak v zdravstvu letno umre skoraj 100 000 pacientov. Slaba komunikacija med zdravstvenimi delavci je eden najpogostejših vzrokov za napake pri zdravstveni oskrbi pacientov. Raziskave povezujejo učinkovito komuniciranje in dinamično sodelovanje v timu z boljšimi izidi zdravljenja pacientov, medtem, ko sta slabo komuniciranje in sodelovanje povezana z negativnimi posledicami, kot je nastanek napak (Lancaster, 2015).

Za zagotavljanje varnosti je nujno sodelovanje in povezovanje med zdravstvenimi delavci. Ključnega pomena je povezovanje med izvajalci zdravstvenih storitev: zdravniki, medicinskimi sestrami in ostalim osebjem. Sodelovanje pomeni, da izvajalci z različnimi znanji in veščinami sodelujejo, da bi sinergično in konstruktivno vplivali na zdravstveno oskrbo pacienta. Sodelovanje vključuje neposredno in odprto komunikacijo, spoštovanje različnih pogledov in vzajemno odgovornost za reševanje problemov. Nujno je, da zdravniki in ostalo zdravstveno osebje najdejo načine, kako sodelovati, da bi rešili vse bolj zapletene potrebe zdravstvene oskrbe pacientov. (Lancaster et al., 2015; Kreps, 2016)

Bolnišnice so kompleksne organizacije, v katerih različni zdravstveni delavci, ki se med seboj razlikujejo po izobrazbi, statusu in specializaciji, izvajajo različne procese in delo pogosto opravljajo v pogojih negotovosti in časovnih, kadrovskih in drugih omejitvah. Med seboj delujejo soodvisno s ciljem zagotavljanja varno in kakovostno zdravstveno oskrbo. Za kakovostno in varno delo je pomembno učinkovito usklajevanje med izvajalci zdravstvene oskrbe. Poleg komunikacije avtorji (Sullivan Havens, 2018) dajejo pomen kakovostnim medsebojnim odnosom, ki so jim skupni cilji, skupno znanje, dobro razumevanje vlog posameznega člana tima in medsebojno spoštovanje. Komunikacija med njimi naj bo pravočasna, pogosta in natančna (Donelan, et al., 2020).

VEČDISCIPLINARNO SODELOVANJE

Večdisciplinarno sodelovanje je proces, pri katerem različne poklicne skupine sodelujejo z namenom izboljšanja izida zdravstvene obravnave (Schmutz et al., 2018). Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da večdisciplinarno sodelovanje v sistemu zdravstvenega varstva okrepi celotni sistem, poveča zadovoljstvo pacientov ter izboljša izide zdravljenja. Večdisciplinarni tim je lahko v primerjavi s posameznikom bolj produktiven, prilagodljiv in kreativen ter predstavlja veliko možnosti za doseganje zastavljenih ciljev. (Posavec Hočevar & Skela Savič, 2018; Donelan et al., 2020) Večdisciplinarno sodelovanje v zdravstvenih timih je že leta predmet intenzivnih raziskav, predvsem zaradi ugotavljanja vpliva človeških dejavnikov na varnost pacientov. Avtorji (Torrington et al., 2019) ugotavljajo, da na kakovost in varnost izvedbe kirurških posegov v precejšnji meri vplivajo napake v komunikaciji in stališča zdravstvenih delavcev glede napak in timskega dela. Kakovost in učinkovitost sta v kirurških timih odvisna od učinkovite komunikacije in znanja zdravstvenih delavcev v timu, ki potrebujejo spretnosti za sodelovanje v timu, sprejemajo ustrezne odločitve in učinkovito ukrepajo, ko je to potrebno.

Večdisciplinarno delo je bistvenega pomena za zanesljivo, varno in učinkovito klinično delo. Veliko izkušenj s timskim delom imajo v vojski, letalstvu in podjetništvu. V zdravstvu se je pomen timskega dela povečal po objavi dveh poročil Institute of medicine (Donelan et al., 2019), ki sta opozorili na problem kakovosti in varnosti v ameriškem zdravstvu in pozvali k učinkovitemu tinskemu delu, kot enemu od ukrepov za zmanjšanje napak. Za doseganje standardov kakovosti in varnosti je potreben učinkovit večdisciplinarni tim, kar pa predstavlja svojevrsten izziv. Čeprav se medicinske sestre, zdravniki, farmacevti, fizioterapevti, socialni delavci in drugi trudijo usklajevati svoja prizadevanja za zdravstveno oskrbo pacienta, se večina teh strokovnjakov ni nikoli skupaj usposabljala za učinkovito delo. To se kaže že v času študija, saj se učni programi bodočih zdravstvenih delavcev izvajajo ločeno in le redko se usposablja skupaj. Prav bi bilo, da se bodoči zdravstveni delavci že v času študija usposablja za delo v večpoklicnem timu, ki bi zdravstvene delavce pripravil na njihove pričakovane vloge, ki jih bodo izvajali v praksi. Raziskave pokažejo, da programi, ki temeljijo na dognanjih o usposabljanju timov, vodijo v izboljšane komunikacijske spretnosti članov timov, izboljšano učinkovitost in uspešnost tima ter vodijo v pozitivne spremembe kulture varnosti v praksi (Kreps, 2016; Donelan et al., 2019).

Salas et al. 2015, cited in Donelan et al., 2019 so analizirali učinkovitost timskega dela in opredelili ključne sestavine: vodenje tima, vzajemno spremljanje uspešnosti tima, podporno vedenje, prilagodljivost in usmerjenost v tim.

Ironija je, da nogometna ekipa vsak teden vadi 40 ur, za dve uri tekme. Ekipe v organizacijah redko porabijo dve uri na leto za gradnjo tima, medtem, ko skupaj v timu prebijejo vsaj 40 ur na teden. V vseh vidikih usposabljanja zdravstvenih delavcev mora timska usmerjenost nadomestiti individualističen pristop. Vse ključne vsebine, ki so jih opredelili Salas in sodelavci

(2015, cited in Donelan et al., 2019), je potrebno opredeliti v učnih načrtih, jih izobraževati in krepiti na delovnem mestu. Programi in učni načrti, namenjeni izboljševanju timskega dela naj bodo obvezni za vse bodoče zdravstvene delavce, v vse vidike razvoja tima vključimo tudi pripravnike.

Usklajevanje med zdravstvenimi delavci je posebej zahtevno v bolnišničnih okoljih, kjer so strokovnjaki postali vse bolj specializirani. V praksi ne gre le za skupine ljudi, ki delajo skupaj, ampak so v interakciji za doseganje skupnega cilja in imajo vloge, ki jih morajo opravljati. Salas in sodelavci pri opredelitvi načinov merjenja uspešnosti posameznika v primerjavi z uspešnostjo tima kot ključna merila postavljajo komuniciranje, izmenjavo informacij, vodenje in poslanstvo, učinkovitost rezultatov, skupaj s posameznikovim spoznavanjem, spretnostmi in natančnostjo (Salas et al., 2015, cited in Donelan et al., 2019; Donelan et al., 2019).

Ker se poklicno izobraževanje spreminja in vpliva na vloge in kompetence zdravstvenih delavcev, so konflikti vlog neizogibni, nejasnost vlog pa lahko privede do izzivov v timih. Najbolj bolani pacienti v naših ustanovah potrebujejo vse bolj kompleksno in usklajeno zdravstveno oskrbo. Potrebna so prizadevanja vodij za zagotovitev, da imajo strokovnjaki jasno določene vloge in odgovornosti ter da so ekipe pripravljene tako, da zagotavljajo najbolj kakovostno in učinkovito zdravstveno oskrbo (Elsous et al., 2017).

DISKUSIJA

Samuel (2023) našteva razloge za dobro večdisciplinarno sodelovanje: izboljša izide zdravljenja, zmanjša napake, izboljša komunikacijo, prinaša večje zadovoljstvo pri delu in preprečuje izgorelost. Sodelovanje v zdravstvenem timu je za člane tima zapleteno in zahtevno. Različni pogledi med člani zdravstvenega tima lahko predstavljajo oviro za sodelovanje, ki jim preprečuje, da bi izkoristili svojo soodvisnost. Ameriško združenje medicinskih sester je opozorilo na škodljive posledice konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki na zdravstveno oskrbo pacientov. Dobri odnosi v timu so prav tako kot strokovno znanje pomembni za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo. Pogoji za dobro sodelovanje je, da strokovnjaki v timu jasno razumejo medsebojne vloge. (Elsous et al., 2017).

Kvalitativna raziskava, ki je ugotavljala razumevanje komunikacije med zdravniki, diplomiranimi medicinskimi sestrami in osebjem brez licence je pokazala obstoj hierarhije med zdravnikom in medicinsko sestro. Zdravniki se vidijo kot glavni nosilci odločanja o zdravstveni oskrbi pacientov. Številni zdravniki priznavajo pomen znanja in izkušenj medicinskih sester. Po drugi strani pa raziskava pokaže na hierarhičen, podrejen odnos tudi med medicinskimi sestrami in osebjem brez licence, kar bi v slovenskih razmerah pomenilo med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege. Zdravniki in medicinske sestre ponavadi sodelujejo ali se občasno posvetujejo, vendar je osebje brez licence le redko vključeno v kakršnokoli pomembno razpravo o pacientu (Lancaster, 2015).

Ugotovitve raziskave nas navajajo na to, da je usklajevanje med člani ključnega pomena za preprečevanje napak in razdrobljenost zdravstvene oskrbe. Napetosti, napačno razumevanje in konflikti, ki so posledica različnih mnenj in interesov, lahko ovirajo učinkovito večdisciplinarno komunikacijo in sodelovanje med člani tima. Zdravniki gledajo na sodelovanje kot na sledenje navodilom in ukazom. Tradicionalno je odnos med zdravniki in medicinskimi sestrami hierarhičen, zanj je značilna prevlada zdravnikov, medicinske sestre se obravnavajo kot asistentke in ne kot partner celostne zdravstvene oskrbe pacientov. V raziskavi (Elsous et al., 2017), kjer so ugotavljali odnos medicinskih sester in zdravnikov do medsebojnega sodelovanja so ugotovili, da so medicinske sestre pokazale bolj pozitiven odnos do sodelovanja kot zdravniki

Za izboljšanje varnosti pacienta v bolnišnici je potrebno sedanjo hierarhično bolnišnično kulturo nadomestiti s kulturo dojemanja odnosov, znanja in veščin posameznih izvajalcev ter priznavanjem pomena komuniciranja in sodelovanja. Tudi v slovenskih bolnišnicah je položaj medicinskih sester v primerjavi z zdravnikom tradicionalno podrejen, čeprav v timu opravljajo zelo pomembno vlogo. Prav podrejeni položaj blokira mnoge njihove potencialne, zmanjšuje možnosti za komunikacije in povzroča konflikte. Pacienti imajo tako od oseba zdravstvene nege manj, kot bi lahko imeli glede na njihovo strokovno usposobljenost. Določen tip organizacije dela, ki temelji na hierarhičnih odnosih slabša kakovost zdravljenja, pa tudi kakovost življenja zdravstvenih delavcev, saj slabša njihove medsebojne odnose (Pahor, 1989). Se pa podobno, kot navaja raziskava Lancaster (2015) dogaja. Tudi v naših kliničnih okoljih se vedno bolj pogloblja razkorak med delom tehnikov zdravstvene nege in diplomiranimi medicinskimi sestrami. Praksa kaže da v nekaterih delovnih sredinah poteka celo ločena predaja pacientov, čeprav se vsi profili zdravstvenih delavcev trudijo za njihovo dobro počutje in dobre izide zdravljenja.

Bistveno je doseči večdisciplinarno sodelovanje, ki članom tima omogoča razviti razumevanje, ki odraža tako neodvisno kot skupno odločanje, preprečuje razdrobljenost in povečuje učinkovitost zagotavljanja zdravstvene oskrbe. Avtorji (Posavec Hočevār&Skela Savič, 2018) pri tem opozarjajo na probleme, ki ovirajo medpoklicno sodelovanje: pomanjkanje časa za oblikovanje tima, nejasne vloge, razlike v moči in statusu. Zato se oblikovanje povezovalnega zdravstvenega tima začne z razumevanjem vlog posameznih članov. Avtorji navajajo tudi vire neugodja: dvom v motive druge osebe ob nudenju zdravstvene oskrbe (lastna potreba); občutek ogroženosti ob vključenosti drugih in strah za izgubo področja; razlike v filozofijah in področju dela in pomanjkanje zaupanja v sposobnosti drugih in pomanjkanje zavedanja o vlogi drugih članov v obravnavo pacienta. Premoč zdravnikov nad drugimi profili, kot so medicinske sestre in farmacevti je pogosto izpostavljen koncept. Izkazovanje moči povzroča negativen odnos in nezmožnost sprejemanja drugih kot enakopravnih članov tima. Zaupanje, spoštovanje, medsebojno poznavanje in moč so tudi ključni koncepti, ki so v medsebojni interakciji. Zaupanje se s časom razvija, nanj pa vplivajo pretekle izkušnje sodelovanja (Posavec Hočevār&Skela Savič, 2008).

Da bi izboljšali komunikacijo in sodelovanje v timu, povečali znanje o vlogah zdravstvenih delavcev v timu, je treba izboljšati možnosti za izobraževanje in usposabljanje. Razvijati je treba medpoklicne programe, ki zdravstvenim delavcem omogočajo skupno učenje. Skupno učenje zagotovi možnost za pridobitev strokovnega spoštovanja, ki je nujen pogoj za spremembe, potrebne za zagotavljanje varne zdravstvene oskrbe (Kreps, 2016). Bistveni cilj je medpoklicno sodelovanje, ki izvajalcem omogoča razumevanje, ki odraža neodvisno in skupno odločanje, preprečuje razdrobljenost in povečuje učinkovitost zagotavljanja zdravstvenega varstva. Neustrezna komunikacija in diktatorska avtoritativna ureditev med izvajalci spodbujata sovražnost, razočaranje in nezaupanje, kar ovira sodelovanje in ogroža kakovostno oskrbo pacientov (Lancaster, 2015).

Pri zagotavljanju varnosti v kliničnem okolju ima vlogo tudi vodstvo zavoda, ki pokaže svojo zavzetost za varnost pacientov s tem, da postavi jasna pričakovanja in uvede orodja, kot so varnostne vizite, varnostni pogovori, vzročna posledična analiza, morbiditetna in mortalitetna konferenca, preventivni in korektivni ukrepi ter varnostna priporočila, analiza osnovnih vzrokov najpogostejših prispevajajočih dejavnikov, strokovni nadzori s svetovanjem, Na tak način gradi strukturo za odkrivanje, sporočanje in analiziranje napak in stanj, ki niso varna in zagotovi zaščito tistim, ki napake sporočajo. Naloga vodstva je vzpostaviti delovno okolje, v katerem se zaposleni ne bojijo sporočati varnostnih odklonov in na podlagi analize ustrezno ukrepajo. Eden od procesov, ki se dogaja večkrat dnevno in v večdisciplinarnem timu,

je predaja pacientov. Obstajajo različne vrste prenosov od enega do drugega izvajalca zdravstvenih storitev, prenos iz ene lokacije na drugo, znotraj bolnišnice ali med dvema zdravstvenima ustanovama. Pomembne so interdisciplinarne predaje, ki se največkrat pojavljajo med medicinskimi sestrami in zdravniki. Največkrat potekajo v obliki petminutnega posveta po viziti ali pred njo. Ti posveti naj bodo standardizirani, z opredeljeno vsebino. (Kramar, 2022).

ZAKLJUČEK

Dobro večdisciplinarno sodelovanje zaposlenih v zdravstvu ima velik pomen in vpliva na kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Na uspešnost večdisciplinarnega sodelovanja vplivajo: politika države in organizacije, organizacijska kultura, dobro timsko delovanje, vodenje sistema kakovosti, komunikacija in skrb za zaposlene. Večdisciplinarno sodelovanje opredeljuje vizija tima, skupni cilji, odprta komunikacija, zaupanje, medsebojno spoštovanje in poznavanje, podpora kolegov, osredotočenost na izid ter vpliv okolja. Medicinska sestra ima ključno vlogo v večdisciplinarnem sodelovanju, saj zaradi narave svojega dela najbolje pozna pacientove potrebe in želje.

LITERATURA

Donelan K., DesRoches C.,M., Guzikowskia S., Dittus R.& Buerhaus P. 2020. Physician and nurse practitioner roles in emergency, trauma, critical, and intensive care Nurs Outlook 6 8; 591-600.

Elsous A., Radwan M.& Mohsen S. 2017. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. Nurs Res Pract. 7406278. doi: 10.1155/2017/7406278. Epub 2017 Feb 23. PMID: 28326194; PMCID: PMC5343283.

Kramar Z. 2022. Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kreps G.L. 2016. Communication and Effective Interprofessional Health Care Teams. Int Arch Nurs Health Care 2:051.

Lancaster G., Kolakowsky-Hayner S., Kovacich J.& Williams N.G. 2015. Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. Journal of Nursing Scholarship, 2015; 47:3, 275–284. doi: 10.1111/jnu.12130

Pahor M. 1989. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. Obzor Zdr N 23(1):43-64

Posavec Hočevar B.&Skela Savič B. 2018. Pomen med poklicnega sodelovanja za kakovost in varnost zdravstvene obravnave: pripovedna integrativna analiza literature. In: Pesjak K&Pivač S. eds. Medpoklicno povezovanje na različnih ravneh zdravstvenega varstva: trendi, potrebe in izzivi : zbornik predavanj z recenzijo / 11. mednarodna znanstvena konferenca, Bled, 7. junij 2018.

Samuel M. 2023. Why is Teamwork Important in Healthcare? Available at: Why is Teamwork Important in Healthcare? (bstate.com) [10.9.2023].

Schmutz J.B., Meier L.L.& Manser T. 2019. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9:e028280. doi:10.1136/bmjopen-2018-02828

Sullivan Havens D., Hoffer Gittell J& Vasey J. 2018. Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim. *JONA The Journal of Nursing Administration* 48(3):1. doi:10.1097/NNA.0000000000000587

Tørring B., Gittell J.,H., Laursen M., Rasmussen B.S.,& Sørensen E.E.2019. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study *BMC Health Services Research* 19:528 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>

SPANJE MEDICINSKIH SESTER V ČASU EPIDEMIJE COVIDA-19 – ŠTUDIJA PRIMERA V DVEH BOLNIŠNICAH NURSES' SLEEP DURING THE COVID-19 EPIDEMIC – CASE STUDY IN TWO HOSPITALS

Živa Sprogar, dipl.m.s., mag. prom. zdr.;

ziva.sprogar@gmail.com

Diagnostični center Bled

doc. dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg;

sasa.kadivec@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Uvod: Epidemija covid-19 je za zaposlene v zdravstveni negi pomenila ekstremne delovne pogoje, preobremenjenost, spremembe delovnih nalog, obravnavo kritično bolnih, pomanjkanje učinkovitih zdravil in visoko mortaliteto pacientov. Posledice tega so vidne v spremembi življenjskega sloga medicinskih sester in njihovi kakovosti spanja. Namen raziskave je bil preučiti vpliv izbranih demografskih dejavnikov in zdravega življenjskega sloga pri medicinskih sestrah, ki delajo v izmenskem delu na covidnih oddelkih, na njihovo kakovost spanja.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom. Statistično populacijo so predstavljale medicinske sestre, prerezporejene na covidne oddelke, z izmenskimi delavnikom, v dveh slovenskih bolnišnicah na terciarni ravni zdravstva (n=308). Uporabljena je bila opisna statistika, faktorska analiza in logistična regresija. P-vrednost $\leq 0,05$ je določala statistično pomembnost.

Rezultati: Dobro kakovost spanja je imelo 44,8% anketirancev. Statistično pomembne razlike v kakovosti spanja medicinskih sester glede na starost ($p=0,6967$) in delovno dobo ($p=0,1437$) niso bile potrjene. Prav tako ni bil potrjen vpliv zmerne telesne aktivnosti na kakovost spanja ($p=0,107$). Potrjena je bila povezava vpliva skrbi za zdravo prehrano medicinskih sester ($p=0,012$) na njihovo kakovost spanja.

Diskusija in zaključek: Rezultati raziskave pokažejo, da obstajajo varovalni dejavniki medicinskih sester, ki pozitivno vplivajo na kakovost njihovega spanja v izrednih razmerah, kot je epidemija covid-19. V prihodnjem raziskovanju bi se bilo treba poglobiti v analizo teh dejavnikov. Na ta način bomo dobili vpogled v celovito analizo varovalnih dejavnikov.

Ključne besede: izmensko delo, medicinske sestre, promocija zdravega spanja.

SUMMARY

Introduction: For nursing staff, the COVID-19 epidemic has meant extreme working conditions, overwork, changes in work assignments, treatment of critically ill people, a lack of

effective medications and high patient mortality rates. As a result, changes in nurses' lifestyle and effects on their sleep quality were observed. The objective of research is to investigate the impact of selected demographic and lifestyle factors on the quality of sleep in nurses working in shifts in COVID-19 wards.

Methods: A quantitative non-experimental research method was used. Data were obtained using a structured questionnaire. The statistical population was represented by nurses redeployed to shift work in COVID-19 wards, in two Slovenian hospitals on tertiary level of healthcare (n=308). Descriptive statistics were evaluated, factor analysis and logistic regression was used. A P-value of less than 0.05 is considered to be statistically significant.

Results: 44.8 % of nurses reported having good sleep quality. Statistically significant differences in the sleep quality of nurses based on age ($p = 0.6967$) and length of service ($p=0,1437$) were not confirmed. The association of physical activity ($p = 0.107$) with sleep quality was also not confirmed. The association of influence of the nurses' concern for a healthy diet ($p = 0.012$) with sleep quality was confirmed.

Discussion and conclusion: The study results show that there exist protective factors for nurses that positively affect the quality of their sleep-in emergency situations such as the COVID-19 epidemic. Future research should delve deeper into the analysis of these factors. That's how we will gain comprehensive analysis of protective factors.

Key words: shift work, nurses, sleep health promotion.

UVOD

Kakovostno spanje je ključnega pomena za ohranjanje fizičnega in duševnega zdravja medicinskih sester (Molero, et al., 2018) za zagotavljanje ustrezne zdravstvene oskrbe pacientov ter hkrati pomemben kazalec dobrega psihofizičnega zdravja medicinskih sester (Zhou, et al., 2013; Cho, 2014). Poleg škodljivih posledic za zdravje in zmanjšane kakovosti življenja na individualni ravni izmensko delo povzroča znatne stroške delodajalcem zaradi zmanjšanja storilnosti na delovnem mestu (Wickwire, et al., 2017).

Zdravstveno osebje, zlasti medicinske sestre, so se bile v času izbruha epidemije covid-19 primorane soočiti z ekstremnimi delovnimi pogoji, preobremenjenostjo, izpostavljenostjo biološkim agensom, spremembam delovnih nalog, obravnavo kritično bolnih in zelo zahtevnih pacientov, pomanjkanjem učinkovitih zdravil pri zdravljenju bolezni in visoko mortaliteto. Na zasebnem področju so bile prikrajšane za prostočasne aktivnosti z družino in druženje, z namenom preprečevanja širjenja okužbe (Bassi, et al., 2021). Pretekle raziskave so pokazale, da zdravstveni delavci tudi v času, ko ni epidemij, poročajo o slabi kakovosti spanja (Wang, et al., 2020; Zhang, et al., 2020; Lin, et al., 2021). Qui in sodelavci (2019) so z metaanalizo ugotovili, da je imelo 39,2 % zdravstvenih delavcev na Kitajskem motnje spanja. Od tega največ medicinske sestre, ki so opravljale izmensko delo. V času epidemij se te težave samo še stopnjujejo (Ferini-Strambi, et al., 2020).

Epidemija covid-19 je slabo vplivala na življenjski slog medicinskih sester, ki se je spremenil. Problemi, povezani z motnjami spanja, so se kazali v nespečnosti (Marelli, et al., 2020; Guallano, et al., 2020; Riemann, et al, 2020), težavah z zaspanjem (Marelli, et al., 2020; Riemann, et al, 2020), zgodnjim prebujanjem in motenim ritmom spanja (Riemann, et al.,

2020). Prevalence motenj spanja v različnih raziskavah v času epidemije covid-19 se gibljejo od 17,4 %–57,2 % (Huang & Zhao, 2020; Zhang, et al., 2020; Fu, et al., 2020; Petrov, et al., 2021).

Prepogosto domnevamo, da imajo medicinske sestre ustrezno znanje za sodelovanje v vedenjih, ki spodbujajo zdravje (Keele, 2019), zato je pomembno, da medicinske sestre poznajo najboljše strategije v domačem in službenem okolju, s katerimi se same motivirajo in spodbudijo k izvajanju aktivnosti za zdravo spanje. Izobraževanje medicinskih sester v okviru promocije zdravja na delovnem mestu o pomembnosti izvajanja in vrsti aktivnosti za zdravo spanje ter zlasti o pomenu dobre higijene spanja (Shorter, 2015; Cho & Han, 2018; Mokarami, et al., 2019; Booker, et al., 2019), dolgoročno pripomore k zmanjševanju fizioloških vplivov posledic izmenskega dela in pomanjkanja spanja (Mendoza Mofidi, 2013).

Navkljub velikemu številu prepričljivih dokazov o negativnem vplivu pomanjkanja spanja in specifičnih motenj spanja na zdravje medicinskih sester je sistematičnih prizadevanj za reševanje te težave izredno malo. Z našo raziskavo smo v dveh namensko izbranih bolnišnicah naredili analizo strategij v domačem okolju, s katerimi se medicinske sestre motivirajo in spodbudijo k izvajanju aktivnosti za zdravo spanje v času epidemije covid-19. S tem smo izluščili tiste intervencije, ki se nanašajo na promocijo zdravega spanja in s katerimi zmanjšamo dejavnike, ki vplivajo na slabšo kakovost spanja.

Za namen preučevanja vpliva zdravega življenjskega sloga pri medicinskih sestrah, ki delajo na covidnih oddelkih, na njihovo kakovost spanja, smo postavili naslednja cilja: preučiti kakovost spanja pri medicinskih sestrah, ki delajo na covidnih oddelkih v izmenskem delu, z vidika izbranih demografskih dejavnikov (starost, delovna doba) in ugotoviti pomen dejavnikov zdravega življenjskega sloga na kakovost spanja pri medicinskih sestrah, ki delajo v izmenskem delu na covidnih oddelkih (zmerna telesna aktivnost, skrb za zdravo prehrano)

V okviru tega smo oblikovali naslednje hipoteze:

H1 – Obstaja pozitivna povezanost med višjo starostjo anketirancev na covidnih oddelkih in kakovostjo spanja.

H2 – Obstaja pozitivna povezanost med anketiranci na covidnih oddelkih z daljšo delovno dobo in kakovostjo spanja.

H3 – Obstaja pozitivna povezanost med zmerno telesno aktivnostjo anketirancev na covidnih oddelkih in kakovostjo spanja.

H4 – Obstaja pozitivna povezanost med skrbjo za zdravo prehrano anketirancev na covidnih oddelkih in kakovostjo spanja.

METODE

V pričujočem prispevku je predstavljen del raziskave, ki je bila izvedena v okviru magistrskega dela avtoric članka. Temelji na empirični kvantitativni neeksperimentalni metodi dela. Izvedli smo študijo primera v dveh slovenskih bolnišnicah. Podatke za empirični del raziskave smo zbirali s spletnim in pisnim anketiranjem.

Merski instrument je predstavljal iz angleškega jezika preveden in standardiziran vprašalnik zaprtega tipa. Prvi del vprašalnika vsebuje demografske podatke anketirancev, kjer so določili

organizacijo, v kateri so zaposleni, svojo starost, število let delovne dobe in najvišjo doseženo formalno izobrazbo na področju zdravstvene nege.

Drugi del vprašalnika predstavlja lestvica Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II], ki je namenjena vrednotenju vedenj, ki spodbujajo zdravje (Walker, et al., 1995). Razvrstimo jih v šest podlestvic: (1) obvladovanje stresa (osem postavk); (2) medsebojni odnosi (devet postavk); (3) duhovna rast (devet postavk); (4) prehrana (devet postavk), (5) zdravstvena odgovornost (devet postavk) in (6) telesna aktivnost (osem postavk). Elementi so ocenjeni na lestvici (1) nikoli, (2) včasih, (3) pogosto in (4) redno. Skupni rezultat je 52 najmanj in 208 največ točk. Višji rezultati v vsaki od kategorij kažejo na večjo pogostost vedenja, ki spodbuja zdravje. Notranja zanesljivost koeficienta Cronbach alfa za original angleško verzijo vprašalnika HPLP-II je bila 0,94, medtem ko je vrednost njegovih šestih podkategorij variira od 0,79 do 0,87 (Walker, et al., 1987).

Tretji del vprašalnika je namenjen oceni kakovosti spanja, kjer smo uporabili lestvico Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) avtorjev Buysse in sodelavcev (1989). Naloga posameznika je bila, da na podlagi retrospektivne ocene, ki se najbolj natančno nanaša na spanje večine noči zadnjega meseca. Vprašalnik sestavlja 18 subjektivno ocenjenih postavk. Pri tem seštevek točk, enak 0, nakazuje na odsotnost težav na področju spanja, seštevek točk, enak 21, pa na prisotnost težav na vseh področjih spanja. Primarna validacijska raziskava, ki so jo izvedli Buysse in sodelavci (1989), je za mejno vrednost, ki uspešno ločuje med dobrimi in slabimi spalci, predlagala vrednost 5, kar so potrdili tudi Curcio in sodelavci (2012). Zanesljivost vprašalnika so potrdili z izračunom koeficienta Cronbach alfa, ki je znašal 0,83.

Faktorska analiza (metoda glavnih komponent, varimax rotacija) ob izločitvi uporabe zdravil je izločila 1 faktor, ki je pojasnil 47,77% variance. Primernost faktorjeve analize smo preverili z uporabo Bartlettovega testa ter mere Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Gaskin & Happell, 2014). Kaiser-Meyer-Olkinova mera enofaktorskega modela ustreznosti vzorca je bila 0,799 in Bartlettov test sferičnosti ($hi\text{-kvadrat} = 453,572$; stopnje prostosti = 15; $p < 0,001$). Cronbach α faktorja je znašal 0,76. Z zadovoljivimi rezultati zanesljivosti smo privzeli oceno kakovosti spanja kot vsoto števila točk šestih komponent PSQI vprašalnika (PSQI6) brez komponente uporabe zdravil za spanje.

V raziskavo smo zajeli zaposlene v zdravstveni negi, ki so bili prerazporejeni na covidne oddelke in so delali v izmenskem delovniku, v dveh slovenskih terciarnih bolnišnicah. V UKC Ljubljana je statistično populacijo predstavljalo 580 zaposlenih in na Kliniki Golnik 79 zaposlenih. Vzorec je bil namenski.

Demografske značilnosti vzorca so razvidne v tabeli 1.

Tabela 1: Demografske značilnosti vzorca

Demografski podatki	n	%
Delovna organizacija		
Univerzitetni klinični center Ljubljana	237	76,95
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	71	23,05
Skupaj	308	100
Starostni razredi		
do 20 let	2	0,65

Demografski podatki	n	%
21–40 let	231	75,00
41–60 let	75	24,35
Skupaj	308	100
Skupna delovna doba		
do 5 let	80	25,97
6–10 let	76	24,68
11–20 let	85	27,60
21–30 let	47	15,26
31 ali več	20	6,49
Skupaj	308	100
Formalna izobrazba na področju zdravstvene nege		
Tehnik zdravstvene nege/Tehnica zdravstvene nege/Zdravstveni tehnik/Medicinska sestra	109	35,39
Višja medicinska sestra/Višji zdravstveni tehnik/Višji medicinski tehnik	12	3,90
Diplomirana medicinska sestra/Diplomirani zdravstvenik	168	54,55
Diplomirana medicinska sestra specialistka/Diplomirani zdravstvenik specialist	4	1,30
Magistrica zdravstvene nege/Magister zdravstvene nege	15	4,87
Skupaj	308	100

Legenda: n = velikost vzorca; % = odstotni delež

OPIS POTEKA RAZISKAVE

Pred izvedbo empirične raziskave smo pridobili dovoljenje obeh zdravstvenih zavodov, v katerih je bila izvedena raziskava. Izvedba spletnega anketiranja je potekala v elektronski obliki s pomočjo spletne strani IKA od februarja do maja 2021. Povezavo do spletne ankete in prošnjo za sodelovanje v raziskavi so udeleženci v raziskavo dobili od vodij posameznih covidnih oddelkov dobili preko elektronske pošte. Glede na majhen delež izpolnjenih anket smo se po enem mesecu dogovorili še za razdeljevanje anketnih vprašalnikov v papirnati obliki. Vprašalnike smo razdelili med medicinske sestre, katere niso dobile elektronske povezave do spletne ankete. Te imele do izteka raziskave čas, da so vprašalnike izpolnile in vrnile v zapečateni kuverti. Na ta način smo zagotovili anonimnost raziskave. V papirnati obliki je anketiranje potekalo od marca do maja 2021. Medicinske sestre smo pozvali, naj vprašalnik v elektronski bodisi v papirnati obliki izpolnijo samo enkrat.

Zbiranje podatkov je bilo opravljeno skladno z načeli Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Helsinške deklaracije Sodelujoči so bili seznanjeni z namenom raziskave, zagotovljena je bila anonimnost, zaupnost in prostovoljnost.

Obdelava podatkov

Kakovost spanja smo privzeli kot nominalno (dihotomno) spremenljivko z dvema možnima izidoma, in sicer smo anketirance ličili med dobre in slabe spalce. Analizo pojasnjevalnih spremenljivk (starosti, delovne dobe, prehrane, zmerne telesne aktivnosti) na kakovost spanja

smo izvedli z logistično regresijsko analizo. Demografske podatke, ki smo jih vključili kot nominalne spremenljivke, smo testirali z F-statistiko.

Mejo statistične pomembnosti je določala vrednost $p \leq 0,05$. Statistična analiza podatkov je bila izvedena s programom IBM SPSS verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

REZULTATI

Zdrav življenjski slog zaposlenih določa šest podkategorij, v katerih je zajeto od 8 do 9 postavk. Elementi so ocenjeni na lestvici od (1) nikoli, (2) včasih, (3) pogosto in (4) redno. Povprečje (tabela 7) za medsebojne odnose (27,3) in duhovno rast (26,6) kaže na to, da so pri vključenih devetih postavkah anketiranci označili 3 – pogosto ($27,3/9 = 3,0$ in $26,6/9 = 3,0$). Za prehrano in obvladovanje stresa znaša povprečje 22,1 in 19,7, kar glede na število vključenih postavk (9 in 8) pomeni, povprečni odgovor med 2 – včasih in 3 – pogosto. Telesna dejavnost s povprečjem 18,2 pri 8 postavkah nakazuje, da je povprečni odgovor bližje 2 – včasih ($18,2/8$ postavk = 2,3). Podobno za zdravstveno odgovornost, kjer je povprečje 19,2 in je povprečni odgovor 2 – včasih ($19,2/9 = 2,1$). Največjo variabilnost med anketiranci kaže telesna dejavnost, s standardnim odklonom 5,7 točke pri povprečju 18,2 (Tabela 2).

Tabela 2: Opisna statistika vprašalnika- Zdrav življenjski slog

Vprašanja	n	PV	SO	MIN	MAX
Komponente zdravega življenjskega sloga					
Duhovna rast	308	26,6	4,9	11	36
Medsebojni odnosi	308	27,3	4,2	10	36
Obvladovanje stresa	308	19,7	4,0	9	32
Prehrana	308	22,1	4,7	10	36
Telesna dejavnost	308	18,2	5,7	8	32
Zdravstvena odgovornost	308	19,2	4,7	9	36

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost, MAX = maksimalna vrednost (od 3 do 145)

V tem delu smo uporabili rezultat faktorjske analize. Analiza ni pokazala razlik v kakovosti spanja (Tabela 3) med anketiranci dveh različnih delovnih organizacij ($p=0,3665$). Prav tako starost ni vplivala na kakovost spanja ($p=0,6967$). V kakovosti spanja ni bilo razlik med anketiranci z različno delovno dobo ($p=0,1437$) in različno izobrazbo ($p=0,1389$).

Tabela 3: Vpliv delovne organizacije zaposlenih, starosti, delovne dobe in izobrazbe na kakovost spanja kot dihotomne spremenljivke

Demografski podatki	SP	Wald χ^2	p-vrednost
Delovna organizacija	1	0,8154	0,3665
Starost	2	0,7227	0,6967
Delovna doba	4	6,8553	0,1437
Izobrazba	4	6,9434	0,1389

Legenda: SP – stopinje prostosti; Wald χ^2 – vrednost za Waldovo statistiko;

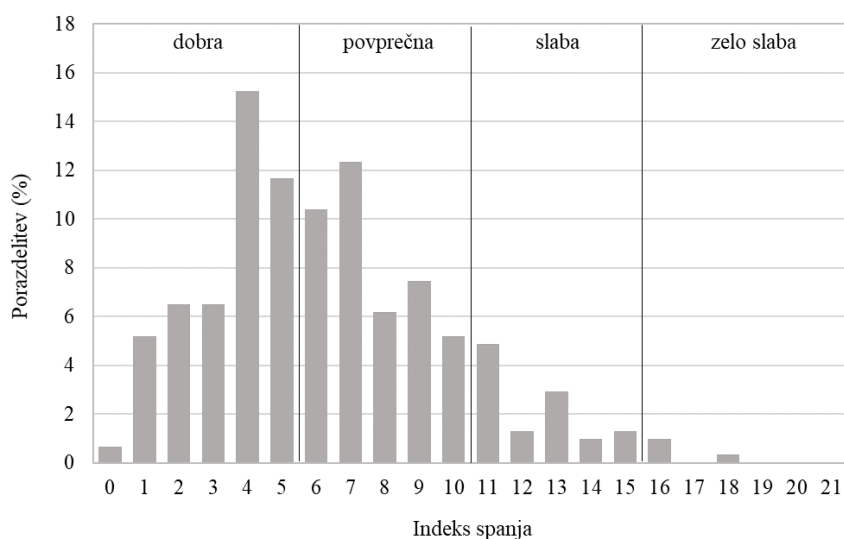
Vpliv komponent zdravega življenjskega sloga na kakovost spanja kot dihotomno spremenljivko smo preverili z logistično regresijo (Tabela 4). Posamezne komponente vprašalnika o zdravem življenjskem slogu smo privzeli kot intervalni tip spremenljivk, saj je posamezna komponenta ovrednotena z vsoto točk pripadajočih vprašanj. Potrdili smo vpliv skrbi za duhovno rast ($p=0,002$), medsebojnih odnosov ($p=0,004$), obvladovanje stresa ($p<0,001$) in prehrane ($p=0,012$) na kakovost spanja. Razlik v kakovosti spanja glede telesne aktivnosti ($p=0,107$) in zdravstvene odgovornosti nismo potrdili ($p=0,522$).

Tabela 4: Vpliv komponent zdravega življenjskega sloga na kakovost spanja

Življenjske navade	Wald χ^2	p-vrednost	R^2	$\beta \pm S. E.$	e^β (95 % IZ)
Duhovna rast	10,050	0,002	0,045	$0,079 \pm 0,025$	1,083 (1,031–1,137)
Medsebojni odnosi	8,111	0,004	0,037	$0,083 \pm 0,029$	1,086 (1,026–1,150)
Obvladovanje stresa	14,054	< 0,001	0,064	$0,116 \pm 0,031$	1,123 (1,057–1,193)
Prehrana	6,313	0,012	0,028	$0,063 \pm 0,025$	1,065 (1,014–1,119)
Telesna aktivnost	2,592	0,107	0,011	$0,033 \pm 0,020$	1,033 (0,933–1,075)
Zdravstvena odgovornost	0,409	0,522	0,002	$0,016 \pm 0,024$	1,016 (0,968–1,066)

Legenda: SP – stopnje prostosti; Wald χ^2 – vrednost za Waldovo statistiko; R^2 Nagelkerke – delež pojasnjene variabilnosti; $\beta \pm S. E.$ – povečanje logaritma razmerja obojev, če se pojasnjevalna spremenljivka poveča za 1 točko s standardno napako; e^β – razmerje obojev med dvema skupinama, ki se ločita za 1 točko v komponenti; IZ – interval zaupanja;

Porazdelitev točk ocene kakovosti spanja smo prikazali na sliki 1. S pomočjo pridobljenih ocen z vprašalnika smo izračunali indeks PSQI6, ki kaže na kakovost spanja.



Slika 1: Distribucija ocene kakovosti spanja kot vsota točk 6 komponent (PSQI6)

DISKUSIJA

Z raziskavo smo ugotovili, da ima dobro kakovost spanja manj kot polovica medicinskih sester. Ta ugotovitev je primerljiva z raziskavama Huang & Zao (2020) in Zhou in sodelavci (2020), kjer je imela slabo kakovost spanja četrtna anketirancev.

Ugotovili smo, da višja starost anketirancev na covidnem oddelku ni povezana z boljšo kakovostjo spanja, saj z analizo nismo uspeli potrditi povezave med starostjo in kakovostjo spanja. Z opravljenimi analizami hipoteze 1 tako nismo potrdili. Rezultati naše raziskave so primerljivi z raziskavo Wang in sodelavcev (2020), kjer se kakovost spanja tudi ni statistično povezovala s starostjo medicinskih sester. Nasprotno trdijo Pérez-Fuentes in sodelavci (2019), da starejše kot so medicinske sestre, manj časa spijo, težje zaspijo in se večkrat zbudijo, zato je njihova kakovost spanja slabša. Ena od razlag je, da imajo starejši zdravstveni delavci v primerjavi z mlajšimi sodelavci, več družinskih in ekonomskih obveznosti (Zhou, et al., 2020). Povprečna delovna doba v naši raziskavi je bila 11 let in več in se kakovost spanja ni povezovala z delovno dobo anketirancev. Hipoteze 2 z opravljenimi analizami nismo potrdili. Yang in sodelavci (2018) v izvedeni metaanalizi ugotavljajo, da imajo medicinske sestre z daljšo delovno dobo boljšo kvaliteto spanja in to utemeljujejo s tem, da imajo medicinske sestre z več delovnimi izkušnjami večjo sposobnost prilagajanja novo nastalim situacijam in obravnavanju nujnih stanj, hkrati so njihovi lastni standardi in pričakovanja višji kot pri medicinskih sestrah z manj delovnimi izkušnjami. Tudi Zhou in sodelavci (2020), temu pritrjujejo, saj se je v njihovi raziskavi slabša kakovost spanja statistično značilno povezovala z daljšo delovno dobo..

Ob naglih spremembah, ki so nastale z epidemijo, se najpogosteje spremenijo tudi življenjske prioritete posameznika in družbe ter življenjski slog (Poličnik, et al., 2021). Zupo in sodelavci (2020) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je telesna aktivnost med splošno populacijo odraslih v času epidemije covid-19 upadla kar za 79 %, medtem ko naj bi se na globalni ravni zmanjšala za več kot 20 %. Rezultati naše raziskave so pokazali, da so bile v skrbi za zdrav življenjski slog medicinske sestre telesno manj aktivne. Večina jih je odgovorila, da je včasih telesno aktivna. Vpliva telesne aktivnosti v naši raziskavi z logistično regresijo na kakovost spanja medicinskih sester nismo dokazali. Hipoteze 3 tako nismo potrdili. Nasprotno so Su in sodelavci (2020), v svoji metaanalizi v času covid-19 dokazali, da izvajanje tai chija, če se izvaja pravilno od 60–90 minut na seanso, učinkovito zmanjša stres, izboljša kardiovaskularno funkcijo in izboljša kakovost spanja. Mattioli in sodelavci (2020), ugotavljajo, da v stresnih situacijah posamezniki lahko razvijejo pretirano željo po hrani, ki se razlikuje od normalnega občutka lakote. V naši raziskavi smo ugotovili, da se je skrb za zdravo prehrano medicinskih sester statistično pomembno povezovala s kakovostjo spanja medicinskih sester. Hipotezo 4 smo potrdili. Medicinske sestre so pri skrbi za prehrano največkrat odgovorile, da pogosto skrbijo za količinsko uravnoteženo in raznoliko prehrano. Vpliv prehrane, bogate z vitamini, minerali, zdravimi maščobami (omega-3 maščobne kisline) in probiotiki, na boljšo kakovost spanja sta potrdila tudi Taylor & Holscher (2020). Nasprotno Mojtahedzadeh in sodelavci (2021), pri medicinskih sestrah, v svoji raziskavi ugotavljajo slabše prehranske navade, večji vnos kofeina, manjšo telesno aktivnost, spuščanje odmorov za počitek, pomanjkanje spanja ter slabšo kakovost spanja. Podobne rezultate so dobili Fusz in sodelavci (2021), kjer 33,5 % medicinskih sester meni, da se občasno prehranjuje zdravo, vendar povezave s spanjem niso ugotavljali.

Tekom raziskave smo zaznali nekaj omejitev. Prva omejitev je bila, da smo preširoko omejili drugo starostno skupino (razpon 20 let). Naslednja omejitev je ta, da smo izvedli presečno raziskavo, ki prikaže rezultate kakovosti spanja medicinskih sester, v času, ko je bila izvedena. Kakovost spanja pri naših respondentih je predstavljala subjektivno oceno, ki se s časom,

delovnimi pogoji in spremembami življenjskega sloga spreminja, zato menimo, da bi bila bolj primerna longitudinalna raziskava. Kot omejitev omenimo, da za merjenje kakovosti spanja nismo uporabili nobene od objektivnih metod, kot je uporaba aktigrafa ali polisomnografije, in smo se morali zanesti na subjektivno oceno spanja, ki pa je lahko pristranska in ne odraža dejanskega stanja. Naslednja omejitev je bil majhen vzorec respondentov, zato rezultatov ne moremo posplošiti na splošno populacijo medicinskih sester.

ZAKLJUČEK

V raziskavi ugotavljamo, da med komponentami zdravega življenjskega sloga medicinskih sester na kakovost spanja statistično pomembno vplivata še duhovna rast ter dobri medsebojni odnosi s sorodniki, prijatelji in pomembnimi drugimi. Rezultati so namreč pokazali, da so anketiranci največ za svoje zdravje naredili v odnosu do drugih in na področju duhovne rasti. Za ohranjanje zdravja medicinskih sester je pomembno izobraziti medicinske sestre, da se bodo imele možnost odločati za zdrave izbire in poznale učinkovite ukrepe za zmanjševanje posledic pomanjkanja spanja. In nenazadnje, da skrb za zdrav življenjski slog medicinskih sester postane osebna vrednota.

LITERATURA

- Bassi, M., Negri, L., Delle Fave, A. & Accardi, R., 2021. The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *Journal of Affective Disorders*, 280, pp. 1-6. 10.1016/j.jad.2020.11.065.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. & Kupfer, D.J., 1989. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), pp. 193-213. 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- Cho, K.O., 2014. Sleep duration and self-rated health are independently associated with physical activity level in the Korean population. *Iranian Journal of Public Health*, 43(5), pp. 590-600.
- Cho, H. & Han, K., 2018. Associations Among Nursing Work Environment and Health-Promoting Behaviors of Nurses and Nursing Performance Quality: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), pp. 1-8. 10.1111/jnu.12390.
- Curcio, G., Tempesta, D., Scarlata, S., Marzano, C., Moroni, F., Rossini, P.M., Ferrara, M. & Gennaro, L., 2012. Validity of the Italian version of the Pittsburgh Sleep Quality index (PSQI). *Neurological Sciences*, 34(4), pp. 511-519. 10.1007/s10072-012-1085-y.
- Ferini-Strambi, L., Zucconi, M., Casoni, F. & Salsone, M., 2020. COVID-19 and sleep in medical staff: reflections, clinical evidences, and perspectives. *Current Treatment Options in Neurology*, 22(10), p. 29. 10.1007/s11940-020-00642-4.
- Fu, W., Wang, C., Zou, L., Guo, Y., Lu, Z., Yan, S. & Mao, J., 2020. Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry*, 10(225), pp. 1-9. 10.1038/s41398-020-00913-3.

- Fusz, K., Kives, Z., Pakai, A., Kuftej, N., Deak, A. & Olah, A., 2021. Health behavior, sleep quality and subjective health status among Hungarian nurses workin varying shifts. *Work*, 68, pp. 171-180. 10.3233/WOR-203366.
- Gaskin, C.J. & Happell, B., 2014. On exploratory factor analysis: a review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), pp. 511-521. 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.005.
- Gualano, M.R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F. & Siliquini, R., 2020. Effects of COVID-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), pp. 1-13. 10.3390/ijerph17134779.
- Huang, Y.E. & Zhao, N., 2020. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, pp. 1-8. 10.1016/j.psychres.2020.112954.
- Keele, R., 2019. To Role Model or Not? Nurses' Challenges in Promoting a Healthy Lifestyle. *Workplace health & Safety*, pp. 1-8. 10.1177/2165079919828738.
- Li, S.M., Li, X R., Yang, D. & Xu, N.W., 2016. Researchprogress in disaster nursing competency framework of nursesin China. *Chinese Nursing Research*, 3(4), pp. 154-157. 10.1016/j.cnre.2016.11.003.
- Lin, L.Y., Wang, J., Ou-Yang, X.Y., Miao, Q., Chen ,R., Liang, F.X., Zhang, Y.P., Tang, Q. & Wang, T., 2021. The immediate impact of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak on subjective sleep status. *Sleep Medicine*, 77, pp. 348-354. 10.1016/j.sleep.2020.05.018.
- Marelli, S., Castelnuovo, A., Somma, A., Castronovo, V., Mombelli, S., Bottoni, D., Leitner, C., Fossati, A. & Ferini-Strambi, L., 2020. Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *Journal of Neurology*, 268, pp. 8-15. 10.1007/s00415-020-10056-6.
- Matsuo, M., Taki, F., Kobayashi, D., Jinta, T., Suzuki, C., Ayabe, A, Sakamoto, F., Kitaoka, K., Uehara, Y., Mori, N. & Fukui, T., 2021. Health care worker burnout after the first wave of the coronavirus disease 2019 (COVID- 19) pandemic in Japan. *Journal of Occupational Health*, 63, pp. 1-11. 10.1002/1348-9585.12247.
- Mattioli, A.V., Pinti, M., Farinetti, A. & Nasi, M., 2020. Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic. *Obesity Medicine*, 20, pp. 1-3. 10.1016/j.obmed.2020.100263.
- Mendoza Mofidi, C., 2013. Promoting Sleep Health: The Development of An Educational Resource for Night Shift Nurse. Davis: University of California.
- Mojtahedzadeh, N., Neumann, F.A., Rohwer, E., Nienhaus, A., Augustin, M., Harth, V., Zyriax, B.C. & Mache, S, 2021. The Health Behaviour of German Outpatient Caregivers in Relation to the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), pp. 1-30. 10.3390/ijerph18158213.

- Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J. & Barragán, A.B., 2018. Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile. *Frontiers in Psychology*, 9(424), pp. 1-6. 10.3389/fpsyg.2018.00424.
- Mokarami, H., Pordanjani, T.R., Ebrahimi A.E., Kiani, F. & Mohammad Faridan, M., 2019. Lifestyle and Shiftwork: Designing and Testing a Model for Health Promotion of Iranian Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(3), pp. 1-7. 10.1177/1078390319886658.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Barragán, A.B., Martos, A. & Gázquez, J.J., 2019. Association with the Quality of Sleep and the Mediating Role of Eating on Self-Esteem in Healthcare Personnel. *Nutrients*, 11(2), 321, pp. 1-10. 10.3390/nu11020321.
- Petrov, M.E., Pituch, K.A., Kasraeian, K. , Jiao, N., Mattingly, J., Hasanaj, K., Shawn D. Youngstedt, S.D., Buman, M.P. & Epstein, D.R., 2021. Impact of the COVID-19 pandemic on change in sleep patterns in an exploratory, cross-sectional online sample of 79 countries. *Sleep Health*, 7(4), pp. 1-8. 10.1016/j.sleh.2021.05.007.
- Poličnik, R., Backović Juričan, A., Korošec, A. & Zupančič Tisovec, B., 2021. Prehranjevanje, telesna dejavnost in spanje. [pdf] NIJZ. Available at: https://www.Nijz.Si/sites/www.Nijz.Si/files/uploaded/publikacije/pdf_uvod.Pdf. [22.10. 2022].
- Qui, D., Yu, Y., Li, R.Q. & Xiao, Y.S., 2019. Prevalence of Sleep disturbances in Chinese healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 67, pp. 258-266. 10.1016/j.sleep.2019.01.047.
- Riemann, D., Krone, L.B., Wulff, K. & Nissen, C., 2020. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45, pp. 74-89. 10.1038/s41386-019-0411-y.
- Shorter, G.D., 2015. Shift-work sleep disorders and Baby Boomer nurses: Will increased knowledge change self-care practices? Wilmington University.
- Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Ali, A.C.K., Zhou, J., Liu, W., Bi, Y. & Gao, G.F., 2016. Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends in Microbiology*, 24(6), pp. 490-502. 10.1016/j.tim.2016.03.003.
- Taylor, A.M. & Holscher, H.D., 2020. A review of dietary and microbial connections to depression, anxiety, and stress. *Nutritional Neuroscience*, 23(3), pp. 237-250. 10.1080/1028415X.2018.1493808.
- Walker, S.N., Sechrist, K. & Pender N., 1987. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), pp. 76-81. 10.1097/00006199-198703000-00002.
- Walker, S.N., Sechrist, N. & Pender, N., 1995. Lifestyle profile II. Available at: https://deepblue.Lib.Umich.Edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-English_Version.Pdf?sequence=3&isAllowed=y. [10.10.2022].

Wang, S., Xie, L., Xu, Y., Yu, S., Yao, B. & Xiang, D., 2020. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occupational Medicine*, 70(5), pp. 364-369. 10.1093/occmed/kqaa074.

Wickwire, E.M., Geiger-Brown, J., Scharf, S.M. & Drake, C.L., 2017. Shift work in shift work sleep disorder. *CHEST*, 151(5), pp. 1156-1172. 10.1016/j.chest.2016.12.007.

Yang, B., Wang, Y., Cui, F., Huang, T., Sheng, P., Shi, T., Huang, C., Lan, Y. & Huang, Y.N., 2018. Association between insomnia and job stress: A meta- analysis. *Sleep and Breathing*, 22(4), pp. 1221-1231. 10.1007/s11325-018-1682-y.

Zakon o varstvu osebnih podatkov, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 67/07.

Zhang, W., Wang, K., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M. & Min, B., 2020. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, pp. 1-9. 10.1159/000507639.

Zhou, X.N., Zhao, W.Y. & Li, N.N., 2013. The relationship between sleep quality, job burnout and coping style of medical staffs. *China Journal of Health Psychology*, 213, pp. 353-355.

Zhou, Y., Yang, Y., Shi, T., Song, Y., Zhou, Y., Zhang, Z., Guo, Y., Li, X., Liu, Y., Xu, G., Cheung, T., Xiang, Y.T. & Tang, Y., 2020. Prevalence and Demographic Correlates of Poor Sleep Quality Among Frontline Health Professionals in Liaoning Province, China During the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 520, pp. 1-6. 10.3389/fpsyt.2020.00520.

Zupo, R., Castellana, F., Sardone, R., Sila, A., Giagulli, V.A., Triggiani, V., Cincione, R.I., Giannelli, G. & De Pergola, G., 2020. Preliminary trajectories in dietary behaviors during the COVID-19 pandemic: a public health call to action to face obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), pp. 1-15. 10.3390/ijerph17197073.

KAKO POGOSTO SE PACIENTI S SRČNIM POPUŠČANJEM VRAČAJO V BOLNIŠNICO

HOW OFTEN DO PATIENTS WITH HEART FAILURE RETURN TO THE HOSPITAL

Jasna Črešnovar, dipl. m. s., Urša Stanonik, mag. zdr. neg.
jasna.cresnovar@klinika-golnik.si, ursa.stanonik@klinika-golnik.si
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

Uvod: Srčno popuščanje je bolezen, pri kateri je srce tako okvarjeno, da ne zmore črpati dovolj krvi, da bi zadostovala potrebam drugih organov in tkiv. Je posledica številnih bolezni. Izraža se s številnimi simptomi, najpogostejši so težko dihanje in otekanje, najpogosteje okoli gležnjev. Incidenca srčnega popuščanja je velika, predvsem med starejšo populacijo in s tem prestavlja velik javno zdravstveni problem in breme za zdravstvo.

Metode: V teoretičnem delu je bil opravljen pregled literature. V empiričnem delu je bila uporabljena kvantitativna retrospektivna metoda. Podatki so bili zbrani iz bolnišničnega sistema Birpis Klinike Golnik za leto 2022. Statistična analiza je bila opravljena v programu Microsoft Excel 2018.

Rezultati: Pacienti, ki so bili napoteni v urgentno ambulanto Klinike Golnik z diagnozami povezanimi s srčnim popuščanjem predstavljajo 12% (n=767) vseh obravnav v letu 2022 (n=6152). 426 pacientov je prišlo v urgentno ambulanto z napotno diagnozo povezano s srčnim popuščanjem, 63% (n=272) od teh je starejša od 81 let. 51% (n=220) pacientov je v letu 2022 zaradi srčnega popuščanja obiskalo urgentno ambulanto enkrat, 29% (n=122) je z nujno napotnico prišlo dvakrat, 12% (n=53) trikrat, ostalih 3% (n=15) pa je bilo obravnavanih štirikrat ali več.

Diskusija: Tako kot naša raziskava, tudi druge tuje raziskave kažejo trend naraščanja pogostosti obravnav povezanih s starostjo pacientov.

Ključne besede: srčno popuščanje, incidenca srčnega popuščanje, pacienti s srčnim popuščanjem

ABSTRACT

Introduction: Heart failure is a disease in which the heart is so damaged that it cannot pump enough blood to meet the needs of other organs and tissues. It is the result of many diseases. It manifests itself with many symptoms, the most common being difficulty breathing and swelling, most often around the ankles. The incidence of heart failure is high, especially among the elderly population, and thus represents a major public health problem and a burden on healthcare.

Methods: In the theoretical part, a review of the literature was carried out. In the empirical part, however, a quantitative retrospective method was used. The data was collected from the Birpis hospital system of the Golnik Clinic for the year 2022. The statistical analysis was performed in the Microsoft Excel 2018

Results: Patients who were referred to the emergency care of the Golnik Clinic with diagnoses related to heart failure represent 12% (n=767) of all treatments at the UA in 2022. 63% (n=272)

of patients with heart failure treated at the UA are older than 81 years old. In 2022, 51% (n=220) of patients visited the UA once due to heart failure, 29% (n=122) came to the UA with an emergency referral twice, 12% (n=53) three times, the other 3% (n= 15) were discussed four times or more.

Discussion: Like our research, other foreign research also shows an increasing trend in the frequency of treatments related to the age of patients.

Key words: heart failure, incidence of heart failure, patients with heart failure

UVOD

Srčno popuščanje je bolezensko stanje, pri katerem je srce tako okvarjeno, da ne zmore črpati dovolj krvi, da bi zadostilo presnovnim potrebam drugih organov in tkiv brez stalne aktivacije kompenzatornih mehanizmov (Vrtovec, 2022). Nastane kot posledica različnih bolezni, najpogostejše so: koronarne bolezni srca (miokardni infarkt, angina pektoris), hipertenzija, bolezni srčnih zaklopk, aritmije (atrijska fibrilacija, tahikadije), kardiomiopatija, okužba (virusni miokarditis) (McDonagh, et al., 2021).

Srčno popuščanje se kaže z značilnimi simptomi, kot so zmanjšana telesna zmogljivost, utrujenost, oteženo dihanje, ki se pojavi predvsem v ležečem položaju, povišana telesna teža. Pri napredovani bolezni se pojavijo značilne otekline v predelu gležnjev in nato navzgor po nogi, prisotna je lahko tudi oteklina rok, vek. Nabiranje tekočine se lahko pojavi tudi v trebušni votlini, kar se izraža z napetim trebuhom (Albuquerque de Almeida, et al., 2020). Ko pa se tekočina nabere še v medceličnem prostoru v pljučih in ta onemogoča izmenjavo plinov v pljučih, do te mere, da pride do hude dihalne stiske in padca saturacije pod 90% na sobnem zraku govorimo o pljučnem edemu. Pljučni edem je znak akutnega srčnega popuščanja, označuje hiter začetek ali poslabšanje simptomov in znakov srčnega popuščanja. Povzroči ga lahko nova okvara srca, pogosteje pa različni sprožilni dejavniki povzročijo dekompenzacijo pri kronični srčni okvari (Chioncel, et al, 2015; Parežnik, 2022).

Incidenca srčnega popuščanja iz leta v leto narašča, kljub boljšim možnostim zdravljenja, se število primerov povečuje zaradi staranja prebivalstva. Prevalenca diagnosticiranih primerov v starostni skupini do 55 let je 1%, medtem ko je prevalenca pri starejših kot 70 let več kot 10%. Ker raziskave iz katerih so pridobili podatke o prevalenci vključujejo le diagnosticirane primere, je verjetno, da je resnična prevalenca še veliko višja (McDonagh, et al., 2021). Srčno popuščanje je velik javno zdravstveni problem, število pacientov. Zaradi simptomov imajo zmanjšano kvaliteto življenja, zaradi pogostih poslabšanj se pogosto vračajo v bolnišnice. Sama bolezen pa ima visoko stopnjo umrljivosti (Leszek, et al., 2022).

Načini zdravljenja srčnega popuščanja so neposredno povezani s stopnjo napredovanja bolezni. Pri blažji obliki bolezni so dovolj nefarmakološki ukrepi, kot so: uživanje neslane hrane, omejitev vnosa tekočin, redna telesna aktivnost, urejen krvni pritisk, pulz in telesna teža in zdravljenje z zdravili, pri napredovalem srčnem popuščanju pa pridejo v poštev tudi invazivne in kirurške metode zdravljenja. Dolgoročna uspešnost zdravljenja temelji na sočasnem zdravljenju in zdravljenju simptomov in znakov ter vzroka srčnega popuščanja (Parežnik, 2022).

Namen raziskave je ugotoviti kako pogosto se pacienti s srčnim popuščanjem vračajo v urgentno ambulanto Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) in rezultate primerjati s tujimi raziskavami.

RAZISKOVALNE METODE

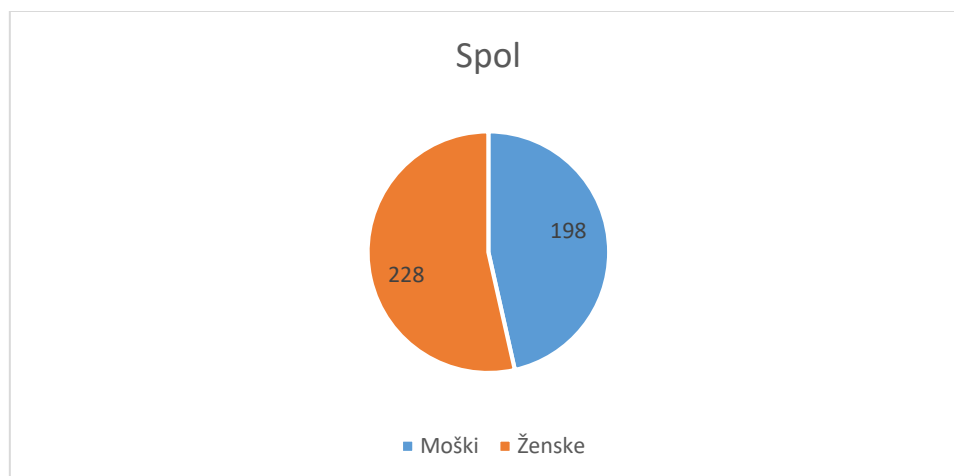
Raziskava je temeljila na kvantitativnem načinu raziskovanja. Za namen teoretičnega uvoda smo naredili pregled domače in tuje literature. Uporabili smo naslednje podatkovne baze: PubMed, Cinahl ter Google Učenjak. Uporabili smo naslednje ključne besede: »srčno popuščanje«, »incidenca srčnega popuščanje«, »znaki srčnega popuščanja«. V angleščini pa: »Heart Failure«, »treatment of heart failure« in »patient with heart failure«.

V empiričnem delu smo podatke zbrali z analizo podatkov iz bolnišničnega informacijskega sistem Birpis Univerzitetne Klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) za leto 2022. Uporabili smo kvantitativno in retrospektivno metodo analize podatkov vseh nujno napotjenih pacientov v urgentno ambulanto (UA) Klinike Golnik z diagnozami, ki se nanašajo na srčno popuščanje.

V raziskavi smo se spraševali kako pogosto se pacienti, ki so zdravljeni zaradi srčnega popuščanja na Kliniki Golnik vračajo v urgentno ambulanto Klinike Golnik?

Opis spremenljivk in merskega instrumenta: Raziskava temelji na analizi podatkov pod stopnjo nujnosti: nujno vpisanih pacientov v UA, pridobljenih iz sistema Birpis Klinike Golnik. Zanimale so nas napotitve, ki se nanašajo na srčno popuščanje. Izbrali smo diagnoze: I509 Srčna odpoved, neopredeljena; I500 Zastojna srčna odpoved; I501 Levostranska srčna odpoved.

Vzorec: Uporabljen je bil nenaključni in namenski vzorec. Izbrali smo vse paciente, ne glede na spol in starost, ki so bili vpisani z naštetimi diagnozami (I509, I500, I501) od 1.1.2022 do 31.12.2022. Teh pacientov je bilo 426. V vzorcu je bilo 54% žensk (n=228) in 46% moških (n=198). Največ pacientov je bilo v starostni skupini od 86 do 90 let, kar predstavlja 26% (n=111) vseh pacientov. Najmlajši pacient je imel 48 let, najstarejši pa 98 let.



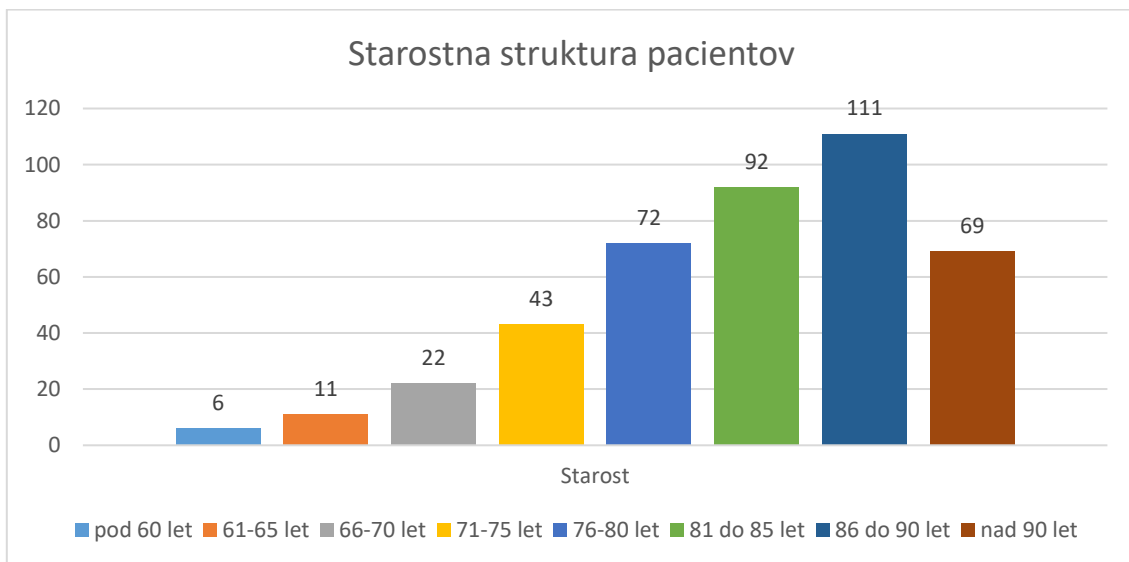
Slika 1: Obiski v urgentni ambulanti glede na spol

Potek raziskave in obdelave podatkov: Raziskava je bila izvedena v mesecu juliju 2023. Podatke smo zbrali iz bolnišničnega informacijskega sistema Birpis Klinike Golnik. Dovoljenje za obdelavo podatkov smo pridobili s strani Klinike Golnik. Zaradi varovanja podatkov sta bila

v raziskavi uporabljena le spol in starost pacientov. Podatke, ki smo jih pridobili smo statistično analizirali s pomočjo programov Microsoft Excell 2018 in Microsoft Word. Uporabljena je bila metoda opisne statistike, rezultati so prikazani v obliki slik in tabel.

REZULTATI

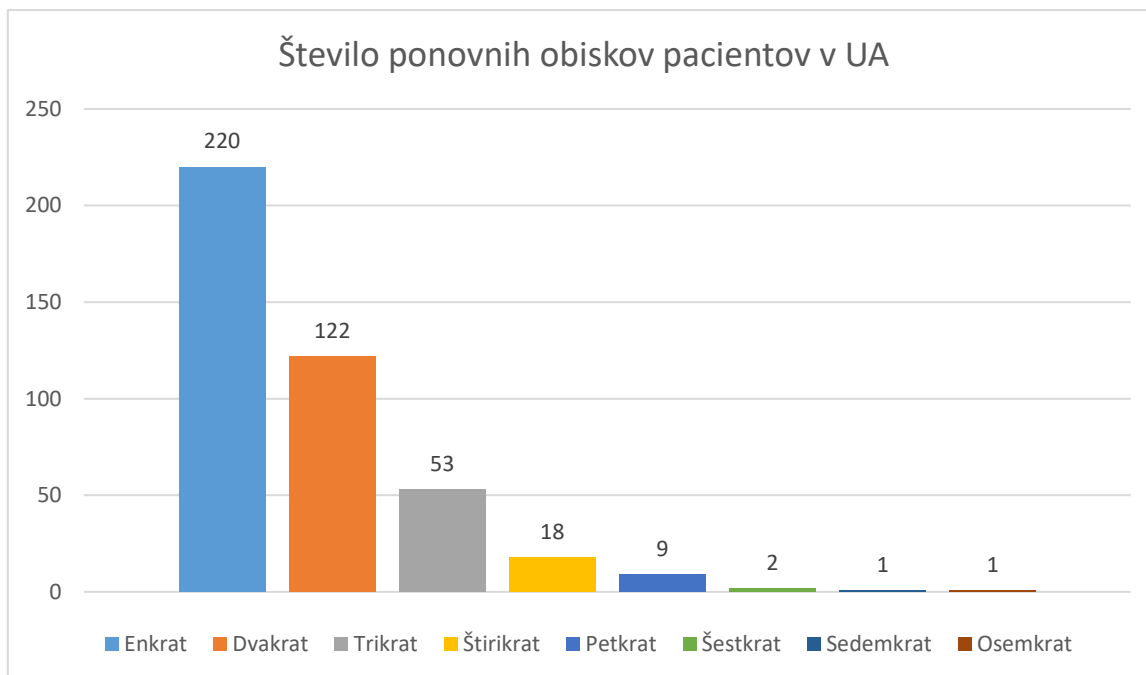
Slika 2 prikazuje starostno strukturo pacientov, ki so prišli v UA Klinike Golnik zaradi srčnega popuščanja. Pri starosti smo naredili osem starostnih skupin in sicer: do 60 let, od 61-65 let, od 66-70 let, od 71 do 75 let, od 76 do 80 let, od 81 do 85 let, od 86 do 90 let in 91 let in več. Iz slike 2 je razvidno, da število pacientov s srčnim popuščanjem s starostjo narašča, zniža se le v najvišji starostni kategoriji, nad 90 let. Starostni skupini od 81 do 90 let predstavljata skorja polovico vseh obravnav (48%). 17% (n=72) obravnav predstavlja starostna skupina od 76 do 80 let, 19% (n=69) predstavlja starostna skupina nad 91 let, 10% (n=43) je bilo pacientov od 71 do 75 let. Medtem, ko ostale tri starostne skupine pod 70 let predstavljajo skupaj 9% (n=39) vseh obravnav.



Slika 2: Starostna struktura pacientov

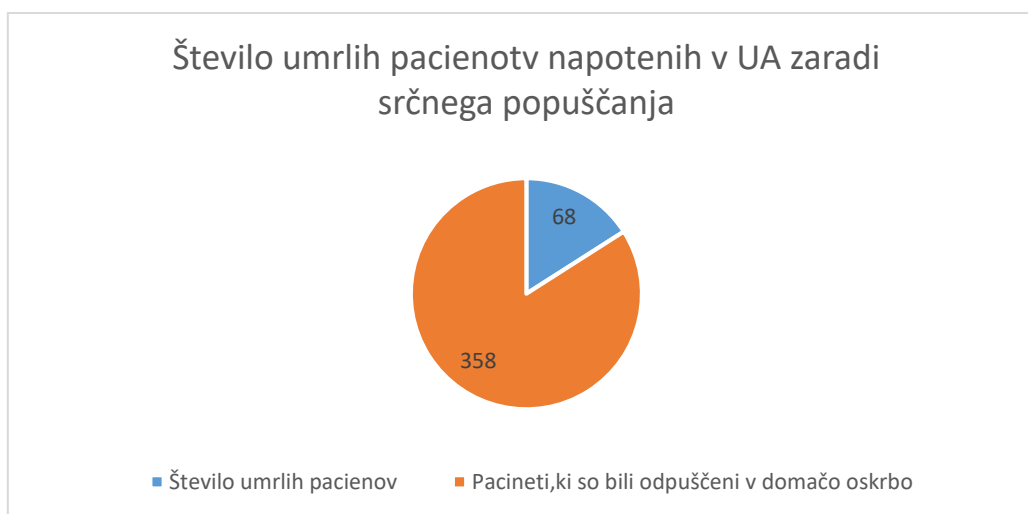
S sliko 3 smo odgovorili kako pogosto se pacienti, ki so zdravljeni zaradi srčnega popuščanja na Kliniki Golnik vračajo v urgentno ambulanto Klinike Golnik?

Iz slike 3 je razvidno, da je 52% (n=220) pacientov v letu 2022 obiskalo urgentno ambulanto Klinike Golnik, z napotitvijo pod nujno samo enkrat. 29% (n=122) je prišlo z nujno napotnico zaradi poslabšanja srčnega popuščanja v letu 2022 dvakrat. Tri napotitve v UA je potrebovalo 12% (n=53) pacientov. 9 pacientov, kar predstavlja 2% je prišlo v UA v letu 2022 petkrat. 1% pacientov pa predstavljajo štirje pacienti, od njih sta dva potrebovala 6 obravnav, eden 7 in drugi pa 8 obravnav v letu 2022.

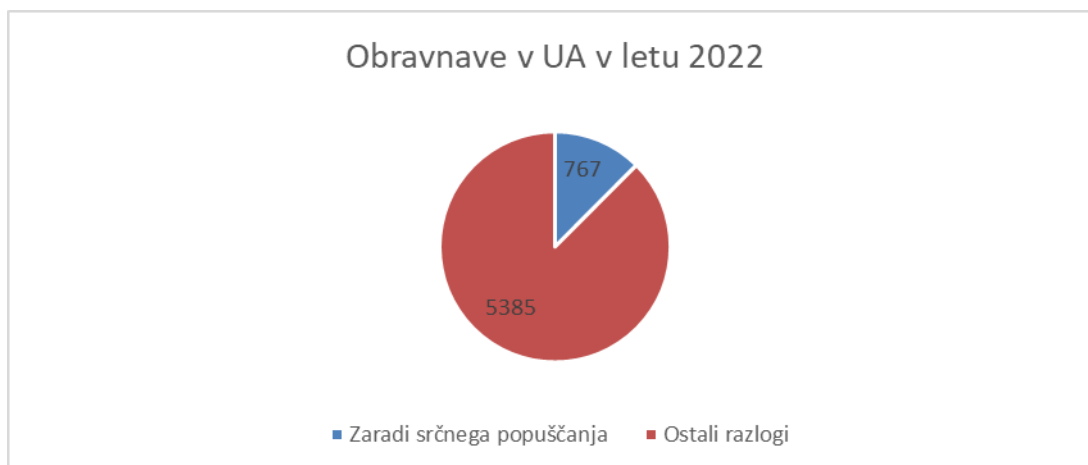


Slika 3: Število ponovnih obiskov pacientov v UA zaradi srčnega popuščenja

Na sliki 4 je prikazano, da je v letu 2022 16% (n=68) pacientov, ki so bili napoteni v UA z nujno napotnico zaradi poslabšanja srčnega popuščenja umrlo v urgentni ambulanti Klinike Golnik, oziroma, so bili sprejeti na enega izmed oddelkov in so umrli na oddelku v naslednjih dneh od sprejema.



Slika 4: Razmerje med pacienti, ki so bili odpuščeni v domačo oskrbo in pacienti, ki so umrli na Klinik Golnik, napoteni v UA zaradi srčnega popuščenja



Slika 5: Vse obravnave v letu 2022 v UA Klinike Golnik

Na sliki (Slika 5) je prikazano razmerje vseh obravnav v UA v letu 2022 in obravnav, ki so povezane s srčnim popuščanjem. V letu 2022 je bilo v UA 6152, obravnav, pacientov z diagnozo srčno popuščanje je bilo 767 (seštevek vseh ponavljajočih obravnav v letu 2022), kar predstavlja 12% vseh obravnav v letu 2022.

DISKUSIJA

V naši raziskavi ugotavljamo, da se dobra polovica napotnih v UA Klinike Golnik z napotno diagnozo srčno popuščanje v letu 2022 ni vrnilo v UA. Tretjina pacientov se je zaradi poslabšanja srčnega popuščanja vrnilo dvakrat, desetina pacientov je zabeležila tri obravnave. Nekaj pacientov je potrebovalo več obravnav od tri, največ 8 v istem letu. Podobno je bilo ugotovljeno v raziskavi Groeneweger, et al. (2020), ki navaja, da se polovica pacientov z srčnim popuščanjem vrne v bolnišnico enkrat na leto od postavitve diagnoze, 20 % se jih vrne v povprečju še enkrat v istem letu. Dodajajo pa, da jih več kot 80% potrebuje bolnišnično zdravstveno oskrbo v roku petih let od postavljene diagnoze. Avtorji (Groeneweger, et al., 2020) trdijo, da je srčno popuščanje najbolj pogosta diagnoza hospitaliziranih pacientov starih več kot 65 let. Srčno popuščanje je diagnoza, ki ima najvišjo stopnjo ponovnih hospitalizacij v roku 30-ih dni po odpustu, od vseh diagnoz. Tudi Albuquerque de Almeida, et al (2022) v svoji raziskavi ugotavljajo, da so prvi tedni po odpustu iz bolnišnice najbolj kritični, saj so ugotovili, da se 20 do 30% pacientov vrne v bolnišnico v roku 30. dni, 50% pa v roku pol leta. Prav tako Platz in sodelavci (2018) v svoji raziskavi opisujejo, da so ponovne hospitalizacije pogoste. V raziskavo so zajeli 1152 pacientov, od tega je ponovni sprejem potrebovalo 437 pacientov, kar predstavlja 37% vseh zajetih v raziskavo.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je UA obiskalo 8% več žensk kot moških, v tujih raziskavah so ugotovili podobno, kot razlog Groeneweger (2020) in sodelavci navajajo daljšo življenjsko dobo žensk. Medtem Chamberlain in sodelavci (2017) poročajo, da je bilo število hospitalizacij približno enako ne glede na spol.

Največ pacientov v naši raziskavi je bilo v starostni skupini od 86 do 90 let, nato je sledila skupina od 80 do 85 let. V vseh raziskavah, ki smo jih primerjali z našo so opisovali, da je srčno popuščanje bolezen starejših ljudi, ki zaradi staranja prebivalstva predstavlja vse večje breme za zdravstvene sisteme (Chamberlain, et al, 2017; Groeneweger, et al., 2020; Albuquerque de Almeida, et al, 2022). V obsežni raziskavi (Eguchl, et al., 2022), ki je obsegala 49,094 pacientov

s srčnim popuščanjem je bila povprečna starost pacientov 79,6 let. Srčno popuščanje pa je v zadnjih letih začelo naraščati tudi med mlajšimi ljudmi (pod 50 let), kot verjetni razlog navajajo vse večjo pojavnost debelosti med svetovno populacijo in z njo povezanimi boleznimi, ki pripomorejo, k srčnemu popuščanju: sladkorna bolezen tipa 2, hipertenzija. Kot razlog srčnega popuščanja pri mlajših pacientih pa se opaža tudi atrijsko fibrilacijo, ter boljše zdravstveno oskrbo srčnih bolezni (kot je akutni kornarni sindrom) pri mlajših pacientih, kot v preteklosti (Groeneweger, et al., 2020).

V raziskavi, ki so jo izvedli na Poljskem, kjer so paciente s srčnim popuščanjem spremljali od leta 2010 do 2019, so poročali o 14% umrljivosti v bolnišnici (Leszek, et al, 2022), kar se ujema z našo raziskavo, kjer je umrljivost 16%. Ker pa je srčno popuščanje velikokrat posledica drugih bolezni, je razlog smrti pri pacientih s srčnim popuščanjem težko določljiv (Groeneweger, et al., 2020).

Večina raziskav pa navaja podobne ugotovitve, ki jih mi nismo raziskovali, da ima velika večina pacientov s srčnim popuščanjem še kar nekaj pridruženih bolezni, med najpogostejšimi ugotavljajo diabetes, KOPB, druge srčne bolezni: stanje po infarktu, arterijska hipertenzija, rakave bolezni, ledvične bolezni, demenco in druge bolezni, ki pomembno vplivajo zdravljenje, spremljanje, vodenje bolezni in tudi na sam razplet bolezni (Chamberlain, et al, 2017; Albuquerque de Almeida, et al, 2022).

ZAKLJUČEK

Breme srčnega popuščanja je veliko, tako za posameznika s srčnim popuščanjem, kot tudi za zdravstveni sistem, zaradi pogostosti te bolezni in staranja prebivalstva. Menimo, da je realno število napotenih v UA Klinike Golnik, zaradi srčnega popuščanja še večja, saj je srčno popuščanje velikokrat v začetni fazi neprepoznano in prihajajo pacienti z napotnimi diagnozami, kot so: težko dihanje, otekanje nog, bolečina v prsih, ki se po pregledu izkaže kot srčno popuščanje.

Po pogovoru s pacienti v UA velikokrat ugotovimo, da pacienti sami ne poznajo svojo bolezn, ne vejo kako ravnati, da do poslabšanja ne bi prišlo, oziroma, kaj narediti, ko pride. Na tem mestu, se nam zdi pomembna zdravstvena vzgoja pacientov, katero izvajamo predvsem medicinske sestre. Menimo, da bi v prihodnjih raziskavah bilo zanimivo primerjati koliko poslabšanj imajo pacienti, ki so bili udeleženi v šoli srčnega popuščanje in koliko tisti, ki niso bili.

LITERATURA

Albuquerque de Almeida, F., J. Al, M., Koymans, R., Riistama, J., Paues, S. & Severens, J.L., 2020. Impact of hospitalisation on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(262).

Chamberlain, A.M., Dunlay, S.M., Gerber, Y., Manemann, S.M., Jiang, R., Weston, S.A., et al., 2017. Burden and Timing of Hospitalizations in Heart Failure: A Community Study. *Mayo Clin Proc*, 2017, 92(2), pp. 184-192.

Chioncel, O., Collins S.P., Ambrosy P. A., Gheorghiade, M. & Filippatos, G., 2015. Pulmonary Oedema-Therapeutic Targets. *Cardiac Failure Review*, 1(1), pp. 38-45.

Eguchi, S., Morita, Y., Mitsuhashi, H., Kanegasaki, A., Iwasaki, K., Yoshikawa, T., et al., 2022. Burden of Repeated Hospitalizations on Patients with Heart Failure: An Analysis of Administrative and Claims Data in Japan. *Drugs- Real World Outcomes*, 2022, 9, pp. 377-389.

Groeneweger, A., Rutten, F.H., Mosterd, A. & Hoes, A.W., 2020. Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 2020, 22, pp. 1342-1356.

Leszek, P., Was, D., Bartolik, K., Witczak, K., Kleinork, A., Maruszewski, B., et al., 2022. Burden of hospitalizations in newly diagnosed heart failure patients in Poland: real world population based study in years 2013-2019. *ESC Heart Failure*, 9, pp. 1553-1563.

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumach, A., Bohm, M., et al., 2021. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42, pp. 3599-3726.

Parežnik, R., 2022. Akutno srčno popuščanje. In: Gradišek P., et al., eds. Šola intenzivne medicine 2022. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino in Katedra za anesteziologijo in reanimacijo, pp. 96-101.

Platz, E., Jhund, P.S., Claggett, B. L., Pfeffer, M. A., Swedberg, K., Granger, C. B., et al., 2017. Prevalence and prognostic importance of precipitating factors leading to heart failure hospitalization: recurrent hospitalizations and mortality. *European Journal of Heart Failure*, 20(2), pp. 295-303

Reisp, M. & Kovačević, N., 2016. Zdravstvena nega bolnikov s srčnim popuščanjem in pridruženimi boleznimi. In: Dolenc P., ed. XXV Strokovni sestanek združenja za arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo združenje za arterijsko hipertenzijo, pp. 77-83.

Šum Lešnjak, A. & Šenk, T., 2015. Vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s srčnim popuščanjem in hipertenzijo. In: Dolenc P., ed. XXIV Strokovni sestanek združenja za hipertenzijo. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo združenje za arterijsko hipertenzijo, pp. 19-30.

Taniguchi, C., Seto, N. & Shimizu, Y., 2021. Outpatient nursing support for self-monitoring in patients with chronic heart failure. *PLOS ONE*, 16(7)

Vrtovec, B., 2022. Sodobni dosežki pri zdravljenju srčnega popuščanja. In: Dolenc P., ed. XXXI. Strokovni sestanek združenja za arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Združenje za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, pp. 107-113.

Žontar, T., Janša Trontelj, K., Kladnik, M. & Lošič, R., 2014. Bolnik s srčnim popuščanjem. Delavna skupina medicinskih sester za srčno popuščanje. Available at: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.zd-lj.si/cpc/images/datoteke/gradiva/radm_sestre/6_BOLNIK_S_SRNIM_POPUANJEM.pdf [1.9.2023].

INTERPRETACIJA EKG-JA

ECG INTERPRETATION

mag. Anja Zupan Mežnar, dr. med.

anja.zupan.meznar@kclj.si

KO za kardiologijo, UKC Ljubljana

IZVLEČEK

Elektrokardiogram je grafični zapis električne aktivnosti srca. Je nepogrešljiva diagnostična metoda, s katero se diagnosticira številne srčne bolezni. Za uspešno interpretacijo je potrebno poznati fiziološke osnove nastanka EKG krivulje. Izjemno pomembna je pravilna tehnična izvedba preiskave. Interpretacije EKG zapisa se lotimo sistematično, po korakih: ocenimo srčni ritem, srčno frekvenco, kakšna je povezava med P valovi in kompleksi QRS, izračunamo električno srčno os, ocenimo morfologijo kompleksa QRS ter segmenta ST, vala T in dobo QT. Kljub na videz zapletenemu ozadju nastanka EKG krivulje je interpretacija v veliki meri tudi izkustvena in temelji na prepoznavanju vzorcev.

Ključne besede: EKG, elektrokardiogram, kompleks QRS, sinusni ritem, prevodne motnje

ABSTRACT

An electrocardiogram is a graphic representation of the electrical activity of the heart. It is an essential diagnostic method used to identify many heart diseases. To interpret it correctly, it is necessary to understand the physiological basis of the formation of the ECG pattern. Proper technical execution of the investigation is crucial. We interpret the ECG step by step, starting with assessing the heart rhythm and rate, followed by identifying the connection between P waves and QRS complexes, calculating the electrical cardiac axis, analyzing the morphology of QRS complex and ST segment, and evaluating the T wave and QT interval. Despite the seemingly complex background of the ECG pattern, interpretation is primarily experiential and based on pattern recognition.

Keywords: ECG, electrocardiogram, QRS complex, sinus rhythm, conduction disorders

UVOD

Elektrokardiogram (EKG) je grafični zapis električne aktivnosti srca. Mehaničnemu krčenju srčne mišice predhodi električna aktivnost, sprememba električnega potenciala na membrani srčno-mišičnih celic, ki jo lahko zabeležimo na površini telesa. Je nepogrešljivo klinično orodje,

s katerim diagnosticiramo številne srčne bolezni, od motenj srčnega ritma do različnih bolezni srčne mišice, kot tudi elektrolitska neravnovesja in toksične učinke zdravil. Za pravilno interpretacijo je potrebno poznavanje osnov nastanka EKG zapisa. (Štajer, 2011; Hampton, 2013). Namen prispevka je predstaviti osnove ozadja nastanka EKG krivulje, snemanja EKG in pristop k interpretaciji EKG zapisa.

ELEKTRIČNA AKTIVNOST SRCA

Prevodni sistem srca skrbi za redno tvorbo in širjenje električne aktivnosti, ki omogoča ritmično in urejeno krčenje srčne mišice. Tvorijo ga specializirane celice, ki so sposobne spontane depolarizacije in hitrega širjenja električne aktivnosti po srcu. Sinusni vozle narekuje srčni ritem, saj je sposoben najhitrejše spontane depolarizacije in ima zato najvišjo lastno frekvenco utripa. Do atrioventrikularnega (AV) vozla se električna aktivnost razširi po atrijskih vlaknih, naprej pa po Hisovem snopu, ki se razdeli na desni in levi krak prevodnega sistema, slednji pa nadalje na levi prednji in levi zadnji snop. Prevodni sistem se zaključi z mrežo Purkyně-jevih niti, ki obdajajo oba prekata kot mreža. Depolarizacija se širi z notranje strani prekatov proti zunanji (Štajer, 2011; Hampton, 2013).

SNEMANJE EKG

Standardni EKG zapis je 12-odvodni elektrokardiogram. Za pravilno interpretacijo EKG je izjemno pomembna pravilna postavitve elektrod (slika 1). Vsak odvod je posnetek električne aktivnosti srca na premici med dvema elektrodama. Elektrode, označene z V1-V6, postavimo na prsni koš. V1 in V2 namestimo v 4. interkostalni prostor desno in levo ob prsnico, V3 namestimo med V2 in V4. Elektrode V4, V5 in V6 spadajo v 5. interkostalni prostor, po vrsti v medioklavikularno linijo, sprednjo aksilarno in srednjo aksilarno linijo. Elektroda za desno roko je običajno označena z rdečo barvo, z rumeno je označena elektroda za levo roko, zelena je tista za levo nogo in črna za desno nogo. Med vsemi elektrodami dobimo 12 odvodov, 6 ekstremitetnih odvodov (I, II, III ter aVL, aVF in aVR) v frontalni ravnini in 6 prekordialnih odvodov (V1-V6) v horizontalni ravnini (slika 2).

EKG ZAPIS

Na papirju ali zaslonu se nam zapiše EKG krivulja, ki ponazarja električno aktivnost srca v 12 odvodih. Na abscisni osi je čas, standardna nastavitve hitrosti snemanja je 25 mm/s. Poznavanje hitrosti snemanja nam omogoča oceno potovanja električne aktivnosti v srcu. Ožji kot so posamezni elementi EKG krivulje, hitreje se električna aktivnost širi. Na ordinatni osi je amplituda električne aktivnosti. Višji signal pomeni večjo maso depolarizirane srčne mišice. Če smer električne aktivnosti srčne mišice kaže v isto smer kot posamezni odvod (gl. sliko 2; npr. za odvod I od desne proti levi roki), bo odklon EKG krivulje v tistem odvodu pozitiven (nad osnovnico), če kaže v nasprotno smer, pa negativen (pod osnovnico).

Posamezne dele EKG krivulje poimenujemo z valovi, zobci in intervali. Depolarizacija srčnih preddvorov se na EKG zapiše kot prvi del EKG krivulje, P val. Ker imajo srčni preddvori v

primerjavi s prekati majhno maso, je P val nizke amplitude. Oster in po amplitudi najvišji je kompleks QRS, ki predstavlja depolarizacijo srčnih prekatov, temu sledi val T, ki predstavlja repolarizacijo prekatov (povrnitev v električno stanje mirovanja). Del med P valom in kompleksom QRS je segment PR (ali PQ), del med kompleksom QRS in valom T pa segment ST (slika 3). (Štajer, 2011)

INTERPRETACIJA EKG ZAPISA

Interpretacije 12-odvodnega EKG se lotimo sistematično po naslednjih točkah:

1) Ocena srčnega ritma

- ocena P valov
- širina kompleksa QRS

2) Ocena srčne frekvence

3) Povezava med P valovi in kompleksi QRS

4) Izračun električne srčne osi

5) Morfologija kompleksa QRS

6) Segment ST, T val, interval QT

1) *Ocena srčnega ritma*

V normalnem, zdravem srcu srčni utrip izvira iz sinoatrialnega vozla, ki leži na stičišču obeh votlih ven z desnim preddvorom, sledi depolarizacija preddvorov in z določeno časovno zamudo še depolarizacija prekatov. V EKG zapisu depolarizacijo preddvorov vidimo kot P val, ki mu s časovno zamudo (interval PR) sledi kompleks QRS, repolarizacija prekatov se zapiše kot T val. Pri sinusnem ritmu (ritem, ki ga narekuje sinoatrialni vozle) je P val pokončen v odvodu II in bifazen v odvodu V1. Kompleks QRS je pri normalni depolarizaciji prekatov ozek (70-100 ms). Kadar si valovi P in kompleksi QRS sledijo redno, ima P val prej opisano obliko in je kompleks QRS ozek, lahko sklepamo, da gre za sinusni ritem. (slika 4) Pri absolutno nerednem srčnem ritmu, ko P valov ne vidimo, kompleksi QRS pa si sledijo z različnimi razmaki, govorimo o atrijski fibrilaciji. (slika 5) Kadar se med redni srčni ritem vrivajo posamezni kompleksi QRS, govorimo o izrednih srčnih utripih (ekstrasistolah). Če so kompleksi QRS enaki kot med sinusnim ritmom, gre najpogosteje za nadprekatne ekstrasistole, če so kompleksi QRS širši in po obliki drugačni pa o prekatnih ekstrasistolah.

2) *Ocena srčne frekvence*

Standardna hitrost snemanja 12-odvodnega EKG je 25 mm/s. Z oceno razdalje med posameznimi elementi EKG krivulje lahko tako ocenimo čas trajanja posameznih segmentov, čas širjenja električne aktivnosti. Iz časovne razdalje med dvema kompleksoma QRS lahko

izračunamo frekvenco srčnega ritma. Za lažjo interpretacijo se EKG krivulja zapisuje na mrežo kvadratkov, kjer pri standardni hitrosti zapisa predstavlja 1 mali kvadrataček (1 mm) 40 ms, 1 veliki kvadrataček (5 mm) pa 200 ms. V 1 sekundi se tako zvrsti 5 velikih kvadratkov, oz. v 1 minuti 300 velikih kvadratkov. Če bi torej razdalja med dvema QRS kompleksoma znašala 1 veliki kvadrataček, bi lahko izračunali, da je frekvenca srčnega utripa 300/min. Če bi bila razdalja 2 velika kvadratačka, bi bila srčna frekvenca 150/min (300:2), itd. Normalna srčna frekvenca znaša med 60 in 100 utripi v minuti.

3) Povezava med P valovi in kompleksi QRS

Normalno si P valovi in kompleksi QRS sledijo v rednih razmakih. Kadar je povezava med obema porušena, govorimo o motnjah srčnega ritma. Bradikardne motnje srčnega ritma so počasne, s srčno frekvenco pod 60/min, tahikardne pa hitre, s srčno frekvenco nad 100/min.

Normalen interval PR (razdalja med začetkom P vala in začetkom kompleksa QRS) znaša do 200 ms (1 veliki kvadrataček). Kadar je razdalja daljša, gre za AV blok 1. stopnje. Kadar je število P valov večje od števila kompleksov QRS, govorimo bodisi o AV bloku 2. stopnje (nekaj P valov se prevede v kompleks QRS, posamezni QRS kompleksi izpadejo) (slika 7) ali AV bloku 3. stopnje oziroma popolnem AV bloku (P valovi in kompleksi QRS se pojavljajo neodvisno drug od drugega).

Tahikardne motnje srčnega ritma delimo v nadprekatne in prekatne. Pri nadprekatnih tahikardijah je oblika in trajanje kompleksa QRS običajno enaka kot med sinusnim ritmom. Prekatne tahikardije izvirajo iz srčnih prekatov, kompleksi QRS so običajno širši (>120 ms), po obliki pa drugačni kot med sinusnim ritmom. Povezave med P valovi in kompleksi QRS bodisi ni (AV disociacija), ali pa P valovi sledijo kompleksom QRS.

4) Izračun električne srčne osi

Električna srčna os je povprečna smer depolarizacije prekatov, projicirana na frontalno ravnino. Po dogovoru ima smer od desne proti levi roki (odvod I) vrednost 0 stopinj. Od tu se v smeri urinega kazalca veča do +180 stopinj, v nasprotni smeri pa do -180°. Normalna srčna os je med -30° in +90°, desna srčna os je med +90° in +180°, leva pa med -30° in -90°. Večina sodobnih elektrokardiografskih aparatov že sama izračuna električno srčno os. Ročno jo najlažje ocenimo s seštevkom vektorjev depolarizacije v dveh pravokotnih ekstremitetnih odvodih (npr. I in aVF). (slika 2)

Električna srčna os je odvisna od telesne konstitucije, npr. bolj navpična in desna pri visokih, asteničnih ljudeh in bolj horizontalna pri nizkih in debelih. Spremembo srčne osi povzročijo nekatere motnje prevajanja, npr. leva os pri levokračnem bloku in levem prednjem hemibloku, desna os pri levem zadnjem hemibloku. Desna os je lahko prisotna tudi pri hipertrofiji desnega prekata in pljučni emboliji.

5) Morfologija kompleksa QRS

Oblika kompleksa QRS nam lahko veliko pove o stanju prevodnega sistema srca in miokarda obeh prekatov. Ocenjujemo širino in amplitudo kompleksa QRS ter prisotnost patoloških zobcev Q.

Kompleks QRS je širok, kadar traja 120 ms ali dlje (> 3 mali kvadratki). Levokračni in desnokračni blok imata značilno obliko kompleksa QRS. O levokračnem bloku govorimo pri QS v odvodu V1 in RSR' (oblika zajčjih ušes ali črke M) v odvodu V6. (slika 6) Nasprotno, če je v odvodu V1 RSR' in v odvodu V6 širok S zobec, gre za desnokračni blok. (slika 7) Če oblika ni značilna, govorimo o intraventrikularnih motnjah prevajanja. Včasih lahko kompleksi QRS izvirajo iz ektopičnega žarišča proženja v prekatih ali pa gre za kroženje vzbujenja v prekatih, takrat govorimo o idioventrikularnem ritmu ali prekatni tahikardiji. Posebno EKG sliko vidimo tudi pri bolnikih z vstavljenim srčnim spodbujevalnikom. Pri spodbujanju v desnem prekatu je kompleks QRS širok, ima obliko podobno levokračnemu bloku, pred kompleksom QRS pa je prisoten oster zobec električnega impulza srčnega spodbujevalnika, ki mu rečemo stimulacijski artefakt.

Amplituda kompleksa QRS je odvisna od mase srčne mišice. Tako so pri hipertrofiji levega prekata R zobci v prekordialnih odvodih V4-V6 visoki, v V1-V3 pa vidimo globoke S zobce. Nizke amplitude kompleksov QRS vidimo lahko pri napredovalem srčnem popuščanju, perikardialnem izlivu ali pri nekaterih boleznih kopičenja, kot je npr. amiloidoza.

Zobec Q je patološki, če je širši od 1 malega kvadrata in globlji od 2 malih kvadratkov oziroma njegova globina znaša $>25\%$ kompleksa QRS. Patološke zobce Q vidimo po prebolelem miokardnem infarktu, na mestu, kjer je srčno mišico nadomestila brazgotina.

6) Segment ST, T val, interval QT

Segment ST ocenjujemo v primerjavi z intervalom PR, če je privzdignjen, govorimo o elevaciji ST veznice, če je spuščen pa o denivelaciji ST veznice. Do sprememb običajno pride pri ishemiji srčne mišice. Pri subendokardni ishemiji (netransmuralni miokardni infarkt, obremenitev srčne mišice zaradi aortne stenoze, hude arterijske hipertenzije ali tahikardije) opazujemo spust ali denivelacijo ST veznice, pri akutnem transmuralnem miokardnem infarktu pa dvig ali elevacijo ST veznice.

Ishemične spremembe pogosto spremljajo tudi spremembe T valov. Ti so med ishemijo lahko višji in bolj špičasti, ali pa se njihova smer v EKG obrne, govorimo o inverznih T valovih. Do spremembe T valov lahko pride tudi pri motnjah elektrolitskega ravnotežja, pri spremembah depolarizacije in obremenitvi prekatov.

Interval QT je pomembno merilo repolarizacije srčne mišice in ga merimo od začetka kompleksa QRS (zobca Q) do konca vala T. Vrednost korigiramo glede na srčno frekvenco oz. interval RR. Dolžina trajanja intervala QT je lahko podaljšana pri nekaterih prirojenih srčnih boleznih, ali zaradi vpliva različnih zdravil. Njegova ocena je pomembna pri bolnikih s srčnimi aritmijami. (Hampton, 2013)

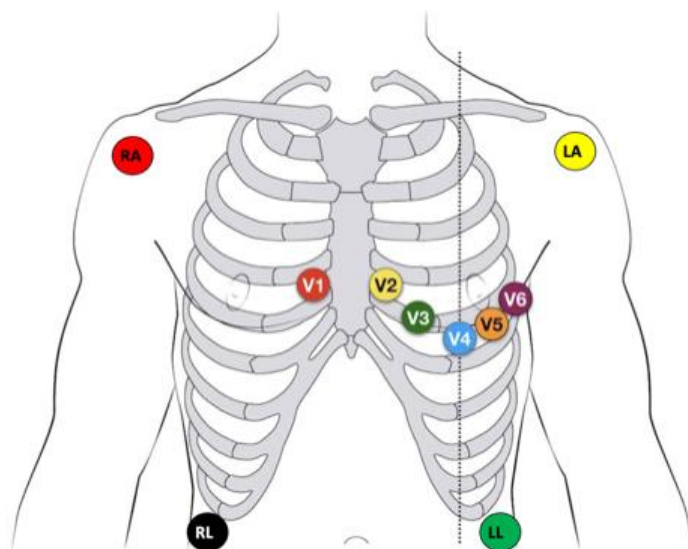
ZAKLJUČEK

Elektrokardiogram je enostavna, hitra, poceni preiskava, ki za bolnika ni naporna, nudi pa ogromno informacij in nam pomaga pri diagnosticiranju številnih bolezni. Za pravilno interpretacijo EKG zapisa je potrebno poznavanje anatomije in fizioloških osnov nastanka EKG krivulje. Interpretacije se lotevamo sistematično po zgoraj opisanih korakih in tako tudi podajamo izvid. Kljub na videz zapletenemu ozadju nastanka EKG krivulje je interpretacija v veliki meri tudi izkustvena in temelji na prepoznavanju vzorcev. Zato tudi tu velja tisti znani rek: "Vaja dela mojstra."

LITERATURA

Hampton, J.R., 2013. *The ECG Made Easy*. 8th ed. Churchill Livingstone: Elsevier, pp. 3-174.

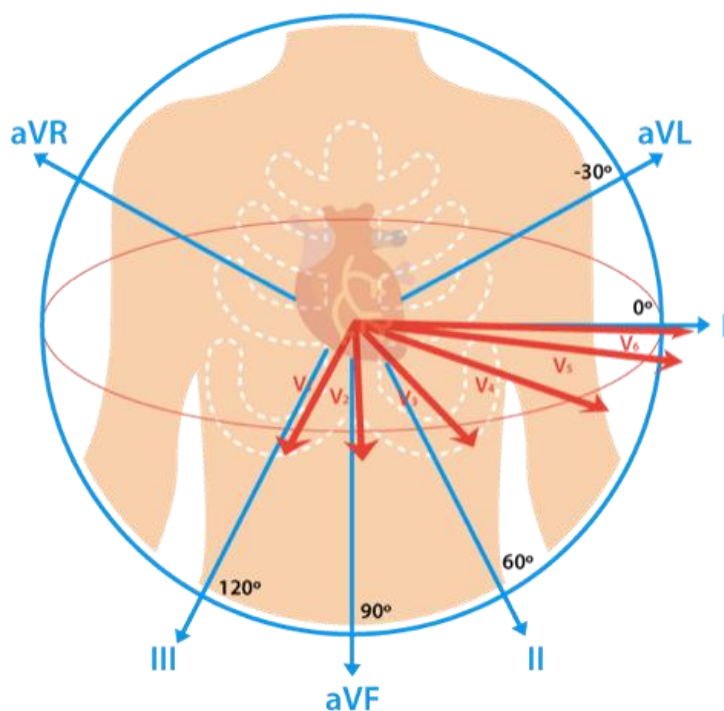
Štajer, D., 2011. Osnove elektrokardiografije. In: Košnik, M., et al., eds. *Interna medicina*. 4. izdaja. Ljubljana: Littera picta, pp. 133-144.



Slika 1: Pravilna postavitev elektrod pri snemanju 12-odvodnega EKG. (prirejeno po litfl.com)

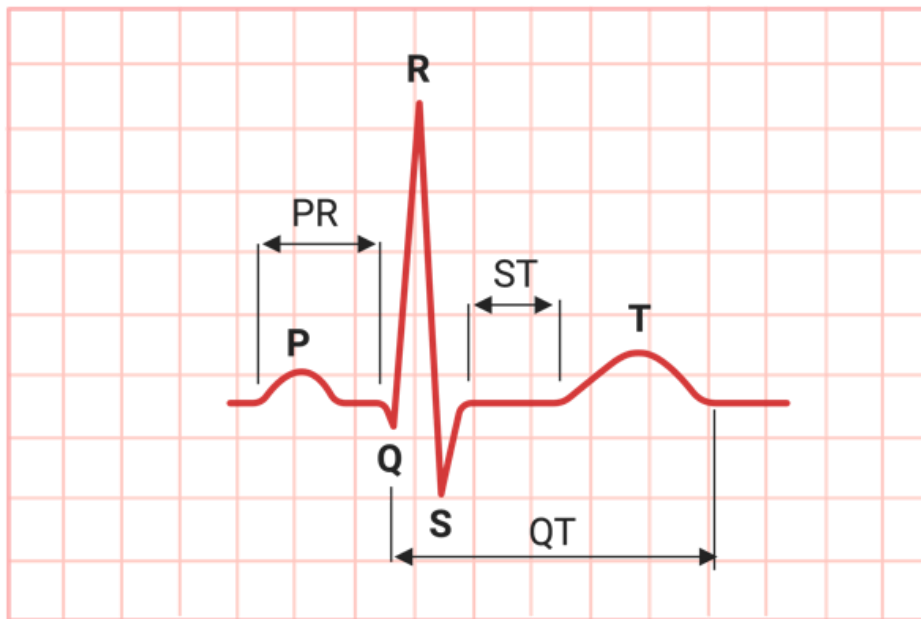
Elektrode za ekstremitetne odvode postavimo sledeče: rdečo na desno roko, rumeno na levo roko, zeleno na levo nogo in črno na desno nogo. Praviloma elektrode postavimo na zapestja in gležnje, zadovoljiva je tudi postavitev na ramena in boke. Elektrode za snemanje prekordialnih odvodov si sledijo: V1 in V2 v 4. medrebrni prostor desno in levo ob prsnici, V3 med V2 in V4. Elektrode V4-V6 postavimo na levo stran prsnega koša v 5. medrebrni prostor po vrsti v medioklavikularno linijo, sprednjo in srednjo aksilarno linijo.

Okrajšave: LA - left arm (leva roka), LL - left leg (leva noga), RA - right arm (desna roka), RL - right leg (desna noga)



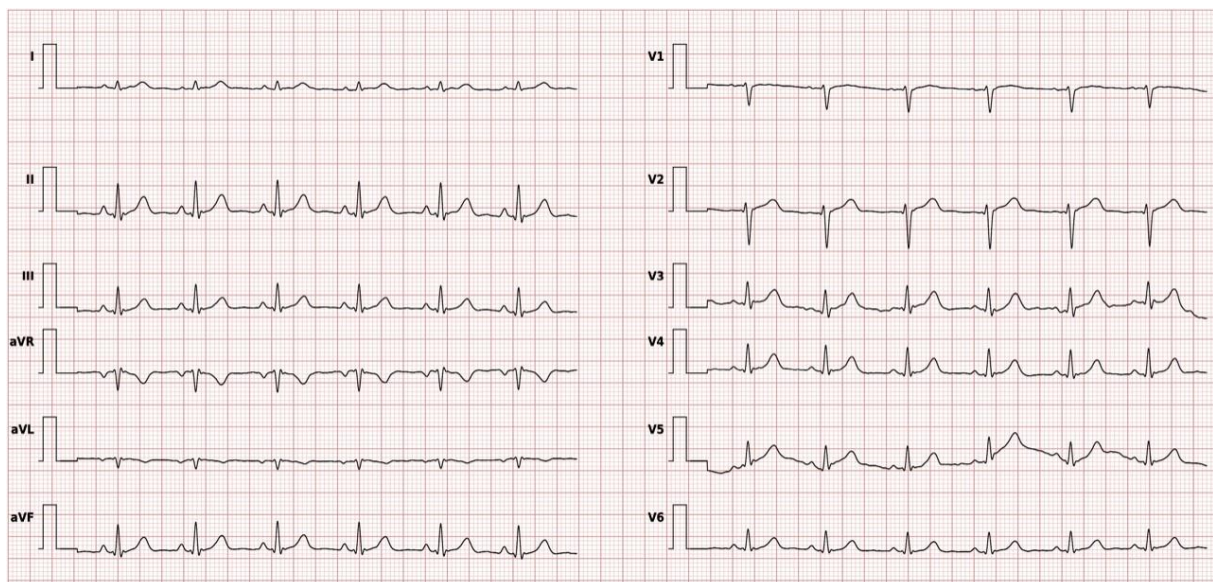
Slika 2: Odvodi standardnega 12-odvodnega EKG. (prirejeno po teachmephysiology.com)

Prekordialni odvodi so prikazani z rdečo barvo in nam slikajo električno aktivnost srca v horizontalni ravnini (kot če bi gledali od zgoraj navzdol). Odvoda V1 in V2 zrcalita bolj aktivnost desne strani srca, odvodi V3-V6 pa bolj leve. V frontalni ravnini (kot če bi gledali od spredaj navzad) slikajo električno aktivnost srca ekstremitetni odvodi. Odvod I zapiše razliko električnih potencialov med dvema elektrodama na desni in levi roki, zato je bipolarni odvod. Bipolarna odvoda sta še II (med desno roko in levo nogo) in III (med levo roko in nogo). Ostali odvodi so unipolarni in opišejo razliko električnih potencialov med posamezno elektrodo in t.i. osrednjo točko, ki jo aparat dobi s povezavo in povprečenjem signalov iz preostalih elektrod. Po dogovoru stopinje električne srčne osi pričnemo meriti v smeri odvoda I (0 stopinj). Od tu gredo v smeri urinega kazalca stopinje v pozitivno vrednost (do 180°) in v nasprotni smeri v negativno vrednost (do -180°).



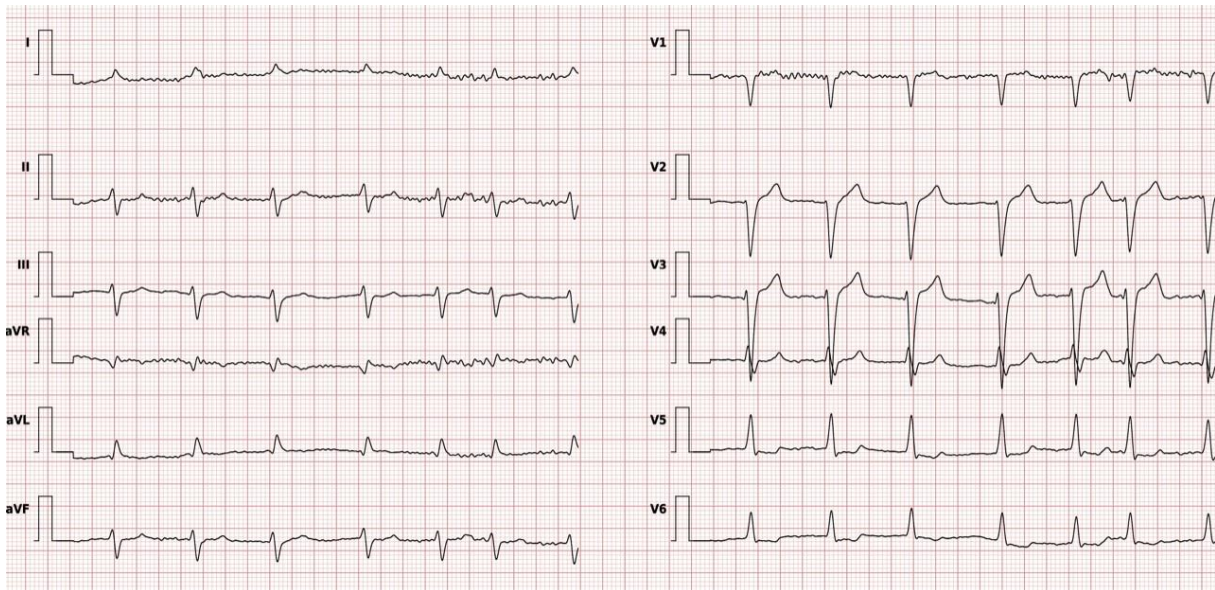
Slika 3: Deli EKG zapisa. (slika narejena s pomočjo programa Biorender)

Depolarizacija srčnih preddvorov se zapiše kot P val, depolarizacija prekatov kot kompleks QRS, pri čemer je zobec Q prvi negativen odklon, zobec R prvi pozitiven, zobec S pa drugi negativen odklon kompleksa QRS. Val T predstavlja repolarizacijo prekatov. Interval PR merimo od začetka P vala do začetka kompleksa QRS, interval QT pa od zobca Q do konca vala T. Položaj segmenta ST primerjamo s položajem spojnice PR.



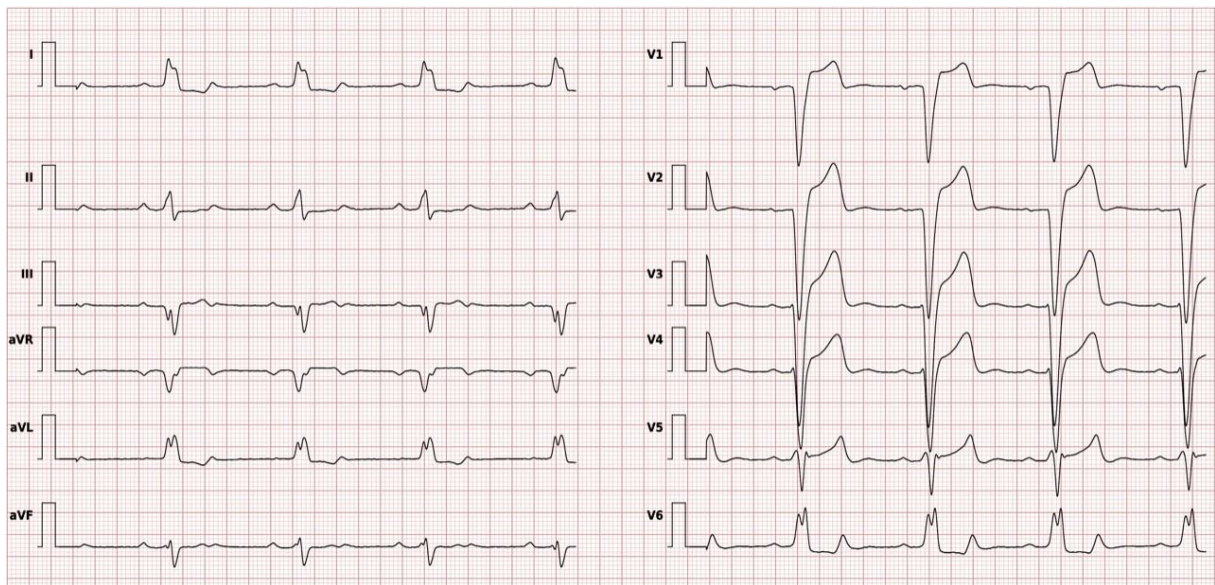
Slika 4: Normalen EKG (arhiv avtorice)

Sinusni ritem, frekvenca 85/min, srednja srčna os, ST veznica v izoliniji.



Slika 5: EKG posnetek z atrijsko fibrilacijo (arhiv avtorice)

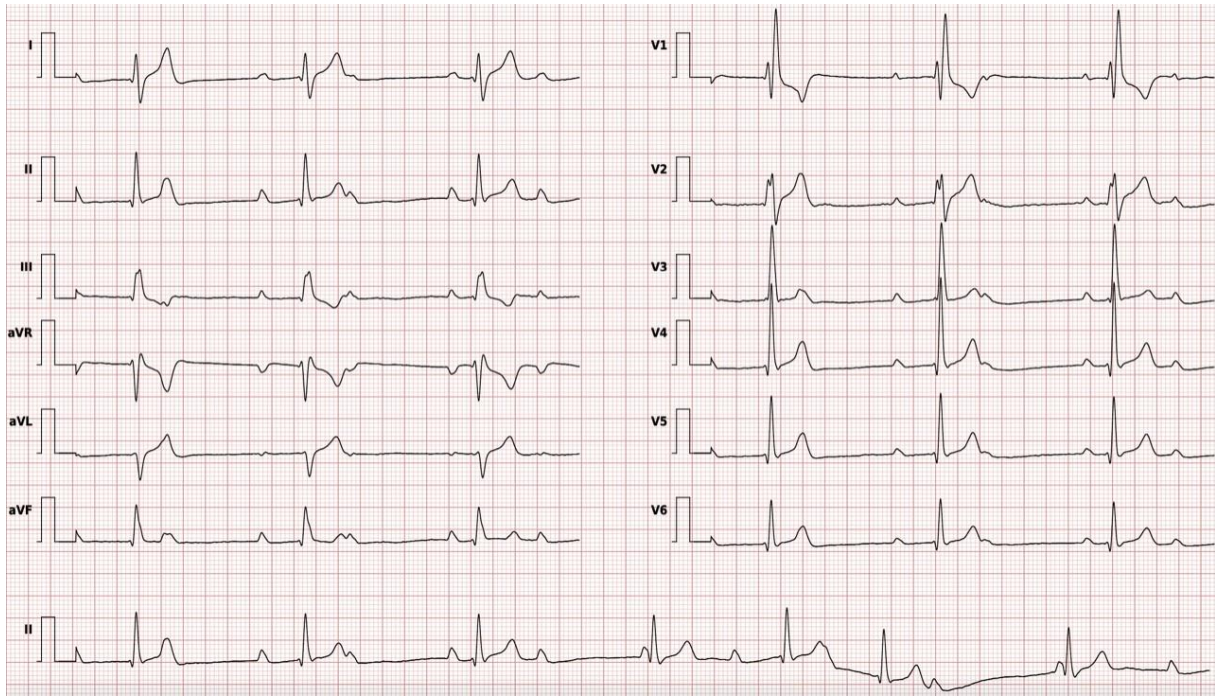
V posnetku ne vidimo P valov, kompleksi QRS si ne sledijo v pravilnem zaporedju, so nekoliko širši, električna srčna os je leva. Interpretacija: atrijska fibrilacija, fr. prekatov okrog 95/min, leva srčna os, levi prednji hemiblok.



Slika 6: EKG posnetek z levokračnim blokom (arhiv avtorice)

P valovi in kompleksi QRS si sledijo v rednih razmkih, vsak P val se prevede v kompleks QRS. Kompleksi QRS so široki in imajo značilno obliko - QS v odvodu V1 in RSR' (zajčja ušesa) v odvodu V6. Pri levokračnem bloku so običajno prisotne spremembe ST veznice in T vala, zato teh sprememb ne interpretiramo kot ishemijske.

Interpretacija: sinusni ritem, fr. 50/min, leva srčna os, levokračni blok.



Slika 7: EKG posnetek z AV blokom in desnokračnim blokom (arhiv avtorice)

P valovi in kompleksi QRS si ne sledijo v rednem zaporedju, razdalja se podaljšuje, posamezni kompleksi QRS izpadejo. Kompleks QRS je širok in ima značilno obliko - RSR' v odvodu V1, širok S v odvodu V6 (v tem posnetku je amplituda S zobca zelo nizka).

Interpretacija: sinusni ritem, fr. 65/min, AV blok 2. stopnje, Mobitz 1, desnokračni blok.

SPREJEM BOLNIKA S KARDIOGENIM PLJUČNIM EDEMOM V ENOTO INTENZIVNE TERAPIJE IN VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE – PRIKAZ PRIMERA

ADMISSION OF PATIENT WITH CARDIOGENIC PULMONARY OEDEMA TO THE INTENSIVE CARE UNIT AND THE ROLE OF THE REGISTERED NURSE – CASE REPORT

Edin Mahić dipl.zn., Semir Lemeš dipl.zn.

edin.mahic@klinika-golnik.si; semir.lemes@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, oddelek za intenzivno nego in terapijo

IZVLEČEK

Kardiogeni pljučni edem je eden od razlogov za nujni sprejem bolnika v enoto intenzivne terapije. V prispevku je predstavljen pomen pravočasne in pravilne zdravstvene obravnave bolnika s pljučnim edemom ter pomembna vloga medicinske sestre v tej situaciji.

Ključne besede: zdravstvena nega; kardiogeni pljučni edem; neinvazivna mehanska ventilacija

ABSTRACT

Cardiogenic pulmonary oedema is one of the reasons for emergency admission to the intensive care unit. The mortality rate of patients with cardiogenic pulmonary oedema is difficult to determine, as the severity and intensity of pain vary.

Keywords: nursing care; cardiogenic pulmonary oedema; non-invasive mechanical ventilation

UVOD

Kardiogeni pljučni edem je opredeljen kot pljučni edem zaradi povečanega kapilarnega hidrostatičnega tlaka, ki je posledica povišanega pljučnega venskega tlaka (Powell et al., 2016). Kardiopulmonalni edem odraža kopičenje tekočine z nizko vsebnostjo beljakovin v pljučnem intersticiju in alveolih kot posledico srčne disfunkcije. Tak edem vodi do progresivnega poslabšanja alveolarne izmenjave plinov in respiratorne odpovedi. Brez pravočasnega prepoznavanja in zdravljenja se lahko bolnikovo stanje hitro poslabša (Košnik, et al., 2018).

Pogoste hospitalizacije zaradi kardiopulmonalnega edema povečujejo tveganje za smrtnost. Brez pravočasne prepoznave in zdravljenja se lahko bolnikovo stanje hitro poslabša. Glavna zapleta, povezana s kardiogenim pljučnim edemom, sta odpoved dihanja in smrt. Zgodnja diagnoza in zdravljenje običajno preprečita te zaplete, v vseh primerih mora biti zdravnik pripravljen za umetno ventilacijo, saj bolnik kaže znake utrujenosti (zaspanost, potenje,

poslabšanje tesnobe (Andjelković et al., 2009). Najbolj izrazita slika kardiogenega pljučnega edema je sedeč položaj, zelo glasno težko dihanje (dispneja), pospešeno dihanje (tahipneja), sputum je penast in ima lahko primesi krvi. Avskultacijski šumi so slišni obojestransko, nasičenost s kisikom SpO₂ je pod 90 %, bolnik je tahikarden, vratne vene so proste, krvni tlak je večinoma povišan ali nizek, saj obstaja sum na kardiogeni šok. Bolnik je cianotičen in prekrit z znojem (Košnik, et al., 2011).

Medicinske sestre so pri sprejemu bolnika s kardiogenim pljučnim edemom pomemben člen kakovostne zdravstvene obravnave. Medicinske sestre ob bolnikih preživijo največ časa, zato lahko prve prepoznajo spremembe zdravstvenega stanja. Zdravstvena nega bolnika s pljučnim edemom od diplomirane medicinske sestre zahteva zgodnje in pravilno načrtovanje, izvajanje in vrednotenje vseh aktivnosti zdravstvene nege. Pravočasno prepoznavanje simptomov pljučnega edema pomaga diplomirani medicinski sestri pravilno oceniti bolnikovo stanje. Glavna dejavnost zdravstvene nege bolnika s kardiogenim pljučnim edemom v enoti intenzivne terapije je hemodinamski nadzor, spremljanje terapije in pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih. Ključnega pomena je pravilna ocena bolnikovega hemodinamskega stanja in zgodnje prepoznavanje potrebe po življenjskih aktivnostih pacienta. Vloga medicinske sestre je zelo pomembna, saj lahko s svojim znanjem in izkušnjami pomaga olajšati pacientove težave in pospešiti potek zdravljenja (Powell et al., 2016)

V strokovnem prispevku bodo predstavljene aktivnosti medicinske sestre ob sprejemu in v času zdravljenja bolnika s pljučnim edemom na oddelku za intenzivno nego in terapijo, s poudarkom na pravilnem ravnanju ob poslabšanju zdravstvenega stanja pacienta ter prikazu primera.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SPREJEMU BOLNIKA V ENOTO INTENZIVNE TERAPIJE

Vloga medicinske sestre ob sprejemu bolnika s kardiogenim pljučnim edemom v enoto intenzivne terapije je kompleksna. Pomembno je, da pravilno izmeri in oceni vse osnovne življenjske znake, posname EKG, bolnika čimprej priklopi na kontinuirani monitoring, namesti bolnika v položaj z visoko dvignjenim položajem, skuša nanj delovati pomirjujoče, vzpostavi periferno vensko pot in po navodilu zdravnika aplicira predpisano terapijo, natančno beleži bilanco tekočine in odvzame vse potrebne vzorce za laboratorijske preiskave ter po potrebi bolnika pripravi na vse dodatne preiskave. Bolnik s kardiogenim pljučnim edemom v večini primerov potrebuje ustrezno obliko dihalne podpore. V ospredju je neinvazivna mehanska ventilacija, kar pomeni predihavanje bolnika z pozitivnim inspiratornim tlakom. Aktivnost medicinske sestre pri tem je ustrezna namestitev pripomočkov za dihalno podporo, skrbi za varnost in psihofizično udobje bolnika (Lučić, 2020).

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S KARDIOGENIM PLJUČNIM EDEMOM V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE

Uporaba procesa zdravstvene nege je zaradi nestabilnega položaja in življenjske ogroženosti bolnika ključnega pomena. Pri načrtovanju in izvajanju aktivnosti diplomirana medicinska sestra izhaja iz ocene bolnikovega zdravstvenega stanja, upošteva pa tudi nujnost diagnostično-terapevtskih postopkov (Lopes da Silva et al., 2014).

Opazovanje in monitoring bolnika

Diplomirana medicinska sestra spremlja in dokumentira vitalne znake, vključno s krvnim tlakom, srčnim utripom, frekvenco dihanja in nasičenostjo s kisikom ter ob tem ocenjuje stopnjo

zavesti in duševno stanje bolnika, ki je priklopljen na kontinuirani monitoring (Ignatavicius et al., 2019).

Uporaba neinvazivne mehanske ventilacije

Kadar bolnik potrebuje neinvazivno mehansko ventilacijo (NIV), diplomirana medicinska sestra sodeluje pri pripravi bolnika na NIV, namesti pripomočke za dihalno podporo, skrbi za varnost in psihofizično udobje bolnika. Za uspešno ventilacijo je zelo pomembna psihična priprava bolnika in seznanitev z umetno ventilacijo. S tem diplomirana medicinska sestra pridobi njegovo sodelovanje, zaupanje ter strinjanje z ventilacijo. Bolnika je potrebno poučiti tudi o morebitnih zapletih. Med uvajanjem bolnika na NIV sta ob njem stalno prisotna zdravnik in diplomirana medicinska sestra, ki mu nudita potrebno podporo (Amado-Rodríguez et al., 2022).

Pri uvedbi NIV imajo izreden pomen medicinske sestre, ki po navodilih zdravnika pripravijo ustrezen ventilator. Glede na način ventilacije, diplomirana medicinska sestra izbere ustrezno masko in jo bolniku namesti in pritrudi. Maska mora primerno tesniti, bolnik pa mora biti nameščen v ustrezen položaj. Diplomirana medicinska sestra mora biti v času ventiliranja bolnika posebej pozorna na njegovo sodelovanje, doseganje nastavljenih parametrov, odstopanja saturacije in hitrosti dihanja (Knafelj, Gorjup, 2014).

Aplikacija terapije

Diplomirana medicinska sestra nastavi periferno vensko pot ter aplicira zdravila po zdravnikovih navodilih, ki lahko vključujejo diuretike (npr. furosemid), opioide (npr. morfin) za zmanjšanje preobremenitve s tekočino in zdravila za izboljšanje delovanja srca. Diplomirana medicinska sestra spremlja neželene učinke zdravil in terapevtski odziv (Ellingsrud, Agewall, 2015).

Bilanca tekočin

Vodenje in dokumentiranje bilance tekočin, vključujoč intravenozno in peroralno zaužite tekočine je naloga medicinske sestre pri pljučnem edemu, saj je vpliv medikamentozne terapije pri samem zdravljenju še kako pomemben (Smeltzer et al., 2017).

Diagnostično-terapevtski postopki

Asistenca pri posegih z zdravnikom glede na potrebe in stanja bolnika, je naloga medicinske sestre, saj bolniki za kontinuirano merjenje vitalnih znakov potrebujejo tako morebitno invazivno merjenje krvnega tlaka preko arterijske kanile in natančno izločanja tekočin preko urinskega katetra.

Sodeluje z drugimi člani zdravstvenega tima, vključno z zdravniki, respiratornimi terapevti in farmacevti, da uskladi zdravstveno oskrbo in po potrebi prilagodi načrt zdravljenja pri kritično nestabilnih bolnikih. Diplomirana medicinska sestra vodi natančno o dokumentacijo o vseh ocenah tveganja, posegih in odzivih bolnikov s kardiogenim pljučnim edemom (Smeltzer et al., 2017).

DISKUSIJA – PRIKAZ PRIMERA

Opisan je primer 53-letnega bolnika, ki je bil sprejet v enoto intenzivne terapije zaradi akutne respiratorne insuficience in suma na obojestransko pljučnico. Ob sprejemu je bil dispnoičen, tahipnočen, tahikarden, zelo utrujen. Zaradi hude hipoksemije smo takoj uvedli zdravljenje s high flow oxygen therapy (HFOT). Priklopili smo ga na monitor za spremljanje življenjskih funkcij. Ker je potreboval antibiotično in intravenozno terapijo, smo mu ustavili periferalni

centralni venski kateter (PICC) na desni roki. Zaradi hude stiske in občutka dušenja, je ves čas je potreboval prisotnost diplomirane medicinske sestre. Ob uvedbi diuretične terapije, in potrebi po spremljanju tekočinske bilance, smo pripravili ves potrebni material in asistirali zdravniku pri ustavitvi urinskega katetra. Zaradi pogostih odvzemov arterijske krvi za plinsko analizo mu je zdravnik z asistenco diplomirane medicinske sestre vstavil arterijsko kanilo desno kubitalno. Bolnika smo uredili in pripravili za rentgensko slikanje (RTG) pljuč. Po opravljenem RTG slikanju je bolnik potreboval plevralno punkcijo desno. Za poseg smo morali pridobiti soglasje za privolitev bolnika na poseg. Pripravili smo bolnika in potrebne pripomočke, ter asistirali zdravniku pri izvedbi posega. Vzeli smo vzorce in jih po naročilu zdravnika poslali na laboratorijsko analizo. Po opravljenem posegu se je stanje nekoliko izboljšalo, zato smo začeli z zniževanjem koncentracije kisika. Drugi dan po RTG slikanju bolnika je bilo potrebno ponovno punktiranje na levi strani. Ponovno smo pripravili bolnika in ves potrebni material za poseg. Po končanem posegu smo bolnika uredili in poskrbeli za udobno namestitev v posteljo. Ker je bila naročena ultrazvočna preiskava (UZ) srca, smo bolniku razložili potek preiskave in ga namestili v pravilen položaj za izvedbo preiskave. Vsak dan bivanja na oddelku za intenzivno nego in terapijo, smo izvajali pomoč pri življenjskih aktivnostih, kot so osebna higiena, prehranjevanja in pitje, pomoč pri odvajanju, skrbi za varnost in komuniciranje. Zdravstveno stanje bolnika se je izboljšalo, potreba po kisiku se je v nekaj dneh zmanjšala, zato smo prešli na oksigenacijo preko venturijeve maske. Zaradi potrebe po nadaljnjem zdravljenju bolnika smo uredili vso potrebno dokumentacijo in bolnika pripravili na transport.

ZAKLJUČEK

Obvladovanje pljučnega edema zahteva večdisciplinaren pristop, ki vključuje zdravstvene delavce z različnih področij, pri čemer imajo medicinske sestre ključno vlogo pri zdravstveni oskrbi bolnikov.

Učinkovita komunikacija, medsebojno sodelovanje in sposobnost prilagajanja spreminjajočim se potrebam bolnikov so bistvene veščine medicinskih sester, ki skrbijo za posameznike s pljučnim edemom.

LITERATURA

Amado-Rodríguez, L., Rodríguez-García, R., Bellani, G., Pham, T., Fan, E., Madotto, F., Laffey, J. G. & Albaiceta, G. M., 2022. LUNG SAFE investigators. Mechanical ventilation in patients with cardiogenic pulmonary edema: a sub-analysis of the LUNG SAFE study. In: *Journal of intensive care*, 10 (1), pp. 55.

Andjelković, L., Diallo Renko, D. & Vlahović, D., 2009. Pljučni edem zaradi negativnega tlaka ob zapori zgornje dihalne poti. In: *Zdravstveni Vestnik*. Ljubljana, 78(9), pp. 481-4.

Dobbe, L., Rahman, R., Elmassry, M., Paz, P. & Nugent, K., 2019. Cardiogenic Pulmonary Edema. *The American Journal of the Medical Sciences*, 358(6), pp. 389-397.

Ellingsrud, C. & Agewall, S., 2015. Morphine in the treatment of acute pulmonary oedema--why?. pp. 870-3. Available at: [Morphine in the treatment of acute pulmonary oedema — Why? - ClinicalKey](#) [15.9.2022].

Fronius, M., 2013. Treatment of Pulmonary Edema by ENaC Activators/Stimulators. *Current Molecular Pharmacology*, 6(1), pp. 13-17.

Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., & Rebar, C. R., 2019. *Medical-Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care*. 9ed. St. Louis: Evolve/Elsevier, pp. 756-68.

Ingbar, D. H., 2019. Cardiogenic pulmonary edema: mechanisms and treatment- an intensivist's view. *Current Opinion in Critical Care*, 24(4), p.p. 371-378.

Knafelj, R.& Gorjup, V., 2014. Neinvazivna ventilacija. In: Vajd R& Gričar M, eds. Urgentna medicina: izbrana poglavja. 21. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 19. do 21. junij 2014. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 114–6.

Lopes da Silva, L. E., Diniz dos Reis, P. E.& Alves Costa de Jesus, C., 2014. Nursing process in the context of respiratory disease: care implications in critical patient. *The Journal of Nursing UFPE*. 8(8), pp. 2746–53. Available at: (PDF) Nursing process in the context of respiratory disease: care implications in critical patient. (researchgate.net) [15.9.2022].

Lučić, A., 2020. Zdravstvena obravnava bolnika s pljučnim edemom v urgentni ambulanti in vloga medicinske sestre: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 10-16.

Matthay, A. M., 2014. Resolution of Pulmonary Edema. Thirty years of Progress. In: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189 (11), pp. 1301-1308.

Powell, J., Graham, D., O'Reilly, S.&Punton, G., 2016. Acute pulmonary oedema. *Nurs Stand*, 30(23), pp. 51-9. Available at: Acute pulmonary oedema (rcni.com) [15.9.2022].

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H., 2017. Chapter 27: Nursing Management: Heart Failure and Inflammatory Cardiac Disorders. In: Hinkle, L. J., Cheever, K. H., Overbaugh, K. Eds. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, pp. 857-68.

Voga, G.&Vrtovec, B., 2011. Srčno popuščanje. In: Košnik, M., et al., eds. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta, 2011: 171–80.

Vrtovec, B., Voga, G.& Zupan, I., 2018. Srčno Popuščanje. In: Košnik, M.& Štajer, D., 2018. *Interna medicina*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Ljubljana, pp. 176-186.

MOTNJE SRČNEGA RITMA: OD ATRIJSKE FIBRILACIJE DO VENTRIKULARNE TAHIKARDIJE

HEART RHYTHM DISORDERS: FROM ATRIAL FIBRILLATION TO VENTRICULAR TACHYCARDIA

Anže Knific, dipl.zdravstvenik

Urška Kovač, dipl.med.sestra

anže.knific@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Oddelek za intenzivno nego in terapijo

IZVLEČEK

Aritmija je težava povezana s hitrostjo ali ritmom srčnega utripa. Nekatere aritmije lahko povzročijo dražilne simptome, druge pa so lahko življenjsko nevarne in lahko povzročijo možgansko kap ali pa celo nenaden srčni zastoj. Medicinska sestra mora imeti osnovno znanje o srčnem ritmu ter znati prepoznati motnje srčnega ritma, ki so življenjsko nevarne. Pri prepoznavanju motenj srčnega ritma je vloga medicinske sestre zelo pomembna in velikokrat ključna za pacientovo življenje, ki je lahko ogroženo kadar koli. Predvsem pomembno je, da ima medicinska sestra potrebno znanje o pravilnem snemanju EKG-ja, prepoznavanju ogrožajočih motenj srčnega ritma ter o pravilnem in hitrem ukrepanju ko do motenj srčnega ritma pride. Medicinska sestra je največkrat tista, ki prva izve za pacientove težave in je prva oseba, ki pri snemanju EKG-ja ali monitoringu pacienta vidi zapis posnetka. Odločiti se mora ali gre za ogrožajočo motnjo srčnega ritma in ali lahko zapis EKG-ja pokaže zdravniku kasneje ali je potrebno nemudoma poklicati zdravnika.

Ključne besede: motnje srčnega ritma, vloga medicinske sestre, monitoring.

ABSTRACT

An arrhythmia is a problem related to the speed or rhythm of the heartbeat. Some arrhythmias can cause irritating symptoms, while others can be life-threatening and can lead to stroke or even sudden cardiac arrest. A nurse must have basic knowledge about heart rhythm and be able to recognize heart rhythm disorders, which are so dangerous. In identifying heart rhythm disorders, the nurse's role is very important and often crucial for the patient's life, which can be at risk at any time. Above all, it is important that the nurse has the necessary knowledge about the correct recording of the ECG, the recognition of threatening heart rhythm disturbances, and the correct and quick action when heart rhythm disturbances occur. The nurse is usually the first to find out about the patient's problems and is the first person to see the recording of the recording when recording the ECG or monitoring the patient. He must decide whether it is a threatening heart rhythm disorder and whether the ECG recording can show the doctor later or whether it is necessary to call the doctor immediately.

Key words: heart rhythm disorders, the role of the nurse, monitoring.

UVOD

Aritmija je težava povezana s hitrostjo ali ritmom srčnega utripa. Lahko je ritem prehitel prepočasen ali nereden (NIH, 2022). Nekatere aritmije lahko povzročijo dražilne simptome, druge pa so lahko življenjsko nevarne in lahko povzročijo možgansko kap ali pa celo nenaden srčni zastoj (Humphreys, et al. 2011). Med nevarne motnje srčnega ritma predvsem spadajo: ventrikularna tahikardija (VT), ventrikularna fibrilacija (VF), asistolija in električna aktivnost brez pulza (Božič, 2015). Motnje srčnega ritma, ki jih mora medicinska sestra prepoznati so lahko bradikardne, tahikardne motnje srčnega ritma, akutni koronarni sindrom in asistolija (Korošec, 2017). Med bradikardne motnje srčnega ritma, ki ga mora medicinska sestra prepoznati spadata AV blok 2. stopnje, ki lahko vodi v kompletni AV blok (Žižek & Petrovčič, 2018), ter kompletni AV blok oziroma AV blok 3. stopnje, ki je najnevarnejša oblika AV bloka, saj pacientu grozi srčni zastoj, v kolikor ekipa ne ukrepa pravočasno (Korošec, 2017). Med tahikardne motnje srčnega ritma pa spadajo AF, VT ter VF (Korošec, 2017), na katere se bomo osredotočili.

Atrijska fibrilacija (AF) je klinično najpogostejša motnja srčnega ritma. Pojavi se zaradi razpršenega in kaotičnega vzorca električnih aktivnosti v preddvorih. Le-ta aktivnost zavira ali nadomesti normalno delovanje sinusnega mehanizma. Je eden glavnih vzrokov obolevnosti in umrljivosti. Tveganje za nastanek AF se poveča s staranjem ter prisotnostjo bolezni srca kot so srčno popuščanje, bolezni zaklopk in arterijska hipertenzija. Pojavi se pri več kot 1% oseb med 60 in 65 letom starosti. Pri starejših nad 80let se pojavlja med 8-10%. Prevalenca je višja pri moških (Zulkifly et al. 2018). AF poveča možnost za možgansko kap tudi do petkrat in po nekaterih ocenah povzroči do 15% vseh možganskih kapi (Hindsholm et al. 2023). Simptomi se kažejo kot palpitacije in bolečina v prsnem košu. Ta dva simptoma se najpogosteje pojavljata pri mlajših pacientih, pri starejših pa prevladuje dispneja, utrujenost in slabo počutje. Zdravljenje AF poteka z vzpostavitvijo sinusnega ritma ali ureditvijo ustrezne frekvence prekatov (MedScape, 2022). AF se zdravi zaradi zmanjšanja simptomov, preprečevanja trombotičnih dogodkov ter preprečevanja kardiomiopatije (Zimetbaum, 2017).

Ventrikularna tahikardija (VT) je v medicinski praksi pogosto prisotna. Lahko je popolnoma benigna ali pa pomeni veliko tveganje za nenadno srčno smrt. Prezgodnji ventrikularni kompleksi (PVC) se nanašajo na vsak srčni ritem, ki izvira izpod atrioventrikularnega vozla ne glede na to, ali gre za en kompleks ali več zaporednih kompleksov. Več kot 3 zaporedne PVC-je s hitrostjo, ki je višja od 100 utripov na minuto, se obravnava kot VT (AlMahameed & Ziv, 2019). VT brez tipnih pulzov je nevarna saj se lahko izrodi v VF, ki pomeni srčni zastoj. Zdravljenje, ki ga uporabljamo so na primer uporaba beta blokerjev, amiodarona, in najpogosteje elektrokonverzija (Zgonec, 2022).

Ventrikularna fibrilacija (VF) je pogosta življenjsko ogrožajoča motnja srčnega ritma, ki povzroča pomembno obolevnost in umrljivost. Sprožilni mehanizmi VF so prezgodnji ventrikularni kompleksi (PVC) ali neobstoje ventrikularne tahikardije (Krummen et al. 2016). Sprožilci za VF prav tako pogosto izhajajo iz področja ishemije miokarda (Tsumoto & Kurata, 2022). Zdravljenje VF z zdravili v veliki meri ni uspešno, zato pri teh pacientih obstaja velika nevarnost za ponovni dogodek (Krummen et al. 2016). Implantabilni kardioverter defibrilator (ICD) ostaja glavni vir zdravljenja VF (Kusumoto et al., 2019).

Zdravstvena nega pri pacientih z motnjami srčnega ritma je zelo pomembna. Vključena je v celoten potek zdravljenja. Zdravstveni tim (zdravnik, diplomirana medicinska sestra) mora biti dobro poučen o motnjah in načinih zdravljenja srčnega ritma, ker le tako lahko pacientu nudijo ustrezno pomoč in mu posredujejo vse potrebne informacije (Muratović, 2022).

Namen strokovnega prispevka je predstaviti motnje srčnega ritma ter opisati vlogo diplomirane medicinske sestre pri prepoznavanju srčnih ritmov ter ukrepanju, ko so le ti ogrožajoči za pacientovo življenje.

DISKUSIJA

Pri prepoznavanju motenj srčnega ritma je vloga diplomirane medicinske sestre zelo pomembna in velikokrat ključna za pacientovo življenje, ki je lahko ogroženo kadar koli (Jovanović & Brvar, 2023). Predvsem pomembno je, da ima medicinska sestra potrebno znanje o pravilnem snemanju EKG-ja, prepoznavanju ogrožajočih motenj srčnega ritma ter o pravilnem in hitrem ukrepanju ko do motenj srčnega ritma pride (Panchal, et. al. 2020). To zahteva veliko strokovnega znanja diplomirane medicinske sestre, prav tako pa mora stalno spremljati novosti o zdravljenju, predvsem pa zaupati v svoje znanje (Jovanović & Brvar, 2023).

Pri snemanju srčnega ritma lahko uporabimo standardni EKG zapis (12 odvodov, sneman v mirovanju) ali pa pacienta spremljamo z monitoringom (neprekinjeno snemanje EKG-ja na zaslonu elektrokardiografskega monitorja). Monitor med nevarnejšo aritmijo sproži alarm in aritmijo zapiše (Miložič & Lešnik, 2015) . Vloga medicinske sestre pri monitoringu je:

- pregled pacientove dokumentacije – temperaturni list, seznanitev z zdravnikovim naročilom,
- psihična priprava pacienta,
- fizična priprava pacienta (bitje kože na prsnem košu, kjer bodo nameščene elektrode),
- priprava elektrod, priprava monitorja (vnesemo pacientove podatke),
- spremljanje in vpisovanje meritev v temperaturni list,
- prepoznati motnjo srčnega ritma,
- takoj obvestiti zdravnika o spremembi srčnega ritma,
- začeti s temeljnimi postopki oživljanja,
- aplicirati naročeno terapijo (Jovanović & Brvar, 2023).

Zapis aritmij natisnemo in vložimo v pacientovo dokumentacijo. Paziti je potrebno na morebitne motnje v signalu, ki niso aritmije (Miložič & Lešnik, 2015).

Od pravilnega odziva medicinske sestre na stanje pacienta je odvisno marsikaj. Medicinska sestra je tista, ki je 24 ur ob pacientu, ki opazi spremembe in takoj ukrepa (Jovanović & Brvar, 2023). Zato je zelo pomembno, da pozna življenjsko nevarne motnje srčnega ritma kot so VT brez tipljivega pulza, VF, bradikardija, ki lahko preide v asistolijo, asistolija in PEA ter simptome, ki se pri pacientu pojavljajo in to so:

- slabo ali ne tipljiv pulz,
- zelo nizka ali zelo visoka frekvenca srčnega ritma,
- težko dihanje (dispneja),
- padec arterijskega krvnega tlaka,
- vrtoglavica, omotica, izgub zavesti,
- bolečina v prsih,
- cianoza (Kešpret, 2014).

Za razumevanje patologije pa mora medicinska sestra poznati osnove EKG-a in normalno (sinusno) krivuljo (Muratović, 2022).

ZAKLJUČEK

Medicinska sestra je največkrat tista, ki prva izve za pacientove težave in je prva oseba, ki pri snemanju EKG-ja ali monitoringu pacienta vidi zapis posnetka in največkrat v bližini zdravnika ni prisoten. Odločiti se mora ali gre za ogrožajočo motnjo srčnega ritma in ali lahko zapis EKG-ja pokaže zdravniku kasneje ali je potrebno nemudoma poklicati zdravnika. Izjemno pomembno je pravilno reagiranje v primeru življenjsko ogrožujočih motenj srčnega ritma. Od tega je odvisno pacientovo preživetje.

LITERATURA

AlMahameed, S. T., & Ziv, O., 2019. Ventricular Arrhythmias. *The Medical clinics of North America*, 103(5), pp. 881–895.

Hindsholm, M. F., Damgaard, D., Gurol, M. E., Gaist, D., & Simonsen, C. Z., 2023. Management and Prognosis of Acute Stroke in Atrial Fibrillation. *Journal of clinical medicine*, 12(17), 5752.

Humphreys, M., Warlow, C. & McGowan, J., 2011. *Nursing the Cardiac Patient. Arrhythmias and their Management*, pp 132-155.

Jovanović, M., & Brvar, M., 2023. Obravnava bolnice z motnjami srčnega ritma zaradi zastrupitve z metildigoksinom: klinični primer vzajemnega delovanja zdravil. *Medicinski razgledi*, 62(1), 65-79.

Kešpret, B., 2014. Snemanje EKG zapisa – triki, zmote, pasti. In: Prestor, J. ed. *Interpretacija EKG zapisa v predbolnišničnem okolju*, november 2014, Celje. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, 2014.

Korošec, S., 2017. Kako naj reševalec bere EKG zapis in katere motnje srčnega ritma mora prepoznati?. In: Crnić I, ed. *Prepoznavanje in ustrezno ukrepanje ob življenjsko ogroženem pacientu – elektronska izdaja*. Portorož, 19 – 20. april 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 52 – 56.

Krummen, D. E., Ho, G., Villongco, C. T., Hayase, J., & Schricker, A. A., 2016. Ventricular fibrillation: triggers, mechanisms and therapies. *Future cardiology*, 12(3), pp. 373–390.

Kusumoto, F. M., Schoenfeld, M. H., Barrett, C., Edgerton, J. R., Ellenbogen, K. A. & Gold, M. R., 2019. ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(7), 932–987.

MedScape, 2022. Catheter Ablation. Available at: Catheter Ablation: Overview, Indications and Contraindications, Peri-procedural Care (medscape.com) [10.9.-2023].

Miložič, L., & Lešnik, A., 2015. Aktivnosti medicinske sestre v ambulanti internistične nujne pomoči pri akutnem miokardnem infarktu. *Urgentna medicina*, 300.

Muratović, A., 2022. Kompetence izvajalcev zdravstvene nege za interpretacijo elektrokardiograma v pred bolnišnični nujni medicinski pomoči: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

NIH, 2022. What is arrhythmia?. Available at: *Arrhythmias - What Is an Arrhythmia? | NHLBI, NIH* [11.9.-2023].

Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., Donnino, M. W., Drennan, I. R. & Hirsch, K. Get al. 2020. Adult Basic and Advanced Life Support Writing Group, Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S366–S468.

Tsumoto, K., & Kurata, Y.; 2022. Bifurcations and Proarrhythmic Behaviors in Cardiac Electrical Excitations. *Biomolecules*, 12(3):459.

Zgonec, N. 2022. Vloga operacijske medicinske sestre pri operacijah na srcu : diplomsko delo. Univerza v Ljubljani. Repozitorij Univerze v Ljubljani.

Zimetbaum P., 2017. Atrial Fibrillation. *Annals of internal medicine*, 166(5), ITC33–ITC48.

Zulkifly, H., Lip, G. Y. H., & Lane, D. A., 2018. Epidemiology of atrial fibrillation. *International journal of clinical practice*, 72(3), e13070.

Žižek, D. & Petrovčič, R., 2018. EKG: Bradikardije. In: Prosen G., ed. Zbornik 6. Šole urgence, 2018, 1 letnik, 2- cikel: Kardiologija, pulmologije in vaskularna medicina. Laško, 30 november in 1. december, 2018. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp- 100 – 106.

ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PRI RAVNANJU Z ZDRAVILI

ENSURING SAFETY IN THE HANDLING OF MEDICINES

Zdenka Kramar, mag. zdr. nege,
zdenka.kramar123@gmail.com

IZVLEČEK

Aplikacija zdravil je ena izmed glavnih nalog medicinskih sester in pomeni vnos zdravila v organizem pacienta. Izvedemo ga lahko na različne načine z različnimi postopki. Napake pri ravnanju z zdravili so najpogostejši preprečljivi vzroki neželenih dogodkov in so pomembno dejstvo pri zagotavljanju varnosti pacientov. Med neželene dogodke pri zdravljenju z zdravili uvrščamo napake, povzročene z nepravilnim ravnanjem in napake pri aplikaciji zdravil. Napake pri ravnanju z zdravili so tisti zapleti, ki nastanejo nenamerno v fazi predpisovanja, pripravljanja in dajanja zdravil ter spremljanja učinkovanja terapije. Medicinske sestre so ključne pri apliciranju terapije, zato so odgovorne za varno in strokovno izvedbo vseh povezanih aktivnosti. Pri aplikaciji zdravil lahko pride do napak, ki so povezane z različnimi individualnimi in organizacijskimi dejavniki oziroma vzroki. Najpogostejši vzroki za napake so največkrat zaradi kadrovskih in delovnih preobremenitev, prekinitev delovnega procesa in pomanjkanja znanja. Najpogostejše napake so na področju predpisovanja zdravil, prepisovanja terapije, v procesu delitve terapije, nepravilen čas aplikacije terapije, odsotnost dvojne kontrole, neurejena telefonska naročila, in neustrezno dokumentiranje odklonov. Najpogostejše napake pri aplikaciji zdravil nastanejo zaradi neizvajanja dvojnega preverjanja zdravila pri pripravi, neustreznega časa aplikacije zdravila, izpust oziroma ne dano zdravilo, pacient dobi napačno zdravilo, neustrezen in nepravilno izračunan odmerek in zamenjava identitete pacienta. Stopnjo varnosti na področju ravnanja zdravil je možno izboljševati z odpravo vzrokov in dejavnikov, predvsem na sistemskem in organizacijskem nivoju ter z rednim pridobivanjem in obnavljanjem znanja s področja ravnanja z zdravili ter uvajanje kulture varnosti, kjer se napake poročajo brez obtoževanja.

Ključne besede: napake pri ravnanju z zdravili, varnost, aplikacija zdravil, kultura varnosti

ABSTRACT

The administration of medication is one of the main tasks of nurses and involves the introduction of medication into the patient's body. This can be done in various ways using different procedures. Errors in medication handling are the most common preventable causes of adverse events and are a significant factor in ensuring patient safety. Adverse events in drug treatment include errors caused by improper handling and mistakes in medication administration. Medication handling errors are those complications that occur unintentionally in the stages of prescribing, preparing, administering medications, and monitoring the effectiveness of therapy. Nurses play a crucial role in administering therapy and are responsible

for the safe and professional execution of all related activities. Medication administration errors can occur due to various individual and organizational factors or causes. The most common causes of errors are often related to staffing and workload issues, interruptions in the workflow, and a lack of knowledge. The most common errors occur in the areas of medication prescribing, therapy prescription, therapy distribution process, incorrect timing of therapy administration, lack of double-checking, unregulated phone orders, and inadequate documentation of deviations. The most common medication administration errors arise from not performing double checks of medications during preparation, incorrect timing of medication administration, omission or wrong administration of medication, patients receiving the wrong medication, inappropriate and incorrectly calculated dosages, and patient identity mix-up. The level of safety in medication handling can be improved by addressing the root causes and factors, especially at the systemic and organizational levels, and by regularly acquiring and updating knowledge in the field of medication handling, as well as by promoting culture of safety, where errors are reported without being blamed.

Keywords: medication handling errors, safety, medication administration, safety culture

UVOD

Pomen varnosti pacientov je prepoznana že stoletja. Florence Nightingale je na prelomu 19. stoletja izjavila, da je "pomembna zahteva, da se pacientom v času zdravljenja v bolnišnici ne škoduje." Danes Svetovna zdravstvena organizacija definira varnost pacientov kot proces preprečevanje škode za pacientovo zdravje, ki bi se ji lahko izognili, ter izogibanje nepotrebnim napakam, ki jih povzročijo zdravstveni delavci (Afaya, et al., 2021).

Varnost pri ravnanju z zdravili zahteva celovitost in funkcionalnost več zapletenih, medsebojno povezanih procesov, kjer je za preprečitev napak pri ravnanju z zdravili zelo pomembno sodelovanje celotnega zdravstvenega tima. Proces ravnanja z zdravili je sestavljen iz petih korakov kot je predpis zdravila, potrditev predpisanega zdravila, priprava in odmerjanje pravega zdravila in aplikacije zdravila ter nadzor pacienta med in po aplikaciji zdravila (Smeulers, et al., 2015). Napake pri zdravljenju z zdravili so definirane, kot napake, ki se pojavijo v vsakem koraku procesa ravnanja z zdravil (Werner, et al., 2012).

Pri ravnanju z zdravili je zagotavljanje varnosti pacientov najpomembnejša naloga zdravstvenih delavcev. Izvajalci zdravstvene nege pri ravnanju z zdravili sodelujemo v večih korakih. Ena najpomembnejših aktivnosti in kompetenc, ki jih izvajamo medicinske sestre je priprava in aplikacija zdravil. Zavedati se moramo, da napake, ki nastanejo pri ravnanju z zdravili lahko vplivajo na zdravstveno stanje pacienta, lahko ga mu poslabšajo, lahko povzročijo celo nepopravljive posledice na zdravstvenem stanju pacienta, vplivajo na podaljšano hospitalizacijo in višje stroške zdravljenja (Kramar, 2023).

Leta 2017 je Svetovna zdravstvena organizacija opredelila pomembe globalne cilje na področju varnosti pacientov z geslom »Zdravljenje z zdravili brez napak, ki bi povzročili škodo pacientu«. Njihov namen je bil spodbuditi vse zdravstvene delavce in sodelavce k aktivnemu pristopu za zmanjšanje napak tako pri zdravljenju z zdravili kot tudi preprečevanju napak pri ravnanju z zdravili. V petih letih so želeli doseči zastavljeni cilj, to je zmanjšati škodo pacientov zaradi napak pri ravnanju z zdravili, ki je v 50 % preprečljiva (Thomas, et al., 2019).

V Sloveniji o napakah, ki nastanejo pri ravnanju z zdravili ne poročamo sistematično. . Posamezne raziskave, ki so bile izvedene ugotavljajo, da so najpogostejše napake zaradi zamenjave zdravil z generičnimi zdravili, ki so cenejši, nečitljiv predpis s strani zdravnika in nepravilna komunikacija med zdravnikom in medicinsko sestro, nezmožnost pravočasne aplikacije, prekinitve medicinske sestre med pripravo zdravil in pomanjkanje kadra ter strokovnega usposabljanja o novih zdravilih (Vrbnjak, 2017, Kramar, 2023).

Varnost pacienta je prva prioriteta zdravstva. To je nenehno ugotavljanje, analiziranje in obvladovanje tveganj za pacienta z namenom izvajanja varne obravnave pacienta in zmanjševanje škode za pacienta na minimum. Gre za preventivno delo z namenom zmanjšanja števila zdravstvenih napak/odklonov in posledic le teh ter zmanjšanje tveganj, značilnih za zdravstveno oskrbo pacientov. Pri zagotavljanju varnosti pacientov je zasnova v delovnih sistemih in procesih s katerimi zmanjšujemo možnost nastanka napak in zvečujemo možnost prestreganja napak, ko se ti zgodijo, na najvišjo možno mero. Zelo pomembno je poročanje o napakah brez strahu in brez kaznovanja. Največji oviri pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov sta profesionalna in organizacijska kultura ter kultura varnosti in osredotočanje na dnevno delo. Slaba kakovost in varnost pacientov privedeta do prizadetosti pacientov in svojcev ter zaposlenih kot tudi veliko ekonomsko breme zdravstvenega sistema in države (Kramar, 2014).

Namen prispevka je predstaviti vzroke in dejavnike, ki vplivajo na pojav napak pri ravnanju z zdravili na področjih, ki so kompetenca izvajalcev zdravstvene in babiške nege. Predstavljene bodo tudi najpogostejše napake in ukrepi, s katerimi lahko zmanjšamo odklone in izboljšamo varnost pacientov in zaposlenih.

Napake na področju ravnanja z zdravili

Napake pri ravnanju z zdravili so vse napake, do katerih pride v procesu zdravljenja z zdravili in lahko pacientu škodujejo dejansko ali le potencialno in se lahko pojavijo na različnih stopnjah zdravljenja (Aronson, 2009). Pojavijo se lahko na katerikoli stopnji zdravljenja. Napake pri ravnanju z zdravili so zapleti, ki nastanejo kot nenamerni v fazi predpisovanja, priprave, aplikacije ali spremljanja učinka zdravila medtem, ko je aktivnost izvajana pod nadzorom zdravstvenega delavca ali pacienta oz. uporabnika, kadar skrbi za terapijo sam – v domačem okolju. Pojavljajo oz. zgodijo se pogosteje od vseh drugih napak v zdravstvu (European medicines agency, 2014; Cloete, 2015). Viela in Jericó (2019) sta v raziskavi ugotovila, da je pri ravnanju z zdravili kar 50% napak takšnih, ki škodijo pacientu in jih lahko v 90% preprečimo. V zahodnih evropskih državah pa tudi drugje v svetu, kjer imajo razvito visoko raven kulture varnosti v bolnišnicah, napake sporočajo in spremljajo (Avstralija, Kanada, Združene države Amerike) ter poročajo o velikih finančnih stroških, nastalih zaradi tega (Cloete, 2015). V raziskavi, ki je bila izvedena v letu 2018 v ameriških bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da napake pri ravnanju z zdravili vsako leto povzročijo več kot 770 000 primerov škode za pacienta ali celo njihovo smrt. Kot posledica napak so se stroški bolnišnic povečali od 1,56 do 5,6 milijarde dolarjev letno. Poleg tega imajo pacienti zaradi podaljšane hospitalizacije in dolgotrajnega zdravljenja dodatne individualne stroške med 2.852 in 8.116 USD (Slight, et al., 2018).

Pomen kulture varnosti pri ravnanju z zdravili

Uvajanje kulture varnosti je proces, ki lahko prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov. Kultura varnosti zajema razumevanje vrednot, prepričanj in standardov v zvezi s tem, kaj je pomembno za pacienta in zdravstveno organizacijo (Kramar, 2014). Pomembno je vzpostaviti tako kulturo, ki deluje v smeri prepoznavanja napak in

posledično izvajanja učinkovitih ter izvedljivih ukrepov, namesto da krepí kulturo obtoževanja, sramu in kaznovanja. Zdravstvene organizacije morajo vzpostaviti kulturo varnosti, ki se osredotoča na izboljšanje sistema in zmanjševanju napak na področju ravnanja z zdravili (Helo & Moulton, 2017). Po povzročeni napaki medicinske sestre pogosto občutijo strah in dvom v sebe ter v svoje znanje. Napake negativno vplivajo tudi na njihovo samozavest. Občutijo lahko jezo, upad zbranosti, obup, sramoto, ponižanje, stres, zaskrbljenost, nemoč, negotovost, paniko in osamljenost. Večina medicinskih sester čuti moralno dolžnost po priznanju storjene napake pri ravnanju z zdravili. Vseeno pa napake, ki ne povzročijo večje spremembe zdravstvenega stanja pacienta, pogosteje ostanejo zamolčane in prikrite, tako pacientu kot zdravniku (Athanasakis, 2019). Medicinske sestre velikokrat tudi ne poročajo zaradi strahu, da ne bi izpadle nekompetentne pred sodelavci. Zavedanje in sporočanje napak ter pogovorov o napakah, primerna komunikacija v multidisciplinarnem timu ter izvajanje raziskav in razvoj smernic ter standardov za ravnanje in varno aplikacijo zdravil, so ključni elementi za preprečevanje napak povezanih z zdravili (Kramar, 2018).

Vzroki in dejavniki za pojav odklonov na področju ravnanja z zdravili

Ugotovitve raziskave, ki sta jo izvedla Karavasiliadou in Athanasakis (2014) kažejo, da so individualni in organizacijski dejavniki najpogosteje prisotni za možnost pojava napak pri ravnanju z zdravili, največkrat so to neustrezna pisna komunikacija, neustrezno shranjevanje zdravil, ter previsoka delovna obremenitev in premalo kadra (Keers, 2013; Björgsten, et al., 2015). Prekinitve v procesu priprave in delitve ter aplikacije zdravil (Johnson, 2017) in neustrezen prostor za pripravo zdravil, prav tako pomembno vplivajo na pojav napak (Alomari et al., 2017). Eden pomembnih dejavnikov je tudi teoretično in praktično znanje o ravnanju z zdravili (Niemann, et al., 2014; Di Muzio, et al., 2016). Medicinske sestre porabijo okoli 40 % delovnega časa za izvajanje aktivnosti na področju ravnanja z zdravili, zato je velika verjetnost, da se napaka pojavi ravno pri tej poklicni skupini (Karavasiliadou & Athanasakis, 2014). Dokazana je statistično pomembna povezava med pojavom napak pri ravnanju z zdravili ter delovno obremenitvijo, z obravnavo več pacientov, s čustvenim stresom in premalo spanca (pogoste, dolgotrajne nočne izmene) (Dollarhide, et al., 2014). Kadar je vzrok osebni (zaposleni izvaja delo malomarno in lahkomiselno), lahko napake zmanjšamo ali odpravimo s spremembo vedenja. V tem primeru niso upoštevani delovni pogoji in delovno okolje, s takšnim pristopom ne bomo izboljšali organizacijske kulture in varnosti. Zato je pravilen pristop k reševanju zapletov iskanje sistemskih vzrokov v zdravstvenem sistemu z željo spremeniti delovne pogoje (Montesi & Lechi, 2009; Choo et al., 2010 cited in Kramar, 2023).

Napake pri ravnanju zdravil nastanejo kot posledica različnih vzrokov in dejavnikov. Pri reševanju napak, analiziranju in uvajanju izboljšav je potrebno poznati vzroke in jih z učinkovitimi ukrepi odpraviti oziroma zmanjšati njihovo pojavnost. Vrbnjak (2017) je na podlagi analize 16 posamičnih objavljenih raziskav ugotovila, da so najpogostejši vzroki za pojav napak pri ravnanju z zdravili prekinitvev medicinske sestre med pripravo in aplikacijo zdravil, nečitljiv zapis predpisanega zdravila, pomanjkanje znanja o zdravilih in veščin izračuna in odmerjanja količine zdravila, neupoštevanje standardov, podobnost embalaž zdravil, zdravila ni na voljo, preobremenjenost z delom in pomanjkanje kadra, utrujenost, stres, pomanjkanje koncentracije, pomanjkanja usposabljanja, novo zaposleni in pomanjkanje nadzora nad njimi.

Najpogostejše napake pri ravnanju z zdravili in predlagani ukrepi

Napake lahko nastanejo v vseh fazah ravnanja z zdravili in povzročijo 1 od 131 smrti pacientov, ki niso hospitalizirani in 1 od 854 smrti pacientov, v času njihove hospitalizacije. Med ameriškimi hospitaliziranimi pacienti se napake pri ravnanju z zdravili pojavijo med 4,8 % in 5,3 % (Wittich, et al., 2014). Sporočanje napak in analiza le teh je pomembna z vidika ustvarjanja izboljšav, vendar pa jih zaposleni ne sporočajo v več kot 37 – 67 % (Mayo & Duncan, 2004; Mrayyan & Al-Atiyyat, 2011; Wakefield, et al., 1999 cited in Vrbnjak et al., 2016, Vrbnjak 2017). Približno tretjina vseh napak pri ravnanju z zdravili se zgodi v fazi priprave zdravila (Smeulers, et al., 2015). Raziskave v slovenskih bolnišnicah ugotavljajo, da zdravstveni delavci sporočijo od 0 do 60% napak, ki so posledica ravnanja z zdravili (Jerebic & Panić, 2019).

Napake pri ravnanju z zdravili nastanejo:

- pri predpisovanju zdravil (nečitljiv predpis zdravila, nepopoln predpis, hitra menjava imen zdravil – uporaba generičnih imen),
- pri prepisovanju (napačna pogostost aplikacije zdravil, napačno ime zdravila, napačen odmerek zdravila),
- pri izdajanju zdravil (zdravilo ni izdano ob pravem času, da bi ga aplicirali, kot je predpisano, napačno zdravilo, napačni odmerek, napačna tehnika aplikacije);
- pri pripravi in aplikaciji zdravil (neupoštevanje pravil P, nedosledna identifikacija pacienta, ni trikratnega preverjanja zdravila – preden medicinska sestra vzame zdravilo iz omare, pred pripravo in pred aplikacijo, ne upoštevanja dvojnega preverjanja pred pripravo zdravila, napačno zdravilo, nepravilen čas aplikacije, izpust aplikacije zdravila, aplikacija nepredpisanega zdravila, prekinitev dela medicinske sestre),
- pri opazovanju pacienta za ugotovitev odziva na aplicirano zdravilo (nedoslednost pri opazovanju pacientov po aplikaciji zdravil) (Alomari, et al., 2018, Shitu, et al., 2020, Vrbnjak, 2017, Kramar, 2018).

Po nekaterih raziskavah in presojah v slovenskih bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da se izvajalci zdravstvene nege srečujejo s problemi v procesu ravnanja z zdravili, kot je neurejeno predpisovanje zdravil, prepisovanje terapije, z prekinitvami v procesu priprave in aplikacije terapije, nepravilnim časom aplikacije, odsotnostjo dvojne kontrole, telefonskimi naročili, z motnjo dobave zdravil iz lekarne (Kramar & Marinšek, 2010; Pušnik & Pirš, 2011; Pušnik & Dobnik, et al., 2017, cited in Kramar, 2023). Kramar in Marinšek (2010) sta raziskovali neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitev dela medicinske sestre. Ugotovili sta, da se s prekinitvami med razdeljevanjem zdravil poveča možnost postopkovne napake za 12-13 %. Najpogostejši vzroki za prekinitev medicinske sestre med razdeljevanjem zdravil so: motenje s strani drugih zdravstvenih delavcev (10,5 %), procesne nepravilnosti (26,5 %), nečitljiv predpis odmerka zdravil, iskanje dodatnih informacij (31,5 %), potrebe po neposredni zdravstveni negi pacientov (17,5 %) ter telefonski klici (14 %). Raban in Westbrook (2014) sta tudi preučevali pogostost prekinitev avstralskih medicinskih sester pri pripravi in aplikaciji zdravil. Ugotovili sta, da se lahko z določenimi aktivnostmi zmanjša pojavnost napak zaradi prekinitve. Posledično sta predlagali ukrepe, ki naj bi jih bolnišnice vzpostavile, kot so cone brez prekinitev, kjer se zdravila pripravljajo, vzpostavitev različnih oznak in opozorila, na katerih so napisi o neprekinjanju dela medicinskih sester med rokovanjem z zdravili, uporaba različnih brezrokavnikov in drugih oznak medicinskih sester pri razdeljevanju zdravil, sezname za medicinske sestre, ki rokujejo z zdravili, Pomemben element za nastanek napak so tako imenovani prikriti vzroki, ki so predpogoj za nastanek napak (pomanjkanje kadra, preobremenjenost kadra, velika intenziteta dela, slaba organizacija dela, prenos kompetenc, pomanjkljivo znanje o zdravilih podoben videz in ime zdravila, neinformiranost pacientov, različna oprema, ipd (Alomari, et al., 2018).

Zagotavljanje varnega ravnanja z zdravili ter vloga medicinske sestre

Profesionalna vloga medicinskih sester pri delitvi zdravil obsega varno rokovanje in aplikacijo zdravil, vključuje pa tudi odgovornost za obveščanje pacientov, katera zdravila prejemajo, zakaj jih prejemajo ter opozarjanje na možne stranske učinke (Šmitek, 2008). Izrednega pomena je, da ima medicinska sestra dovolj ustreznega znanja tako s področja samih zdravilnih učinkovin, izračuna odmerka zdravila, da pozna delovanje terapevtskega učinka in stranske učinke, način dajanja zdravil, poznati in spremljati mora odziv pacienta na prejeta zdravila in mu pomagati pri njihovem jemanju (Siebert, et al., 2017, Shitu, et al., 2020).

Ker je zdravljenje z zdravili področje, ki ponuja veliko možnosti za nastanek napak, morajo imeti izvajalci zdravstvene nege veliko specifičnega znanja za varno ravnanje z zdravili.

K varni pripravi in aplikaciji zdravil pripomore:

- pravilen predpis zdravila je osnovni pogoj za varno aplikacijo zdravila, uporaba elektronskega predpisa lahko prepreči nastanek napake (ime zdravila, merska enota, odmerek, način dajanja, izogibanje okrajšavam),
- primerna in profesionalna komunikacija med zdravnikom in medicinsko sestro: izogibanje nejasnim (dvoumnim) navodilom, izogibanje ustnim navodilom (lahko so napačno slišana), izogibanje na roko napisanim navodilom (lahko so napačno prebrana), izogibanje telefonskim navodilom (lahko so napačno razlagana). Pomembno je dokumentiranje kjer je s podpisom potrjena aplikacija zdravila, ter čas, ko je bilo zdravilo dano. Vključitev pacienta v proces zdravljenja, da se ga seznanijo z danimi zdravili, pričakovanimi učinki in možnimi stranskimi učinki,
- vključitev kliničnega farmacevta v neposredno zdravstveno obravnavo pacienta (proces predpisovanja, priprave in aplikacije zdravil, zagotavlja možnost posvetovanja ob vsakem času, celotnemu zdravstvenemu timu, lekarniško pripravljane zdravil z visokim tveganjem za nastanek zapletov ter označevanje z barvnimi kodami),
- strategija izobraževanja medicinskih sester s področja farmakoloških znanj, poznavanje zdravil, njegovih terapevtskih učinkov, stranskih učinkov. Medicinska sestra ne bi smela nikoli aplicirati zdravilo, ki ga ne pozna,
- priprava in aplikacija zdravil mora biti protokolirana (standardi) v katerih je opredeljen celoten postopek ravnanja z zdravili, uporaba pravila 5P in nadgradnja z 10P in 12P, znanje o izračunavanju odmerkov zdravil, načinih aplikacije, poznavanju in uporabi pametnih infuzijskih črpalk, preverjanje identitete pacienta in pravega zdravila, ki mora biti najmanj trikrat – preden medicinska sestra vzame zdravilo iz omare, pred pripravo in pred aplikacijo, nikoli ne bi smela aplicirati zdravila, ki ga ni sama pripravila. Zelo pomembno je samostojno dvojno preverjanje (independent double-check), ki vpliva na varno pripravo in aplikacijo zdravila. Na ta način lahko preprečimo do 95% napak pred samo aplikacijo zdravila. Druga medicinska sestra preveri postopek predpisa, priprave in aplikacije zdravila.
- pravilno shranjevanje zdravil v skladu s priporočili dobre lekarniške prakse: skrb za oddelčno lekarno, ravnanje z zdravili s seznama prepovedanih drog, preprečevanje zamenjav zdravila urejena po abecednem vrstnem redu, ločena po vrstah farmacevtskih oblik, različne jakosti istega zdravila morajo biti jasno ločene med seboj, pri prevzemanju, shranjevanju, dajanju zdravil je potrebno preverjati ime, farmacevtsko obliko, jakost ter rok uporabnosti zdravila, seznam nezdružljivih zdravil in infuzijskih raztopin, omejitev števila različnih proizvajalcev zdravil,
- ustrezno okolje za pripravo zdravil (ustrezna svetloba, zmanjšanje hrupa, brez prekinitev med delovnim postopkom, zmanjšanje delovnih obremenitev, tiha cona – poseben prostor v sobi, uporaba brezrokavnikov..);

- poročanje skorajšnjih napak in dejanskih napak. Pri tem je ključno vzpostaviti kulturo varnosti in kulture brez strahu ter kaznovanja, le na ta način lahko uspešno preprečujemo in obvladujemo napake, ki nastanejo na področju ravnanja z zdravili (učinkovita strategija zmanjševanja napak vključuje spodbujanje odkrivanja napak in izboljšave, ki povečajo varnost pacienta in preprečijo škodo (Cohen et al., 2003; Kodila, 2008; ISMP, 2010; Karadžić Šmitran et al., 2010, cited in Kramar, 2023; Raban & Westbrook, ;. 2017; Siebert, et al., 2017; Alomari, et al., 2018;).

DISKUSIJA

Človeško je delati napake, zato je od ljudi, ki delajo v zapletenih okoljih, z visokim stresom, nerealno pričakovati brezhibno delovanje. Predpostavka, da se posameznik ne more in ne sme zmotiti, ne bo izboljšala varnosti (Agency for Healthcare and Quality, 2019). Napake ljudi se bodo dogajale v manjši meri, če je v ustanovi vzpostavljen sistem, ki je odporen na napake. To pomeni, da v okoljih, kjer so sistemi in procesi dobro zasnovani je tudi manj napak. Zato je potrebno osredotočanje na sistem, ki omogoča nastanek škode/napake, začetek izboljšav in ukrepov za izboljšanje. To se lahko zgodi le v odprtem in preglednem okolju, kjer prevladuje kultura varnosti. To je kultura, v kateri se s prepričanjem, vrednotam in stališčem o varnosti pripisuje velik pomen, ki jih deli večina ljudi na delovnem mestu (Kramar, 2014). Napaka pri predpisovanju zdravil ne osvobaja medicinske sestre odgovornosti za aplikacijo napačno predpisanega zdravila. Medicinska sestra ne sme »slepo« slediti tistemu, kar je predpisano. Če zdravnik naredi napako in predpiše toksično ali letalno dozo zdravila, medicinska sestra ne sme aplicirati tega zdravila, če je ugotovila napako. Čeprav človeški dejavnik pri napakah ne more biti povsem eliminiran, se pogoji v katerih medicinske sestre delajo, lahko spremenijo, da se verjetnost, da pride do napak zmanjša. Ključni elementi za preprečevanje napak pri aplikaciji zdravil so: pravilna komunikacija v multidisciplinarnem okolju, zavedanje napak, poročanje in pogovarjanje o napakah, pospeševanje raziskav o varnosti pacientov ter razvoj smernic in standardov za ravnanje z zdravili (Kramar, 2023).

Zdi se samoumevno, da morajo medicinske sestre prevzeti odgovornost za storjene napake, pri tem se pozablja, da so systemske napake in človeški dejavniki tudi del teh napak (National, Advisory Group, 2013). Posebno, če izvajalec zdravstvene dejavnosti ne deluje v skladu z zagotavljanjem varnosti, strokovnimi smernicami in kompetencami, kjer je natančno opredeljeno na kakšen način, kako, zakaj in kdo izvede posamezno fazo ravnanja z zdravili. V raziskavah v slovenskih bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da na dajanje zdravil vplivajo številni organizacijski in individualni dejavniki, predvsem kadrovski, slabi delovni procesi in slaba komunikacija ter znanje. Tudi poročanje o odklonih je pomanjkljivo, predvsem zaradi strahu pred posledicami, kar govori o šibki kulturi varnosti (Vrbnjak, 2017). Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah.

ZAKLJUČEK

Izvajanje varne in visoko kakovostne zdravstvene in babiške nege sigurno vsem izvajalcem predstavlja izziv in pomemben element profesionalnega zadovoljstva na delovnem mestu. Osnovni cilj izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pacientov je izziv za vsakega posameznega zdravstvenega delavca in zdravstvenega sistema. Izvajalci zdravstvene nege se moramo zavedati, da je pri preprečevanju napak pomembno znanje in profesionalnost, zavedati se moramo, da smo zmotljivi, da lahko naredimo napako, da o njej lahko poročamo, da ugotavljamo vzroke in sledimo ukrepom, skratka, da delamo v sistemu, ki ima vzpostavljeno

kulturo varnosti, brez strahu in kaznovanja. Na ta način bomo tudi zmanjšali napake pri ravnanju z zdravili.

LITERATURA

Afaya, A., Konlan, K.D. & Kim Do, H. 2021. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. *BMC Health Serv Res* 21, 1156. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07187-5> [13.9.2023].

Alomari, A., Wilson, V., Solman, A., Bajorek, B. & Tinsley, P., 2017. Pediatric Nurses' Perceptions of Medication Safety and Medication Error: A Mixed Methods Study. *Comprehensive child and adolescent nursing*. Available at: <https://doi:10.1080/24694193.2017.1323977> [15.9.2023].

Aronson, J.K., 2009. Medication errors: definitions and classification. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), pp. 599–604. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03415.x> [13.9. 2023].

Athanasakis, E., 2019. A meta-synthesis of how registered nurses make sense of their lived experiences of medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 28, št. 17/18, str. 3077–3095. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.14917> [13.9. 2023].

Björkstén, K.S., Bergqvist, M., Andersén-Karlsson, E., Benson, L. & Ulfvarson, J., 2016. Medication errors as malpractice—a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. *BioMed health services research* 16 (1): 431. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997761/> [21.8.2023].

Cloete, L., 2015. Reducing medication errors in nursing practice. *Nursing standard*. 29, 20, 50–59. Available at: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.20.50.e9507> [15. 9. 2017].

Di Muzio, M., Marzuillo, C., De Vito C., La Torre, G. & Tartaglino, D. 2016. Knowledge, attitudes, behaviour and training needs of ICU nurses on medication errors in the use of IV drugs: a pilot study. *Signa vitae*, 11 (1), pp.182 – 206. Available at: <https://www.signavitae.com/articles/10.22514/SV111.052016.13> [15. 9. 2017].

Dollarhide, A. W., Rutledge, T., Weinger, M.B., Fisher, E.S., Jain, S., Wolfson, T. & Dresselhaus, T.R., 2014. *Journal of healthcare quality*, 36 (5), pp. 5-12. Available at: <https://doi.org/10.1111/jhq.12012> [15. 9. 2023].

European medicines agency, n. d.. Medication errors. Available at: www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp [3. 5. 2023].

Helo S, Moulton CE. 2017. Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. *Transl Androl Urol*. Aug;6(4):773-782. Available at: <https://doi.org/10.21037/tau.2017.06.28> [15. 9. 2023].

Jerebic, S.& Panić, Z., 2019 Zakaj ne sporočamo odklonov. In: Jerebic S., ed. Multidisciplinarnost, kompetence, kultura varnosti: ali je pacient v središču zdravstvene obravnave. Bled: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 67-71.

Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., et al., 2017. The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses (abstract). *Journal of nursing management*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28544351> [16. 9.20123].

Karavasiliadou, S.& Athanasakis, E., 2014. An inside look into the factors contributing to medication errors in the clinical nursing practice, *Health Science Journal*, 8(1) pp. 32-44. Available at: https://www.researchgate.net/publication/268146301_An_inside_look_into_the_factors_contributing_to_medication_errors_in_the_clinical_nursing_practice [16. 9.2023].

Keers R.N., Williams, S. D., Cooke, J.& Ashcroft, D. M. 2013. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, 36(11) pp.1045-1067. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2> [16. 9.2023].

Kramar, Z., 2023. Varno ravnanje pri razdeljevanju zdravil. In: Istenič A. ed. Dimenzije kakovosti in varnosti v onkološki zdravstveni negi [elektronski vir]: 47. strokovni seminar: zbornik predavanj: Terme Zreče, 21. april 2023. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji.

Kramar, Z., Ažman, M.& Vojnovič, A., 2018. Strokovni nadzori s svetovanjem kot del javnega pooblastila Zbornice – Zveze v procesu zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene in babiške nege. In: Gunčar, B. et al. eds. Skupaj rastemo s kakovostjo: zbornik referatov. 27. letna konferenca SZKO, 8. in 9. november 2018. Portorož: Ljubljana el. knjiga. - Ljubljana : Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 197-203.

Kramar, Z., 2014. Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kramar, Z.& Marinšek, N., 2010. Neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitve. In: Skela Savič B, ed. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: 3. mednarodna znanstvena konferenca, 16.-17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 153–161.

National Advisory Group on theety of Patients in England, 2013. A promise to learn – a commitment to act. improving the safety of patients in England. London: The Stationery Office.

Niemann D, Bertsche A, Meyrath D, Oelsner S, Ewen AL, Pickardt B et al., 2014. Drug handling in a paediatric intensive care unit – can errors be prevented by a tree-step intervention? *Klinische Padiatrie*. 226(2), pp.62-67. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1364030> [16. 9.2023].

Oblak, E. & Vrankar, K., 2012. Notranji nadzor pri dajanju zdravil. In: Blažun, A. ed. NIAHO in ISO 9001 bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik: zbornik predavanj, Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 22-23.

Raban, M. Z. & Westbrook, J. I., 2014. Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective?: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 23, št. 5, str. 414–421. 19. Ragau, S., Hitch. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002118> [16. 9.2023].

Shitu, Z., Thwe Aung, M. M., Tuan Kamauzaman, T. H. & Ab Rahman, A. F., 2020. Prevalence and characteristic of medication errors at an emergency department of a teaching hospital in Malaysia. *BMC Health Services Research*, 20, str. 56. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4921-4> [18. 9.2023].

Siebert, J. N., Ehrler, F., Combescure, C., Lacroix, L., Haddad, K., Sanchez, O. et al. 2017. A mobile device app to reduce time to drug delivery and medication errors during simulated pediatric cardiopulmonary resuscitation: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19, št. 2, e31. Available at: <https://doi.org/10.2196/jmir.7005> [18. 9.2023].

Systems Approach. In: Patient Safety Network: Agency for Healthcare and Quality, 2019 Available at: <https://psnet.ahrq.gov/primer/systems-approach> [16. 9.2023].

Slight, S. P., Tolley, C. L., Bates, D. W., Fraser, R., Bigirimurame, T., Kasim, A. & Watson, N. W., 2019. Medication errors and adverse drug events in a UK hospital during the optimisation of electronic prescriptions: a prospective observational study. *The Lancet Digital Health*, 1, št. 8, e403–e12. Available at: [https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(19\)30158-x](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(19)30158-x) [18. 9.2023].

Smeulders, M., Verweij, L., Maaskant, J. M., De Boer, M., Krediet, C. T. P., Nieveen van Dijkum, E. J. M. & Vermeulen, H., 2015. Quality indicators for safe medication preparation and administration: a systematic review. *Public Library of Science ONE*, 10, št. 4, e0122695. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122695> [18. 9.2023].

Šmitek J. 2008. Priprava zdravil za parenteralno aplikacijo. In: Šmitek J & Krist A, eds. Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 116–8.

Thomas, B., Paudyal, V., MacLure, K., Pallivalapila, A., McLay, J. & El Kassem, W. et al., 2019. Medication errors in hospitals in the Middle East: a systematic review of prevalence, nature, severity and contributory factors. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75, št. 9, str. 1269–1282. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02689-y> [18. 9.2023].

Viel, R. P. B. & Jericó, M. C., 2019. Implementing technologies to prevent medication errors at a high-complexity hospital: analysis of cost and results. *Einstein*, 17, št. 4, eGS4621. 30. Available at: https://doi.org/10.31744%2Feinstein_journal%2F2019GS4621 [18. 9.2023].

Vrbnjak, D., Denieffe, S., O'Gorman, C. & Pajnikihar, M., 2016. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review (abstract). *International Journal of nursing studies*, 63, pp. 162–178. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27637011> [1. 6. 2017].

Vrbnjak, D. 2017. Skrb za pacienta in varnost pri dajanju zdravil v zdravstveni negi. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Available at: <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=65599> [1. 3. 2019]

Werner N.E., Nelson E.T.& Boehm-Davis D.A., 2012. Human factors methods to reduce medication error: using task analysis in a pediatric and adult pharmacy. *Work* 4(Suppl 1): 5665–7. Available at: <https://doi.org/10.3233/wor-2012-0913-5665> [Accessed 16. 9.2023].

Wittich, C.M., Burkle, C.M. & Lanier, W.L., 2014. Medication Errors: An Overview for Clinicians. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(8), pp. 1116-1125. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.05.007> [16. 9.2023].

OSEBNA ZAŠČITA, VARNO OKOLJE IN VARNOST MEDICINSKIH SESTER PRI ROKOVANJU IN PRIPRAVI ZDRAVIL

PERSONAL PROTECTION, SAFE ENVIRONMENT AND SAFETY OF NURSES IN HANDLING AND PREPARING MEDICINES

Ditka Benedičič Katona, dipl. m. s

ditka.benedicic@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

POVZETEK

Zdravstvena nega bolnika, ki prejema zdravila je kompleksno in obsežno področje zdravstvene nege. Medicinske sestre se z zdravili srečujejo vsakodnevno in zato potrebujejo širok spekter znanj. Zdravljenje z zdravili predstavlja večstopenjski postopek, ki obsega predpisovanje, pripravo, aplikacijo zdravila in spremljanje odziva na prejeta zdravila. Pri pripravi intravenoznih zdravil v kliničnem okolju je zelo pomembno, da se zdravila pripravljajo z aseptično tehniko dela, skladno s tehniko »nedotikanja«. Obvezna je uporaba osebne zaščitne opreme in zagotavljanje varnosti medicinskim sestram, ki so izpostavljene zdravilom, ter namenski prostor, ki omogoča varno okolje za pripravo zdravil.

Ključne besede: aplikacija intravenoznih zdravil, varna priprava zdravil, osebna zaščitna sredstva, vpliv rokovanja z zdravili na zdravje

SUMMARY

Nursing a patient receiving therapy is a complex and wide-ranging area of nursing care. Nurses encounter medicines and their administration on a daily basis and therefore need a wide range of skills. Medication therapy is a multi-step process involving prescribing, preparing, dispensing or administering and monitoring the response to the medication received. In the preparation of intravenous medicinal products, it is very important that medicinal products prepared for administration to a patient on a hospital ward, under uncontrolled conditions, are prepared using aseptic working techniques, in accordance with the 'do-not-touch' technique. The use of personal protective equipment is mandatory.

Keywords: parenteral drug administration, safety drug preparation, personal protective equipment, impact of handling on health

UVOD

Medicinske sestre so kompetentne in odgovorne za varno aplikacijo zdravil. Njihovo prakso zavezujejo standardi, protokoli in zakonodaja. Delo v zdravstveni negi postaja vse bolj obsežno in zahtevno, klinična okolja so nepredvidljiva (Martyn & Paliadelis, 2019). Poleg že naštetih znanj, morajo imeti medicinske sestre tudi farmacevtsko znanje (Broyles, et al., 2013 cited in Martyn & Paliadelis, 2019), biti kompetentne pri odmerjanju in izračunavanju koncentracije zdravila (Coben & Weeks, 2014 cited in Martyn & Paliadelis, 2019), oceniti učinkovitost zdravil (McKenna & Gigi Lim, 2014 cited in Martyn & Paliadelis, 2019) hkrati morajo obvladovati tveganja in posledice napak (Nursing and Midwifery Council UK, 2010 cited in Martyn & Paliadelis, 2019). Pri kliničnih odločitvah morajo biti sposobne izvajati prakso na podlagi trdnih dokazov in se osredotočiti na bolnika (Levett-Jones, 2013), le-to zahteva usposobljenost in izkušnost medicinskih sester za sprejemanje pravih odločitev (Benner et al., 2008; Levett-Jones, 2013 cited in Martyn & Paliadelis, 2019). Zato je medicinska sestra dolžna poznati svoje kompetence in odgovornosti, upoštevati pravila in strokovne standarde (Knuplež, 2019).

Poleg znanja, ki ga mora medicinska sestra imeti za varno pripravo in aplikacijo zdravil ter ga zna prenesti v klinično okolje, potrebuje tudi ustrezno varno delovno okolje (Choo, et. al., 2010 cited in Šober, 2016). Oseba, ki pripravlja zdravila mora biti zaščitena z osebno varovalno opremo, ki jo zahteva ustanova (Debelak, 2015).

Namen prispevka je predstaviti varno delovno okolje in zagotavljanje varnosti medicinskim sestram pri pripravi terapije v povezavi z izpostavljenostjo zdravilnim učinkovinam in njenim posledicam pri rokovanju. Zaradi omejitve obstoječe literature in raziskav, smo se osredotočili na rokovanje s intravenozno terapijo v kliničnih okoljih.

VARNO DELOVNO OKOLJE ZA PRIPRAVO INTRAVENOZNIH ZDRAVIL TER VPLIV ZDRAVIL NA TVEGANJA IN ZDRAVJE MEDICINSKIH SESTER

Na vseh stopnjah priprave intravenozne terapije mora biti zagotovljena sterilnost intravenoznih pripravkov, vse do končne aplikacije. Za zdravila, ki so namenjena za intravenozno uporabo, proizvajalci v povzetku glavnih značilnosti zdravil podajajo navodila za pripravo na aplikacijo, ki lahko zajema raztapljanje praška, redčenje koncentrata, dodajanje različnih nosilnih raztopin, topil in dodatkov. Proizvajalci navajajo tudi fizikalno in kemijsko stabilnost pripravljene raztopine, glede na pogoje shranjevanja (hladilnik, sobna temperatura). Glede mikrobiološke stabilnosti navajajo še, da je ta odvisna od pogojev priprave. Za ohranitev sterilnosti izdelka, ki ga pripravimo iz predhodno sterilnih sestavin, mora njihova priprava potekati po aseptični metodi dela, v nasprotnem primeru je za mikrobiološko kakovost pripravka odgovoren uporabnik sam. Farmacevtski terminološki slovar aseptični postopek opisuje kot postopek, s katerim se ohranja sterilnost izdelka z uporabo predhodno steriliziranih vhodnih surovin, naprav, pripomočkov in ovojnine, v pogojih, ki izključujejo kontaminacijo z mikroorganizmi (Debelak, 2015).

Priprava večine farmacevtskih izdelkov za intravenozno uporabo za potrebe bolnikov poteka decentralizirano na kliničnem oddelku, v nekontroliranih pogojih. Zdravstveno stanje bolnikov zahteva hitro pripravo in aplikacijo zdravil, zato ni mogoče vzpostaviti njihove centralizirane priprave v bolnišnični lekarni. Ustreznih pogojev na oddelku ni mogoče zagotoviti, saj zaposleni, prostori in organizacija dela tega ne dopuščajo (Debelak, 2015). Isti avtor navaja rezultate raziskave, ki je bila izvedena v čistih prostorih za pripravo terapije. Z nadzorom

snažnosti delovnih površin, je bilo dokazano, da lahko med pripravo farmacevtskih izdelkov pride do prenosa mikroorganizmov na delovno površino. Vir bakterijskih vrst normalne flore kože so najverjetneje roke medicinskih sester, okoljske bakterijske vrste pa lahko izvirajo s površin vsebnikov razkužila, raznih ovojnin igel in brizg ali drugih predmetov prisotnih na delovnem pultu. Smernice Center for disease control and prevention (CDC) (2023) navajajo, da je zdravila potrebno pripraviti v namenskem, čistem prostoru za pripravo zdravil, kjer ni možnih virov kontaminacije, vključno z umivalniki ali drugimi viri vode. Voda lahko brizgne ali se razširi v obliki kapljic več kot meter od umivalnika. V prostoru za pripravo zdravil ne sme biti nobenega predmeta, ki bi lahko prišel v stik s krvjo ali telesnimi tekočinami. Primeri umazanih materialov, ki ne smejo biti v prostoru za pripravo zdravil ali v njegovi bližini, so: uporabljen material, kot so injekcijske brizge, igle, infuzijski sistemi, epruvete za odvzem krvi ali držala za igle, zabojniki za ostre predmete. Prostor za pripravo zdravil mora biti ločen, zaprt, brez motenj iz okolice in primerne velikosti za vsaj dve delovni mesti, poleg tega mora zagotavljati predpisano temperaturo. Nujno potrebno je razkuževanje površin. Kot še navaja CDC (2023), se mora prostor za pripravo zdravil redno čistiti in razkuževati. V prostoru za pripravo zdravil mora biti zagotovljen prost dostop do potrebnih pripomočkov (alkoholni pripravki za higieno rok, alkoholni robčki) da se zdravstveno osebje lahko drži aseptične tehnike ter medicinsko potrošni material za pripravo zdravil. Nujno potrebno je razkuževanje vbodnih mest ter vratov ampul s sterilnimi alkoholnimi robčki za enkratno uporabo z enkratnimi potegi, upoštevajoč 30 sekundni kontaktni čas.

Zdrava, nepoškodovana koža predstavlja bariero, ki ni brezhibna in je izpostavljena nevarnim lokalnim učinkom zdravila (draženje, dermatitis ali alergijske reakcije), ki lahko preide skozi kožo. Kožna bariera je lahko slabša zaradi nadražene kože ali kožnih bolezni in zato poveča dermalno absorpcijo snovi (European Commission, 2023).

Kadar ima zdravstveno osebje stik z nevarnimi zdravili, se izpostavljenost nevarnim kemičnim snovem lahko pojavi prek različnih poti, (European Commission, 2023):

vdihavanje: je ena od možnih poti izpostavljenosti, kjer se praški vdihnejo in vstopijo v telo prek dihalnih poti. To se lahko zgodi pri ravnanju s praškastimi snovmi, kot je tehtanje in raztapljanje, drobljenje tablet in ob izlitjih.

koža: dermalna izpostavljenost je pomembna pot izpostavljenosti v bolnišnicah in lekarnah, izhaja iz stika s kontaminiranimi površinami delovnega okolja.

zaužitje: izpostavljenost prek zaužitja je zanemarljiva. Kljub temu lahko stik roke z usti še vedno povzroči izpostavljenost prek zaužitja po dotiku kontaminiranih površin.

V tridesetih letih od objave tehničnih smernic agencije Occupational Safety and Health Administration (OSHA)(2023) o varnem ravnanju z nevarnimi zdravili se je znanstvena literatura na to temo zelo povečala. V letih od izdaje opozorila National Institute Occupational Safety and Health (NIOSH) iz leta 2004 je bilo v strokovno pregledani literaturi objavljenih več kot 400 člankov o ravnanju z visoko tveganimi zdravili. V teh poročilih je dokumentirano, kako lahko kontaminacija vial, priprava, aplikacija, odstranjevanje in druge dejavnosti farmacevte, medicinske sestre, zdravnike in druge delavce v zdravstveni oskrbi izpostavijo potencialno visokim koncentracijam teh kemikalij na delovnem mestu.

Nevarna zdravila, ki vsebujejo mutagene, kancerogene in za reproduktivnost toksične substance terjajo posebne zaščitne ukrepe pri pripravi in aplikaciji. Poleg že omenjenih nevarnih substanc in njihovega vpliva na telo, lahko povzročajo tudi naslednje zdravstvene težave: kontaktni dermatitis, lokalne toksične reakcije, alergijske reakcije, ki se lahko pojavijo zaradi direktnega kontakta s kožo, očesno sluznico, mukozno membrano. Lahko se pojavi abdominalna bolečina, izguba las, razjede nosne sluznice, nauzea, bruhanje, zaspanost,

nevarnost in preobčutljivost na nevarne kemične snovi, spremembe v normalnem številu krvnih celic ter poškodbe organov. Pri nevarnih zdravilih je stopnja izhlapevanja nizka. Če se upoštevajo postopki, opisani v navodilih za uporabo, je zelo malo verjetno, da se bodo nevarne snovi pojavile v obliki aerosolov. Če je ocena tveganja za posamezno nevarno zdravilo možna in je tako tudi opredeljeno, je potrebna posebna respiratorna zaščita. Zaščitna sredstva za uporabo pri pripravi nevarnih zdravil so opisana v Smernicah za varno ravnanje z nevarnimi zdravili pri delu. (European Commission, 2023). Smernice vsebujejo najrazličnejše praktične nasvete za delavce, delodajalce, javne organe in strokovnjake za varnost, s katerimi lahko ti izboljšajo svoje pristope k zaščiti delavcev pred nevarnimi zdravili

Antibiotiki so običajno v obliki prahu in so v steklenih vialah. Pri pripravi infuzij za bolnike se vakuum v steklenički sprosti in prašek se raztopi. Raztopina antibiotika lahko zaradi prevelikega pritiska uide in pride v stik s kožo osebe, ki pripravlja infuzijo. Če je kožna bariera poškodovana zaradi razpok ali suhe kože, antibiotik doseže dermis in lahko povzroči preobčutljivost. Epikutana senzibilizacija je možna tudi brez poškodbe kože, kar pomeni, da je navsezadnje nujna zaščita, npr. zaščitne rokavice. Ukrepi za zaščito zdravstvenih delavcev vključujejo tudi kirurške maske v primeru stika s prahom in aerosoli (priprava zdravil). Zaprte komore/sistemi za odsesavanje prahu in hlapov je najučinkovitejša metoda za preprečevanje stika z zdravili (Classen & Fuchs, 2015)

DISKUSIJA

Za pripravo in aplikacijo zdravil mora biti namenjen prostor, kjer se lahko medicinska sestra osredotoči na svoje delo in je prisotno malo motečih dejavnikov. Imeti mora stalno dostopnost do baz podatkov o zdravilih in do podatkov o bolnikih. Zagotovljena mora biti ustrezna zaloga in hramba zdravil, podatki o paralelah zdravil ter možnost konzultacije z zdravnikom in s farmacevtom ob vsakem času, ko je to potrebno (Choo, et. al., 2010 cited in Šober, 2016).

Z razvojem občutljivih testov za nekatere markerje nevarnih zdravil so se v zadnjih nekaj desetletjih pojavila velika prizadevanja za ocenjevanje delovnih okolij z uporabo vzorcev brisanja delovnih površin, kot so komore in pulti, ter širšega delovnega okolja, kot so tla in ročaji vrat. Raziskave so pogosto pokazale razširjeno kontaminacijo z nevarnimi zdravili (Minoia, 1998; Connor, 1999; Hedmer, 2004; Nygren in Aspman, 2004 cited in OSHA, 2023). Čeprav izmerjene koncentracije zdravil pogosto niso bile visoke, je pogostost pozitivnih (merljivih) rezultatov nakazovala na obsežno kontaminacijo in s tem možnosti izpostavljenosti zdravstvenih delavcev. V eni od raziskav na več lokacijah v ZDA in Kanadi je bilo ugotovljeno, da je 75 % vzorcev v lekarnah in 65 % v prostorih za zdravstveno nego za pripravo terapije pokazalo merljive rezultate prisotnosti nevarnih zdravil (Connor, 1999 cited in OSHA, 2023). Več raziskav je rezultate vzorčenja iz okolja povežalo z rezultati biološkega spremljanja zdravil v urinu zdravstvenih delavcev, pri čemer so dokumentirali dvig prisotnosti nevarnih zdravil v onesnaženem delovnem okolju (Minoia, 1998; Wick, 2003; Mason, 2005; Connor, 2010; Hon, 2015 cited in OSHA, 2023). Tudi pred pripravo onkoloških zdravil obstaja možnost izpostavljenosti zdravstvenih delavcev, saj so raziskave pokazale, da lahko pride do kontaminacije z zdravili pri rokovanju z zunanostjo novih, neodprtih stekleničk z zdravili (Connor, 2005; Nygren, 2002a; Sessink, 1992a; Power, 2014 cited in OSHA, 2023). Te raziskave sprožajo vprašanje, ali je pot stika s kožo lahko ne le pogosta, ampak tudi biološko pomembna pot izpostavljenosti absorpcije za premalo zaščitene delavce vsaj za nekatere snovi (Kromhout, 2000 cited in OSHA, 2023).

Da bi se izognili dermalni izpostavljenosti na rokah, je potrebno uporabljati zaščitne rokavice (European Commission, 2023). Debelak (2015), navaja, da morajo medicinske sestre pri pripravi parenteralnih zdravil obvezno uporabljati nitrilne rokavice, poleg tega pa uporabljati tehniko nedotikanja, za preprečevanje kontaminacije vial, površin in sterilnih pripomočkov. Mole et al. (2015) cited in Debelak (2015), navajajo vidik preprečevanja okužbe za zagotavljanje bolnikove varnosti tako, da pripravljamo zdravilo v varnem okolju in uporabljamo osebno zaščitno opremo (kapa, maska, rokavice, po potrebi zaščitni plašč ali predpasnik ter zaščitna očala), s katero preprečimo okužbo pripravljenega zdravila. Navaja tudi vidik zaščite zdravstvenih delavcev, da zaščitijo sebe pred vdihovanjem aerosolov (Debelak, 2015).

Obstaja tudi večje tveganje za preobčutljivost na antibiotike, kot npr. kontaktna urtikarija pri atopičnih bolnikih (Hannuksela, 1980 cited in Classen & Fusch, 2015). Običajno se pojavi v 30 minutah po stiku z alergenom in je v večini primerov omejena na območja stika; vendar se pojavita tudi lokalno širjenje in generalizirana urtikarija v smislu anafilaksije. Kasneje se lahko pojavita tudi alergijski rinokonjunktivitis in astma. Prevalenca kontaktne urtikarije med zdravstvenimi delavci ni znana. V Evropi se giblje med 5 % in 10 %, v Rusiji naj bi bilo prizadetih od 1 % do 3 % običajnega prebivalstva. V primeru rednega stika se prevalenca preobčutljivosti na zdravila povečuje z leti dela (6,7 % po 1 letu proti 47 % po 7 letih) (Classen & Fusch, 2015).

Gaspar-Marquez (2017) opisuje primer 28 letne medicinske sestre s kroničnim rinitisom, ki je bila napotena na pregled zaradi ponavljajočega se splošnega srbenja v zadnjih nekaj mesecih, občasnega eritema, otekanja obraza, urtikarijskih izpuščajev na prsni, kašlja, težkega dihanja, piskanja in občasnih trebušnih bolečin brez očitnega vzroka. Epizode so bile povezane samo z delovnim okoljem. Težave so se razrešile nekaj minut po intravenski uporabi hidrokortizona. Izključene so bile povezave z alergijami na hrano, zdravilom, lateksom. Zanikala je predhodne operacije in izpostavljenost antibiotikom. Zaradi pomanjkljive diagnoze je morala beležiti vse možne sprožilce. Prejela je avtoinjektor Adrenalina. Dva meseca kasneje se je po pripravi Piperacilin-Tazobaktama pojavila podobna reakcija v nekaj minutah.

V teh primerih je verjetno, da je občutljivost posledica poklicne izpostavljenosti antibiotikom. Do nje lahko pride po različnih poteh, najpogosteje se pojavi ob stiku z razlitim zdravilom ali vdihovanjem prahu. Kožna preobčutljivost se pogosto pojavi hitro, v tednih ali mesecih.

Omejitve pri proučevanju zastavljenega problema

Pri pisanju članka smo ugotovili, da je na temo osebne varovalne opreme in vpliva zdravil na zdravje medicinskih sester napisnega zelo malo. V slovenskem prostoru so navedeni interni standardi posameznih delovnih organizacij, ki navajajo pri pripravi intravenozne terapije obvezno uporabo osebnih zaščitnih sredstev z vidika preprečevanja kontaminacije delovnih površin, materiala in pripravljenih zdravil za uporabo. Vidik preprečevanja izpostavljenosti kemičnim snovem in vpliva na zdravje ostaja neomenjen. Pri iskanju literature so bili redki tuji članki, pisani v angleškem jeziku usmerjeni le na področje preprečevanja poklicnih bolezni, kot smo navedli primere alergijskih reakcij pri stiku z antibiotiki. Več dostopne literature, raziskav, tako v slovenskem kot angleškem jeziku je izvedenih na področju rokovanja in uporabe osebne varovalne opreme z nevarnimi zdravili.

Menimo, da je na tem področju priložnost za nadaljnje raziskave, saj se medicinske sestre dnevno srečujemo s pripravo intravenoznih, tudi nevarnih zdravil, posledično imamo lahko

zaradi politja, razbite ampule ali vial, ostankom zdravila na pokrovčku vial ipd. potencialno nevarnost za vdihavanje, kontakt in uživanje teh snovi. Če se upoštevajo postopki za varno pripravo zdravila in osebna varovalna sredstva, je nevarnost za zdravstvene težave in vpliva na telo manjša. Vprašanje je, ali se te nevarnosti zavedamo in ali uporabljamo vse razpoložljive vire za zagotavljanje lastne varnosti.

ZAKLJUČEK

Pri postopku priprave intravenoznih zdravil imajo medicinske sestre pomembno in odgovorno vlogo v procesu varnega in učinkovitega zdravljenja z zdravili. Prvi korak k varnosti je zavedanje, da je varno rokovanje z zdravili nujno za lastno zdravje in preprečevanje neželenih reakcij ali razvoja bolezni zaradi izpostavljenosti zdravilom. Na tem področju potrebujemo zapisane smernice in standarde in nenehno izobraževanje. Nehote se bolj ali manj pogosto zgodijo neželeni dogodki, ki so lahko za diplomirano medicinsko sestro, kot kompetentno izvajalko na tem področju zaradi izpostavljenosti tudi škodljive. Večinoma se ne soočamo s pomanjkanjem osebne varovalne opreme, kar bi bil lahko eden od možnih razlogov opuščanja osebne zaščite. Povečan obseg in zahtevnost dela pa moramo v tem primeru izključiti kot dejavnik opustitve osebne zaščite pri pripravi terapije.

LITERATURA

Center for disease control and prevention (CDC), 2023. Available at: [CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings | Infection Control | CDC](#) [10.9.2023].

Classen, A & Fuchs T., 2015. *Occupational allergy to beta-lactam antibiotics, Allergo Journal International*. 24(2), pp. 54-57. Available at: [Occupational allergy to \$\beta\$ -lactam antibiotics-PMC \(nih.gov.\)](#) [10.9.2023].

Debelak, K., 2015. Vrednotenje mikrobiološke kakovosti okolja za pripravo farmacevtskih izdelkov za parenteralno uporabo na oddelku za intenzivno terapijo kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana: magistrsko del.. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo, pp. 14–25.

European Commission: DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Guidance for the safe management of hazardous medicinal product at work. 2023. Available at: [Guidance for the safe management of hazardous medicinal products at work \(europa.eu\)](#) [10.9.2023].

Gaspar-Marques, J., Finelli,E., Martins, P.C. Prates,S. & Leiria-Pinto. P., 2018. *Piperacillin-tazobactam anaphylaxis: a rare cause of occupational disease, EUR ANN Allergy Clin Immunol*, 50(2), pp. 89-91. Available at: [volume-piperacillintazobactam-anaphylaxis-rare-cause-occupational-1646allasp1.pdf \(eurannallergyimm.com\)](#) [10.9.2023].

Jagodić Bašič V., 2019. Varna in odgovorna priprava ter aplikacija zdravil. In: Šumak,I., ed. *Znanje za boljše zdravje. Natančna, varna in odgovorna obravnava pacientov v času diagnostike, zdravljenja in zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo. Sekcija*

medicinskih sester v izobraževanju, Celje, 14. marec 2019. Ljubljana 2019: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 43-52.

Knuplež, I., 2019. Zdravstvena nega odraslega bolnika, ki prejema antibiotik. In: Jagodic Bašič, V., ed. *Zdravstvena nega bolnika, ki prejema protimikrobna zdravila: zbornik predavanj. Sekcija medicinskih sester na internistično - infektološkem področju, Rimske toplice 2019:* Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 43-46.

Martin, J.A. & Paliadelis, P., 2019. Safe medication administration: Perspectives from an appreciative inquiry of the practice of registered nurses in regional Australia. *Nurse Education in Practice*, 34, pp. 111-116.

Možina M & Brvar M., 2009. *Varnost uporabe zdravil v bolnišnicah. Bilt - Ekon, Organ Inform Zdrav.*;25 (Izredna št.):11.

Šober, G., 2016. *Poznavanje in uporaba zdravil v nujni medicinski pomoči: diplomsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

KAKO NEGOVATI »PRISOTNOST« V MEDOSEBNIH ODNOSIH Z BOLNIKI (IN ŠIRŠE V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI)?

HOW TO CULTIVATE 'PRESENCE' IN INTERPERSONAL RELATIONSHIPS WITH PATIENTS (AND MORE BROADLY IN HEALTHCARE PROVISION)

Miša Bakan, mag. psih.

Mis.bakan@gmail.com

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

Delo se osredotoča na razumevanje koncepta "k bolniku/osebi usmerjene oskrbe" ter razjasnitev njegovih pozitivnih in po drugi strani izzivov polnih vidikov. Ovire "k bolniku/osebi usmerjene oskrbe" so pravzaprav ovire, ki otežujejo prisotnost v medosebnih odnosih z bolniki. Pomembne ugotovitve tega dela kažejo, da je za uspešno uvajanje sodobnih usmeritev v oskrbi, kakršna je tudi »k bolniku/osebi usmerjena oskrba«, potrebno vzpostaviti organizacijsko kulturo, ki je usmerjena v posameznika, in zagotoviti: podporo institucije za medosebne spoštljive odnose, usposabljanje zaposlenih o konceptih in podkonceptih te usmeritve, krepitev zdravstvene pismenosti med zaposlenimi ter usposabljanje medicinskih sester, ki so v vlogah vodij, z znanji vodenja tima. Pri uvedbi zdravstvene oskrbe, »usmerjene k bolniku/osebi«, je ključnega pomena tudi izvajanje strukturirane refleksije v timih, ki vključuje raven bolnika (dogajanje vezano na njegovo zdravstveno obravnavo in cilje le-te), raven medosebnih odnosov (medosebni odnosi z bolniki - doživljanje bolnikov, možnost sočustvovanja, postavljanje meja, ipd.), raven zdravstvenega delavca (lastno blagostanje, usmerjenost pri delu, timski odnosi, moč sočustvovanja – izčrpanost zaradi sočustvovanja, ipd.) in raven institucije (finančni vidiki). Vse to v izogib minimaliziranju pomena ali povečevanju usmeritve ob pogumnem oblikovanju pristopa, ki ustreza kulturnemu kontekstu in specifikam institucije z namenom, da ob vsem dobrem, kar lahko prinaša, poskrbimo, da ne povzroča škode.

Ključne besede: »K bolniku/osebi usmerjena oskrba«, kultura organizacije, zdravstvena pismenost, prisotnost v medosebnih odnosih

ABSTRACT

The paper focuses on understanding the concept of "patient/person-centered care" and clarifying its positive aspects as well as the challenges it presents. The barriers to patient/person-centered care are essentially obstacles that hinder the presence in interpersonal relationships with patients. Significant findings of this work indicate that successful implementation of modern care orientations, such as "patient/person-centered care," requires establishing an organizational culture that is individual-focused, and ensuring: institutional support for respectful interpersonal relationships, employee training on the concepts and sub-concepts of this approach, enhancing health literacy among employees, and training of nurse leaders with team leadership skills. In the introduction of "patient/person-centered care,"

structured reflection within teams is also crucial, encompassing the patient level (events related to their healthcare and its goals), interpersonal relationships level (interactions with patients - understanding patients, empathy, setting boundaries, etc.), healthcare professional level (well-being, work orientation, team relationships, empathic power – compassion fatigue, etc.), and institutional level (financial aspects). All of this is aimed at avoiding downplaying or exaggerating the importance of the approach, while courageously tailoring the approach to the cultural context and institution-specific characteristics, ensuring that amidst all the benefits it can bring, it does not cause harm.

Key words: "Patient/person-centered care," organizational culture, health literacy, presence in interpersonal relationships.

UVOD

Negovati, po definicij iz SSKJ pomeni, načrtno se ukvarjati s čim z namenom doseči čim bolj popolno podobo. Pri naši obravnavani temi torej predpostavljamo, da je prisotnost nekaj kar je že del medosebnega odnosa bolnika in zdravstvenega delavca. Človeško je, da zmeraj ne zmoremo biti prisotni v meri v kakršni sami ali drugi od nas pričakujejo. Zato pa je za namene zagotavljanja kakovostne oskrbe pomembna ozaveščenost in vedenje o tem, kaj omogoča in kaj onemogoča ustrezno prisotnost v odnosu.

V pričajočem prispevku želimo osvetliti in doseči boljše razumevanje svetlih in temnih plati »k bolniku/osebi usmerjene oskrbe«, s poudarkom na ustrezni prisotnosti, in pokazati s katerih ravni je možno ter kako je potrebno podpreti zdravstvene delavce, da lahko zagotavljajo kakovostno »k bolniku/osebi usmerjeno oskrbo« in da se slednja ne zgolj v kakšnih vidikih zahteva od njih, temveč da se jih usmerja, podpira ter tudi ustrezno opremi za tovrstno delo. Predstavili bomo kontinuum usmerjenosti oskrbe, ki pomaga biti pozoren na usmerjenost v oskrbi (na delovne naloge/na proces/na bolnika) ter dva konkretna primera negovanja prisotnosti v medosebnem odnosu z bolniki.

RAZUMEVANJE K BOLNIKU/OSEBI USMERJENE OSKRBA

V zdravstveni oskrbi »k bolniku usmerjena oskrba« (Johnsson, et al., 2018) pomeni spoštovanje bolnikovih izkušenj, zgodb in znanja ter omogoča oskrbo, skladno z bolnikovimi vrednotami, željami in potrebami. Bolnik in svojci so tako kot zdravstveni delavci aktivno vključeni v oskrbo. Predstavlja eno od temeljnih načel kakovostne zdravstvene obravnave (Farkaš, et. al, 2022) in sledi osmim principom (Harvard Medical School, 2020): jasno informiranje, komunikacija in podpora za obvladovanje zdravljenja, neprekinjena oskrba ter ne težavni prehodi med institucijami, vključenost v odločitve in spoštovanje želja, pozornost do fizičnih in okoljskih potreb, čustvena podpora, empatija in spoštovanje, vključenost in podpora za svojce, učinkovito zdravljenje izvedeno s strani zaupanja vrednih strokovnjakov in hitri dostop do zanesljivih zdravstvenih nasvetov. Gre za razvijajoč koncept, ki izvira iz ideje Enid Balint iz leta 1969 in temelji na »razumevanju bolnika kot edinstvenega posameznika« (Balint, 1969).

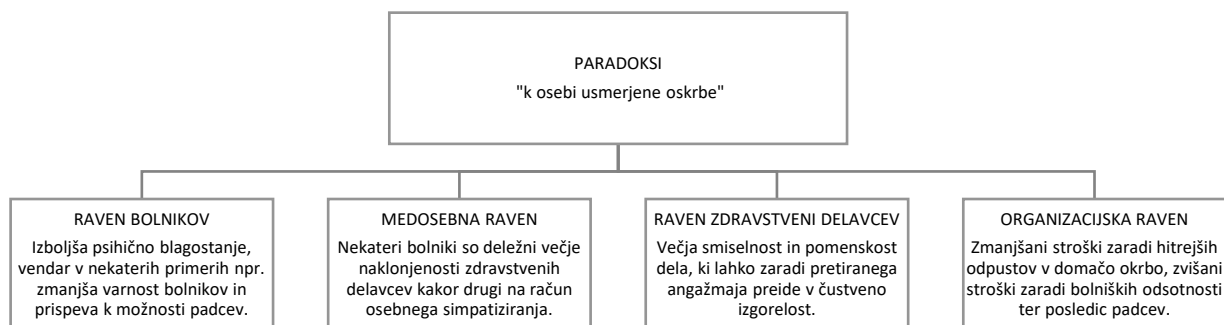
Håkansson Eklund et al. (2019) se v sistematičnem preglednem članku, ki ga posrečeno poimenujejo »Same same or different?« ukvarjajo s podobnostmi in razlikami med »k bolniku usmerjene oskrbe« in »k osebi usmerjene oskrbe«. Kot skupne imenovalce obeh vrst oskrbe navajajo: (1) sočutje, (2) spoštovanje, (3) aktivna vključenost (**prisotnost**), (4) odnos, (5) komunikacija, (6) skupno odločanje, (7) celostno osredotočenje, (8) individualizirano osredotočenje in (9) usklajena oskrba. Kot bistveno razliko vidijo cilj obravnave in zdravljenja, in sicer gre pri »k bolniku usmerjeni oskrbi« za podpiranje funkcionalnosti življenja, pri »k

osebi usmerjeni oskrbi« pa za podpiranje pomena oz. smiselnosti življenja. Zaključujejo, da »k osebi usmerjena oskrba« razširja perspektivo »k bolniku usmerjene oskrbe«, saj upošteva celotno življenje bolnika. Kljub pričajoči distinkciji, v literaturi koncepta pogosto najdemo tudi prepletena ali uporabljena izmenjaje.

Svetla in temna plat k bolniku/osebi usmerjene oskrbe

V sistematičnem pregledu kvalitativnih raziskav (Gustavsson, et al., 2022) avtorji ugotavljajo, da zdravstveni delavci, ki nudijo »k osebi usmerjeno oskrbo«, poročajo o izboljšanjem zadovoljstvu in okrepljenem občutku pomembnosti svojega dela, večjem občutku vključenosti - ugaja jim, da preživijo več časa z bolniki. Ob takšni oskrbi občutijo zmanjšano obremenitev. Predpogoj za »k bolniku usmerjeni oskrbi« je kultura, osredotočena na posameznika (Santana, 2000) in kakor so izpostavili v raziskavi (Britten & Moore, 2007) morajo zdravstveni delavci prevzeti novo (ali razširjeno) poklicno vlogo (z novimi poklicnimi praksami in rutinami), kar lahko razumemo kot proces prilagajanja teoriji in klinični praksi in se kaže v večjem ravnovesju moči med vsemi vključenimi. Slednje je sodobno pojmovanje zdravstvene obravnave in lahko zdravstvenim delavcem, vajenih tradicionalne oskrbe predstavlja izziv. »K osebi usmerjena oskrba« lahko privede do zmanjšane avtonomije zdravstvenih delavcev in negativnih vplivov na zdravje zdravstvenih delavcev, kar poročajo v raziskavi Summer Merainus et al. (2020).

V omenjeni raziskavi prepoznajo nekaj ključnih točk, ki jih imenujejo paradoksi (Slika 1.) in za katere menijo, da jih je za doseg kakovostne oskrbe potrebno dobro preučiti z zdravstvenimi delavci, ki v oskrbi sodelujejo. Prvi paradoks izhaja iz ravni bolnikov - tovrstna oskrba hkrati lahko ugodno vpliva na bolnike, vendar pa so bolniki, pri katerih je večja verjetnost padcev, na ta račun bolj ogroženi. Druga raven se tiče medosebnih odnosov – večja investicija v medosebne odnose je lahko podvržena investiranju v odnose z bolniki, s katerimi bolj simpatiziramo in na ta račun pride do razlik v naklonjenosti do bolnikov. Tretjo raven zajema potencialno izboljšanje delovnega okolja za zdravstvene delavce, vendar pa lahko zaradi angažmaja v odnose z bolniki ob istočasni izključenosti sebe kot posameznika, v tem odnosu, pride do čustvene izgorelosti. Četrta raven je organizacijska in zajema stroške, ki jih po eni strani znižajo hitrejši odpusti v domačo oskrbo, kar je skladno z logiko tovrstne oskrbe, ob enem pa stroške večajo posledice padcev in bolniških odsotnosti zdravstvenih delavcev zaradi čustvene izgorelosti.



Slika 1: Paradoksi »k osebi usmerjene oskrbe« (Summer Merainus, et al., 2020)

Skladno z drugim paradoksom, avtorji (Gustavsson, et al., 2022) ugotavljajo, da ko so bili zdravstveni delavci preveč angažirani in zavezani je lahko to za njih predstavljal tveganje. Svetujejo, da jim je v podporo pri tem lahko organizacija in viri, ki jih ta zagotavlja (npr. čas za prilagajanje, dovoljšen kader, ustrezni prostori) ter jasno podpiranje dobrih sodelavskih

odnosov s strani organizacije. V raziskavi (Britten & Moore, 2007) navajata, da izzive, ki so jih prepoznali lahko organizacije naslavljajo preko usposabljanj za zdravstvene delavce, z uvajanjem ustvarjalnih rutin oskrbe in inovativnih metod dokumentiranja oskrbe.

Ovire doseganja prisotnosti v medosebnih odnosih z bolniki

Zdravstveni sistem, institucije ter tim

V sistematičnem pregledu (Kwame & Petručka, 2021) avtorja prepoznavata sledeče ovire: pomanjkanje zdravstvenih delavcev, prevelika delovna obremenitev in posledično premalo časa neposrednega kontakta z bolniki. Glede slednjega McCabe (2004) nasprotno trdi, da je pomembna kakovost skupaj preživetega časa. Nadaljuje, da daljše skupno preživljanja časa ne nujno rezultira v boljšem odnosu med medicinsko sestro in bolniki. Pomembna je osnovna usmerjenost, npr. če se oskrba osredotoča na izpolnjevanje delovnih nalog (»task-center«) potem potrebe bolnikov niso v ospredju. Kaže (Loghamni, et al., 2014), da če so medicinske sestre usmerjene v izpolnjevanje delovnih nalog npr. za nujno povrnitev zdravja, potem tudi v obdobjih manjše delovne obremenitve težje pristopajo k bolnikom usmerjeni oskrbi. V raziskavi perspektiv glavnih medicinskih sester glede ovir za sočutje, v zdravstveni negi različnih kulturnih okolij, v kontekstu zdravstva (Papadopoulos, et al., 2000, avtorji prepoznavajo tri glavna področja ovir: a) vodenje (izkušnje in osebnostne lastnosti vodij, strah pred izgubo avtoritete in strokovnosti, s sočutjem povezan stres), b) lastnosti sistema (pomanjkljivo izobraževanje, pretirana kvantifikacija, pomanjkanje časa in delovna preobremenjenost, stres in izgorelost) in c) zdravstveno osebje (nespoštljivi odnosi med zaposlenimi ter v odnosu do bolnikov, izkoriščanje prijaznosti). V zaključkih omenjene raziskave avtorji povedo, da je ključna ovira pri izražanju sočutja vezana na vodjo ter kako leta oblikuje svojo vlogo, glede na osebnostne značilnosti, izkušnje in vodstveni stil. Pri kreiranju rešitev glede krepitev sočutja svetujejo, da je potrebno razmisliti o socio-kulturnih značilnostih širše družbe ter specifikah organizacijske kulture, ki ji vodja in njegov tim pripada.

Okolje oskrbe

V že omenjenem sistematičnem pregledu (Kwame & Petručka, 2021) zaznane ovire iz značilnosti okolja oskrbe lahko predstavljajo slabe pogoje oddelka npr. hrupni in neurejeni oddelki ter postelje, neustrezna ventilacija in ogrevanje, neustrezna osvetlitev. To vpliva na psihološko delovanje bolnikov in ovira medosebne odnose z zdravstvenim osebjem (Amoah, et al., 2019).

Osebnostno delovanje, vedenje in komunikacija

Razlike v demografskih, jezikovnih, kulturnih in verskih značilnostih, prepričanjih in stališčih do zdravja med bolniki in zdravstvenim osebjem vplivajo na medosebne odnose (Kwame & Petručka, 2021). Bolnikovo neupoštevanje priporočil medicinskih sester ali grdo obnašanje neugodno vpliva na medicinske sestre in ovira zagotavljanje »k bolniku usmerjene oskrbe« (White, et al., 2015). Podoben učinek ugotavljajo pri neprimernem vedenju medicinskih sester do bolnikov (npr. diskriminiranje na podlagi socialnega statusa); bolniki se v takšnem odnosu v manjši meri razkrivajo, oslabi se njuna komunikacija in celotno dogajanje vpliva na izide oskrbe (Kruger & Schoombee, 2010). Učinkovita komunikacija predstavlja srčiko »k bolniku usmerjene oskrbe« (Kwame & Petručka, 2021). Avtorja sta prepoznala sledeče ovire, ki vodijo k nerazumevanju med medicinskimi sestrami, bolniki in svojci: konsistentnost in ne reševanje komunikacijskih ovir, jezikovne bariere, bolnikovo nezmožnost komuniciranja zaradi oslabelosti, neustrezno interpretiranje neverbalne komunikacije zaradi kulturnih razlik.

Kako podpirati prisotnost v medosebnem odnosu z bolniki?

Aktivna vključenost pomeni, da se bolniku namenja čas, vendar ne v golem smislu časovne dodelitve, temveč kot prisotnost in zavezanost; konkretnije dostopnost zdravstvenega delavca (Sharma, et al., 2015 cited in Håkansson Eklund, et al., 2019) ter razumevanje njegovih potreb in želja (Jayadevappa & Chhatre, 2011, cited in Håkansson Eklund, et al., 2019).

Avtorja (Kwame & Petrucka, 2021) predlagata uporabo kontinuuma usmerjenosti oskrbe, ki sega od ene skrajnosti usmerjenosti k nalogam do druge skrajnosti usmerjenosti k osebi. Na sredini kontinuuma je usmerjenost k procesu. Predlagan kontinuum pomaga zdravstvenim delavcem pozornost osredotočiti na svojo usmerjenost v oskrbi. To pomaga reflektirati dogajanje in uvajati spremembe, ter se o tem tudi z bolniki pogovarjati (slika 2).

Kako dosegati desno stran kontinuuma usmerjenosti oskrbe?

Mastors (2018), ki v svojem članku povzema primere povezovalne komunikacije predlaga, da se pri pogovarjanju z bolniki poskušamo navaditi uporabe vprašanja »Kaj je za vas pomembno/Kaj bi vam bilo zdaj pomembno?« namesto »Kaj je?«.

Desno stran kontinuuma dosegamo tudi s preprostim pozdravljanjem bolnikov na hodnikih, npr. tako bolnikov, ki jih ne poznamo, kakor tistih, ki se jih spomnimo in jim lahko namenimo nekaj besed. S pozdravom pokažemo bolnikom, da jih prepoznamo in vidimo. Podobno pomembno je, da tekom izvajanja postopkov razlagamo bolnikom, kaj počnemo. To je preprosto uravnoteženje moči med zdravstvenimi delavci in bolniki. S tem, ko bolniki vedo kaj se dogaja, so tudi sami lahko bolj prisotni in posledično bolj sodelovalni. Ko razložimo postopke, preprečimo nepotrebno krepitev strahov, ki lahko izhajajo iz predstav, ki si jih ljudje začnemo ustvarjati v nevednosti z namenom, da si pojasnimo dogajanje.

Desno stran kontinuuma poskušamo dosegati s tem, da nismo samo fizično prisotni, temveč tudi človeško prisotni. Kot primera podpiranja prisotnosti in aktivnega zavzemanja za vključenost zdravstvenega delavca v oskrbo, podrobneje navajamo uporabo humorja in opravičilom v kontekstu zdravstvene oskrbe.



Slika 2: Kontinuum usmerjenosti oskrbe (Kwame & Petrucka, 2021)

Opravičilo

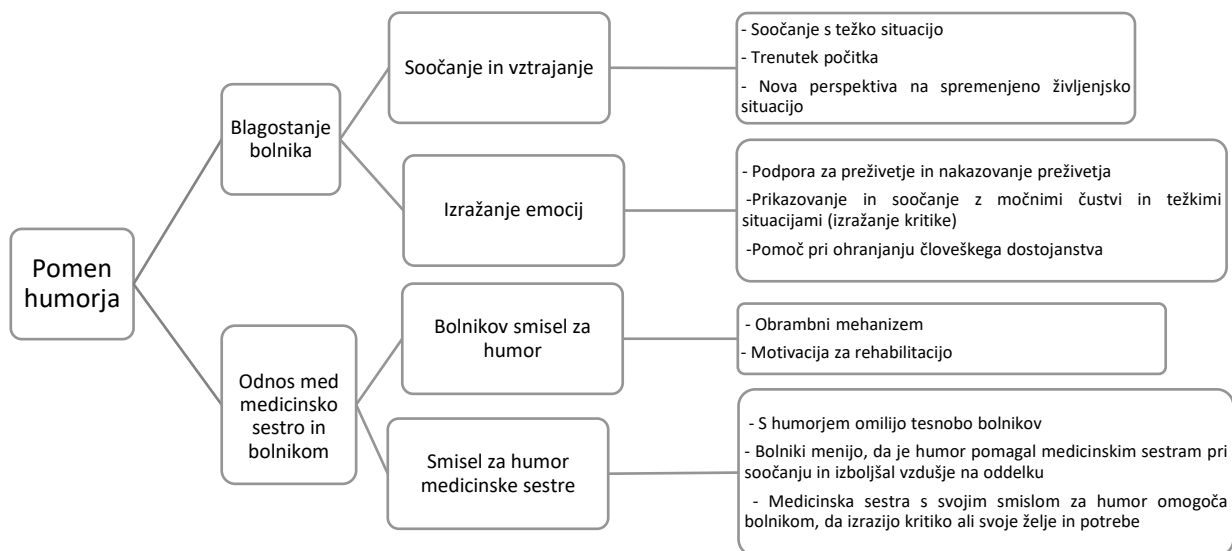
Skär in Söderberg (2018) v raziskavi analize pritožb 587 bolnikov ugotavljata, da so bolniki najbolj nezadovoljni, ko niso strokovno obravnavani – izpostavili so pomanjkanje opravičila ali odziva na pritožbe. Ne prejetje opravičila po nezadovoljivem zdravljenju lahko neugodno vpliva na bolnike in povzroči trpljenje, ki oteži ali onemogoči posameznikov proces zaključevanja (Eriksson, 2006 cited in Skar in Sodenberg, 2018). Prothero & Morse (2017) v analizi koncepta in postopkov opravičila na področju napak v zdravstveni oskrbi opišeta značilnosti polnega opravičila, ki ga vidita kot prvi korak pri vzpostavljanju pravične kulture v zdravstveni oskrbi, ki lahko zmanjša maščevalne posledice po napakah in obnovi odnose med zdravstvenimi delavci, bolniki in svojci. Značilnosti polnega opravičila (Prothero & Morse, 2017): a) prevzemanje odgovornosti za dogodek, b) izražanje iskrenega obžalovanja in c) obljuba, da se bo preprečilo ponovitev težav z neprestanim stremljenjem k spremembam. Pri tem opozarjata, da je pri tem potrebno upoštevati, da obstaja časovni okvir, ko je še posebej

pomembno pristopiti do bolnika in svojcev, predvsem pa da opravičilo ni enkraten dogodek, temveč proces, ki zahteva nenehno komunikacijo in obnavljanje odnosa med zdravstvenimi delavci, bolnikom in svojci. Opravičilo ne nujno sledi samo direktnim napakam, temveč lahko sledi vsemu, kar onemogoča kakovostno oskrbo. Povezovalno je, da se opravičimo bolnikom npr. za čakanje, za slabo prezračene prostore, za neugodno svetlobo v prostoru, za hrup, za neustrezno postavitve v prostoru (npr. jim kažemo hrbet), za našo zmedenost, ipd. Vse naštetu je lahko tema pogovora med zdravstvenimi delavci in bolniki, ob začetku obravnave. S tem pokažemo, da nam je mar in da smo ne samo fizično, temveč tudi človeško prisotni.

Humor

V raziskavi (Schöpf, et al., 2017) o uporabi humorja kot možni komunikacijski strategiji za doseg različnih ciljev v obravnavi kronične bolezni so raziskovalci analizirali 50 obravnjav in ugotovili, da humor v večini situacij inicirajo bolniki in služi kot a) grajenje ter b) varovanje odnosa z zdravstvenimi delavci. Pri grajenju odnosa gre za vnašanje sproščenosti in povezovanja v odnos, pri varovanju pa gre za podajanje resnih sporočil, ki se jim doda sporočila vezana na čustvena vprašanja, obarvana s humorjem. Rezultati dotične raziskave kažejo, da zdravstveni delavci v enaki meri vnašajo obe prepoznani vrsti humorja, medtem ko so bolniki tisti, ki precej pogosteje vnašajo humor vezan na b) varovanje odnosa. Avtorji slednje razlagajo kot ščitenje odnosa s strani bolnika na račun krepitve asimetrije moči med zdravstvenimi delavci in bolniki; resna sporočila, podana na posreden način, so manj ogrožajoča kakor neposredno sporočena, ki lahko oslabijo dober odnos z zdravstvenim delavcem. Raziskovalci svetujejo, da bi bilo potrebno spodbujati zavedanje o posrednih komunikacijskih strategijah tako med bolniki kot zdravstvenimi delavci. Pomembno sporočilo raziskovalcev je, da bolnikovih humornih opazk ne spregledamo in smo še posebej pozorni na resna sporočila v ozadju ter skrbno razmislimo, kdaj in kako jih nasloviti. Tranzicija iz humorne opazke v resen pogovor je lahko zahtevna, ponekod tudi neuspešna, če bolnik ne želi poglobiti pogovora.

V raziskavi bolnikovega videnja humorja in vpliva humorja na odnos med medicinskimi sestrami in bolniki (Astedt-Kurki, et al., 2001), raziskovalci potrjujejo že znana dognanja kot to, da bolniki uporabljajo humor za soočanje s težkimi situacijami, za distanciranje od zdravstvenih težav, ki jim povzročajo tesnobo ali za odlaganje soočanja z resnimi težavami, čustvi in odločitvami. K temu dodajajo nova dognanja, da humor pomaga pri komunikaciji želja in izražanja kritike v kontekstu soočanja. Bolniki v tej raziskavi bi želeli, da se medicinske sestre pogosteje šalijo. Avtorji spodbudno dodajo, da je potrebno podpirati sproščen in igriv odnos in ga videti kot pomemben del delovanja odrasle osebe, ki ga v okviru vloge zdravstvenega delavca ni potrebno zavreči, temveč negovati. Pri tem pa mora uporaba humorja s strani zdravstvenega delavca temeljiti na poznavanju bolnikovih vrednot, želja in potreb ter celo odnosa do humorja, v smislu, če humor predstavlja vrednoto dobrega življenja ali je zanj nepomemben ali celo škodljiv. Misliti je potrebno na vse, tudi na to, da je potrebno brezkompromisno ustavljati neprimeren (npr. opolzki) ali žaljiv humor s strani bolnikov (slika 3).



Slika 3: Pomen humorja v zdravstveni obravnavi (Astedt-Kurki, et al., 2001)

DISKUSIJA

V delu smo želeli doseči boljše razumevanje »k bolniku/osebi usmerjene oskrbe« in ustrezne prisotnosti v medosebnem odnosu z bolniki. V grobem gre razumeti obe vrsti kot sovpadajoči, pri čemer pa gre pri »k osebi usmerjeni oskrbi« za še bolj celostno dojetje posameznika in prilagajanje zdravstvene obravnave cilju pomena oziroma smiselnosti življenja posameznika. Ob razmišljanju o usmeritvah so nam pomagali izsledki raziskave Summer Merainus et al. (2020) o paradoksih na osebo usmerjene oskrbe. Klinično aplikativno vrednost njihovih ugotovitev vidimo v prepoznanih ravneh, kjer je potrebno reflektirati delovne naloge in način izvajanja le-teh skladno z zagotavljanjem kakovosti in varnosti v zdravstvu. Demingov krog (Taylor, et al., 2013), ki sestoji iz načrtovanja, izvedbe, preverjanja in ukrepanja, predstavlja model izboljšal kakovosti zdravstvene oskrbe, ki se ga lahko za namene doseganja ustrezne prisotnosti v medosebnih odnosih oplemeniti z vsebinskimi smernicami refleksije izhajajoč iz Summer Merainus et al. (2020). Oblikuje se lahko strukturirana refleksija, s katero se poglobi razumevanje iz ravni bolnikov, medosebnih odnosov, zdravstvenih delavcev in institucije. Podrobneje se predstavlja bolnikova raven: dogajanje vezano na bolnikovo zdravstveno obravnavo in cilje le-te, skrb za preprečevanje varnostnih odklonov; raven medosebnih odnosov: medosebni odnosi z bolniki - doživljanje bolnikov, zadržki pri naklonjenosti do bolnikov, možnost sočustvovanja, postavljanje meja, ipd. in raven zdravstvenih delavcev: lastno blagostanje, usmerjenost pri delu, timski odnosi, zaznavanje lastne moči sočustvovanja – izčrpanost zaradi sočustvovanja, ipd. Na ravni institucije pa se razpravlja npr. o finančnih smotrih oskrbe. Britten & Moore (2007) opozarjata na tranzicijo iz tradicionalnih usmeritev v sodobne, kjer gre v bistvenem delu za spremembe v moči in spremembe v smeri ravnovesja med vključenimi. To je lahko za nekatere zdravstvene delavce novo, iz vidika stališč tudi nesprejemljivo. V raziskavi Summer Merainus et al. (2020) podarjajo, da »k bolniku/osebi usmerjena oskrba« lahko negativno vpliva na zdravje zdravstvenih delavcev.

V nudenju tovrstne oskrbe je potrebno strmeti k temu, da se vse vključene obravnava kot osebe. Celotna institucija se mora trudi postati kultura, osredotočena na posameznika, saj je to predpogoj za »k osebi usmerjeni oskrbi« (Santana, 2000). Pomembno je, da se omogoči

usposabljanje za tovrstno delo (o konceptih in podkonceptih »k bolniku/osebi usmerjene oskrbe«), da se zaposlene podpre pri razvoju samozavedanja, refleksije in zavezanosti (McCabe, 2004) in da se krepí zdravstvena pismenost zaposlenih. Kar iz raziskave Yang (2022) spoznamo je, da je dobra zdravstvena pismenost in izobraženost o konceptih in subkonceptih »k bolniku/osebi usmerjeni oskrbi« pomembna, le-to zviša možnost uvajanja dotične usmeritve v prakso. Podpirati in izobraževati pa je potrebno tudi medicinske sestre vodje, saj njihov odnos do podrejenih vpliva na odnos medicinskih sester do bolnikov, konkretno lahko vpliva na izražanje sočutja do bolnikov (Papadopoulos, et al., 2000).

ZAKLJUČEK

Ujeli smo nekaj konkretnih smernic negovanja ustrezne prisotnosti v medosebnem odnosu z bolniki, ki jo kot prva mora podpreti institucija sama in razvijati kulturo, osredotočeno na bolnika/osebo. Institucija jo lahko učinkovito razvija preko: a) medosebnih spoštljivih odnosov, b) spodbujanja ter omogočanja samozavedanja in refleksije svojega delovanja zdravstvenih delavcem preko psihoedukacije in drugih oblik psihološke podpore, c) izobraževanja o podkonceptih, ki so lastni usmeritvam na bolnika/osebo, d) upoštevanja, da gre za proces uvajanja, ki zahteva čas, sprotno prilagajanje in reflektiranje bolnikove ravni, medosebne ravni, ravni zdravstvenih delavcev in ravni organizacije. Vse to z namenom, da se ščiti in krepí zdravje tako bolnikov kakor zaposlenih.

Na ravni delovanja posameznika pa predlagan kontinuum usmeritve (Astedt-Kurki, et al., 2001) predstavlja že eno praktično uporabno intervencijo, preko katere se zdravstveni delavci lahko učijo prepoznavati usmeritev pri delu in o njih ustrezno komunicirati z bolniki. Saj usmerjenost v izvajanje delovnih nalog zmanjša možnost izvajanja na bolnika usmerjene oskrbe, tudi v času, ko se zmanjša število delovnih zahtev (Loghamni, et al., 2014). Obravnava podkonceptov, kakor smo jih obravnavali tudi v pričujočem prispevku (opravičilo, humor) pa omogoča neposredno negovanje prisotnosti v medosebnih odnosih z bolniki.

S poznavanjem svetlih in temnih plati se lažje izognemo minimaliziranju ali povečevanju kakšni pristopov in se opogumimo pri svojstvenem pristopu, ki mu sledimo prisotni in odzivni, z reflektiranjem in vnašanjem sprememb, ki bodo za vse vključene dobre.

LITERATURA

Amoah, K. M. V., Anokye, R., Boakye, S. D., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere E. 2019. A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nurs.*18(4)1–8. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0> [5.8.2023].

Astedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T., & Kervinen, U. 2001. Importance of humour to client--nurse relationships and clients' well-being. *International journal of nursing practice*, 7(2), 119–125. Available at: <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2001.00287.x> [5.8.2023].

Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. 2017. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations*;20:407–18. doi:10.1111/hex.12468

Farkaš Lainščak, J., Grabar, D., Kopal Straus, K., Marušič, D., Poldrugovac, M., Simčič, B. . 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu: priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce*. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/2-DRZAVNI-ORGANI-MZ/5-O-ministrstvu/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-prirocnik-februar-2022.pdf> [6.8.2023].

Gustavsson, K., van Diepen, C., Fors, A., Axelsson, M., Bertilsson, M. & Hensing, G. 2023. Healthcare professionals' experiences of job satisfaction when providing person-centred care: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open* 2023; Available at: **13**:e071178. doi: 10.1136/bmjopen-2022-071178 [6.8.2023].

Harvard Medical School. 2015. *The Eight Principles of Patient Centered Care*; Nov 18. Available at: <https://www.oneviewhealthcare.com/theeight-principles-of-patient-centered-care/> [16.8.2023].

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., et al. 2019. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling*, 102(1), 3–11. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029> [6.8.2023].

Johnsson, A., Wagman, P., Boman, Å., Pennbrant, S. 2018. What are they talking about? Content of the communication exchanges between nurses, patients and relatives in a department of medicine for older people—An ethnographic study. *J Clin Nurs.* ; 27: e1651–e1659. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.14315> [5.8.2023].

Kruger, L.-M., Schoombee, C. 2010. The other side of caring: abuse in a South African maternity ward. *J Reprod Infant Psychol.* Feb 1;28(1):84–101. Available at: doi:<https://doi.org/10.1080/02646830903294979>. [7.8.2023].

Kwame, A., Petrucka, P.M. 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* 20, 158 . Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2> [1.8.2023].

Loghmani, L., Borhani, F., Abbaszadeh, A. 2014. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of Kerman: A qualitative study. *J Caring Sci.* Mar;3(1):67–2. Available at: doi:<https://doi.org/10.5681/jcs.2014.008>. [1.8.2023].

Mastors, P. 2018. What do patients want, need, and have the right to expect? *Nurs Adm Q.* Jul 1;42(3):192-8. Available at: doi:<https://doi.org/10.1097/NA.Q.0000000000000297>. [5.8.2023].

McCabe, C. 2004. Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* Jan;13(1):41–9.

Prothero, M. M., & Morse, J. M. 2017. Eliciting the Functional Processes of Apologizing for Errors in Health Care: Developing an Explanatory Model of Apology. *Global qualitative nursing research*, 4, 2333393617696686. Available at: <https://doi.org/10.1177/2333393617696686> [5.8.2023].

Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., van den Muijsenbergh, M. & Noordman, J., et al. 2020. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based

palliative care providers. *PloS one*, 15(6), e0234926. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234926> [5.8.2023].

Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H. & Lu, M. 2018. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect* ;21:429–40. Available at: doi:10.1111/hex.12640V [1.8.2023].

Schöpf, A. C., Martin, G. S., & Keating, M. A. 2017. Humor as a Communication Strategy in Provider-Patient Communication in a Chronic Care Setting. *Qualitative health research*, 27(3), 374–390. Available at: <https://doi.org/10.1177/1049732315620773> [5.8.2023].

Skär, L., & Söderberg, S. 2018. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nursing open*, 5(2), 224–232. Available at: <https://doi.org/10.1002/nop2.132> [5.8.2023].

Summer Meranius, M., Holmström, I.K., Håkansson, J., Breitholtz, A., Moniri, F., Skogevall, et. al.. 2020. Paradoxes of person-centred care: A discussion paper. *Nursing Open*. ; 7: 1321–1329. Available at: <https://doi.org/10.1002/nop2.520> [1.8.2023].

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. 2014. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ quality & safety*, 23(4), 290–298. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862> [6.8.2023].

White, J., Phakoe, M., Rispel, L.C. 2015. ‘Practice what you preach’: Nurses’ perspectives on the Code of Ethics and Service Pledge in five South African hospitals. *Glob Health Action*. Dec 1;8(1):26341. Available at: <https://doi.org/10.3402/gha.v8.26341>. [5.8.2023].

Yang, Y. 2022. Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC Health Serv Res* 22, 1172 2022. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08550-w> [5.8.2023].

SPORAZUMEVANJE Z OSEBO Z DEMENCO: IZZIVI IN PRISTOPI

COMMUNICATING WITH PEOPLE WITH DEMENTIA: CHALLENGES AND APPROACHES

Denis Džamastagić, dipl. zn, mag. kadr. in izobr. sist., Maruša Salkić, dipl. m. s.
denis.dzamastagic@pb-begunje.si; marusa.salkic@pb-begunje.si
Psihiatrična Bolnišnica Begunje

IZVLEČEK

V sodobni zdravstveni negi je komunikacija z osebami, ki trpijo za demenco, ključnega pomena. Pristopi, prilagojeni specifičnim potrebam teh oseb, lahko izboljšajo kakovost njihovega življenja in zmanjšajo stres pri zdravstvenih delavcih. V prispevku so predstavljeni orodja in pristopi, ki jih zdravstveni delavci uporabljajo pri komunikaciji z osebami z demenco. Prilagojene komunikacijske metode lahko pripomorejo k boljšemu razumevanju potreb oseb z demenco, kar vodi do izboljšane kakovosti zdravstvene oskrbe in večjega zadovoljstva pacientov.

Ključne besede: demenca, komunikacija, zdravstvena nega, pristopi, izzivi.

ABSTRACT

In modern nursing, communication with individuals suffering from dementia is of paramount importance. Approaches tailored to the specific needs of these individuals can enhance their quality of life and reduce stress for healthcare workers. This article presents the challenges and approaches that healthcare professionals use in communicating with individuals with dementia. Adapted communication methods can contribute to a better understanding of the needs of individuals with dementia, leading to improved care quality and greater patient satisfaction.

Key words: dementia, communication, nursing, approaches, challenges

UVOD

Demenca prizadene možganske funkcije, kot so spomin, mišljenje, orientacija in sposobnost izvajanja vsakodnevnih nalog. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije je bilo leta 2020 po vsem svetu več kot 50 milijonov ljudi z demenco, pričakuje pa se, da se bo to število do leta 2050 potrojilo (WHO, 2020). Z naraščanjem starosti prebivalstva se število oseb z demenco povečuje, kar predstavlja izziv za zdravstveni sistem in družbo kot celoto). Demenca ne prizadene le posameznikov, ki trpijo zaradi te bolezni, ampak tudi njihove družine, prijatelje in skrbnike (Alzheimer's Association, 2023). Demenca lahko močno vpliva na sposobnost jezikovnega izražanja in razumevanja, kar otežuje komunikacijo med osebo z demenco ter

njenimi skrbniki in zdravstvenimi delavci (Collins et al., 2022). Učinkovita komunikacija je ključna za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in podpore, saj omogoča boljše razumevanje potreb in želja osebe z demenco. (Momand et al., 2022). Cilj prispevka je prikazati izzive v komunikaciji z osebami z demenco in pristope, ki jih zdravstveni delavci uporabljajo.

Razumevanje demence

Demenca je kompleksen nevrološki sindrom, ki vpliva na kognitivne, vedenjske in socialne sposobnosti posameznika. Po podatkih Alzheimer's Association (2022) je Alzheimerjeva bolezen najpogostejša oblika demence, ki predstavlja približno 60-80% vseh primerov demence. Vendar demenca ni ena sama bolezen, ampak je skupni izraz za številne simptome, ki vplivajo na spomin, mišljenje in socialne sposobnosti dovolj, da ovirajo vsakodnevno življenje (WHO, 2020). Poleg Alzheimerjeve bolezni obstajajo tudi druge oblike demence, kot so vaskularna demenca, ki je posledica poškodb možganskih žil, in Lewyjeva telesna demenca, ki je povezana z nenormalnimi beljakovinskimi usedlinami v možganih (National Institute on Aging, 2017). Različne oblike demence lahko različno vplivajo na komunikacijo. Na primer, Alzheimerjeva bolezen lahko privede do postopne izgube spomina in zmožnosti razumevanja jezika, medtem ko lahko vaskularna demenca povzroči nenadne spremembe v komunikacijskih sposobnostih (Yates et al., 2021). Razumevanje teh različnih oblik demence je ključnega pomena za zagotavljanje učinkovite zdravstvene oskrbe in podpore obolelim.

Izzivi pri komunikaciji z osebami z demenco

Zdravstveni delavci se srečujejo z različnimi izzivi pri komunikaciji z osebami z demenco, med katerimi so:

1. **Težave pri razumevanju potreb pacienta:** Osebe z demenco pogosto težko izražajo svoje potrebe, kar lahko vodi do napačnih interpretacij ali nesporazumov (Stanyon et al., 2016). Te težave se lahko manifestirajo kot ponavljanje istih vprašanj, uporaba napačnih besed ali pa popolna izguba sposobnosti govorjenja (Alzheimer's Association, 2019). Osebe z demenco lahko doživljajo težave, kot so izguba besedišča, težave pri iskanju pravih besed in težave pri razumevanju kompleksnih stavkov (Savundranayagam et al., 2017).
2. **Emocionalni odzivi:** Komunikacija z osebami z demenco lahko sproži različne emocionalne odzive, kot so jeza, frustracija ali žalost, kar lahko dodatno oteži komunikacijo (Stanyon et al., 2016).
3. **Pomanjkanje izobraževanja:** Mnogi zdravstveni delavci nimajo ustrezne izobrazbe ali usposabljanja za komunikacijo z osebami z demenco, kar lahko vodi do napačnih pristopov ali strategij (Stanyon et al., 2016).

4. **Kadrovski izzivi:** V nekaterih zdravstvenih ustanovah lahko pomanjkanje časa ali kadrovskih virov otežuje vzpostavitev učinkovite komunikacije z osebami z demenco (Stanyon et al., 2016).

Pristopi za izboljšanje komunikacije

Komunikacija z osebami z demenco je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe. Različni pristopi so bili razviti za izboljšanje komunikacije z osebami z demenco, ki upoštevajo njihove edinstvene potrebe in izzive življenja (Momand et al., 2022).

1. **Uporaba vizualnih pripomočkov:** Vizualni pripomočki, kot so slike ali simboli, lahko pomagajo osebami z demenco razumeti in izraziti svoje misli. Te metode so še posebej koristne za tiste, ki imajo težave z jezikom ali izražanjem (Bourgeois et al., 2014).
2. **Počasen in jasen govor:** Uporaba počasnega in jasnega govora z uporabo preprostih stavkov lahko pomaga osebami z demenco bolje razumeti sporočilo. To je še posebej pomembno, ko se poskuša na osebo z demenco prenesti pomembne informacije ali navodila (Alzheimer's Association, 2022).
3. **Validacija:** Validacijska terapija, ki jo je razvila Naomi Feil, se osredotoča na potrditev čustev osebe z demenco namesto na popraviljanje njihovih napačnih prepričanj ali zaznav. To pomeni, da se zdravstveni delavec odzove na čustva osebe z demenco, ne glede na to, ali je njihova izjava točna ali ne (Ramovš, 2017).
4. **Bazalna stimulacija:** Ta pristop spodbuja osnovno zaznavanje, kot so dotik in gibanje, za komunikacijo z osebami z napredovalo demenco. Pomaga pri vzpostavljanju povezave in zmanjšuje vznemirjenost (Ramovš, 2017).
5. **Osebno poznavanje pacienta:** Razumevanje preteklosti, vrednot in interesov osebe z demenco lahko pomaga pri vzpostavljanju povezave in izboljšanju komunikacije. To je še posebej pomembno pri obravnavi vedenjskih in psiholoških simptomov demence (Yates et al., 2015).
6. **Kadri in izobraževanje:** V luči nedavno sprejete Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030, ki jo je potrdila Vlada Republike Slovenije, je poudarek na krepitvi kadrovske politike v zdravstveno-socialnem sistemu. Cilj je zagotoviti, da je vsaka oseba z demenco deležna celostne in kakovostne obravnave. To zahteva ustrezno usposobljene zdravstvene delavce in multidisciplinarne timske pristope. Poudarjena je potreba po optimizaciji dela obstoječih izvajalcev v zdravstveno-socialnem sistemu in prenosu nekaterih kompetenc na druge strokovnjake. V tem kontekstu je pomembno izpostaviti dobre prakse iz drugih evropskih držav, kot so Finska, Velika Britanija in Nizozemska, kjer so uvedli koncepte, kot je medicinska sestra specializirana za demenco (Ministrstvo za zdravje, 2023).

DISKUSIJA

Komunikacija z osebami z demenco je kompleksna in zahteva posebne pristope, ki upoštevajo edinstvene izzive, s katerimi se soočajo obolele osebe. Demenca pogosto vpliva na jezikovne in kognitivne sposobnosti posameznika, kar lahko oteži učinkovito komunikacijo (Savundranayagam et al., 2017). V praksi se zdravstveni delavci pogosto srečujejo s primeri, ko osebe z demenco ponavljajo ista vprašanja, uporabljajo napačne besede ali celo popolnoma izgubijo sposobnost govorjenja (Alzheimer's Association, 2022).

Kljub tem izzivom je komunikacija ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in podpore osebami z demenco (Collins et al., 2022). Raziskava (Bourgeois et al., 2014) kaže, da lahko prilagojene komunikacijske metode, kot so vizualni pripomočki ali počasen in jasen govor, izboljšajo kakovost zdravstvene oskrbe in povečajo zadovoljstvo pacientov. Za učinkovito komunikacijo z osebami z demenco je pomembno tudi razumevanje in uporaba različnih metod, kot sta validacija in bazalna stimulacija. Metoda validacije, ki jo je razvila Naomi Feil, poudarja pomen vživljanja v svet osebe z demenco in priznavanje njihovega doživljanja. Ta pristop omogoča zdravstvenim delavcem, da vzpostavijo globlji stik in komunicirajo z osebami z demenco na spoštljiv in učinkovit način. Po drugi strani bazalna stimulacija, ki jo je razvil dr. Andreas Frölich, uporablja čutne dražljaje za vzpostavitev stika z osebami, ki so se zaradi hude bolezni ali poškodbe odtujile od svojega telesa. Obe metodi poudarjata pomen neverbalne komunikacije in telesnega stika pri komuniciranju z osebami z napredujočo demenco (Ramovš, 2017).

Komunikacijske pristope je potrebno prilagoditi specifičnim potrebam vsake osebe z demenco, saj se simptomi in stopnja bolezni razlikujejo med posamezniki (Collins et al., 2022). Poleg tega je pomembno upoštevati, da demenca ni ena sama bolezen, ampak skupni izraz za številne simptome, ki vplivajo na spomin, mišljenje in socialne sposobnosti (World Health Organization, 2023).

V skladu z nacionalno Strategijo obvladovanja demence v Sloveniji je izobraževanje zdravstvenih delavcev o komunikaciji z osebami z demenco ključnega pomena za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Učinkovita komunikacija zahteva ne le razumevanje posebnosti demence, temveč tudi ustrezno število in usposobljenost kadra. Strategija poudarja potrebo po kontinuiranem izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev v komunikacijskih tehnikah, ki so prilagojene potrebam oseb z demenco. Zagotavljanje zadostnega števila usposobljenega kadra je ključno za zagotavljanje kakovostne komunikacije in zdravstvene oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2023).

ZAKLJUČEK

Komunikacija z osebami z demenco je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in podpore. Demenca, kot kompleksna nevrološka motnja, prinaša številne izzive v komunikaciji, ki pa jih je mogoče premagati s pravilnimi pristopi, razumevanjem in empatijo. Ta prispevek poudarja pomen prilagojenih komunikacijskih strategij in pristopov, ki so bili razviti za obravnavo edinstvenih potreb in izzivov, s katerimi se soočajo osebe z demenco. Te strategije in pristopi niso le teoretične narave, ampak imajo neposreden vpliv na kakovost življenja oseb z demenco in njihovih skrbnikov. Za zagotavljanje najboljših zdravstvenih oskrb oseb z demenco je ključnega pomena nenehno izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev. V prihodnosti bi bilo koristno izvesti več raziskav na tem

področju, da bi še dodatno izboljšali komunikacijske pristope in metode, ki so na voljo zdravstvenim delavcem. S takšnim pristopom lahko zagotovimo, da bodo osebe z demenco prejele ustrezno zdravstveno oskrbo in podporo, ki jo potrebujejo, hkrati pa bomo izboljšali tudi kakovost dela zdravstvenih delavcev.

LITERATURA

Alzheimer's Association, 2022. Communication tips for successful communication during all stages of alzheimer's disease. Available at: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-dementia-communication-ts.pdf> [1.9.2023].

Alzheimer's Association, 2023. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), pp.321-387. Available at: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures> [1.9.2023].

Bourgeois, M.S. et al., 2014. A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 44(5), pp.493-508. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021992411000658> [17.8.2023].

Collins, R., Hunt, A., Quinn, C., Martyr, A., Pentecost, C., & Clare, L., 2022. Methods and approaches for enhancing communication with people with moderate-to-severe dementia that can facilitate their inclusion in research and service evaluation: Findings from the IDEAL programme.

Ministrstvo za zdravje. (2023). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf> [1.9. 2023].

Momand, B., Sacuevo, O., Hamidi, M., Sun, W., & Dubrowski, A., 2022. Using Communication Accommodation Theory to Improve Communication Between Healthcare Providers and Persons With Dementia. *Cureus*, 14(10). Available at: <https://assets.cureus.com/uploads/editorial/pdf/118965/20221123-29425-gnc7bb.pdf> [22.8.2023].

National Institute on Aging, 2023. What is dementia? Symptoms, types, and diagnosis. Available at: <https://www.nia.nih.gov/health/what-dementia-symptoms-types-and-diagnosis> [20.8.2023].

Romovš, J. 2017. *Kakovostna starost*, letnik 20, številka 2. Available at: <https://vvalidation.org/wp-content/uploads/2019/05/Ramovs-2017-Validacija.pdf> [1.9.2023].

Savundranayagam, M. Y., Hummert, M. L. & Montgomery, R. J., 2017. Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *Journal of Gerontology*, 56(1), pp.S48-S55.

Stanyon, M. R., Griffiths, A., Thomas, S. A., & Gordon, A. L. 2016. The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers. *Age and Ageing*, 45(1), pp.164-170. Available at: <https://academic.oup.com/ageing/article-pdf/45/1/164/16731850/afv161.pdf>[19.8. 2023].

World Health Organization, 2020. Dementia: a public health priority. Available at: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/ [19.8.2023].

Yates, L., Orrell, M., Spector, A., Orgeta, V., Woods, B. & Russell, I., 2015. Service users' involvement in care planning: A qualitative study of the experiences and views of older people with dementia, their family carers and mental health clinicians. *Dementia*, 14(6), pp.769-785.

KO BOLNIK S PLJUČNO BOLEZNIJO IZGUBLJA PUSTO TELESNO MASO (POSTAJA SARKOPENIČEN)

WHEN A PATIENT WITH LUNG DISEASE LOSES LEAN BODY MASS (BECOMES SARCOPENIC)

mag. Tatjana Kosten, univ. dipl. biol.

tatjana.kosten@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, Golnik

IZVLEČEK

Sarkopenija je sindrom, ki s staranjem prizadene skeletne mišice. Kaže se kot upad mišične mase, moči in telesne zmogljivosti ter je povezana s povečano verjetnostjo škodljivih zdravstvenih izidov. Bolniki s pljučno boleznijo so pogosto prehransko ogroženi in izgubljajo pusto telesno maso, ki vodi ob pomanjkanju gibanja v sarkopenijo. Sarkopenijo se diagnosticira kot upad mišične moči, zmanjšanje mišične mase in zmanjšanje telesne zmogljivosti. Poznane so različne tehnike za prepoznavanje sarkopenije. Pomembno je, da sarkopenijo čim prej diagnosticiramo in pričnemo zdraviti, saj se lahko v začetni fazi še delno pozdravi, kasneje gre za ireverzibilen proces upada z velikimi osebnimi, socialnimi in zdravstvenimi obremenitvami. Fizična aktivnost in trening sta ključna za ohranjanje mišične mase in moči.

V Kliniki Golnik se bolnike s pljučno boleznijo timsko obravnava in prehranska podpora je del te obravnave. Dobro prehranjeni pljučni bolniki, ki so fizično aktivni, imajo boljše izide zdravljenja, manj poslabšanj in boljšo kakovost življenja.

Ključne besede: sarkopenija, kronična bolezen, mišična masa, mišična moč, telesna zmogljivost.

ABSTRACT

Sarcopenia is disorder that affects skeletal muscles with aging. It manifests as a decline in muscle mass strength and physical performance and is associated with an increased likelihood of adverse health outcomes. Patients with lung disease are often malnourished and lose lean body mass. This lead to sarcopenia due to lack of exercise. Sarcopenia is diagnosed as a decline in muscle strength, reduced muscle mass and a reduction in physical performance. We know different techniques for identifying sarcopenia. It is important to diagnose sarcopenia as soon as possible and start treating it, it can be partially cured in the initial phase, later it is an irreversible process of decline with great personal, social and health burdens. Physical activity and training are key to maintaining muscle mass and strength. At the Clinic Golnik, patients with lung disease are treated as a team, and nutritional support is part of the therapist's treatment. Well-nourished pulmonary patients who are physically active have better treatment outcomes, fewer exacerbations and a better quality of life.

Key words: Sarkopenia, chronic disease, muscle mass, muscle strength, physical performance.

UVOD

V zadnjem desetletju se je zavedanje o prisotnosti in posledicah sarkopenije zelo povečalo. Sarkopenija je definirana kot postopna izguba mišične mase in moči mišic ter postopna izguba fizične zmogljivosti s staranjem in ob prisotnosti kronične bolezni (Van Bakel, et.al., 2021). Sarkopenija je povezana s številnimi kroničnimi boleznimi za katero je značilna izguba mišic in mišične moči (Wu, et.al., 2019). Prevalenca sarkopenije je pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) večja kot pri enako starih zdravih posameznikih (Van Bakel, et al. 2021). Pri bolnikih s kronično pljučno boleznijo, predvsem bolnikih s KOPB je izguba telesne mase stalna, ob akutnem poslabšanju pa še toliko hitrejša. Kar 70 % bolnikov s KOPB poroča o nedavni izgubi telesne mase. (Rotovnik Kozjek & Božič, 2022).

V klinični praksi sarkopenijo prepoznavamo šele malo časa, vendar je zelo pomembno čim hitreje diagnosticiranje, saj ima veliko neugodnih vplivov na zdravje. Zmanjšuje se zmožnost gibanja, poveča se komorbidnost in umrljivost. Izkazalo se je, da je funkcija mišic boljši napovednik izida zdravljenja. (Sayer & Cruz-Jentoft, 2022).

V prispevku bomo predstavili kako prepoznamo in diagnosticiramo sarkopenijo pri bolniku s pljučno boleznijo.

SARKOPENIJA PRI BOLNIKI S PLJUČNO BOLEZNIJO

Izraz sarkopenija izvira iz grške besede sarx (meso) in penia (revščina) in jo je prvič uporabil leta 1989 Rosenberg, da je opisal generalizirano in napredujočo izgubo mišične mase in funkcije mišic s staranjem. V istem času je Scols s sodelavci prikazala, da je nizka pusta telesna masa zelo pogosta pri bolnikih z napredujočo KOPB. (Van Bakel, et al, 2022)

Sarkopenija je bolezen mišic (odpoved mišic), ki se razvije tekom življenja zaradi neugodnih sprememb mišic. Pogosta je v starosti, lahko pa se pojavi tudi že pri mlajših posameznikih. Glavna značilnost sarkopenije je nizka mišična moč. (Cruz-Jentoft, et al., 2019)

Sarkopenija je progresivna in generalizirana motnja skeletne mišične mase, ki je povezana z večjo verjetnostjo neželenih dogodkov: padci, poškodbe skeleta, zmanjšana fizična zmogljivost in umrljivost. Pomembna je tudi funkcija mišic. Diagnosticiranje znižane fizične zmogljivosti napoveduje neugoden izid. (Cruz-Jentoft, et al., 2019)

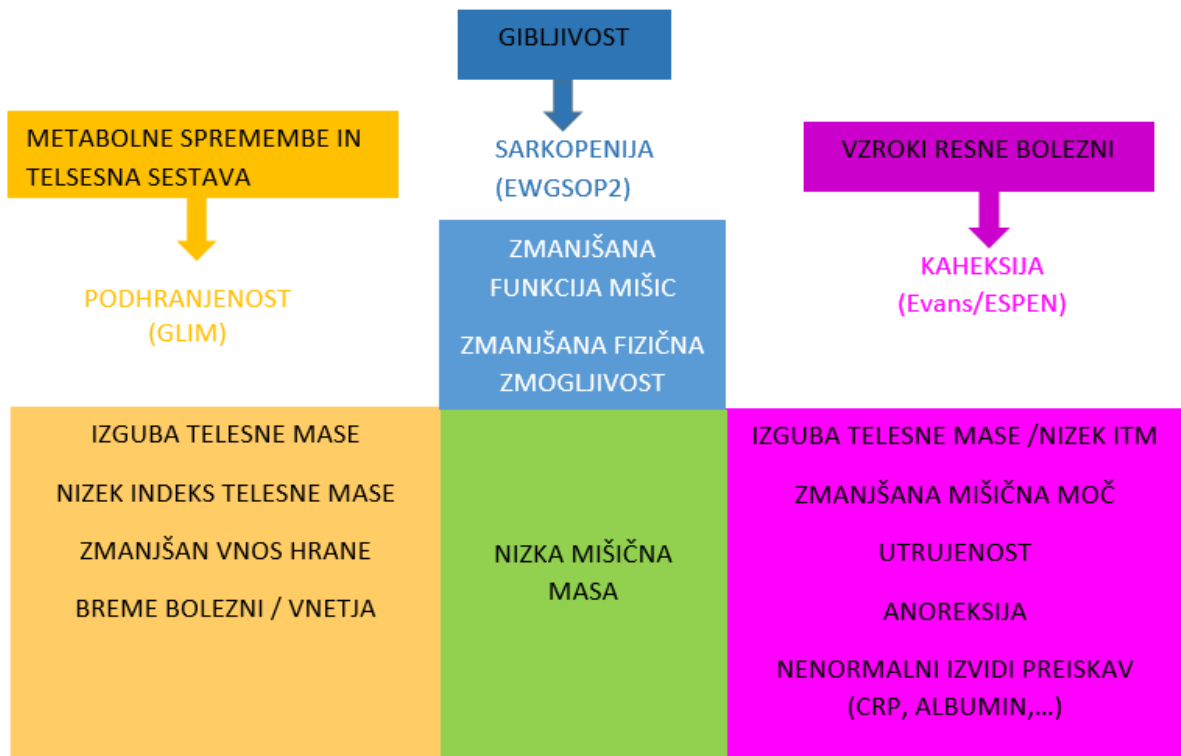
Sarkopenija je vse večji svetovni problem. Prizadene od 5-13 % odraslih v starosti od 60-70 let in 50 % ljudi, starih več kot 80 let. V letu 2000 je bilo sarkopeničnih več kot 600 milijonov ljudi, 2025 naj bi jih bilo že 1,2 milijarde. Postavitev diagnoze je zahtevna. Meritve, ki se delajo v sklopu raziskav niso primerne za klinično uporabo. Vloga prehrane za preprečevanje in zdravljenje sarkopenije je znana. (Dhillon & Hasnii, 2017)

Pusta telesna masa je podvržena velikemu upadu s staranjem. V povprečju imamo 50 % puste telesne mase v mladosti, ki upade na 25 % pri starejših med 70 in 80 letom. Ta padec prizadene predvsem sposobnost gibanja. Prav tako s starostjo upada pljučna funkcija. (Angualo, et al., 2020)

Sarkopenija, kaeheksija in podhranjenost se razlikujejo glede na to, kaj je vzrok nizke mišične mase. Nizka mišična masa je skupna lastnost vsem trem motnjam, kar je prikazano na sliki 1. Podhranjenost je oblika motnje prehranjenosti, pri kateri nezadosten vnos energije ali posameznih hranil glede na potrebe telesa povzroči spremembe v sestavi telesa, njegovem delovanju in kliničnem poteku bolezenskih stanj. Diagnozo podhranjenosti postavimo z oceno po merilih Globalne pobude za opredelitev podhranjenosti (GLIM, Ang. *Global Leadership Initiative on Malnutrition*) (Cederholm, et al., 2019).

Kaheksija je zapleten presnovni sindrom ob kronični bolezni, za katerega je značilna nehotena izguba mišične mase brez ali z izgubo maščobnega tkiva. Praviloma je povezana s kroničnimi boleznimi ali stanji, ki povzročajo blago ali zmerno kronično vnetje. Glavna diagnostična merila za kaheksijo so poleg prisotnosti kronične bolezni še nehotena izguba vsaj 5 % telesne

mase v zadnjih 12 mesecih ali manj in prisotnost vsaj treh od petih dodatnih meril: zmanjšana mišična moč, utrujenost, anoreksija, nizek indeks puste telesne mase, patološki izvidi biokemičnih preiskav (zvišanje vnetnih kazalnikov: CRP > 5,0 mg/l, IL6 > 4,0 pg/ml, anemija (Hb < 120 g/l), koncentracija albuminov < 32 g/l). (Evans, et al., 2008).



Slika 1: Nizka mišična masa je skupna pri definiciji podhranjenosti, sarkopenije in kaheksije. (Sayer & Cruz-Jentoft, 2022).

Legenda: GLIM: Globalna pobuda za opredelitev podhranjenosti (ang. *Global Leadership Initiative on Malnutrition*), EWGSOP: Evropska delovna skupina za sarkopenijo pri starejših (angl. *European Working Group on Sarcopenia in Older People*), CRP- C-reaktivni protein.

Stari diagnostični načini za določanje sarkopenije so imeli tri kriterije: nizka mišična masa, nizka mišična moč in nizka fizična zmogljivost. Sarkopenija je bila v primeru obstoja enega kriterija prekaheksija, v kolikor sta bila prisotna dva kriterija je bila postavljena diagnoza sarkopenija, če pa so bili prisotni vsi trije kriteriji se je klasificirala težka sarkopenija. (Cho, et.al., 2022)

V klinični praksi delimo sarkopenije v dve kategoriji: primarna in sekundarna. Primarna sarkopenija se razvije zaradi staranja brez drugih vzrokov. Pri sekundarni kaheksiji sta poleg starosti prisotna še vsaj eden ali več drugih vzrokov: na primer sedeč način življenja, brezgravitacijska okolja, posledica drugih bolezni, neustrezen vnos hranil itd. Pri mnogih starejših ljudeh je etiologija sarkopenije večfaktorska. (Cruz –Jentoft, et.al., 2010).

Sarkopenija, ki nastane zaradi akutne bolezni ali poškodbe in traja manj kot 6 mesecev je akutna sarkopenija, kadar je sarkopenija posledica kronične bolezni in traja več kot 6 mesecev gre za kronično sarkopenijo. Sarkopenija je verjetna, če zaznamo zmanjšano mišično moč. Diagnozo

sarkopenije potrjuje prisotnost majhne količine ali slabe kakovosti mišic (Cruz-Jentoft, et al., 2019).

Evropska delovna skupina za sarkopenijo pri starejših (EWGSOP, *angl. European Working Group on Sarcopenia in Older People*) je podala smernice za sarkopenijo, kjer mora biti prisotna znižana mišična masa in znižana funkcija mišic. Zlati standard za določanje sarkopenije je CT preiskava na L3 vretencu. Zahodni svet uporablja mejno vrednost 52,4 cm²/m² za moške in 38,5 cm²/m² za ženske. Meje v vzhodnih regijah so za moške 36,2 cm²/m² in 29.6 cm²/m² pri ženskah. (Prado, et al. cited in Wu et al, 2019).

Trenutne smernice predlagajo različne načine za diagnosticiranje sarkopenije. Metode s katerimi lahko identificiramo sarkopenijo so: računalniška tomografija (CT), magnetna resonanca (MRI), meritev DEXA, različne antropometrične meritve, bioelektrična impedanca (BIA). Vse te metode imajo svoje prednosti in omejitve pri uporabi. CT, MRI in DEXA so zlati standardi, vendar so drage in zahtevne metode, saj zahtevajo posebne naprave in povzročajo dodatno sevanje. Antropometrične metode so poceni in dosegljive, vendar niso tako natančne. (Cruz-Jentoft, et.al., 2019).

Sarkopenija pri bolniku s KOPB poveča nevarnost za osteopenijo in osteoporozo, kar povzroča več padcev, več zlomov in več primarne sarkopenije. Fizična neaktivnost še dodatno poveča nezmožnost gibanja, kar vodi v zmanjšano funkcijo mišic. Akutna poslabšanja KOPB s katabolnim stanjem vodijo v razvoj sarkopenije. (Van Bakel, et al., 2021).

Kronične bolezni pljuč in srčno žilnega sistema povzročajo razvoj podhranjenosti, hkrati pa podhranjenost poslabšuje kardiorespiratorno funkcijo, kar ustvarja začaran krog. (Rotovnik &Božič 2022). Benz cited in Van Bakel, et al (2021) poroča, da je 21,6% pojavnost sarkopenije pri bolnikih s KOPB ter da je razpon med 6 % pri bolnikih, ki so v domski oskrbi in 63 % v negovalnih ustanovah. Bolniki s KOPB so večinoma polimorbidni. O polimorbidnosti govorimo, kadar imamo pri posamezniku vsaj dve kronični bolezni. Zelo dobro poznamo prehransko podporo za posamezna obolenja: pljučni bolniki, sladkorni bolniki, ledvični bolniki, ni pa bilo praktičnih smernic kako prehransko svetovati polimorbidnemu bolniku. Leta 2018 so bile objavljene smernice za prehransko podporo polimorbidnega bolnika, leta 2023 pa so bile posodobljene na podlagi 5 letne študije. Več kot ima bolnik predpisanih zdravil večja je nevarnost, da hujša in se pri nejemu razvije podhranjenost. Polifarmacija ima negativen efekt na prehranski status. (Wunderle, et al., 2023)

Tabela 1: Mejne vrednosti mišične moči, mišične mase in telesne zmogljivosti za potrditev sarkopenije (povzeto Cruz-Jentoft et al., 2019)

Kriteriji	Test	Mejne vrednosti za moške	Mejne vrednosti za ženske
Majhna mišična moč	Moč stiska roke	< 27 kg	< 16 kg
	Vtajanje s stola	> 15 s za 5 dvigov	> 15 s za 5 dvigov
Nizka mišična masa in ali kakovost mišic	DEXA: ASM	< 20 kg	< 15 kg
	DEXA: ASM/višina ²	< 7 kg/m ²	< 5,5 kg/m ²
	BIA: FFMI	< 17 kg/m ²	< 15 kg/m ²
	BIA: fazni kot	< 4°	< 4°
Telesna zmogljivost	test vstani in pojdi	≥ 20 s	≥ 20 s
	test hoje na 400 m	≥ 6 minut ali nezmožnost opraviti ta test	≥ 6 minut ali nezmožnost opraviti ta test

Legenda: DEXA- denzometrija, ASM- apendikularna skeletna masa (*angl. appendicular skelet mass*); BIA- bioelektrična impedanca, FFMI – indeks nemaščobne mase (*angl. fat free mass index*).

V tabeli 1 so prikazana diagnostična merila za sarkopenijo z mejnimi vrednostmi za moške in ženske. Zmanjšano mišično moč diagnosticiramo s testoma moči stiska roke in testom vstajanje s stola. Za merjenje mišične mase se uporabljajo metode: DEXA, BIA. S testoma vstani in pojdi ter testom hoje na 400 m določamo telesno zmogljivost. Mejne vrednosti se razlikujejo glede na spol.

DISKUSIJA

V Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo (Kliniki Golnik) obravnavamo bolnike s pljučno boleznijo timsko. Dietetik, ki opredeli stopnjo podhranjenosti, prisotnost sarkopenije ali kaheksije pri bolniku je del zdravstvenega tima, ki obravnava bolnika.

KOPB in staranje sta povezana s podhranjenostjo ali sta vzrok zanjo. Primanjkljaj vnosa energije povzroča izgubo telesne mase in povzroči izgubo mišične mase. Specifično pomanjkanje makrohranil (vitamin D, makrohranila) vplivajo na mišično maso in njeno funkcijo. Z višjim vnosom beljakovin blažimo izgubljanje puste telesne mase. (Van Bakel, et al., 2021).

Wunderle, et al., (2023) v smernicah za polimorbidne bolnike priporoča dnevno vnos 1,2-1,5 g proteinov na kg telesne mase.

Prehransko presejanje in prehranska podpora je eden izmed pomembnih delov zdravljenja bolnikov z boleznimi pljuč, saj nenamerna izguba telesne mase in predvsem izguba skeletne mišične mase poslabša učinke zdravljenja (Antonione & Subotka, 2019).

Fizična neaktivnost je kadarkoli tekom življenja sprožilec izgube mišične mase. Staranje tako kot KOPB sta povezana s sedečim načinom življenja in zmanjšano telesno aktivnostjo. Dispneja je pri bolnikih s KOPB tista, ki omejuje stopnjo aktivnosti. Prav tako tudi drugi simptomi omejujejo fizično aktivnost. Tudi hipoksemija povzroča propadanje mišic. Za oceno sarkopenije pri bolniku s KOPB uporabljamo različna orodja. Glede na stanje bolnika lahko ocenimo mišično maso, moč in fizično zmogljivost ali opravimo samo kratko oceno. (Van Bakel, et al., 2021).

Pri debelih in morbidno debelih bolnikih je pomembno, da prepoznamo sarkopenijo saj je povezana z fizično neaktivnostjo, krhkostjo in večjo umrljivostjo. (Cruz-Jentoft, et.al., 2019) Izbira orodja za testiranje je odvisna od stanja bolnika (koliko je telesno zmogljiv), dostopa do tehničnih pripomočkov ali namena testiranja (spremljanje napredovanja ali rehabilitacije in okrevanja). V klinični praksi se lahko odkrivanje primerov sarkopenije začne, ko bolnik poroča o simptomih ali znakih sarkopenije (padanje, občutek šibkosti, počasnost hoje, težave pri dvigovanju s stola ali izguba telesne mase/mase mišic). V takih primerih je priporočljivo nadaljnje testiranje za sarkopenijo (Cruz-Jentoft, et al., 2019). Pri nadaljnjem testiranju priporočajo uporabo vprašalnikov SARC-F (Priloga 1), kjer se preverja pet komponent, in sicer: moč, pomoč pri hoji, vstajanje s stola, hojo po stopnicah, pogostost padcev. Vprašalnik SARC-F se lahko uporabi hitro in v katerem koli kliničnem okolju. Bolniki sami poročajo o svojem dožemanju omejitev v petih omenjenih komponentah. Ocene lestvice SARC-F se gibljejo od 0 do 10 (0– 2 točki za vsako komponento; 0 = najboljše do 10 = najslabše) (Malmstrom, et al., 2016). SARC-F ima nizko do zmerno občutljivost in zelo veliko specifičnost za napovedovanje nizke mišične moči. Zato se z vprašalnikom SARC-F večinoma odkrije hude primere. Uporabljajo ga kot uvod v diagnosticiranje in zdravljenje sarkopenije, ker je poceni in priročna metoda (Cruz-Jentoft, et.al., 2019).

Za določanje mišične mase pri bolnikih s KOPB uporabljamo merjenje telesne sestave z BIA, kjer periodično spremljamo indeks puste telesne mase (FFMI) in fazni kot in ju primerjamo z referenčnimi vrednostmi (tabela 1).

V Kliniki Golnik uporabljamo 6 minutni test hoje za merjenje telesne zmogljivosti. Dokazano je, da lahko glede na hitrost hoje napovemo neugodne izide, povezane s sarkopenijo. Testi telesne zmogljivosti so primerni za izvajanje v večini kliničnih okolij. Mejne vrednosti mišične moči, mase in telesne zmogljivosti za potrditev sarkopenije navajamo v tabeli 1 (Cruz-Jentoft, et al., 2019).

Klinika Golnik ima izdelan program rehabilitacije pljučnega bolnika, ki je pokazal zelo dobre rezultate.

Fizična aktivnost in trening sta ključna za ohranjanje mišične mase in moči. Za bolnike s KOPB je rehabilitacija pljučnega bolnika program za zdravljenje sarkopenije. Zelo pomembna je tudi ustrezna prehranska podpora z ustreznim energijskim in beljakovinskim vnosom. Tretja pomembna točka je farmakološka podpora pri zdravljenju sarkopenije (anaboliki, inhibitorji miostatina). Van Bakel, et al., 2021)

Optimalna oskrba ljudi s sarkopenijo je bistvenega pomena. Če je ne zdravimo, lahko predstavlja velike osebne, socialne in ekonomske obremenitve. Sarkopenija povečuje tveganje za padce in zlome, slabi sposobnost opravljanja vsakdanjih dejavnosti, povezana je s srčnimi boleznimi, boleznimi dihal in kognitivnimi motnjami, omejuje sposobnost gibanja in prispeva k nižji kakovosti življenja. Ti dejavniki lahko vodijo do izgube neodvisnosti, potrebe po dolgotrajni oskrbi in navsezadnje tudi do smrti. V finančnem smislu je sarkopenija za zdravstvene sisteme draga. Prisotnost sarkopenije poveča tveganje za hospitalizacijo in stroške oskrbe med hospitalizacijo (Cruz-Jentoft, et al., 2019).

ZAKLJUČEK

Podhranjenost, sarkopenija in kaheksija so motnje prehranjenosti in s prehranjenostjo povezane motnje, ki prizadenejo tudi pljučne bolnike. Pljučni bolniki so zaradi narave bolezni in na drugi strani tudi s procesom staranja podvrženi izgubi mišične mase in funkcije mišic, ki vodi v sarkopenijo. Pomembno je, da sarkopenijo čim prej prepoznamo in jo skušamo zdraviti oziroma preprečevati. Za ohranjanje mišične mase in funkcije mišic ter fizične pripravljenosti je zelo pomembna telesna aktivnost in ustrezna energijsko in beljakovinsko bogata prehrana.

Prehranska podpora pljučnega bolnika, ki je del timskega pristopa pri obravnavi je za bolnika zelo pomembna.

PRILOGE

Priloga 1: Vprašalnik SARC-F za oceno moči, pomoči pri hoji, vstajanja s stola, vzpenjanja po stopnicah in števila padcev (Malmstrom, et al., 2016).

Vprašalnik SARC-F		
Del vprašalnika	Vprašanje	Točkovanje
Moč	<i>Koliko težav imate pri dvigovanju bremena, težkega okoli 5 kg?</i>	Brez težav = 0 Nekaj težav = 1 Veliko/ne zmorem = 2
Pomoč pri hoji	<i>Koliko težav imate pri hoji na drugo stran sobe?</i>	Brez težav = 0 Nekaj težav = 1 Veliko/potrebni pripomočki/ne zmorem = 2
Vstajanje s stola	<i>Koliko težav imate pri vstajanju s stola ali postelje?</i>	Brez težav = 0 Nekaj težav = 1 Veliko/potrebna pomoč/ ne zmorem = 2
Hoja po stopnicah	<i>Koliko težav imate s hojo po 10 stopnicah navzgor?</i>	Brez težav = 0 Nekaj težav = 1 Veliko/ne zmorem = 2
Padci	<i>Kolikokrat ste padli v zadnjem letu?</i>	Brez padcev = 0 1–3 padci = 1 4 ali več padcev = 2
VSOTA TOČK SARC-F		

Sum na sarkopenijo je postavljen pri vsoti točk, ki je enaka ali več kot 4.

Legenda: SARC-F – vprašalnik za oceno moči, pomoči pri hoji, vstajanja s stola, vzpenjanja po stopnicah in števila padcev (*angl. Strength, Assistance with walking, Rising from a chair, Climbing stairs and Falls*)

LITERATURA

Angulo, J., Assar, M.E., Álvarez-Bustos, A., Rodríguez-Mañas, L., 2020. Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biology* 35. 1-20.

Antonione, R. & Sobotka, L., 2019. Nutrition in pulmonary and cardiac disease, In. Subotka, L.ed. *Basics in Clinical Nutrition*, fifth edition, ESPEN, Gallen. p. 433-440.

Cederholm, T., Jensen, G.L., Correia, M.I.T.D., Gonzalez, M.C., Fukushima, R, Higashiguchi, T., et al., 2019. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019 Feb;10(1):207–17.

Cho, M.R., Lee, S., Song, S.K., 2022. A Review of Sarcopenia Pathophysiology, Diagnosis, Treatment and Future Direction. *Med Sci*, 2022 Maj 9; 37(18) e146. Available at:<https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e146> [25.8.2023].

Cruz-Jentoft, A.J., Pierre Baeyens, J., Bauer, J.M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., et.al., 2010. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, Volume 39, Issue 4, July 2010, Pages 412–423. at:<https://doi.org/10.1093/ageing/afq034> [25.8.2023].

Cruz-Jentoft, A., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., et al., 2019. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):16–31.

Dhillon, R.J.S. & Hasni, S., 2017. Pathogenesis and Management of Sarcopenia. *Geriatr Med*. February ; 33(1): 17–26.

Evans, W.J., Morley, J.E., Argilés, J., Bales, C., Baracos, V., Guttridge, D., et al., 2008. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2008 Dec;27(6):793–9.

Malmstrom, T.K., Miller, D.K., Simonsick, E.M., Ferrucci, L., Morley, J.E., 2016. SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 7(1), 28–36.

Rotovnik Kozjek, N.& Božič, T., 2022. Klinična prehrana, In. Košnik Met al.eds. *Interna medicina*, 6. Izdaja, pp. 1533-1570.

Sayer, A.A. & Cruz-Jentoft, A., 2022. Sarcopenia definition, diagnosis and treatment: consensus is growing. *Age and Ageing* 2022; 51: 1–5. *Age and Ageing journal 50th anniversary commentary series*. Available at:<https://doi.org/10.1093/ageing/afac220> [25.8.2023].

Van Bakel, S.I.J., Gosker, H.J., Langen, R.C., Scols, A.M.W.J., 2021. Towards Personalized Management of Sarcopenia in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2021: 16, 25-40.

Wu, C.H., Chang, M.C., Lyadov, V.K., Liang, P.C., Chen, C.M., Shih, T.T.F., et al., 2019. Comparing Western and Eastern criteria for sarcopenia and their association with survival in patients with pancreatic cancer. *Clinical Nutrition* 38 (2019) 862-869.

Wunderle, C., Gomes, F., Schuetz, P., Stumpf, F., Austin, P., Ballesteros-Pomar, M.D., et.al., 2023. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. *Clinical Nutrition* 42 (2023) 1545-1568.

VLOGA FIZIOTERAPEVTA PRI OBRAVNAVI BOLNIKA S PLJUČNO BOLEZNIJO

PHYSIOTHERAPIST ROLE IN TREATING PATIENT WITH A LUNG DISEASE

Anja Grošelj, dipl. fiziot.

anja.groselj@klinika-golnik.si

Oddelek za fizioterapijo in respiratorno rehabilitacijo Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

Vloga fizioterapevta pri obravnavi pljučnega bolnika je na primarnem nivoju vezana na lajšanje blažjih težav, ki so povezane z dihanjem, pogosteje pa so fizioterapevti vključeni v obravnavo bolnikov z respiratornimi težavami na akutnih bolniških oddelkih. Cilji take fizioterapevske obravnave so zagotoviti čim bolj učinkovito čiščenje dihalnih poti, učenje primernih tehnik dihanja glede na težave bolnika, izvedba treninga dihalnih mišic ter ohranitev mišične mase večjih mišičnih skupin oziroma zagotoviti ustrezno samostojnost in mobilnost bolnikov. Respiratorna fizioterapija se v slovenskem prostoru razvija od leta 1970, ko je ameriški kirurg izvedel prvo operacijo na odprtem srcu in zahteval po-operativno respiratorno obravnavo bolnika. Sicer pa se vsak fizioterapevt pri svojem delu srečuje z neko vrsto respiratorne obravnave, saj vsak gib v našem telesu izhaja iz dihanja in stabilizatorjev trupa, ki preko fascialnih povezav vplivajo na vse gibalne elemente našega telesa. V prispevku je na kratko opisana obravnavo bolnika z dispnejo, omenjene so tehnike čiščenja dihalnih poti, trening inspiratornih in perifernih mišic ter posebnosti fizioterapevtskih obravnav, ki se izvajajo na določenih oddelkih Klinike Golnik.

Ključne besede: respiratorna fizioterapija, tehnike čiščenja dihalnih poti, dispneja

ABSTRACT

The role of the physiotherapist in treatment patients with pulmonary diseases in primary care is mostly related to the relief of milder respiratory problems, more often physiotherapists are involved in treatment of patients with respiratory problems in acute hospital wards. The goals of such physiotherapy treatment are to ensure the most effective airway clearance, learning appropriate breathing techniques according to the patient's problems, training the respiratory muscles and maintaining the muscle mass of larger muscle groups, or to ensure adequate independence and mobility of the patients. Respiratory physiotherapy has been developing in Slovenia since 1970, when an American surgeon performed the first open-heart surgery and required post-operative respiratory treatment of the patient. Otherwise, every physiotherapist encounters some type of respiratory treatment in his work, because every movement in our body comes from breathing and stabilizers of the trunk, which affect all the movement elements of

our body through fascial connections. The paper briefly describes the treatment of a patient with dyspnoea, mentions techniques for cleaning the airways, training of inspiratory and peripheral muscles, and the specifics of physiotherapy treatments that are performed in certain departments of the Golnik Clinic.

Key words: respiratory physiotherapy, airway clearance techniques, dyspnea

UVOD

Vloga fizioterapevta pri obravnavi pljučnega bolnika je na primarnem nivoju vezana na lajšanje blažjih težav, ki so povezane z dihanjem, pogosteje pa so fizioterapevti vključeni v obravnavo bolnikov na akutnih bolnišničnih oddelkih ter enotah intenzivne nege in terapije, kjer se srečujejo s kompleksnejšimi težavami bolnikov na področju dihanja. Fizioterapevti se ukvarjajo s tehnikami čiščenja dihalnih poti, tehnikami dihanja, treningom dihalnih mišic in hkrati tudi z mobilizacijo bolnikov. Cilji fizioterapevtske obravnave so tako čim bolj efektiven kašelj in posledično čistejše dihalnih poti, boljša predihanost pljuč in zmanjšana dispneja ter izboljšanje oziroma ohranjanje splošne telesne pripravljenosti. (Al Mohammedali, et al., 2016).

V Sloveniji začetek razvoja respiratorne fizioterapije (RFT) sega v leto 1970. Takrat je ameriški kirurg prof. Michael DeBekey v Sloveniji izvedel prvo operacijo na odprtem srcu. Želel je, da imajo bolniki, ki prestanejo tovrstne operacije ustrezno fizioterapevtsko obravnavo (takrat še po ameriškem sistemu respiratorne fizioterapije). Od takrat naprej se je potem respiratorna fizioterapija razvijala tudi v našem prostoru.

V vsakem primeru, pa se vsak fizioterapevt ob svojem delu srečuje tudi z neko vrsto respiratorne fizioterapije, saj namreč vsak gib izhaja iz dihanja in stabilizatorjev trupa, ki preko fascialnih povezav neposredno vpliva na vse gibalne elemente našega telesa. (Potočnik, 2019 cited in Potočnik & Novak-Jankovič, 2019). Namen tega prispevka je na kratko predstaviti fizioterapevtsko obravnavo bolnikov, ki ležijo na akutnih bolniških oddelkih ter omeniti posebnosti določenih fizioterapevtskih obravnav, ki jih izvajamo na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik).

Ocena bolnika pred fizioterapevtsko obravnavo

Fizioterapevt na oddelku (po naročilu zdravnika) pred samo obravnavo naredi oceno bolnika. Ta zajema kratko anamnezo, opazovanje vzorca dihanja (eupnea, tahipnea, bradipnea, torakalno ali trebušno dihanje), morebitno prisotnost dispneje (ocena v mirovanju in ob aktivnosti) in obliko (sodčasta, kifoza, vdrti ali izbočena prsnica) ter gibanje (simetrija, hiperinflacija) prsnega koša ob vdihu in izdihu. Oceni še učinkovitost kašlja ter izgled in količino sputuma. Bolnika po potrebi tudi avskultira. Fizioterapevt opravi še oceno grobe mišične moči in gibljivosti. Glede na oceno in sposobnost bolnikovega sodelovanja nato pripravi program fizioterapevtske obravnave. (Frownfelter & Dean, 2012).

Specifična fizioterapevtska obravnava se pri nas izvaja na kirurškem oddelku po operacijah pljuč, na enoti intenzivne terapije ter v programu pljučne rehabilitacije, kar je na kratko opisano tudi po predstavitvi vseh tehnik respiratorne fizioterapije.

Fizioterapevtska obravnava ob prisotni dispneji

Dispneja je pri bolnikih s pljučno boleznijo pogost simptom in vpliva tudi na kvaliteto življenja (Hayen et al., 2013). Včasih je dispneja prisotna že v mirovanju, običajno pa se pojavi ob telesni aktivnosti. Dispneja lahko zato vodi tudi do opustitve redne telesne aktivnosti ali celo do opustitve določenih vsakodnevnih aktivnosti. Ljudje s hujšo obliko dispneje pogosto navajajo tudi strah in občutek nemoči. Bolnike, ki opisujejo kakršen koli pojav dispneje, je potrebno naučiti pravilnega načina dihanja v mirovanju in ob obremenitvi. To zajema dihanje z ustnično priporo, dihanje s trebušno prepono in nadzor nad dihanjem ter ob vsem tem še zavzemanje primerne položaja. (Booth et al., 2014).

Dihanje z ustnično priporo ob izdihu ustvarja pozitiven tlak v dihalnih poteh, ki naj bi bil cca 5 cmH₂O (Van der Schans et al., 1997). Ta pozitivni ekspiratorni tlak (PEP: ang. Positive Expiratory Pressure oziroma pozitivni pritisk med izdihom) preprečuje sesedanje dihalnih poti in izboljša pretok zraka ob samem izdihu, sočasno pa vpliva tudi na mobilizacijo sluzi proti centralnim dihalnim potem (Myers, 2007). Izdih naj bi bil dva do štirikrat daljši od vdih, včasih pa se priporoča tudi podaljšan izdih dokler bolnik zmore, a ta ne sme biti forsiran. Pozitivni učinki dihanja z ustnično priporo, ki so bili tudi znanstveno dokazani so, da se število vdihov na minuto zmanjša lahko tudi za do 7 vdihov, dihalni volumen se lahko zviša do 500ml in saturacija izboljša za do 2,5% (Roberts et al., 2009).

Ob normalnem dihanju trebušna prepona opravi približno 95% dela in je najmanj utrudljiva skeletna mišica v našem telesu. Pomožne dihalne mišice se pri zdravem človeku običajno aktivirajo, ko se zadiha in je telesno aktiven, pri kroničnih pljučnih boleznih pa so te mišice precej bolj aktivne, lahko tudi že samo ob hoji po stanovanju ali celo v mirovanju. Njihova primarna naloga pa je sicer gibanje in stabilizacija zgornjih udov ter ramenskega obroča. Pri dihanju s trebušno prepono bolnik poskuša čim bolj sprostiti pomožne dihalne mišice, nameščen je v udobnem položaju, lahko na boku s pokrčenimi kolenu, leže na hrbtu s podloženimi koleni in z dvignjenim vzglavjem. Nadzor nad dihanjem pa je pravzaprav dihanje s trebušno prepono, le da so tukaj gibi prepone manjši (cca 1cm), cilj pa je, da se dihanje vrne nazaj na normalni dihalni volumen.

Zavzemanje položaja ob težki sapi je običajno uporabljeno sočasno s tehnikami dihanja. Priporoča se naprej nagnjen položaj ter fiksacija ramenskega obroča in zgornjih udov. Običajno bolniki tak položaj zavzamejo že instiktivno. Ob naprej nagnjenem položaju naj bi se prepona lažje gibala, pomožne dihalne mišice pa ob fiksiranih zgornjih udih in ramenskem obroču lahko pomagajo pri dihanju. (Booth et al., 2014).

Različne tehnike dihanja se lahko uporabijo tudi pri povečanju ekspanzije oziroma širitve prsnega koša. Le ta pripomore k boljši predihanosti pljuč in preprečevanju respiratornih komplikacij. Ena izmed tehnik je globoko dihanje, kjer se bolnika spodbudi k aktivnemu, čim globljemu počasnemu vdihu, zadrževanju zraka v pljučih, kateremu sledi pasiven izdih. Globoko dihanje pa se lahko spodbuja tudi s pomočjo incentivne spirometrije. Tu bolnik s pomočjo pripomočka (incentivnega spirometra) po enakem principu izvrši vdih, pripomoček pa zagotavlja še »feedback«, ki izboljša motivacijo za uporabo takšnega načina dihanja (Rodrigues et al., 2020).

Tehnike čiščenja dihalnih poti

Ob povečani produkciji sluzi in težavah pri izkašljevanju se fizioterapevti poslužujejo različnih tehnik čiščenja dihalnih poti. Tehnike, ki se uporabljajo in se nemalokrat med seboj

dopolnjujejo so položajna drenaža, perkusija prsnega koša, vibracija prsnega koša, aktivni cikel dihanja, avtogeno drenaža, uporaba pripomočkov, ki ob izdihu ustvarjajo pozitiven tlak, lahko tudi oscilacije ter uporaba izkašljevalnika (Belli et al., 2021) ali aparata, ki ob izdihu pospešuje pretok zraka (FreeAspire) (Patrizio et al., 2019).

Položajna drenaža

Položajna ali bronhialna drenaža je pasivna tehnika, kjer se bolnik namesti v določen položaj, glede na lokacijo izmečka v pljučih. Tako se izkoristi še pomoč gravitacije pri mobilizaciji sluzi iz perifernih proti centralnim dihalnim potem. Tehnika se običajno kombinira s perkusijo ali vibracijo prsnega koša, lahko tudi z izvajanjem respiratorne tehnike aktivnega cikla dihanja.

Perkusija prsnega koša oziroma clapping

Pri perkusiji gre za ritmično udarjanje pravilno oblikovane roke (v obliki čašice) ali ustreznega pripomočka po prsnem košu. Ob tem gre za prenos energije preko stene prsnega koša do pljuč. Sluz se tako lažje odlepi od sten dihalnih poti in premakne višje po njih. Tehnika se lahko uporablja v fazi vdiha in izdiha in se lahko kombinira s položajno drenažo ali aktivnim ciklom dihanja.

Vibracija prsnega koša

Pri vibraciji gre za nežno visokofrekvenčno silo, ki se preko prsnega koša prenaša s pomočjo ustreznega aparata ali roke, ki izvaja vibracijo. Vibracije se izvajajo samo v fazi izdiha in sočasno s tokom zraka pripomorejo k premiku sekreta v večje dihalne poti. Tehnika se običajno kombinira s položajno drenažo.

Aktivni cikel dihanja

Pri aktivnem ciklu dihanja (ACD) gre za tehniko dihanja, kjer se izmenjuje tri faze dihanja: nadzor nad dihanjem, širitev prsnega koša in tehnika forsiranega izdiha (FET: ang. Forced expiratory Technique). Pri nadzoru nad dihanjem se bolnik poskuša čim bolj sprostiti, nato pri fazi širitve prsnega koša bolnik naredi nekaj globokih vdihov in pasivnih sproščenih izdihov. V tej fazi lahko fizioterapevt uporabi tudi tehniko perkusije ali vibracije prsnega koša. Pri tehniki forsiranega izdiha pa bolnik izvede 2-3 huffe (hiter izdih na črko H).

Avtogena drenaža

Avtogena drenaža (AD) je tehnika čiščenja dihalnih poti, kjer posameznik na treh različnih nivojih dihanja (od nižjih proti višjim dihalnim volumnom) mobilizira sluz iz manjših dihalnih poti proti večjim dihalnim potem. Sestavljena je iz treh faz: faza odlepljanja sluzi, faza zbiranja sluzi in faza izločanja sluzi. Cilj te tehnike je zbrati čim več sluzi in jo po koncu izvajanja AD s čim manj truda izkašljati.

Pripomočki s pozitivnim ekspiratornim tlakom

Pri uporabi teh pripomočkov bolnik preko enosmerne valvule izdihuje proti določenemu upor, kar preprečuje sesedanje dihalnih poti in ujetje zraka v pljučih. Izdihovanje proti upor, vzdržuje odprte dihalne poti, preko kolateralnih poti ustvarja pozitivni tlak distalno od morebitne obstrukcije in pomaga pri mobilizaciji sluzi proti centralnim dihalnim potem. Pripomočki s pozitivnim tlakom pri izdihu so lahko z (Flutter, Acapella) ali brez oscilacij (PEP Threshold) (Frownfelter & Dean, 2012).

Izkašljevalnik ali insuflator/eksuflator

Če bolniki ne zmorejo učinkovito izkašljati sluzi (izmerjen peak cough flow je pod 180 l/min) se kot pomoč uporabi izkašljevalnik. (Tzeng AC & Bach JR, 2000) Gre za aparat, kjer se faza pozitivnega pritiska ob insuflaciji se izmenjuje s fazo negativnega pritiska ob eksuflaciji (simulacija kašlja) (Finder, 2006). Naprava se lahko uporablja preko obrazne maske ali traheostome (Bach, 2003).

Free aspire terapija

Pri tej terapiji gre za pospeševanje pretoka zraka ob izdihu brez nastajanja negativnega tlaka v dihalnih poteh. Terapija je zato popolnoma varna. Lahko se uporablja preko maske ali ustnika, bolnik pa med terapijo diha normalno (Patrizio et al., 2019).

Trening inspiratornih mišic

Pred uvedbo samega treninga, ki se izvaja z določenimi pripomočki (POWERBreathe, The breather) je potrebno izmeriti maksimalni inspiratorni tlak pri ustih (MIP) in na podlagi tega določiti začetno obremenitev pri vadbi (običajno 50-60% vrednosti MIP). Največkrat se odločimo za trening vzdržljivosti inspiratornih mišic, redkeje se trenira samo moč teh mišic. Upor se ob rednem treningu, dvakrat dnevno po trideset vdihov, tedensko postopno povečuje (McConnell, 2013). Trening inspiratornih mišic izboljša respiratorno funkcijo, zmanjša dispnejo in izboljša vadbeno toleranco (Moodie et al., 2011).

Trening večjih mišičnih skupin

Dispneja in utrujenost omejujeta telesno zmogljivost pri bolnikih s pljučno boleznijo. Že dlje časa je znano, da ima trening mišic pomemben učinek pri izboljšanju telesne zmogljivosti in kvalitete življenja, ne glede na stopnjo bolezni. Trening naj bi bil sestavljen iz vaj za vzdržljivost in za moč. V bolnišnici se vaje prilagodijo trenutni zmogljivosti bolnika, zastavi se kratkoročne in dolgoročne cilje. V domačem okolju se potem priporoča postopno stopnjevanje vadbe. Trenutna priporočila za vzdržljivostno telesno vadbo so, da mora ta potekati tri do petkrat na teden, vsaj osem tednov, v obsegu $\geq 60\%$ maksimalne telesne zmogljivosti. Za trening moči pa se priporoča vadba dva do trikrat tedensko po osem do dvanajst ponovitev in dva do tri posamezne sete. (Rodrigues et al., 2020)

Specifične fizioterapevtske obravnave na bolniških oddelkih Klinike Golnik

Rehabilitacija kroničnih pljučnih bolnikov

Rehabilitacija kroničnih pljučnih bolnikov je multidisciplinarni pristop, ki je dobro raziskan in uveljavljen povsod po svetu. Program rehabilitacije, ki traja od 6-8 tednov zajema pregled zdravnika, začetna in končna testiranja, vadbo za moč in vzdržljivost mišic, učenje pravih tehnik dihanja in izkašljevanja, pogovor s psihologinjo, dietetičarko in medicinsko sestro (Holland et al., 2021). Celoten program je individualno prilagojen vsakemu posamezniku, kar omogoča kar najboljši napredek. Dokazane koristi rehabilitacije pljučnih bolnikov so izboljšana telesna zmogljivost, zmanjšana dispneja, boljša kvaliteta življenja ter manj sprejemov v bolnišnico. (Holland et al., 2021)

Pri nas program rehabilitacije kroničnih pljučnih bolnikov trenutno (zaradi preureditve prostorov po Covidu-19) žal ne poteka. Prej smo izvajali program hospitalne rehabilitacije, ki je trajal vsega skupaj 5 tednov. V bodoče bi se bilo morda smiselno usmeriti v ambulantno ali

tele-rehabilitacijo, vsaj pri bolnikih, ki imajo lažjo stopnjo bolezni. Vzpostaviti pa bi bilo tudi potrebno ambulantno sledenje bolnikov po opravljeni rehabilitaciji.

Fizioterapevtska obravnava na oddelku intenzivne nege in terapije

Vloga fizioterapevta pri bolnikih na oddelku intenzivne nege in terapije je bila primarno vezana bolj na respiratorne težave pacientov, je pa v zadnjih letih, zaradi hitrega upada mišične mase vse večji poudarek na čim zgodnejšo mobilizacijo ležečih pacientov. Glavni cilj lokomotorne fizioterapevtske obravnave je tako preventiva pred izgubo mišične mase, z obravnavo pa pričnemo takoj, ko je bolnikovo stanje dovolj stabilno. Obravnava je nato prilagojena bolnikovemu zdravstvenemu stanju in možnosti sodelovanja (Tubaro et al., 2020). Pri respiratorni obravnavi pa se osredotočamo na učinkovito čiščenje dihalnih poti z različnimi tehnikami in pripomočki, ter s pomočjo ustreznih tehnik dihanja zagotavljamo čim boljšo oksigenacijo bolnika, ter preprečujemo respiratorne komplikacije. Pri bolnikih, ki zmorejo dobro sodelovati, se za lažje odvajanje od ventilatorja priporoča tudi krepitev inspiratornih mišic (Berney et al., 2012). Fizioterapevtska obravnava se na našem oddelku intenzivne nege in terapije začne izvajati po naročilu zdravnika in se običajno izvaja dvakrat dnevno, po potrebi tudi večkrat. Izvaja se tako respiratorna kot lokomotorna fizioterapija z več vmesnimi pavzami. Obravnavo sproti prilagajamo bolnikovemu zdravstvenemu stanju, čim prej pa želimo doseči bolnikovo sodelovanje. Zaradi obsega in kompleksnosti fizioterapevtske obravnave, terapijo običajno izvajata dva fizioterapevta.

Po-operativna fizioterapevtska obravnava na kirurškem oddelku

Za preprečevanje komplikacij po operaciji tumorjev pljuč je fizioterapevtska obravnava pomembna. Ob anesteziji in po operativnem posegu pride do zmanjšane mobilizacije sluzi, bolečine in zmanjšane funkcije diafragme. Vse to vodi v slabšo učinkovitost kašlja ter zmanjšan funkcionalni rezidualni volumen. Obravnava fizioterapevta je zato osredotočena na izboljšanje ventilacije, s pomočjo učenja dihalnih vaj ter uporabe incentivnega spirometra, ter na zagotavljanje čim bolj učinkovitega izkašljevanja z uporabo ustreznih pripomočkov in manualnih tehnik ter huffinga. Pomembna je tudi čim zgodnejša mobilizacija bolnika in izvedba aktivnih vaj za gibljivost ramenskega obroča in prsnega koša (Çınar et al., 2020). Pri nas bolnike, ki so bili operirani, tekom hospitalizacije obravnavamo trikrat dnevno. S fizioterapijo pa pričnemo prvi dan po operaciji.

Vloga fizioterapevta v multidisciplinarnem timu

Bolnikom, ki so v sklopu multidisciplinarnega tima (MDT) napoteni na fizioterapevtsko ambulantno obravnavo se običajno naredi 6-minutni test hoje, včasih tudi test vstajanja s stola, oceni se bolnikove težave z dihanjem in izkašljevanjem ter dosedanje poznavanje tehnik respiratorne fizioterapije. Fizioterapevti se potem odločimo, katere tehnike dihanja bolniku pokažemo ter, če ima bolnik težave z izkašljevanjem, izberemo ustrezen pripomoček, ki je bolniku dostopen preko naročilnice. Svetujemo tudi o pomenu redne telesne aktivnosti in stopnjevanju le-te. Vse te naučene tehnike in uporabo pripomočkov naj bi bolnik potem redno uporabljal v domačem okolju.

DISKUSIJA

V prispevku je opisan način dela fizioterapevtov, ki se izvaja na Kliniki Golnik. Začetna ocena, ki jo izvedemo je opisna in jo na kratko zabeležimo tudi v računalniški program Birpis. V bodoče bi bilo smiselno urediti še enoten obrazec za oceno bolnikovega stanja ob pričetku in morda tudi ob zaključku izvajanja fizioterapije. Enotne obrazce za oceno trenutno uporabljamo samo pri ambulantnih obravnavah v sklopu MDT. Na podlagi začetne ocene se potem naredi načrt fizioterapevtske obravnave. Bolnika se na oddelku opremi z ustreznim pripomočkom (za izkašljevanje ali spodbujanje globokega vdiha), če le tega potrebuje, spodbuja in nauči pa se ga tudi primernega načina dihanja glede na trenutno bolnikovo stanje. Glede na stopnjo aktivnosti pred prihodom v bolnišnico in glede na trenutno stanje, se prilagodi količina in število in vrsta vaj, po potrebi se izvaja tudi trening hoje. Če bolnik trenutno potrebuje kakšen pripomoček za hojo, ustrezno izberemo še tega. Na Kliniki Golnik opažamo vse več miopacij kritično bolnega, kar pa zahteva razširjeno in poglobljeno fizioterapevtsko obravnavo, ki običajno traja daljše časovno obdobje. Posebno zaradi tega ima zgodnja mobilizacija dokazano velik pomen pri skrajšanju časa okrevanja, ohranjanju funkcionalne samostojnosti bolnika ter skrajšanju časa na umetni ventilaciji in časa hospitalizacije (Needham, 2008).

ZAKLJUČEK

Celostna fizioterapevtska obravnava bolnikov je pomembna tako v akutni fazi pljučne bolezni, kot tudi pri kroničnem poteku le-te. Velik pomen ima, da se bolniki določenih fizioterapevtskih tehnik naučijo in jih ob morebitnem sočasnem farmakološkem zdravljenju nato redno izvajajo v domačem okolju. Fizioterapevt ima nepogrešljivo vlogo tudi po operativnih posegih ter pri kritično bolnih, ki so hospitalizirani v enotah intenzivne nege in terapije. Fizioterapevti sodelujejo pri obravnavanju različnih težav, kot so disfunkcionalno dihanje, obstrukcija dihalnih poti in s tem zmanjšan pretok zraka, atelektaze, nezadostna mobilizacija sluzi, oslabele respiratornih in perifernih mišic, zmanjšana telesna zmogljivost, dispneja in zmanjšana kvaliteta življenja. Za obravnavo teh težav fizioterapevti uporabljajo tehnike, ki zmanjšajo dihalno delo, izboljšajo ventilacijo, izboljšajo mobilizacijo sluzi, zmanjšajo občutek dispneje in izboljšajo telesno zmogljivost. Te tehnike so tudi podprte z dokazi, dolgoročni učinki tehnik na sam potek bolezni pa so zaenkrat še slabo raziskani.

LITERATURA

Al Mohammedali Z., O'Dwyer T.K.& Broderick J.M., 2016. The emerging role of respiratory physiotherapy: A profile of the attitudes of nurses and physicians in Saudi Arabia. *Ann Thorac Med*, 11(4), pp. 243-248.

Bach J.R., 2003. Mechanical insufflation/exsufflation: has it come of age? A commentary. *Eur Respir J*, 21(3), pp. 385-6.

Belli S., Prince I., Savio G., Paracchini E., Cattaneo D., Bianchi M., et al., 2021. Airway Clearance Techniques: The Right Choice for the Right Patient. *Front Med (Lausanne)*, 8:544826.

Berney S., Haines K.& Denehy L., 2012. Physiotherapy in critical care in australia. *Cardiopulm Phys Ther J*, 23(1), pp. 19-25.

Booth S., Burkin J., Moffat C. & Spathia A., 2014. Managing breathlessness in clinical practice. London: Springer, pp. 3-8, 67-88.

Çınar H.U., Kefeli Çelik H., Çelik B. & Doğan C., 2020. Is respiratory physiotherapy effective on pulmonary complications after lobectomy for lung cancer? *Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg*, 28(4), pp. 638-647.

Finder J., 2006. Overview of airway clearance technologies. Available at: <https://rtmagazine.com/disorders-diseases/chronic-pulmonary-disorders/cystic-fibrosis/review-of-airway-clearance-technologies-2006/> [29.8.2023].

Frownfelter D. & Dean E., 2012. Cardiovascular and pulmonary physical therapy: Evidence to practice. 5th ed. St Louis: Mosby, pp.198-212, 309-333.

Hayen A., Herigstad M. & Pattinson K.T., 2013. Understanding dyspnea as a complex individual experience. *Maturitas*, 76(1), pp. 45-50.

Holland A.E., Cox N.S., Houchen-Wolloff L., Rochester C.L., Garvey C., ZuWallack R., et al., 2021. Defining Modern Pulmonary Rehabilitation. An Official American Thoracic Society Workshop Report. *Ann Am Thorac Soc.*, 18(5), pp. e12-e29.

Holland A.E., Dal Corso S. & Spruit M.A., 2021. Pulmonary Rehabilitation: ERS Monograph 93. European Respiratory Society, pp. ix-xiii

McConnell A., 2013. Respiratory muscle training: Theory and practice. 1st ed. Churchill Livingstone, pp. 135-147.

Myers T.R., 2007. Positive expiratory pressure and oscillatory positive expiratory pressure therapies. *Respir Care*, 52(10), pp. 1308-26.

Moodie L., Reeve J. & Elkins M., 2011. Inspiratory muscle training increases inspiratory muscle strength in patients weaning from mechanical ventilation: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 57(4), pp. 213-221.

Needham D.M., 2008. Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA*, 300(14), pp. 1685-90.

Patrizio G., D'Andria M., D'Abrosca F., Cabiaglia A., Tanzi F., Garuti G., et al., 2019. Airway Clearance with Expiratory Flow Accelerator Technology: Effectiveness of the "Free Aspire" Device in Patients with Severe COPD. *Turk Thorac J*, 20(4), pp. 209-215.

Potočnik M.M., 2019. Kardiorespiratorna fizioterapija – uvod. In: Potočnik I. & Novak-Jankovič V. eds., *Medicinske osnove kardiorespiratorne fizioterapije: univerzitetni učbenik*, Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, Onkološki inštitut. pp. 11.

Roberts S.E., Stern M., Schreuder F. & Watson T., 2009. The use of pursed lips breathing in stable chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the evidence. *Physical therapy reviews*, 14(4), pp. 240-246.

Rodrigues A., Muñoz Castro G., Jácome C., Langer D., Parry S.M. & Burtin C., 2020. Current developments and future directions in respiratory physiotherapy. *Eur Respir Rev.*, 29(158):200264.

Tubaro M., Vranckx P., Price S., Bonnefoy E. & Vrints C., 2020. The ESC textbook of intensive and acute cardiovascular care. USA: Oxford University Press, pp. 284-291.

Tzeng A.C. & Bach J.R., 2000. Prevention of pulmonary morbidity for patients with neuromuscular disease. *Chest*, 118(5), pp.1390-6.

Van der Schans C.P., de Jong W., de Vries G., Postma D.S., Koëter G.H. & van der Mark T.W., 1997. Respiratory muscle activity and pulmonary function during acutely induced airways obstruction. *Physiother Res Int*, 2(3), pp. 167-77.

VKLJUČEVANJE SOCIALNE SLUŽBE V OBRAVNAVO BOLNIKA

INCLUSION OF SOCIAL SERVICES IN THE TREATMENT OF THE PATIENT

Petra Miklavčič, univ. dipl. soc. delavka, Maša Žugelj, mag. soc. dela
petra.miklavcic@klinika-golnik.si; masa.zugelj@klinika-golnik.si

Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

V prispevku je prikazano vključevanje in način dela socialne delavke v bolnišnici, metode dela in koncepti, ki se jih pogosto uporablja. Delo socialne delavke v bolnišnici poteka v obdobju, ko je bolnik sprejet na zdravljenje, usmerjeno pa je predvsem v iskanje rešitev za čim boljše oskrbo bolnika po odpustu. Bolniku in njegovim bližnjim se predstavi možne oblike pomoči in socialno varstvene storitve ter podpora pri prilagajanju na novo nastalo situacijo. Ob tem socialna delavka sodeluje z več strokovnimi delavci iz različnih področij.

Ključne besede: socialno delo, bolnišnica, vzpostavljanje socialno delavni odnos, oblike pomoči

ABSTRACT

The contribution shows the inclusion and way of work of a social worker in a hospital, work methods and concepts that are often used. The work of the social worker in the hospital take place during the period when the patient is admitted for treatment, and it is primarily aimed at finding solutions for the best possible care of the patient after discharge. To the patient and his relatives is presented possible forms of help and social care services, offer them support to adapt to the new situation. Social worker cooperate with experts from other areas.

Key words: social work, hospital, social work relationship, forms of help

UVOD

Socialno delo v bolnišničnem okolju je specifično, saj poteka v času, ko je človek še bolj ranljiv in nemočen zaradi bolezni. To je za bolnika in njegove bližnje čas negotovosti, saj potekajo še preiskave in ni jasno do katere mere si bo bolnik opomogel ob zdravljenju in koliko pomoči bo potreboval po odpustu. Bolnika obravnavamo celostno, znotraj njegove družine in okolice. Zanj je zelo pomembna podpora, ki jo dobiva od svojih bližnjih, so pa pogosto želje in pričakovanja bolnikov ter zmožnosti svojcev pri zagotavljanju ustrezne podpore, različne. Zato je

pomembno, da s sočutno komunikacijo ponudimo bolniku in njegovim bližnjim vpogled v dano situacijo, da se lahko odločajo o nadaljnji zdravstveni oskrbi in so seznanjeni o možnostih pomoči, ki jih imajo ob tem na voljo. (Eržen, 2012)

Namen prispevka je prikazati potek dela socialne delavke v bolnišnici in prednosti, ki jih imajo bolnik in njegovi bližnji ob vključitvi socialne delavke. Pomen socialne obravnave bolnika v bolnišnici je omogočiti bolniku in njihovim svojcem čim boljšo oskrbo po odpustu. Naloga socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je strokovno pomagati ljudem, ki so se zaradi zdravstvenih težav znašli v psiho-socialni stiski

POTEK SOCIALNE OBRAVNAVE

Vključitev bolnika v socialno obravnavo

Socialna obravnava predstavlja del celostne obravnave bolnika. Bolnika vključijo medicinske sestre ali zdravniki na oddelku, kjer je bolnik hospitaliziran. Včasih nas kontaktirajo tudi svoji bolnika, oziroma sam bolnik izrazi potrebo po obravnavi. Kontaktirajo nas tudi patronažne medicinske sestre ali socialne delavke/delavci s centrov za socialno delo ali domov za starejše, ter izvajalci pomoči na domu ali druge službe. V socialno obravnavo vključimo bolnika, ki zaradi zdravstvenega stanja potrebuje pomoč pri oskrbi, oziroma se je potreba po pomoči povečala. Bolniku želimo omogočiti varen odpust in ga informirati o vseh možnih pomočeh, ki so na voljo. Najprej se posvetujemo z zdravstvenim timom na oddelku o zdravstvenem stanju bolnika, vrsti pomoči, ki jo potrebuje in drugih posebnostih.

Vzpostavitev socialno delavnega odnosa in pogovor z bolnikom

Pogovor z bolnikom je včasih otežen, saj je v bolniških sobah običajno prisotnih več bolnikov. Skušamo narediti bolj intimen prostor za pogovor s tem da zagnemo zaveso med posteljami. Ko se pogovarjamo z bolnikom se usedemo na stol, tako da bolnik ve, da smo si vzeli čas zanj in se nam ne mudi. Dogovorimo se, kako bo naše sodelovanje potekalo, koliko časa imamo na voljo in s kakšnim namenom smo prišli. Predstavimo svojo vlogo in način sodelovanja.

Pri socialnem delu gre za dogovor o delu, ki ga je treba opraviti skupaj z bolnikom oziroma s tistimi, ki so soudeleženi v procesu. Delovni odnos olajša sodelovanje, nas definira kot sodelavce v skupnem projektu in ustvari varen prostor za določitev deležev v rešitvi. Iskanje rešitev za kompleksne probleme ljudi je delovni projekt in nam omogoči olajšanje ter mobilizacijo moči. Ključni pojmi v socialnem delu so pomoč, reševanje kompleksnih problemov, iskanje rešitev v delovnem odnosu, s katerim se lahko mobilizira moč, ki jo ima družina ali posameznik. Udeleženci v problemu postanejo udeleženci v rešitvi (Čačinovič Vogrinčič, 2008).

V pogovoru se prilagodimo bolniku in njegovim zmožnostim za pogovor. Včasih so bolniki preutrujeni za pogovor ali niso zmožni komunicirati, zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja.

Socialno delo v bolnišnici ni le iskanje domov za starejše in pomoči na domu. Delo poteka po metodah socialnega dela, kar zahteva sposobnosti raziskovanja, prepoznavanja in občutljivega načina dela ter pogovora z bolniki. Pomemben je način, kako pridobiti informacije bolnika o njegovem domačem okolju in delovanju. Včasih že razbremenilni pogovor spremeni perspektivo bolnika, da lahko soustvarimo primerno pomoč in željen izid. Socialna delavka mora znati ustvariti varen prostor, kjer bosta z bolnikom lahko odprto in spoštljivo komunicirala. Potrebno je zaupanje in občutek varnosti.

Z vsakim bolnikom vzpostavimo delovni odnos in osebni stik. (Čačinovič Vogrinčič, 2008).

V pogovoru z bolnikom skušamo dobiti vpogled v bolnikovo socialno funkcioniranje.

Ob tem nam je lahko v pomoč model Raziskovanja življenjskega sveta uporabnika (Flaker 2003):

- Zanima nas kako in kje bolnik živi, kako poteka njegov tipičen dan.
- Kaj mu je v življenju pomembno, kaj ga žalosti, boli?
- Kakšne so njegove želje, aspiracije, hotenja, potrebe?
- Kaj si v življenju želi? Kako si predstavlja svoje življenje za naprej? Kaj hoče in kaj potrebuje?
- Kakšna je njegova socialna mreža? Kdo so njegovi prijatelji, sorodniki, s kom ima stike, kdo je pomemben zanj, kdaj se videvajo, kako preživljajo skupen čas, kaj mu dajejo ti stiki in kaj sam daje drugim?
- Kako lahko vpliva na svoje življenje, kako izbira dejavnosti, prehrano, počitnice, obleke? Kakšen vpliv ima na odnose z drugimi? O čem lahko odloča?
- Spretnosti, izobrazba, hobiji, kaj ga zanima, kaj mu daje zadovoljstvo, na kaj je ponosen?
- Kakšne so njegove osebne spretnosti (samokontrola, zaupanje vase, v druge, samozavedanje, ravnanje s časom, stresom, sposobnost prositi za pomoč).
- Kakšne so njegove socialne spretnosti (povezovanje z drugimi, sporazumevanje, vživljanje, odločnost, sposobnost zabavati se).

Socialne vloge in statusi (katere vloge in položaje zaseda, katere od teh so cenjene, katere so razvrednotene, katere vloge bi rad zasedal, kakšne spretnosti bi pri tem potreboval?).

Potem se pogovorimo še o tem, kako ravna kadar potrebuje pomoč in na koga se takrat obrne, ter kako se je njegovo funkcioniranje spremenilo ob bolezni. Ko dobimo uvid v bolnikovo delovanje vključimo v obravnavo tudi bolnikove bližnje, ki jih bolnik izbere.

Sodelovanje z bolnikovimi bližnjimi

V pogovoru z bolnikovimi bližnjimi dobimo vpogled v socialno funkcioniranje bolnika tudi z njihovega vidika. Svojci povedo kako doživljajo bolezen bližnjega, izrazijo svoje skrbi in strahove ter ocenijo koliko pomoči so zmožni nuditi bolniku. Z bolnikovimi svojci se pogovorimo o tem, koliko jim je bolnik že povedal o svoji bolezni in kako se spoprijema z novo nastalo situacijo. Tako lahko dobimo vpogled o njihovih odnosih, sodelovanju in odkritosti v komunikaciji.

Glede na naše ugotovitve je možno individualno načrtovanje aktivnosti, usmerjenih v rešitve problema (Eržen, 2012).

Oblike pomoči in možnosti oskrbe po odpustu

Bolniku in svojcem predstavimo oblike pomoči v domačem okolju in možnosti namestitve v institucionalnem varstvu.

Pomoč na domu

Pomoč na domu je namenjena pretežno starejšim osebam, ki živijo na svojem domu, vendar se zaradi bolezni ali drugih težav povezanih s starostjo ne morejo več v celoti oskrbovati sami. S tem se posamezniku omogoči, da lahko čim dlje ostane v domačem okolju. Storitve se lahko koristi do 4 ure dnevno in do 20 ur tedensko. Pomoč na domu spada v pristojnost občin, ki

zagotovijo mrežo javne službe, izvajalci so javni zavodi, ali zasebniki s koncesijo. Z višino subvencije občina uravnava plačilo storitve na uporabnika (RS, gov.si, 2023).

Pri urejanju pomoči v domačem okolju nas pogosto ovirajo čakalne vrste izvajalcev pomoči, ki so organizirani in subvencionirani preko občin. Pogosto ni možno, da bi se v oskrbo bolnika vključili takoj po odpustu. Potem je obseg pomoči odvisen od zasebnih ponudnikov in njihove razpoložljivosti ter finančne zmožnosti bolnika in njegovih bližnjih.

Domsko varstvo

Storitev institucionalnega varstva obsega **osnovno oskrbo** in **socialno oskrbo** ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Upravičenci so osebe starejše od 65 let, izvajalci pa so domovi za starejše in drugi socialno varstveni zavodi. Postopek se prične z oddajo prošnje pri zavodu. Prošnjo za sprejem se lahko vloži v več domov hkrati, priloži se Mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni. Po potrebi se priloži še Pooblastilo zastopniku in Izjavo o doplačilu s strani tretje osebe (RS, gov.si, 2023).

V domovih za starejše imajo še vedno dolge čakalne vrste, mnogokrat ni možno pridobiti mesta za sprejem bolnika po odpustu iz bolnišnice. Še težje je namestiti bolnike, ki ne izpolnjujejo starostnega pogoja.

Tako je oskrba bolnikov odvisna od socialne mreže bolnika, zmožnosti vključitve bližnjih v oskrbo. Oskrbovalci so tako preobremenjeni, da pogosto izgorevajo. Za bolnika pogosto skrbi ostarel zakonec, ki ne želi obremenjevati svojih že tako obremenjenih otrok, ki imajo svoje družine in službe. Žal ustrezen obseg pomoči še vedno ni zagotovljen in dostopen.

Vmesne oblike institucionalne namestitve so še **začasne namestitve v domove starejših in dnevno varstvo**.

Ko bolnik po preboleli bolezni potrebuje še dosti pomoči pri oskrbi in rehabilitacijo, se lahko uveljavlja možnost rehabilitacije ali zdravstvene nege na oddelkih za **podaljšano bolnišnično zdravljenje** v nekaterih bolnišnicah, vendar imajo tudi omejene možnosti sprejema in čakalne vrste.

Za bolnike vključene v paliativno obravnavo, pri katerih je bolezen napredovala, imamo možnost urejanja namestitve v **hiši Ljubhospica**.

Socialno varstvene storitve in drugi prejemki

Dodatek za pomoč in postrežbo je pravica iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Upravičenci so upokojeni zavarovanci, ki ne morejo samostojno opravljati vseh ali večine osnovnih življenjskih potreb. Uveljavlja se na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Preko centra za socialno delo se lahko uveljavljajo pravice do izbire družinskega pomočnika, pravica do osebne asistencije (za mlajše od 65 let), pravica do denarne socialne pomoči, pravica do izredne denarne pomoči, pogrebne in posmrtnine, varstveni dodatek, obvezno/ dopolnilno zdravstveno zavarovanje ter subvencija najemnine.

Uveljavljajo se lahko še naslednje **socialno varstvene storitve**: prva socialna pomoč, osebna pomoč, podpora žrtvam kaznivih dejanj, pomoč družini na domu in pomoč družini za dom (Skupnost centrov za socialno delo Slovenije, 2023).

Pri svojem delu sodelujemo s centri za socialno delo, zdravstvenimi domovi in patronažnimi službami, policijo, azilnimi domovi, zavetišči za brezdomce, Slovenskim društvom Hospic in drugimi nevladnimi organizacijami.

Družinski sestanek in paliativna oskrba

Pri bolnikih, vključenih v paliativno oskrbo pogosto izvedemo tudi družinski sestanek (Ho, 2008), ki ga izvedemo z bolnikom, z bližnjimi, ki jih sam izbere in s člani več poklicnega tima.

V razgovoru lažje prepoznamo želje, potrebe in pričakovanja bolnika in njegovih bližnjih. Ob družinskem sestanku bolnik in njegovi bližnji pridobijo vse potrebne informacije iz več poklicnega tima in lažje načrtujejo nadaljnjo oskrbo. Zdravnik jim predstavi zdravstveno stanje bolnika in predviden potek bolezni, medicinska sestra vrsto oskrbe, ki jo bolnik potrebuje. Socialna delavka jih informira o možnostih pomoči v domačem okolju in v drugih ustanovah. Klinična psihologinja, fizioterapevtka in dietetičarka se vključijo glede na potrebe bolnika in prispevajo pomemben delež v obravnavi bolnika iz svojega področja. Vsak od bližnjih vstopi s svojo definicijo problema in možnimi rešitvami. Glede na predviden načrt obravnave jih podpremo v njihovih ciljih in jim pomagamo s konkretnimi informacijami o možnih vrstah pomoči. S paliativno obravnavo želimo omogočiti najboljšo možno kvaliteto življenja bolniku in njegovim bližnjim, tako da zgodaj obravnavamo bolnikove telesne, psiho-socialne in praktične probleme ob napredovali bolezni. (Lunder, 2013).

Iz prakse lahko trdimo, da so bolnik in njegovi bližnji hvaležni za pridobitev informacij o pomočeh, o zdravstvenem stanju in predvidenem poteku bolezni, da se lahko še bolj povežejo med seboj in se poslovijo. Svojci se običajno zahvalijo za vso skrb, ki smo jo namenili njihovemu bližnjemu. Pogosto so hvaležni, da ga ne premeščamo v zadnjih dneh, ko bi bilo to preveč stresno in boleče ter naporno za bolnika.

DISKUSIJA

Čas bolezni in zdravljenja pogosto predstavlja stresno obdobje ne samo bolniku, pač pa tudi njegovim bližnjim. Pomembno je že v času zdravljenja prepoznati ranljive skupine bolnikov, posebej tiste s šibko socialno mrežo in podporo, ter tiste, ki potrebujejo ali bodo potrebovali vse več pomoči pri oskrbi zaradi bolezni. Bolnike in njihove bližnje želimo informirati o vseh možnostih podpore, ki jih imajo ob tem na voljo, da se lahko pravočasno pripravijo.

Pomembno je, da izhajamo iz potreb in želja bolnika, upoštevamo njegove zmožnosti in zmožnosti svojcev pri nujenju pomoči. (Eržen, 2012)

Kljub dobri pripravi bolnika pri odpustu iz bolnišnice pa žal še vedno v mnogih primerih bolniki predolgo čakajo na storitve pomoči na domu in ureditev domske oskrbe.

Zaradi staranja prebivalstva bo vse več starejših potrebovalo dovolj podpore za dostojno življenje v domačem okolju. To bo terjalo nove načine in oblike pomoči na domu in ustrezno izobraževanje, ki bo temeljilo na poznavanju starejših in njihovih potreb. (Leskovic, 2016)

ZAKLJUČEK

Socialno delo v zdravstveni dejavnosti pripomore k celostni obravnavi bolnika, še posebej, ker imajo problemi ljudi, ki živijo v negotovih razmerah hujše posledice za njihovo zdravje. (Eržen 2012)

Človek je celostno bitje in tudi njegove zdravstvene in socialne potrebe ne moremo ločevati med seboj. (Hrovatič 2010:25). Socialna obravnava bolnika v bolnišnici predstavlja pomemben delež pri obravnavi bolnika. Z dobrim timskim sodelovanjem in povezovanjem s službami, ki delujejo v domačem okolju bolnika, skušamo zagotoviti bolniku čim bolj varen odpust in boljše funkcioniranje v domačem okolju, ali pa v drugih institucijah.

LITERATURA

Čačinovič Vogrinčič G., 2008. Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika, Univerza v Ljubljani- FSD, pp. 9-16.

Flaker V., 2003. Oris metod socialnega dela. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Eržen, I., 2008. Socialno delo v zdravstveni dejavnosti, Socialno delo, 51, 1-3, pp. 15-26.

Ho A, 2008. Rational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. Scand J Caring Sci; 22:128-35.

Hrovatič, D., 2010. Socialni vidik dela s pacientom s kronično boleznijo. In: Štemberger, T.& Majcen Dvoršak, S.(eds.), Simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 24- 27.

Leskovic, L. 2016 Skozi preteklost do današnjih dni v zdravstveni negi v socialnih zavodih, Zbornik predavanj. 2.kongres gerontološke zdravstvene nege in oskrbe: Živeti življenje v varni starosti. Available at <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/ZBORNIK-2.KONGRESA-GERONTOLO%C5%A0KE-ZN.pdf> [06.09.2023].

Lunder, U., 2013. Paliativna oskrba v Kliniki Golnik: Ključni razvojni koraki. 10 let dela in razvoja negovalnega oddelka: zbornik povzetkov, Golnik, 5. december 2013.

Republika Slovenija - Gov.si, 2023. Pomoč na domu. Available at: <https://www.gov.si teme/pomoc-na-domu/> [31.08.2023].

Republika Slovenija - Gov.si, 2023. Domovi za starejše. Available at: <https://www.gov.si teme/domovi-za-starejse/> [31.08.2023].

Skupnost centrov za socialno delo, 2023. Socialno varstvene storitve. Available at <https://www.scsd.si/centri-za-socialno-delo/delovna-podrocja-csd/socialno-varstvene-storitve/> [31.08.2023].

INTERDISCIPLINARNO SODELOVANJE PRI OBRAVNAVI PACIENTA S PLJUČNIM OBOLENJEM V DOMAČEM OKOLJU INTERDISCIPLINARY COOPERATION IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH LUNG DISEASE IN THE HOME ENVIRONMENT

Staša Rojten dipl.m.s
stasa.rakun@gmail.com

ZP Polzela

IZVLEČEK

Namen prispevka je predstaviti vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi pacienta s pljučnim obolenjem v domačem okolju, s ciljem, da se tudi izvajalci zdravstvene nege drugih specialnosti seznanijo z njihovim delom: na kakšen način se diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu vključujejo v zdravstveno obravnavo pacientov in na kakšen način delujejo ter kako vključujejo tudi pacientovo družino in širšo lokalno skupnost.

Ključne besede: patronažno varstvo, posameznik, družina, zdravstvena nega

ABSTARCT

The purpose of the paper is to present the role of a community nurse in community care in the treatment of a patient with lung disease in the home environment, with the aim that nursing care providers of other specialties also become familiar with their work: in what way do the community nurses in community care involved in health care treatment of patients and how they work and how they include the patient's family and the wider local community.

Key words: community health care, individual, family, nursing

UVOD

Temeljne usmeritve pri obravnavi kompleksnih zdravstvenih in socialnih potreb ter problemov prebivalstva v državah težijo k njihovem reševanju v okolju, kjer posameznik živi. Pri tem je potrebno upoštevati, da naj posamezniki ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kolikor je mogoče, in kolikor dolgo to želijo ali zmorejo, tudi ob pomoči različnih oblik zdravstvene in socialne pomoči, ki jo potrebujejo (Šušteršič. 2006). V patronažnem varstvu se diplomirane medicinske sestre pri svojem delu pogosto srečujemo s pacienti, ki imajo različna pljučna obolenja. Obravnavamo jih ob odpustu iz bolnišnice ali ob nastanku zdravstvenega problema.

Obravnave so običajno po naročilu zdravnika, lahko pa pacienta s kroničnim obolenjem ali starostnika obiščemo tudi po lastni presoji, skladno z navodili za preventivne obravnave (NIJZ, 2021). Pri pacientu obravnavamo aktualni zdravstveni problem, ocenimo psihično in fizično stanje pacienta in ugotavljamo socialno ekonomske razmere družine. Obravnave so usmerjene k reševanju obstoječih problemov, preprečevanju poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta in čim hitrejši rehabilitaciji. Cilj naših obravnav je doseči dobro počutje pacienta v domačem okolju, ohranjanje samooskrbe, mobilnosti in spretnosti, odkrivanje rizičnih dejavnikov in tudi svetovanje in nadzor nad jemanjem predpisane terapije (Nešič. 2016). Namen prispevka je predstaviti vlogo diplomirane medicinske sestre pri pacientu z obolenjem pljuč: na kakšen način se vključujejo v zdravstveno obravnavo in na kakšen način vključujejo pacientovo družino.

OBRAVNAVA PACIENTOV NA DOMU

Patronažna dejavnost je v Sloveniji organizirana polivalentno. To pomeni, da diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu skrbi za posameznika od časa pred rojstvom in do smrti ter spremlja družino tudi v procesu žalovanja. Deluje z vsemi oblikami družin in z vsakim družinskim članom posebej, z namenom promocije zdravja, preprečevanja bolezni in zagotavljanja zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije in paliativne oskrbe. Prednost diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je v poznavanju terena, kjer zaznavamo zdravstveno in socialno problematiko ter iščemo interdisciplinarne rešitve tudi v povezovanju z lokalno skupnostjo in nevladnimi organizacijami. Na ta način se zagotavljajo pogoji, da posameznik lahko ostane v domačem okolju čim dlje, kljub starosti, bolezni ali onemoglosti. So koordinatorice vseh oblik pomoči na pacientovem domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Horvat. 2016). Zaradi krajšanja ležalnih dob v bolnišnicah se intenzivnost in zahtevnost obravnave pacientov v domačem okolju povečujeta.

Večdisciplinarni pristop pomeni, da se v zdravstveno obravnavo pacienta vključujejo strokovnjaki iz različnih zdravstvenih področij, prav tako pa tudi iz področja socialnega varstva in tudi nevladnih organizacij, z istim ciljem, pomagati pacientu čim dlje ohraniti samostojnost v domačem okolju. Med seboj se povezujejo in dopolnjujejo.

Vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je tako kurativna kot preventivna. Kurativne obravnave izvajamo po naročilu zdravnika, ki je odgovoren za izdajo delovnega naloga, na katerem natančno opredeli, katere medicinsko-tehnične postopke in posege in intervencije zdravstvene nege, je potrebno opraviti pri pacientu in kako pogosto. Vendar pa je stroga delitev na preventivne in kurativne obravnave nemogoča, saj znotraj kurativnih obravnav vedno delujemo tudi preventivno (Krajnc, 2016). Skupaj s pacientom ugotavljamo njegove potrebe in jih rešujemo.

Preventivne obravnave skladno z Navodili za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu od 1. 1. 2021 dalje pri pacientih s kroničnim obolenjem izvajamo enkrat letno, potem pa glede na odkrite dejavnike tveganja znotraj preventivnega obiska načrtujemo do tri dodatne preventivne obravnave. S preventivnim obiskom želimo izboljšati kakovost življenja pacienta s kroničnim obolenjem na domu z ugotavljanjem še ohranjenih vitalnih funkcij, povezanih z dnevnimi aktivnostmi in stopnjo samostojnosti. Prav tako želimo preprečiti že morebitne zaplete kroničnega obolenja. Posameznika in družino želimo usposobiti za čim

bolj polno in bogato življenje, kljub njegovemu obolenju. Proces izvajanja preventive prilagodimo posebnostim posameznika in njegove družine, njegovi bolezni in zmožnosti sodelovanja njegove družine (Nešič. 2016).

Pacient s pljučnim obolenjem v domačem okolju

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu običajno za pacienta s pljučnim obolenjem izve, ko ji izbrani zdravnik izda delovni nalog za obravnavo pacienta. Včasih o odpustu pacienta obvestijo že iz bolnišnice, vendar je to prej izjema kot pravilo. Najpogosteje o odpustu obvestijo takrat, kadar pacient doma potrebuje zahtevnejše negovalne intervencije (npr. pacient s plevrexom, traheostomo,...). Zaradi zagotavljanja kontinuirane zdravstvene nege bi moralo biti obveščanje patronažne službe s strani bolnišnic ob odpustu ustaljena praksa.

Ob prvem obisku pacienta na njegovem domu ocenimo pacientovo psihofizično stanje, stopnjo samooskrbe in socialno ekonomski položaj družine. Pozorni smo na pacientovo sprejetost bolezni: ali je še v fazi zanikanja, jeze ali pa bolezen že sprejema. V kolikor so pri pacientu potrebni medicinsko tehnični postopki in posegi, jih izvajamo skladno z navodilom osebnega zdravnika. V skrb za pacienta poskušamo čimbolj vključiti tudi družinske člane. Ker v času bolezni pride do izpada dohodka in povečanih stroškov, paciente seznanimo z možnimi oblikami pomoči. Glede na pacientov status (zaposlen, upokojen), ga seznanimo z vlogami, ki jih lahko odda (vloga za pomoč in postrežbo, za invalidnino, enkratna denarna pomoč,...). Pacientom glede na njihovo zdravstveno stanje pripadajo različni medicinsko tehnični pripomočki. Pomembno je, da so diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu seznanjene s pripomočki, ki jih pacient lahko dobi na naročilnico (hojica, voziček, opornice, plenice, negovalna postelja, blazine proti preležaninam, toaletni stol, dvigalo, inhalator, aspirator, idr.)

Pristop do pacienta je individualen, saj moramo upoštevati katere funkcije in v kolikšni meri so prizadete. Obravnavamo ga po temeljnih življenjskih aktivnostih in skladno s primanjkljajem načrtujemo zdravstveno nego. Po potrebi naredimo oceno tveganja za padce in glede na rezultat ustrezno reagiramo in svetujemo. Znotraj ocene tveganja za padce pri pacientih izvedemo tudi oceno varnosti doma. Ta je nam in pacientu v pomoč, da ugotovimo, kako varen je njegov dom in kaj je, glede na njegovo zdravstveno stanje, potrebno prilagoditi. Starejši odrasli najpogosteje padejo doma (82 %) na isti ravni, ko jim zdrsne ali se zapletejo (Rok Simon.,2020). Spodbujamo ga pri telesnih aktivnostih in ohranjanju družabnega življenja, v kolikor mu zdravstveno stanje to dopušča. Znotraj preventivne obravnave pacienta presegamo tudi na depresijo in ostale dejavnike tveganja.

V primeru, da pri pacientu odkrijemo depresijo ali le zgolj težje soočanje z boleznijo, pacientu ponudimo možne oblike psihološke pomoči. Pacienti, ki so še dovolj fizično sposobni, da se lahko udeležijo obiska psihologa, jih do potrebne pomoči napotimo ali preko centrov za krepitev zdravja, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov ali preko centrov za duševno zdravje odraslih. Pacienti, ki so v patronažni obravnavi, so običajno pacienti, ki zaradi svoje ranljivosti ne morejo v ambulantno družinske medicine in se zato potrebne aktivnosti izvajajo na njihovem domu. Zato je zelo pomembno, da imajo tudi ostale službe, ki se vključujejo v obravnavo možnost, da pacienta obiščejo na njegovem domu. Z uvajanjem mreže centrov za duševno

zdravje odraslih se je povečala dostopnost težje pokretnih pacientov do psihologa, psihiatra, delovnega terapevta, fizioterapevta in socialnega delavca. Z vsemi temi se sedaj v okoljih, kjer ti centri delujejo, patronažne medicinske sestre lahko povezujemo in pacientu tudi na domu omogočimo celostno obravnavo, glede na njegove potrebe.

V kolikor pa razmere ne dopuščajo, da pacient še naprej biva v domačem okolju, pomagamo njemu in svojem pri oddaji vloge za sprejem v dom starejših občanov. V tem primeru se običajno povežemo tudi s centrom za socialno delo.

DISKUSIJA

V obravnavi pacientov v domačem okolju je pomembno tudi povezovanje z ostalimi službami. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu se vključujemo v obravnavo posameznikov v njihovem domačem okolju od rojstva do smrti. Patronažno varstvo je organizirano teritorialno, kar pomeni, da vsaka diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu pokriva točno določeno terensko območje in vsak pacient ima glede na potrebe omogočen obisk dipl.m.s. na njegovem domu. Poleg diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pa imajo tam, kjer so že ustanovljeni Centri za krepitev zdravja, pacienti tudi možnost zdravstvene obravnave s strani psihologa, psihiatra, fizioterapevta, delovnega terapevta in socialnega delavca. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu smo koordinatorke vseh oblik pomoči na domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom. Usmerjenost delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v dobrobit posameznika, družine in skupnosti, je pomemben element zagotavljanja enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev (Horvat., 2016).

V bodoče je potrebno razvijati tudi možnosti predaje pacientov, ki so odpuščeni iz bolnišnice v domače okolje, saj le tako lahko zagotovimo kontinuirano obravnavo pacienta v domačem okolju.

ZAKLJUČEK

Obravnavo pacienta s pljučnim obolenjem v domačem okolju od diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu zahteva vseživljenjsko izobraževanje in spremljanje novosti na tem področju. Tako lahko zagotovimo strokovno in za pacienta optimalno obravnavo. Pri svojem delu se vseskozi povezujemo tudi z drugimi strokovnjaki. Pomembno je poznavanje vseh možnosti, ki jih ima pacient na razpolago za čim uspešnejšo rehabilitacijo. Pri tem pa poleg pacienta v sodelovanje vključimo tudi ostale člane družine in ostale službe, ki lahko kakor koli pripomorejo k izboljšanju pacientovega stanja ali k mirni smrti. Za uspešno zdravljenje na domu je nujen v pacienta in družino usmerjen timski pristop.

LITERATURA

Horvat M., 2016. Spremnna beseda predsednice strokovne sekcije. In: Ramšak Pajk J. ed. Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažnem varstvu, pp. 6-9

Horvat M., Mihevc Ponikvar B. & Krajnc A., 2021 Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 22-28

Krajnc A., 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. In: Ramšak Pajk J. ed. Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažnem varstvu, pp. 22–26.

Nešič, M., Torbarina, P. & Krajnc, A., 2016. Patronažni obisk pri pacientu s kroničnim obolenjem. In: Ramšak Pajk, J. ed. Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažnem varstvu, pp. 58–60.

Rok Simon M, 2020. Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp.8

Šušteršič O., Horvat M., Cibic D., Peternelj A. & Brložnik M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzor Zdr N. 2006; 40: 247-52

IZZIVI NA PODROČJU NA BOLNIKA OSREDOTOČENO

ZDRAVSTVENO VZGOJO

CHALLENGES IN THE FIELD OF PATIENT-CENTERED HEALTH EDUCATION

doc. dr Andreja Kvas,
andreja.kvas@zf.uni-lj.si

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

IZVLEČEK

Zdravstvena vzgoja je sestavni del vsakodnevnega dela zdravstvenih delavcev, zlasti medicinskih sester. Za uspešnost zdravstvene vzgoje, ki se mora izvajati na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti, je ključno, da je načrtovana in da poteka procesno in ne kot posamezen dogodek. Namen prispevka je predstaviti zdravstveno vzgojo kot načrtovan proces, ki poteka po fazah oziroma korakih. Cilj prispevka je opredeliti izzive, ki se pojavljajo na področju na bolnika osredotočeno zdravstveno vzgojo. Ta vključuje različne vidike, kot so spoštovanje bolnikovih vrednot in prioritet, pomoč bolniku in zagotavljanje čustvene podpore, udobje bolnika, spoštovanje bolnika in njegovih družinskih članov. Prinaša pa številne izzive kot so vključevanje metod aktivnega učenja, poznavanje in uporabo različnih učnih stilov, učenje bolnikov iskanja preverjenih informacij, pripravo vizualno privlačnih in razumljivih učnih gradiv.

Ključne besede: načrtovana zdravstvena vzgoja, procesni pristop, medicinska sestra, učno gradivo, aktivne učne metode.

ABSTRACT

Health education is an integral part of the daily responsibilities of healthcare professionals, particularly nurses. To ensure the success of health education, which should be conducted across all levels of healthcare system, it is essential that it is meticulously planned and executed as a structured process rather than as an isolated event. This paper aims to illustrate health education as a systematically planned process with distinct phases or steps. Its primary objective is to delineate the challenges that encountered in the realm of patient-centered health education. This encompasses several facets, including respecting the patient's values and priorities, providing emotional support, ensuring patient's comfort and showing respect for both the patient and their family members. Furthermore, it brings many challenges, such as incorporating an active learning methods, being proficient in using different learning styles, teaching patients how to access reliable information, and creating visually appealing and comprehensible educational materials.

Keywords: planned health education, process approach, nurses, educational material, active learning methods.

UVOD

Izvajanje kontinuirane in načrtovane zdravstvene vzgoje bolnikov je zelo pomembno, saj ta močno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe bolnikov. V porastu so kronične bolezni, kamor sodijo srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen, kronične bolezni dihal, duševne motnje in mišično-skeletne bolezni (Shatchkute, 2016), ljudje živijo nezdravo, vse to pa močno vpliva na večanje potreb po zdravstveni vzgoji na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Cilj zdravstvene vzgoje bolnikov je zagotoviti ustrezne zdravstvene informacije ter znanje, veščine in spretnosti bolnikov, s ciljem povečanja razumevanja bolezni in zdravja ter spodbujanje zdravega vedenja.

Znanje spretnosti in veščine bolniki pridobijo tekom zdravstvene vzgoje, ki pa ni enkratno dejanje temveč je proces. Pomembno je, da si za vsakega bolnika pripravimo program zdravstvene vzgoje oziroma proces zdravstvene vzgoje (v nadaljevanju prispevka bo uporabljen termin proces zdravstvene vzgoje), ki poteka po fazah ali korakih (nekateri avtorji jih poimenujejo faze, spet drugi govorijo o korakih) (Kiger, 2004; Bartholomew et al., 2016; Thomas et al., 2016; Flanders, 2018; Bastable, 2019). V procesu zdravstvene vzgoje je pomembno, da bolniki poleg razlage dobijo tudi pisna navodila, ki so jim v pomoč v procesu učenja novih vsebin. Marcum et al. (2002) so z raziskavo ugotovili, da se bolnikom, ki prejmejo ustna in pisna navodila npr. kako jemati zdravila in kdaj se dogovoriti za nadaljnje preglede v 30 % zmanjša verjetnost za ponovno hospitalizacijo, kot pa bolniki, ki teh informacij in navodil ne dobijo. Avtorji (Jannesar Nobari et al., 2010; Jones et al., 2011) navajajo, da v primeru, ko medicinske sestre teh informacij bolnikom ne zagotovijo to povzroči bolnikovo nezadovoljstvo in tudi pritožbe.

Ko medicinske sestre načrtujejo zdravstveno vzgojo je pomembno katere pristope bodo uporabile za izvedbo zdravstvene vzgoje. Kot v izobraževalnih institucijah se moramo prilagajati spremembam, ki se dogajajo na področju zdravstva, andragogike, pedagogike, didaktike, psihologije, tehnologije in uvajati nove pristope izvajanja zdravstvene vzgoje. Kelo et al. (2013) so s kvalitativno raziskavo ugotovili, da je najboljši pristop pri izvajanju zdravstvene vzgoje s strani medicinskih sester, holističen in v bolnika osredotočen pristop, ki vključuje interaktivno komunikacijo. Ugotovili so, da je zdravstvena vzgoja bolnikov pogosto nezadostna, razdrobljena in se izvaja brez postavljanja učnih ciljev (Kelo et al., 2013). Tradicionalne metode poučevanja z enosmernim podajanjem znanj niso več zaželene, saj so pri njih bolniki v pasivni vlogi. Bolniki si vedno bolj želijo soustvarjanja v procesu poučevanja z možnostjo razvijanja kreativnosti, sodelovanja, neodvisnosti mišljenja, kritičnega presojanja, sprejemanja odgovornosti, reševanja problemov, ocene tveganj in refleksije. Zato se pri izbiranju učnih metod in učnih oblik odločamo za tiste, ki bolnika ne puščajo v pasivni vlogi temveč od njega zahtevajo aktivno sodelovanje v procesu učenja.

Namen prispevka je predstaviti zdravstveno vzgojo kot načrtovan proces, ki poteka po fazah oziroma korakih. Cilj prispevka je opredeliti izzive, ki se pojavljajo na področju na bolnika osredotočeno zdravstveno vzgojo.

Zdravstvena vzgoja

Obstajajo številne definicije, ki opredeljujejo zdravstveno vzgojo, vsem pa je skupno, da je zdravstvena vzgoja proces in ne le enkratno dejanje. Svetovna zdravstvena organizacija opredeli zdravstveno vzgojo kot kompleksen, vnaprej načrtovan proces, ki ni omejen zgolj na posredovanje informacij, ampak poleg prenosa znanja, vključuje tudi razvijanje veščin, motiviranje in opolnomočenje ljudi (WHO Eastern Mediterranean, 2012). Strömberg (2005) navaja, da je zdravstvena vzgoja proces učenja, izboljšanja znanja, sposobnosti in veščin, s katerim vplivamo na oblikovanje novih stališč in vedenj, potrebnih za ohranjanje ali izboljšanje zdravja. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2021) navaja, da je zdravstvena vzgoja v širšem pomenu besedne zveze proces učenja pozitivnih navad ali vedenja pri posamezniku, skupini ali populaciji. Namen zdravstvene vzgoje je motivacija in informiranje s ciljem ohranjanja zdravja, rehabilitacije, skrbi za kronično bolne, preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni. Izvajalci zdravstvene vzgoje so različni zdravstveni delavci, med njimi tudi izvajalci zdravstvene nege (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021).

Ko imamo v obravnavi bolnike je glavni cilj zdravstvene vzgoje povečati njihovo znanje in razumevanje bolezni. Bolnike poučimo, da bodo le z znanjem in oblikovanjem veščin samooskrbe lahko dosegli višjo raven zdravja, lažje bodo sprejemali ozaveščene odločitve glede zdravljenja in se uspešno spoprijemali z boleznijo (Stewart, 2020; Jaarsma et al., 2021). Z zdravstveno vzgojo želimo doseči, da bodo bolniki sprejemali prave odločitve, tako individualne kot skupinske, ki bodo vplivale na izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja in boljšo kakovost življenja (Kvas, 2011). Poleg ciljev je zelo pomemben tudi namen zdravstvene vzgoje, ki ga WHO (2012) opredeli kot pozitivno vplivanje na zdravstveno vedenje posameznikov in skupnosti ter vplivanje na življenjske in delovne pogoje ljudi.

Pridobivanje znanja v procesu zdravstvene vzgoje omogoča bolnikom živeti z boleznijo, upoštevati priporočila in pravilno ukrepati ob zapletih. Hews-Girard et al. (2017) poudarjajo, da zdravstvena vzgoja bolnikov že dolgo velja za pomemben del zdravljenja na poti k uspešnemu obvladovanju različnih kroničnih bolezni, kot tudi za doseganje boljših rezultatov zdravljenja. Podane vsebine v procesu zdravstvene vzgoje morajo biti koristne v konkretnem okolju (»v resničnem življenju«), pogosto pa predstavljajo le splošne resnice, ki jih bolnik včasih v konkretnem vsakdanjem okolju ne prepozna (Hews-Girard et al., 2017). Poleg razlage vsebin, ki jo izvedejo zdravstveni delavci, zlasti medicinske sestre, je pomembno v proces pridobivanja novega znanja vključiti tudi razna zdravstvenovzgojna gradiva (knjižice, brošure, spletna mesta s strokovnimi vsebinami, aplikacije za pametne telefone in kratke videoposnetke), ki bolnikom uspešno in na dostopen način zagotavljajo pomembne informacije. Bolniki morajo imeti tudi možnost postavljanja vprašanj in vključevanja družinskih članov. Zdravstvena vzgoja mora biti vedno prilagojena starosti in stopnji izobrazbe bolnika.

Predpogoj za izvajanje zdravstvene vzgoje je vzpostavitev zaupljivega medosebnega odnosa med medicinskimi sestrami in bolniki ter njihovimi svojci in najbližjimi (Strömberg, 2005; Stewart, 2020). Interakcija med zdravstvenimi delavci in bolniki naj vključuje entuziazem, motivacijo in odzivnost na potrebe bolnikov (Paterick et al., 2017) in na njihove probleme. Angelidou (2008) navaja, da je treba bolnikom dovoliti, da izpostavijo specifične potrebe in probleme, treba jim je dati možnost, da spregovorijo o svojih skrbih in tako izrazijo svoja čustva.

Zdravstvena vzgoja bolnikov se pogosto prične v bolnišnici, kjer se jim postavi diagnozo. Medicinske sestre in ostali zdravstveni delavci morajo zagotoviti, da bolniki v času bolnišnične

obravnave pridobijo tako teoretična kot praktična znanja, da so po odpustu pripravljeni na izvajanje samooskrbe v domačem okolju. V bolnišnici z zdravstveno vzgojo pričnemo takoj, ko to dovoljuje zdravstveno stanje bolnika oziroma ko je ta v stabilnem zdravstvenem stanju in začne sprejemati svojo bolezen (Strömberg, 2005). Zdravstvena vzgoja bolnikov naj se ne izvaja tik pred odpustom, prav tako jim pred odpustom ne prinesemo, brez dodatne razlage, cel kup zdravstvenovzgojnega gradiva za domov. Paterick et al. (2017) navajajo, da na takšen način bolniki ne bodo pridobili dovolj znanja, ki bi jim omogočalo nadzorovati in izboljševati zdravstveno stanje.

Faze/koraki procesa zdravstvene vzgoje

Trajanje zdravstvene vzgoje bolnika je odvisno predvsem od njegovega predznanja, trenutnega počutja, načina učenja in njegove motivacije za učenje. Zdravstveni delavci, zlasti medicinske sestre, smo najbolj uspešni in učinkoviti v procesu zdravstvene vzgoje takrat, ko zdravstveno vzgojo v naprej načrtujemo in pripravimo skupaj z bolnikom individualni učni načrt. Zdravstveno vzgojo izvajamo po fazah/korakih. Avtorji si niso enotni glede števila faz/korakov v procesu zdravstveni vzgoji. Kiger (2004), Flanders (2018) in Bastable (2019) trdijo, da so faze/koraki štirje: ocenjevanje učnih potreb, načrtovanje učenja, izvedba učnega načrta in evalvacija. Strömberg (2005) navaja, da lahko proces zdravstvene vzgoje bolnikov opišemo v petih fazah/korakih: ocena bolnikovega predhodnega znanja, diagnosticiranje učnih potreb, načrtovanje, izvedba in evalvacija zdravstvene vzgoje. Bartholomew et al. (2016) in Thomas et al. (2016) navajajo, da je teh faz/korakov šest: ugotavljanje problemov in ključnih potreb, ocena ključnih potreb, cilji, učne strategije, izvajanje učnega načrta ter zbiranje in evalvacija povratnih informacij.

Iz pregledane literature ugotavljamo, da se proces zdravstvene vzgoje zelo pogosto izvaja v štirih fazah/korakih: ocenjevanje bolnikovih potreb, načrtovanje, izvajanje in evalvacija zdravstvene vzgoje (Wingard, 2005; Kelo et al., 2013; Seyedin et al., 2015). V prvi fazi ocenjevanja bolnikovih potreb medicinska sestra poskuša ugotoviti raven bolnikovega trenutnega znanja o bolezni, njegov življenjski slog pred boleznijo, intelektualne sposobnosti, osebne značilnosti in socialno ozadje (Puymirat et al., 2015), nadalje poskuša ugotoviti bolnikov način učenja in pripravljenost za pridobivanje določenih znanj. Zelo pomemben je tudi čas učenja, ki se mora prilagoditi času ostalih aktivnosti bolnika, kot so na primer jemanje zdravil, prehranjevanje in telesna dejavnost (Seyedin et al., 2015). Vse te informacije bo medicinska sestra najlažje pridobila s pomočjo intervjuja z bolnikom in njegovimi svojci, pregleda bolnikove dokumentacije, pogovorom s člani zdravstvenega tima in tudi z različnimi testi za preverjanje znanja. Avtorja (Wingard, 2005; Huriani, 2019) navajata, da sledi faza/korak načrtovanje zdravstvene vzgoje. V tej fazi/koraku medicinska sestra naredi načrt zdravstvene vzgoje bolnika, ki vključuje učne vsebine, uporabo določenih učnih oblik ter učnih in vzgojnih metod dela, izbere primeren prostor in čas izvajanja zdravstvene vzgoje, skupaj z bolnikom postavi cilje). Kelo et al. (2013) navajajo, da tretja faza/korak predstavlja izvajanje načrtovane zdravstvene vzgoje, kjer medicinska sestra predstavi načrtovane vsebine, izvede zdravstveno vzgojo ob uporabi določenih učnih oblik ter učnih in vzgojnih metode dela ter ustrezne učne pripomočke. Zadnja faza je evalvacija zdravstvene vzgoje, kjer medicinska sestra evalvira izvedbo, izvajalce in organizacijo zdravstvene vzgoje (Wingard, 2005; Kelo et al., 2013). Medicinska sestra preveri, če so cilji zdravstvene vzgoje doseženi. Cilji so doseženi

takrat, ko bolnik informacije, posredovano znanje in pridobljene spretnosti upošteva v svojem vsakdanjem življenju. Bolnik mora dobro poznati svojo bolezen, da zna ob poslabšanju zdravstvenega stanja takoj poiskati ustrezno pomoč (Huriani, 2019). V fazi/koraku evalvacije je zelo pomembno aktivno vključevanje bolnika, saj z njegovo povratno informacijo o pridobljenem znanju lahko medicinska sestra meri učinke zdravstvene vzgoje. S povratno informacijo lahko bolnik medicinski sestri pomaga tudi pri oblikovanju in načrtovanju novih načinov učenja, pristopov, učnih metod in učnih oblik ter pripomočkov, v prihodnosti. V tej fazi/koraku je smiselno uporabiti različne preproste vprašalnike (Seyedin et al., 2015), ki jih bo bolnik razumel in hitro izpolnil, medicinska sestra pa bo pridobila informacije, ki ji bodo v pomoč pri njenem nadaljnjem zdravstvenovzgojnem delu. Strömberg (2005) poudarja, da je zelo pomembna tudi sprotna evalvacija bolnikovih potreb in ciljev, saj je osnova za nadaljnje izvajanje zdravstvene vzgoje.

Na bolnika osredotočena zdravstvena vzgoja

Ko govorimo o kakovostni zdravstveni obravnavi bolnika je Ameriški inštitut za medicino (angl. American Institute of Medicine) leta 2001 določil šest temeljnih načel kakovostne zdravstvene obravnave: varnost, učinkovitost, pravočasnost, zadostnost oz. uspešnost, enakopravnost in osredotočenost na bolnika, ki velja za enega najpomembnejših pokazateljev kakovosti tovrstne obravnave (Aggarwal et al., 2019). Langberg et al. (2019) dodaja, da je na bolnika osredotočena zdravstvena obravnava (angl. patient-centered healthcare) v obsegu vseh svojih dimenzij postala profesionalna miselnost in strateška odločitev zdravstvenih ustanov, ki temelji na nenehnem izboljševanju kakovostne in varne ter učinkovite zdravstvene obravnave. Koncept na bolnika osredotočeni obravnavi temelji na individualizmu; dovoljuje dogovarjanje bolnika z zdravstvenimi ali drugimi strokovnjaki znotraj obravnave in je postal prioriteta zdravstvenih in socialnih služb (Filej & Kaučič, 2019).

Tudi na področju zdravstvene vzgoje govorimo o na bolnika osredotočeni zdravstveni vzgoji (angl. patient-centred health education), ki jo različni avtorji različno opredeljujejo. Nekateri menijo, da vključuje različne vidike, kot so spoštovanje bolnikovih vrednot in priorit, pomoč bolniku in zagotavljanje čustvene podpore, udobje bolnika, spoštovanje bolnika, njegovih družinskih članov in prijateljev ter sodelovanje bolnika v procesu zdravljenja (Boer et al., 2013; Rathert et al., 2013; Cleary, 2016) in zdravstvene vzgoje. Avtorji (Cheraghi et al., 2017; Ghane & Esmaeili, 2019;) navajajo, da imajo medicinske sestre v sistemu zdravstvenega varstva ključno vlogo pri dokazovanju pomena zdravstvene vzgoje osredotočene na bolnika, ki je dinamičen proces med bolnikom in medicinsko sestro in poteka v različnih okoljih zdravstvene oskrbe. V Saskatchewan Health Authority (2022) ja napisano, da na bolnika osredotočena zdravstvena vzgoja vključuje partnerstvo in sodelovanja med bolniki, njihovimi družinami in izvajalci zdravstvene vzgoje, s ciljem izpolniti posebne (individualne) potrebe vsakega bolnika. Poudarek v na bolnika osredotočeni zdravstveni vzgoji je soustvarjanje načrta zdravstvene vzgoje.

Tudi na področju vzgoje in izobraževanja se vedno bolj poudarja koncept na učenca/študenta osredotočeno učenje in poučevanje (angl. student-centred learning and teaching). Avtorja Abramovich in Grinshpan (2008 cited in Ferjančič, 2022) razložita, da je na študenta osredotočen proces takrat, ko so miselni elementi povezani s študentovimi predznanjem,

izkušnjami in obstoječo miselno strukturo, učenje je postavljeno v kontekst in povezano z avtentičnimi primeri iz resničnega sveta, učno okolje je v naprej načrtovano, spodbudno in študentu omogoča samostojno pridobivanje ter nadgrajevanje znanja, spodbuja se in omogoča študentova refleksija, pomembna je kakovost, poučevanje ni zgolj proces prenosa znanja na študenta – vloga učitelja mora biti bolj kot govorniku podobna dirigentu (Abdulwahed et al., 2012 cited in Ferjančič, 2022). Vse naštetu lahko prenesemo tudi na področje zdravstvene vzgoje, kjer bolnika postavimo v središče dogajanja.

Izzivi na področju izvajanja na bolnika osredotočeno zdravstveno vzgojo

Izzivov, kako izvajati zdravstveno vzgojo, ki bo učinkovita in uspešna je vedno več, saj je naloga medicinske sestre, da izhaja iz bolnikovih potreb in želja. Tako kot na področju formalnega izobraževanja je pomembno, da tudi v zdravstveni vzgoji (poučevanje in učenje bolnikov) upoštevamo sodobne koncepte znanja, ki poleg vsebinskega znanja v ospredje postavljajo spretnosti in veščine, kot so sposobnost samostojnega iskanja informacij, sposobnost kritičnega presojanja informacij, sposobnost uporabe informacij v različnih situacijah, sposobnost uporabe informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT), ustvarjalnost in inovativnost (Dumont et al., 2013). Kot velja za pouk, ki je učinkovit in uspešen takrat, kadar uporabimo učne oblike in metode, ki pri učencih spodbujajo miselno aktivnost, samostojno učenje in vključujejo IKT (Marentič Požarnik, 2007), velja to tudi za zdravstveno vzgojo bolnikov. Od učnih oblik pri katerih so bolniki v aktivni vlogi sta najprimernejši učni obliki individualna in skupinska. Ivanuš Grmek in Javornik Krečič (2011) navajajo, da se pri izbiranju učnih metod odločamo glede na objektivne dejavnike (cilji, vsebina in čas) ter na subjektivne dejavnike (bolniki, udeleženci). Tako predlagamo v zdravstveni vzgoji uporabo aktivne učne metode kot so: metoda pogovora, metoda pripovedovanja, metoda demonstracije, metoda praktičnih del, metoda simulacije, metoda igranja vlog, metoda izkustvenega učenja, metoda viharjenja možganov, metoda »teach-back« in metoda kombiniranega učenja.

Učna metoda, kjer so bolniki v aktivni vlogi sprejemanja novega znanja, je metoda »teach-back«. Pri tej učni metodi bolnik s svojimi besedami ponovi informacije, ki jih je prejel od medicinske sestre. S tem potrdi svoje razumevanje podanega, medicinska sestra pa lahko preoblikuje vse informacije, ki jih je bolnik napačno razumel (Talevski, et al., 2020). Metoda »teach-back« je namenjena za potrditev, ali je bolnik razumel, kar mu je bilo razloženo. Ta metoda medicinski sestri omogoča, da bolje oceni razumevanje bolnikovih zdravstvenih težav, da lažje odkrije in razjasni morebitne nesporazume in, da lažje vzpostavi sodelovalni odnos z bolnikom. Preverjanje razumevanje bolnika medicinska sestra in drugi zdravstveni delavci preverijo z uporabo odprtih vprašanj (Yen & Leasure, 2019). Če si bolnik ne more zapomniti ali razumeti določene vsebine mu to medicinska sestra ponovno razloži ter ga prosi, da to zopet poskuša ponoviti. Metodo »teach-back« medicinska sestra uporablja dokler bolnik ni zmožen obnoviti naučene vsebine brez dodatne pomoči in usmerjanja medicinske sestre (Farris, 2015). V zdravstveni vzgoji lahko uporabimo tudi kombinirano učenje (ang. blended learning), ki prav tako spada med aktivne učne metode. Vallée et al. (2020) navajajo, da se pri tej učni metodi prepletata tradicionalno (face-to-face) učenje in učenje prek spleta (t. i. e-učenje). Gre za kombinacijo tradicionalnega učenja v učilnici (iz oči v oči) in virtualnih učilnic, multimedijskih tehnologij, konferenčnih klicev in elektronske pošte. Osebe/bolniki se tako še vedno učijo v istem okolju v živo od učitelja/zdravstvenega delavca ali drug od drugega, hkrati pa lahko

izkoristijo prednosti tehnologije, ki omogoča, da se osebe/bolniki učijo, tudi če fizično niso prisotne v istem prostoru, ali da do vsebin dostopajo kasneje/v drugem časovnem obdobju.

Vedno večji izzivi so tudi na področju iskanja zdravstvenih in drugih informacij s strani bolnikov. Ti imajo vedno več znanja o načinih iskanja informacij na svetovnem spletu. Informacije tako iščejo na internetu, na forumih, prek klepetalnic in družbenih omrežij, ipd. Hendriks (2015) navaja, da je vedno več bolnikov, ki si poiščejo zdravstvene informacije prek spletnih iskalnikov in brskalnikov. Svetovni splet je postal ključni vir za bolnike, ki iščejo informacije o zdravju in zdravstveni obravnavi, vendar so te informacije morda neregulirane in spremenljive kakovosti, zato zahtevajo oceno glede ustreznosti in primernosti. Strömberg (2014) poudarja, da moramo pri zdravstveni vzgoji bolnikov upoštevati tudi dejavnik elektronskih informacij in bolnike povprašati, v kolikšni meri iščejo in zbirajo informacije na spletnih straneh. V teh primerih je pomembno, da zna medicinska sestra bolnikom svetovati primerne spletne strani, kjer bodo dobili resnične in preverjene podatke ter informacije. Razni forumi so lahko zelo zavajajoči, vse kar ljudje pišejo na njih, ni vedno resnično. Elektronski mediji so nam lahko v pomoč v procesu zdravstvene vzgoje bolnikov, lahko so popestritev ali kot učni pripomoček, ki pomaga razločiti določene pojme v zdravstvu.

Kot pomemben izziv medicinski sestri pri izvajanju zdravstvene vzgoje je tudi poznavanje različnih učnih stilov bolnikov. Cassidy (2012, cit. po Plevnik & Babnik, 2020) pojem »stil« označuje kot prevladujoči pristop oseb k različnim nalogam, situacijam in dogodkom, ki se povezuje s procesi odločanja, reševanja problemov, percepcije in učenja ter vključuje kognitivne, čustvene, fiziološke, osebnostne in socialne komponente. Plevnik in Babnik (2020) navajata, da sta v sodobnem času najbolj pogosto uporabljena dva modela učnih stilov, in sicer Kolbova klasifikacija učnih stilov ter model učnih stilov po Felderju in Silvermanovi oziroma Felderju in Solomanovi. Beagley (2011) meni, da mora medicinska sestra vedeti, da ima vsak bolnik svoj učni stil (svoj način učenja) in vedeti kako je najbolje predstaviti nove vsebine glede na njegov učni stil.

Ko medicinska sestra izvaja zdravstveno vzgojo je zanjo velik izziv odločiti se katere učne in druge pripomočke bo uporabila, da bo bolniku čim bolj razumljivo in nazorno predstavila nove vsebine. Kot učni pripomoček Figueroa et al. (2016) priporočajo uporabo zloženek z informacijami, ki vsebujejo najnovejša navodila in smernice. To priporočajo tudi Khalil et al., (2020), ki navajajo, da so zloženke z informacijami pomemben pripomoček za izvajanje zdravstvene vzgoje v kliničnem okolju, saj bolniki z branjem izpopolnjujejo svoje znanje. Pri pripravi zloženek pa morajo medicinske sestre paziti, da so te berljive (dovolj velike črke), razumljive in vizualno privlačne. Priporočajo, da se zloženke, v katerih so jasno in nazorno predstavljene potrebne informacije, sistematično razdeli vsem sprejetim bolnikom, za zdravstveno slabo pismene bolnike pa se pripravi in uporabi različno slikovno gradivo (Khalil et al., 2020). V primeru, ko bo medicinska sestra bolnike učila določenih postopkov pa bo uporabila učne in druge pripomočke in materiale, ki so potrebni za izvedbo teh postopkov. Zdravstveno vzgojo lahko izvajamo tudi v kombinaciji v živo in na daljavo. V primeru izvajanja na daljavo je medicinska sestra tista, ki mora poskrbeti, da pred samo izvedbo zdravstvene vzgoje preveri, ali je vsa IKT delujoča.

DISKUSIJA

Za uspešno in učinkovito izvajanje zdravstvene vzgoje osredotočene na bolnika je zelo pomembno, da se ta izvede po v naprej načrtovanih fazah/korakih, ki pa jih ne smemo izpuščati ali preskakovati. Končni cilj načrtovane zdravstvene vzgoje je opolnomočen bolnik, ki zna ohranjati, krepiti, spodbujati in si povrniti zdravje. Sá et al. (2019) poudarjajo, da bo vse naštetu bolnik dosegel z aktivnim vključevanjem v skrb za lastno zdravje in neodvisnost. V tem smislu bi morali zdravstveni delavci poskrbeti, da so ponujene informacije prilagojene bolnikovim potrebam in predstavljene na njim razumljiv način (Nutbeam, 2008; Navarro-Rubio et al., 2016). V učnem procesu bolnik pridobi znanje, spretnosti in veščine, ki mu omogočajo spremembo v vedenju, zato avtorji (Risling et al., 2017) poudarjajo, da je treba razmišljati tudi o tem, kako bolnika motivirati za učenje.

Pomembno je, da medicinska sestra v fazi/koraku načrtovanja izvedbe zdravstvene vzgoje načrtuje katere učne oblike in metode bo uporabila. Če je le mogoče naj se odloči za individualno, lahko pa tudi za skupinsko učno obliko. Odločitev, ali bo izvedba individualna ali skupinska je odvisna od bolnikovega predznanja, vsebine, učnih metod dela, ki bodo uporabljene, časa, ki bo namenjen poučevanju, prostora, kjer bo potekalo poučevanje in učnih pripomočkov, ki so na voljo. V procesu zdravstvene vzgoje bolniki pridobivajo nova teoretična in praktična znanja. Kvas (2011) navaja, da bo le poučen in vzgojen bolnik upošteval načela zdravega življenjskega sloga, znal bo preprečiti nastanek bolezni, ob nastopu bolezni pa bo motiviran, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja, in ko bo ozdravel, bo znal ohranjati in krepiti svoje zdravje. Chapagai et al. (2017) navajajo, da učenje bolnikov vpliva na izboljšanje njihovega počutja in zagotavlja, da bolniki razvijejo oziroma izboljšajo pozitiven odnos do samega sebe ter pridobijo večjo samozavest, kar pa prinaša boljšo kakovost njihovega življenja.

Z raziskavami so ugotovili, da je zdravstvena vzgoja bolnikov pogosto nezadostna, razdrobljena in poteka brez v naprej postavljenih ciljev (Kelo et al., 2013). V raziskavi Marcuma in Bergha sta bila neustrezen čas in nepripravljeno zdravstveno osebje ovira za zdravstveno vzgojo bolnikov (Barber-Parker, 2002; Bergh et al., 2012). Ugotavljajo tudi, da medicinske sestre morda ne poznajo ali razumejo učnega procesa, zato zdravstvena vzgoja bolnikov pogosto poteka neorganizirano (Redman, 2007; Kelo et al., 2013).

Pri izvajanju zdravstvene vzgoje je zelo pomembno, da imamo na razpolago tudi ustrezno zdravstvenovzgojno gradivo. V nekaterih raziskavah so namreč ugotovili, da bi lahko neustrezno zdravstvenovzgojno gradivo kot negativni dejavnik vplivalo na slabše znanje bolnikov po končani zdravstveni vzgoji (Bergh et al., 2012). V fazi/koraku načrtovanja zdravstvene vzgoje je zelo pomembna izbira aktivnih učnih oblik in metod dela, saj te vplivajo na bolnikovo sodelovanje v procesu zdravstvene vzgoje. Aktivne učne oblike in metode dela namreč od bolnika zahtevajo sodelovanje skozi celoten proces poučevanja in učenja. Vedno pogosteje se v zdravstveni vzgoji uporablja metoda »teach-back« za katero so Bahri et al., (2018) ugotovili, da je učinkovita, saj omogoča izboljšanje zdravstvene pismenosti bolnikov s treningom samooskrbe, sprejemanja navodil ob odpustu in vpliva na povečanje zadovoljstva urgentnih bolnikov. Yen & Leasure (2019) navajata, da za zagotavljanje bolnikovega razumevanja prejetih informacij, zdravstveni delavci uporabimo metodo »teach-back«, saj z njo lahko preverimo, ali lahko bolnik odgovori na tri vprašanja: kaj je narobe z menoj, kaj naj naredim in zakaj je to pomembno.

Izzivov na področju na bolnika osredotočeno zdravstveno vzgojo je še veliko, npr. kateri so najučinkovitejši načini motiviranja bolnikov za učenje, kako vzpostaviti zaupen in partnerski odnos, v kolikšni meri kombinirati tradicionalne pristope zdravstvene vzgoje in v kolikšni meri sodobne pristope z uporabo IKT tehnologije, kako izdelati za bolnika čim bolj uporabno in razumljivo zdravstvenovzgojno gradivo, v kolikšni meri vključevati različne mobilne aplikacije v proces zdravstvene vzgoje, itd.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena vzgoja, ki je osredotočena na bolnika, je eno izmed temeljnih načel kakovostne zdravstvene obravnave bolnikov. Pomembno je, da zdravstvena vzgoja poteka po vnaprej pripravljenem načrtu, da se kontinuirano in sistematično izvaja na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. V bolnišnicah je vedno več bolnikov z novoodkritimi kroničnimi boleznimi in te je treba v času hospitalizacije naučiti življenja s kronično boleznijo. V procesu zdravstvene vzgoje morajo bolniki pridobiti tako teoretična kot tudi praktična znanja, kar pa medicinske sestre najlažje dosežejo z vključevanjem aktivnih učnih oblik in metod dela, kombiniranim učenjem, ki vključuje tudi uporabo IKT, uporabo primernih zdravstvenovzgojnih gradiv, učenjem bolnikov iskanja preverjenih in strokovnih vsebin, s sprotnim preverjanjem znanja bolnikov, ipd. Zelo pomembno je tudi, da medicinske sestre v zdravstveno vzgojo vključujejo bolnikove svojce in pomembne druge in nenazadnje, da svoje zdravstvenovzgojno delo tudi primerno dokumentirajo.

LITERATURA

Aggarwal, A., Aeran, H. & Rathee, M., 2019. Quality management in healthcare: the pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2), pp. 180–182.

Bahri, N., Saljooghi, S., Delshad Noghabi, A. & Moshki, M., 2018. Effectiveness of the teach-back method in improving self-care activities in postmenopausal women. *Przegląd Menopauzalny*, 17(1), pp. 5–10.

Barber-Parker, E.D., 2002. Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nurses. *Patient Education and Counseling*, 48(2), pp. 107–113.

Bartholomew, E.K.L., Fernandez, E.M., Kok, G., Markham, M.C., Parcel, G.S. & Ruiters, A.C.R., 2016. Planning health promotion programs : an intervention mapping approach, Available at: <https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/planning-health-promotion-programs-an-intervention-mapping-approa> [15. 8. 2023].

Bergh, A.L., Karlsson, J., Persson, E. & Friberg, F., 2012. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education—focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects. *Journal of Nursing Management*, 20(6), pp. 758–770.

Chapagai, S., Andrews, G.R. & Naik, N., 2017. A study to assess the knowledge and quality of life of pacemaker patients with a view to develop an information booklet. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 7(1), pp. 108–14.

- Cheraghi, M.A., Esmaili, M. & Salsali, M., 2017. Seeking humanizing care in patient-centered care process. *Holistic Nursing Practice*, 31(6), pp. 359–368.
- Cleary, P.D., 2016. Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: optimism and opposition. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(4), 675–696.
- de Boer, D., Delnoij, D. & Rademakers, J., 2013. The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling*, 90(3), pp. 405–410.
- Dumont, H., Istance, D. & Benavides, F., 2013. O naravi učenja: uporaba raziskav za navdih prakse. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Ferjančič, K. 2022. Na študenta osredinjeno poučevanje matematike v visokem šolstvu. In: Mezgec, M., et al. eds. *Interdisciplinarna obzorja visokošolske didaktike: raznolike poti do vednosti in znanja*. Založba Univerze na Primorskem, Koper, pp. 321–338 [brezplačna elektronska izdaja].
- Figueroa, C., Alcocer, L. & Ramos, B., 2016. Psychological intervention to modify anxiety, depression and quality of life in patients with an implantable pacemaker. *Psychology*, 7(3), pp. 374–381.
- Filej, B. & Kaučič, B.M., 2019. Holistična in k pacientu/uporabniku usmerjena oskrba. In: Kaučič, M.B. et al. eds. *Integrirana dolgotrajna oskrba: odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji: zbornik*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 13–17.
- Flanders, S.A. 2018. Effective patient education: evidence and common sense. *Medical-Surgical Nurses*, 27 (1). Available at: <https://www.thefreelibrary.com/Effective+Patient+Education%3A+Evidence+and+Common+Sense.-a,0529490131> [15. 8. 2023].
- Ghane, G. & Esmaili, M., 2019. Status of patient-centered care in health system of Iran. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 4(3), pp. 1–5.
- Hendriks, J.M.L., Walfridsson, U., Johansson, P. & Stromberg, A., 2015. E-health in patients with atrial fibrillation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15 (4), pp. 200–202.
- Hews-Girard, J., Guelcher, C., Meldau, J., McDonald, E. & Newall, F., 2017. Principles and theory guiding development and delivery of patient education in disorders of thrombosis and hemostasis: reviewing the current literature. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 1. pp. 162–171.
- Huriani, E., 2019. Myocardial infarction patients' learning needs: perceptions of patients, family members and nurses. *International Journal of Sciences*, 6(3), pp. 294–299.
- Ivanuš Grmek, M. & Javornik Krečič, M., 2011. *Osnove didaktike*. Maribor: Pedagoška fakulteta Univerze v Mariboru.
- Jannesar Nobari, F., Tofighi, S., Hafezimoghadam, P., Maleki, M. & Goharinezhad, S., 2010. Risk assessment of processes of Rasoule Akram emergency department by the Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) *Methodology. Hakim Reseach Journal*, 13(3), pp. 165–176.

- Jones J.M., Papadakos, J., Bennett, C., Blacker, S., Catton, P., Harth, T., et al. 2011. Maximizing your patient education skills (MPES): A multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. *Patient Education and Counseling*, 84(2), pp. 176–184.
- Kelo, M., Martikainen, M. & Eriksson, E., 2013. Patient education of children and their families: nurses' experiences. *Pediatric Nursing Journal*, 39(2), pp. 71–79.
- Khalil, H., Soliman, M., Ahmed, H. & Hamza, E., 2020. Effect of educational program on outcomes of patients undergoing permanent pacemakers' implantation. *Evidence-Based Nursing*, 2(4), pp. 102–114.
- Kiger, A.M., 2004. Teaching for health. 3th ed. Publisher: Elsevier Health Sciences.
- Kvas A 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: Kvas A, ed. Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester : zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 33–46. Available at: https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/publication__attachments/zdravstvena_vzgoja_v_vseh_zivljenjskih_obdobjih.pdf [1. 9. 2023].
- Langberg, E.M., Dyhr, L. & Davidsen, A.S., 2019. Development of the concept of patient-centredness – a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), pp. 1228–1236.
- Marcum, J., Ridenour, M., Shaff, G., Hammons, M. & Taylor, M., 2002. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3), pp. 112–118.
- Marentič Požarnik, B., 2007. Čemu potrebujemo širši dogovor o temeljnih učiteljevih zmožnostih/kompetencah. *Vzgoja in izobraževanje*, 38(5), pp. 44–53.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. Vzgoja za zdravje skupin. Available at: <https://www.nijz.si/sl/podatki/vzgoja-za-zdravje-skupin-vzsk> [1. 9. 2023].
- Navarro-Rubio, M.D., Rudd, R., Rosenfeld, L. & Arrighi, E., 2016. Health literacy: implications for the health system. *Medicina Clinica*, 147(4), pp. 171–175.
- Nutbeam, D., 2008. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), pp. 2072–2078.
- Puymirat, E., Teixeira, N., Tabassome, S., Steg, P.G., Schiele, F. & Lamblin, N., 2015. Patient education after acute myocardial infarction: cardiologists should adapt their message – French registry of acute ST-elevation or non-ST-elevation myocardial infarction 2010 registry. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 16(11), pp. 761–776.
- Plevnik, M. & Babnik, K., 2020. Učni stili in preference za opravljanje bodočega poklicnega dela študentov in študentk dodiplomskega študija kineziologije. *Revija za elementarno izobraževanje*, 13, pp. 81–104.
- Rathert, C., Wyrwich, M.D. & Boren, S.A., 2013. Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), pp. 351–379.

- Redman, B.K., 2007. The practice of patient education – A Case Study approach. 10th ed. St. Louis, Missouri.
- Risling, T., Martinez, J., Young, J. & Thorp-Froslic, N., 2017. Evaluating patient empowerment in association with eHealth technology: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), p: e329.
- Sá, G.M., Silva, F.L., Santos, A.M., Noletto, J.S., Gouveia, M.T. & Nogueira, L.T., 2019. Technologies that promote health education for the community elderly: integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, p. e3186.
- Saskatchewan Health Authority. 2022. Patient & family-centred care. Retrieved from Saskatchewan Health Authority. Available at: <https://www.saskhealthauthority.ca/our-organization/quality-care-patient-safety/patient-family-centred-care> [10. 8. 2023].
- Seydin, H., Azmal, M. & Gohrinezhad, M., 2015. Patient education process in teaching hospitals of Tehran University of medical sciences. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 29(1), p. 220.
- Shatchkute, A., 2016. CINDI-LIFE Countrywide integrated noncommunicable diseases intervention. Lizbona, Fun Ancora editora.
- Strömberg, A., 2005. The crucial role of patient education in heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7(3), pp. 363–369.
- Strömberg, A., 2014. Use of the internet as an educational tool. Abstract Book Euro Heart Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), pp. 92–101.
- Talevski, J., Shee, A.W. & Rasmussen, A. 2020. Teach-back: a systematic review of implementation and impacts. *Plos One*, 15(4), pp. 106–111.
- Thomas, P.A., Kern, T.D., Hughes, M.T. & Chen, B.Y., 2016. Curriculum development for medical education: A six-step approach. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press, pp. 1–27.
- Vallée, A., Blacher, J., Cariou, A. & Sorbets, E, 2020. Blended learning compared to traditional learning in medical education: Systematic Review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), p. e18374.
- Wilson, T.M., Peng, Z., Clark, R.A. & Tirimacco, R., 2018. Cardiac rehabilitation and secondary prevention: assessing patient satisfaction. *British Journal of Cardiac Nursing*, 13(3), pp. 135–41.
- Wingard, R., 2005. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. *Nephrology Nursing Journal*, 32(2), pp. 211–215. Available at: <https://indexarticles.com/health-fitness/nephrology-nursing-journal/patient-education-and-the-nursing-process-meeting-the-patients-needs/> [15. 8. 2023].
- World Health Organization Eastern Mediterranean, 2012. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119953> [15. 8. 2023].

Yen, P.H., Leasure, R., 2019. Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes. *Federal Practitioner*, 36(6), pp. 284–289.

KAJ BOLNIKA S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO ZANIMA O NJEGOVI BOLEZNI WHAT DOES PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WANT TO KNOW ABOUT THEIR DISEASE

Ditka Benedičič Katona, dipl. m. s

ditka.benedicic@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

POVZETEK

V Sloveniji in po svetu število bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo strmo narašča. Kljub napredku medicine bolezni ostaja neozdravljiva. Ob postavitvi diagnoze bi bolniki s strani zdravstvenih delavcev potrebovali vsakodnevno in vseživljenjsko spremljanje. Izjeme so obdobja, ko so v stabilnem stanju bolezni. Bolniki menijo, da imajo o bolezni premalo znanja. Potrebe po informacijah o bolezni se med posamezniki razlikujejo glede na psihosocialno stanje in stopnjo napredovanja bolezni. V veliko pomoč je vprašalnik o potrebah po informacijah o pljučnih boleznih (LINQ) s katerim se lahko ugotovi kako so bolniki zadovoljni s posredovanjem informacij s strani zdravstvenih delavcev in se jim s tem izboljša kakovost življenja, zdravstvenim delavcem pa omogoča učinkovitejšo obravnavo bolnikov s to boleznijo. Pogoj za uspešno zdravstveno vzgojo je, da diplomirana medicinska sestra sledi strokovnim smernicam obravnave bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, da prepozna vrzeli v znanju bolnika in sledi odrazu stanja in razvoju družbe na tem področju.

Ključne besede: različne informacije, obvladovanje stanja, zdravstvena vzgoja, vprašalnik o potrebah o informacijah o pljučnih boleznih (LINQ)

SUMMARY

In our country and around the world, the number of patients with chronic obstructive pulmonary disease is rapidly increasing. Despite medical advances, the disease remains incurable. Upon diagnosis, patients require daily and lifelong monitoring by healthcare professionals. Exceptions occur during periods when the patient is in a stable state of the disease. Patients feel that they lack sufficient knowledge about the disease. The need for information about the disease varies among patients based on their psychosocial condition and the progression of the disease. The Lung Information Needs Questionnaire (LINQ) is of great assistance in assessing how satisfied patients are with the information provided by healthcare professionals and improving their quality of life, while enabling healthcare workers to more effectively manage patients with this condition. A prerequisite for successful health education is that a registered nurse adheres to the professional guidelines for treating patients with chronic obstructive pulmonary disease, identifies knowledge gaps in the patient, and takes into account social circumstances."

Keywords: different informations, condition management, health education, The Lung Information Needs Questionnaire (LINQ)

UVOD

Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je kronična bolezen pljuč, ki poškoduje tako dihalne poti kot pljučno tkivo in povzroča težko dihanje. Oseba s KOPB ima lahko kronični bronhitis, emfizem ali kombinacijo obeh stanj. Poslabšanje KOPB je pogosto dejavnik tveganja za ponovno hospitalizacijo (Meek, et al., 2019), zato sta opustitev kajenja in preprečevanje poslabšanja bolezni glavna dejavnika za izboljšanje prognoze in preprečevanje ponovnih hospitalizacij (Meyer & Land, 2003). V današnjem času več kot polovico smrti povzročijo nenalezljive bolezni (Poljanec Bohnec, 2019), 90% smrti zaradi KOPB se zgodi v državah z nizkim osebnim dohodkom in bolezen je že tretji vodilni vzrok smrti v svetu. Nizek socialno-ekonomski status kar za dvakrat poslabša izid zdravljenja (Yang, et al., 2019). Ker imajo bolniki s KOPB pogosto več kroničnih bolezni, je pomembno ugotoviti njihove potrebe po informacijah o KOPB, da se zagotovita individualna zdravstvena vzgoja in kakovostna zdravstvena oskrba (Sandelowsky, et al., 2019). Znano je, da je samokontrola oz. obvladovanje bolezni pri bolnikih nizka. Zdravstveno vzgojo izvajajo ustrezno usposobljeni člani multidisciplinarnega zdravstvenega tima, izvajalci zdravstvene vzgoje, ki omogočajo strukturirano zdravstveno vzgojo, prilagojeno bolnikovim psihosocialnim in fizičnim zmožnostim. Za učinkovito izvedbo strokovnih vsebin zdravstvene vzgoje so odgovorni zdravstveni timi na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Tim za izvajanje zdravstvene vzgoje mora najti ravnotežje med teoretičnimi navodili, praktičnimi nasveti ter konstantnimi napori in prizadevanji (Poljanec Bohnec, 2019). Ena izmed kitajskih raziskav (Yang, et al., 2019) je pokazala, da stopnja znanja pri bolnikih s KOPB močno korelira z možnostjo samooskrbe. V izogib nastali situaciji sta zdravstvena vzgoja in pomoč bolnikom pri samoobvladovanju bolezni velik doprinos k zmanjšanju števila poslabšanj in zapletov bolezni ter izboljšanju kakovosti življenja ter psihosocialnega počutja.

Namen prispevka je ugotoviti kako različni avtorji ocenjujejo učinkovitost vprašalnika o potrebah po informacijah o pljučnih boleznih (LINQ).

KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN

KOPB je kompleksna in večfaktorska (vpliv dednosti in okolja) bolezen (Hansen, et al., 2023), in vsakodnevno vpliva na ljudi (Williams & Ryan, 2017). Pridružene bolezni so pogostejše kot pri osebah splošne populacije iste starosti in spola (Hansen, et al., 2023), zato ti bolniki pogosto uporabljajo več vrst zdravil za pomoč pri nadzoru simptomov (Meek, et al., 2019). Optimalno farmakološko zdravljenje, vključno s hitrim zdravljenjem ob poslabšanjih, lahko izboljša simptome, zmanjša pogostost poslabšanj in izboljša toleranco za telesno aktivnost. Tudi neustrezna tehnika inhalatorne terapije negativno vpliva na stanje bolezni (Hunt, et al., 2018), zato je samooskrba ključni del življenja bolnikov s KOPB (Siltanen, et al., 2021). Povezava med slabo adherenco, obolevnostjo in umrljivostjo pri KOPB, skupaj z možnostjo preprečevanja nekaterih poslabšanj s prilagojeno uporabo zdravil kaže na potencialno vlogo farmacevtov. Čeprav zdravila, ki bi odpravil bolezen ni, bolniki prejemajo terapijo, ki vpliva na napredovanje bolezni in posledično izboljša kakovost življenja (Meek, et al., 2019).

V izogib visoki obolevnosti, umrljivosti in pogostim poslabšanjem pri bolnikih s KOPB je poleg diagnostike, zdravljenja ter multidisciplinarnega sodelovanja (Anuj, et al., 2022), nujno posredovanje ključnih informacij za bolnika (Sandelowsky, et al., 2019).

Bolniki s KOPB potrebujejo ustrezno znanje in veščine, da se lažje soočajo z vsakodnevnimi izzivi. Potek bolezni in življenjska situacija vsakega bolnika s KOPB sta edinstveni. Zato se

potrebe teh bolnikov po znanju in informacijah razlikujejo, in bi morale biti s strani zdravstvenih delavcev prilagojene posamezniku (Siltanen, et al., 2021). Govorimo o neformalnem izobraževanju odraslih, ki se povezuje z mnogo življenjskimi področji, med drugim tudi z zdravjem. Izobraževanje odraslih za zdravje lahko delimo na programe, ki so namenjeni preventivni dejavnosti, in na programe, ki so namenjeni ljudem, ki so zboleli in potrebujejo usposabljanje, da bi lahko kljub bolezni ali z boleznijo dosegli življenjsko blagostanje. Ko posameznik zboli, mora oblikovati drugačen način življenja, pridobiti si mora nova znanja, razviti nove veščine in na novo oblikovati vrednote (Ličen, 2019).

Obstajata dve poglavji razumevanja bolezni pri bolnikih s KOPB: osvojeno znanje in potrebe po informiranosti. Bolniki se razlikujejo glede na vsebino in vrsto informacij, ki jih iščejo, zlasti kadar je bolezen življenjsko nevarna – kot pri napredovali KOPB (Hyland, et al., 2006). Mnogi bolniki s kroničnimi boleznimi slabo poznajo svojo bolezen, kar ima za posledico neučinkovito zdravljenje. Komunikacija »iz oči v oči« bi bila koristna pri reševanju te težave (Sauro, et al, 2008).

Pomen laičnega znanja v kliničnih okoljih, zlasti v zvezi s kroničnimi boleznimi je v zadnjih nekaj desetletjih pridobilo vse več pozornosti. Vendar pa bo preteklo še nekaj časa, preden bo bolnikovo izkustveno znanje ali samozavedanje postalo del sedanje klinične odločitvene prakse in oskrbe. Ljudje, ki živijo s to boleznijo, razvijejo izkustveno znanje o svojih simptomih in so, trdimo, najbolj primerni za oceno teh simptomov ter ustrezno zdravljenje morebitnega poslabšanja njihovega zdravstvenega stanja (Williams & Ryan, 2017).

VPRAŠALNIK O POTREBAH PO INFORMACIJAH PRI KRONIČNI OBSTRUKTIVNI PLJUČNI BOLEZNI

Avtorji Hyland, et al., (2006) navajajo, da so mnogi bolniki s KOPB nezadovoljni z pomanjkljivostjo informacij, ki jih dobijo. Vprašalnik o pljučni bolezni The Lung Information Needs Questionnaire (LINQ), ki so ga razvili v Združenem kraljestvu, je orodje za zagotovitev tega primanjkljaja. Vprašalnik ocenjuje predhodno znanje bolnikov s KOPB in potrebo po zdravstveni vzgoji na podlagi samoocene bolnika o njegovem primanjkljaju znanja. Uporaba LINQ je hitra (približno 6 minut za izpolnitev).

Vprašalnik je bil prvič uporabljen v italijanski raziskavi, kot navajajo avtorji Sauro, et al., (2008), s ciljem ugotoviti kako bolniki poznajo svojo bolezen, kako sami ocenjujejo potrebo po dodatnih znanjih ter informacijah. Želeli so tudi preveriti bolnikovo razumevanje posameznih vprašanj ter prepoznati področja, kjer bolniki ocenjujejo potrebo po dodatnih znanjih.

Vprašalnik zdravstvenim delavcem pomaga prepoznati področja, kjer bolniki potrebujejo znanja, ki jim jih lahko medicinske sestre lahko podajo z zdravstveno vzgojo (Hyland, et al., 2006).

Vprašalnik je razdeljen na šest področij - poznavanje bolezni, zdravila, samoobvladovanje, kajenje, telesna vadba in prehrana. Vsako področje je sestavljeno iz 16 vprašanj, na podlagi katerih se določi skupni rezultat. Višji kot je rezultat, večja je potreba po informacijah (Sauro, et al, 2008). Vprašalnik je učinkovit in koristen pri ugotavljanju individualnih potreb, ki jih je potrebno zagotoviti oz. izboljšati vsakemu bolniku, lahko pa izboljša tudi sodelovanje med zdravnikom in bolnikom. Bolnik na podlagi tega lahko bolje sodeluje pri samozdravljenju KOPB. Izboljšali bi lahko sodelovanje v zdravljenju in odvajanje od kajenja.

Sauro, et. al., (2008) so ugotovili, da bolniki s KOPB slabo poznajo svojo bolezen. Raziskava je pokazala, da je LINQ enostavno razumljiv: 82 % jih je odgovorilo na vsa vprašanja z besedami "Pravilno sem razumel(a) vprašanje". Šestinsedemdeset odstotkov bolnikov je imelo napačne informacije o prognozi bolezni, 36 % jih ni vedelo, kdaj poklicati reševalce, 8 % kadilcev je dejalo, da jih nihče nikoli ni opozoril, naj prenehajo s kajenjem. Skladnost z zdravljenjem ni bila zadostna. Bolniki so imeli pomanjkljivo znanje o vzrokih KOPB in malo znanja o razlogih za zdravljenje te bolezni. LINQ predstavlja validiran vprašalnik za preučevanje bolnikov s KOPB in za obvladovanje bolezni tako s strani zdravnika kot tudi bolnika in predstavlja ključen način za preučevanje sicer neznanih vprašanj v zvezi s KOPB pri bolniku (Williams & Ryan., 2017).

DISKUSIJA

V eni izmed grških raziskav (Kortianou, et. al., 2020), v katero je bilo vključenih 24 bolnikov s stabilno KOPB (GOLD II-IV), starih 70 ± 11 let, so z namenom oblikovati optimalne vsebine izobraževanja, ocenjevali znanje bolnikov o vzrokih KOPB, simptomih, zdravlilih, cepljenju, poslabšanjih zdravstvenega stanja in telesni aktivnosti pred vstopom v izobraževalni program. Večina bolnikov je bila v obsegu 67-85 % seznanjena z vzroki za nastanek KOPB, epidemiologiji, napredovanju bolezni in cepljenju. Zasoplost (95%), kašelj(83%) in utrujenost (68%) so bili prepoznani kot glavni simptomi. Sputum, kot običajen simptom je bil prepoznan v 86 %, kot vzrok poslabšanja. 66 % bolnikov je poročalo, da jih noben zdravstveni delavec ni poučil o izkašljevanju. Skoraj vsi (96 %) so izjavili, da je preprečevanje poslabšanja ključen korak za napredovanje bolezni. 75 % bolnikov je vedelo, da morajo jemati zdravila do konca svojega življenja, vendar jih je le malo poročalo, da so jim zdravstveni delavci pokazali, kako uporabljati zdravila (13 %) in kako se soočiti z dispnejo (30 %). Čeprav visok odstotek (96 %) priznava vadbo kot glavni parameter za soočanje z anksioznostjo in depresijo, le 12 % bolnikov izvaja redni program vadbe ali telesne dejavnosti.

Bolniki s KOPB, še posebej tisti s srednje hudo obstrukcijo so čutili, da potrebujejo več informacij o KOPB, kot jih trenutno zagotavljajo zdravstveni delavci na primarnem nivoju zdravstvene dejavnosti. Nizke potrebe po informacijah so bile močno povezane z nenehnimi posvetovanji med bolnikom in osebnim zdravnikom ter zmerno povezane s stikom z medicinsko sestro za KOPB. Vloga osebnih zdravnikov pri poučevanju bolnikov s KOPB ne sme biti prezrta, saj individualizirana zdravstvena oskrba temelji na strokovnem znanju osebnih zdravnikov pri obravnavi polimorbidnih bolnikov (Sandelowsky,et al., 2019).

V raziskavi (Williams & Ryan, 2017) so ugotavljali, da so bolniki pri samooceni, ali doživljajo akutno poslabšanje zdravstvenega stanja razvili svoje vrednotenje in se osredotočili na simptome in občutke v prsnem košu. Udeleženci so se zdeli samozavestni pri oceni akutnih poslabšanj in dnevne variabilnosti svojega zdravstvenega stanja, opisane kot dobri in slabi dnevi. Avtorja sta ugotovila, da so bolniki s KOPB zelo dovzetni za znanje. Menijo, da bi moralo omenjeno samoocenjevanje priznavati kot veljavno in pomembno tako za bolnike kot tudi za zdravnike. To je še posebej pomembno zaradi razreševanja dilem pri obravnavi bolnikov glede natančnega začetka akutnih poslabšanj pri KOPB.

Omejitve pri proučevanju zastavljenega problema

Pri pregledu literature in prebiranju raziskav, ki so bile izvedene v povezavi z zdravstveno vzgojo bolnikov s KOPB je v slovenskem prostoru napisanega malo. Več raziskav je izvedenih v tujini, vendar se kljub ugotovitvam, ki večinoma govorijo v prid nezadostnega znanja in obvladovanja bolezni ne izvajajo ukrepi, ki bi v prihodnosti lahko vplivali na boljši izid zdravljenja. Eno izmed učinkovitih orodij je tudi v slovenskem prostoru vprašalnik za prepoznavanje ključnih potreb po informiranosti glede na potrebe kroničnih bolnikov s KOPB (LINQ), ki je dokazano vsebinsko enostaven za razumevanje bolnikov in bi ga bilo nujno testirati v kliničnih okoljih ter uvesti v vsakodnevno prakso dela.

ZAKLJUČEK

Zaradi strmega naraščanja števila bolnikov s KOPB po celem svetu, je potrebno uvesti ukrepe tako za preprečevanje bolezni in promocijo zdravja kot usmeriti orodja in dejavnosti na kurativnem področju. Kljub visoko razviti tehnologiji ima eno izmed pomembnih vlog izobraževanje bolnikov s strani zdravstvenih delavcev in individualen pristop za ciljne skupine, ki določeno vrsto informacij potrebujejo. S tem, ko se prilagodimo samo enem bolniku, omogočimo boljši stik z bolnikom, omogočamo razpravo, boljše bolnika spoznamo, bolnik lažje opredeli individualne potrebe in ujamemo njegov ritem učenja.

LITERATURA

Hansen, K. K., Hilberg, O., Jensen, H. I., Lokke, A. & Farver-Vestergaard, I. 2023. The Association Between Cognitive Functions and Psychological Factors in Patients with Severe COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*; Vol. 18, 2065–2078.

Hunt, V., Anderson, D., Lowrie, R., Sardar, C. M., Ballantyne, S. & Bryson, et al. 2018. A non-randomised controlled pilot study of clinical pharmacist collaborative intervention for community dwelling patients with COPD. *Primary Care Respiratory Medicine*; pp. 6-10.

Hyland, M. E., Jones, R. C. M. & Hanney, K. E. 2006. The Lung Information Needs Questionnaire: Development, preliminary validation and findings. *Resp Med*; Vol. 100, pp. 1807–1816.

Kortianou, E., Sifaka, M., Mavronasou, A., Asimakos & A., Koulouris, N. 2020. Disease-specific knowledge in patients with COPD. A qualitative study before entering in an education program. *European Respiratory Journal*; Vol. 56, pp. 74.

Ličen, N. 2019. Načrtovanje izobraževalnih programov za odrasle. In: Poljanec Bohnec, M., & Tomažin Šporar., M. eds. *Sladkorna bolezen: povezovanje medicine in humanističnih ved*. Pristop v procesu edukacije bolnikov s sladkorno boleznijo, pp. 83-91.

Meyer, J. H. F. & Land, R. 2003. 'Threshold concepts and trouble-some knowledge: linkages to ways of thinking and practising within the disciplines', *Improving Student Learning: Improving Student Learning Theory and Practice—Ten Years On*. Oxford: Oxford Centre for Staff and Learning Development.

Meek, P., Lareau, S., Fahy, B., & Austegard, E., 2019. Medicines for COPD. *Am J Respir Crit Care Med*; Vol. 200, pp. 3-4.

- Pandey, A. N., Verma, A. K., Singh, A., Kant, S., Dixit, R. K. & Chaudhary, et.al. 2022. The Relationship Between Clinical Phenotypes and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Stages/Groups in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Cureus*; Vol. 14(12): pp. 1-11.
- Poljanec Bohnec, M., 2019. Edukacija bolnikov s sladkorno boleznijo. In: Poljanec Bohnec, M., & Tomažin Šporar., M. eds. Sladkorna bolezen: povezovanje medicine in humanističnih ved. Pristop v procesu edukacije bolnikov s sladkorno boleznijo, pp. 14-26.
- Sandelowsky, H., Krakau, I., Modin, S., Stallberg, B. & Nager, A. 2019. COPD patients need more information about self-management: a cross-sectional study in Swedish primary care. *Scan J of Primary Health Care*; Vol. 37, No. 4, pp. 459–467.
- Sauro, A., Agostino, G., Lo Greco, P., Scalzitti, F., Sirignano, A. R. & Sortino 2008. The COPD Italian Information Needs Questionnaire (LINQ): Development, preliminary validation, and findings. *Journal of General Practice*; Vol. 14: pp. 65-67.
- Siltanen, H., Aine, T., Huhtala, H., Kaunonen, M. & Paavilainen, E., 2021. The information needs of people with COPD—The holistic approach with special reference to gender and time since Diagnosis. 2021. *Nursing Open*; Vol. 8, pp. 2498–2508.
- Yang, H., Wang, H., Du, L., Wang, Y., Wang, X. & Zhang, R., 2019. Disease knowledge and self-management behavior of COPD patients in China. *Medicine*; Vol. 98:8(e14460).
- Williams, V. & Ryan, S. 2017. “I just know”: exploring self-knowledge in chronic obstructive pulmonary disease. Available at.: <https://www.nature.com/articles/palcomms201789> pdf [20. 09. 2023].

ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO BOLNIKA Z RAKOM V ENOTI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE

HEALTH EDUCATIONAL WORK OF CANCER PATIENTS IN THE UNIT OF INTERNAL ONCOLOGY

Boris Šimbera, dipl. zn., Maja Rozman, dipl. m. s.

boris.simbera@klinika-golnik.si, maja.rozman@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

Zdravstveno vzgojno delo bolnika v enoti internistične onkologije je individualno delo, bolnik individualno prilagojena glede na vrsto sistemskega zdravljenja: kemoterapija, imunoterapija ali tarčna terapija. Glede na tri zelo različne principe zdravljenja in na podlagi prilagajanja dožemanja bolnikov medicinska sestra prilagodi vsako zdravstveno vzgojno šolo posebej. Vsi bolniki so obravnavani multidisciplinarno in informacije slišijo večkrat, saj so v času informiranja v težki življenjski situaciji in velikokrat emocionalno obremenjeni. Zdravstveno vzgojno delo pomaga bolnikom in družinskim skrbnikom, da se pripravijo na čase, ki so pred njimi in preišljeno sodelujejo v pogovorih o možnostih zdravljenja, načinu pomoči bolniku in, da se počutijo kot aktivni udeleženci pri lastni zdravstveni oskrbi. Bolniki, ki poročajo o svojih simptomih, izboljšajo zdravstveni izid, vključno s preživetjem.

Ključne besede: Zdravstveno vzgojno delo, sistemsko zdravljenje raka pljuč, individualna zdravstvena vzgoja

ABSTRACT

Patient health education in the Internal Oncology Unit is an individual task carried out by all nurses in the unit. The type of health education is individually tailored according to the type of systemic treatment, either Chemotherapy, Immunotherapy or Targeted Therapy. Based on the three very different treatment principles and on the adaptation of the patients' perception, the nurse tailors each health education specifically. All patients are treated in a multidisciplinary way and they hear the information several times because they are in a difficult life situation and are emotionally involved at the time of the information. Education and training can help patients and family carers to prepare for the difficult times ahead, engage more thoughtfully in discussions about treatment options and help patients to feel like active participants in their own care. Patients who report their symptoms improve health outcomes, including survival.

Keywords: Health education, systemic treatment of lung cancer, individual education.

UVOD

Kljub izjemnemu napredku in novim spoznanjem na področju diagnostike in zdravljenja, pljučni rak še vedno predstavlja veliko breme družbe, tako pri nas kot tudi v svetu. V Sloveniji se pljučni rak po pogostosti med vsemi vrstami raka trenutno pri moških uvršča na tretje mesto, pri ženskah pa na četrto mesto, njihov delež med bolniki s pljučnim rakom pa vse bolj narašča. Letno v Sloveniji zbolijo okoli 1400 ljudi, pri več kot polovici bolnikov pa je bolezen odkrita pozno oziroma v napredovalem stadiju bolezni. Napredek pri zdravljenju se z zamikom in počasi kaže tudi v izboljšanju preživetja bolnikov, pričakovanja za prihodnost pa so velika (But Hadžić, et al., 2018).

Nenadno poslabšanje stanja in obisk urgentne ambulante je pri bolnikih z rakom pljuč zelo pogost, saj lahko pride do poslabšanja stanja in zapletov, neposredno zaradi rakave bolezni ali specifičnega onkološkega zdravljenja (But Hadžić, et. al., 2018). Zato lahko ustrezen nadzor bolnika s strani onkološkega tima ob dobrem sodelovanju z družinskim zdravnikom, zdravnikom v urgentni ambulanti, medicinsko sestro, ter ob dobrem sodelovanju ozaveščenega bolnika, prepreči razvoj marsikaterega urgentnega stanja v onkologiji (Čufer, 2019).

Namen našega prispevka je prikazati način dobre prakse ter delovanja zdravstveno vzgojnega dela v Enoti nternistične onkologije (EIO) Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik).

DISKUSIJA

Vsi bolniki, ki so zdravljeni v EIO Klinike Golnik so ustrezno poučeni o možnosti pojava neželenih učinkov sistemske terapije in kako ukrepati ob pojavu le teh. Ob prvem pregledu so bolniki deležni veliko pomembnih informacij, zato jih vedno prosimo naj z njimi pride eden od bližnjih sorodnikov. Na pregledu dobijo ustna navodila ter knjižico z navodili, za katero jih prosimo da si jo doma v miru dodatno preberejo. Ob prvem obisku bolnika je izvedena prva zdravstveno vzgojna šola o sistemski terapiji, nato pa na prvi aplikaciji terapije izvedemo evalvacijo zdravstveno vzgojne šole sistemske terapije. Tako bolnika poučimo in večkrat opozorimo kako ukrepati ob neželenih učinkih sistemske terapije. Pri evalvaciji preverjamo osvojeno znanje, ter dopolnimo znanje tam, kjer je pomanjkljivo. V težjih primerih jim svetujemo, da se obrnejo na osebnega ali dežurnega zdravnika, če do težav pride izven delovnega časa osebnega zdravnika. O vseh težavah bolniki poročajo onkološkemu timu v EIO po telefonu ali/in ob kontroli. Po telefonu se bolniki lahko pogovorijo z medicinsko sestro koordinatorko, ki ima specialna znanja iz onkologije in skupaj z zdravnikom onkologom lahko bolniku svetuje, usmerja in poučuje še dodatno. V EIO damo zelo veliko poudarka individualnem poučevanju in svetovanju našim bolnikom. Vsak bolnik je deležen individualne edukacije ob prvi aplikaciji oziroma prvi kontroli pri tarčni terapiji, ter evalvacije pri drugi kontroli. V določenih primerih pri aplikaciji imunoterapije bolnika po 3 tednih od aplikacije kontaktiramo po telefonu, ter povprašamo o njihovem zdravstvenem stanju, ter morebitnih neželenih učinkih. Naloga vsake medicinske sestre je, da bolnika ustrezno pouči o pričakovanih neželenih učinkih, ter preveri bolnikovo znanje. Onkološki bolniki so kronični bolniki, ki dobivajo terapijo dlje časa. To znanje v času različnih oblik sistemske terapije večkrat

obnavljamo in s tem preprečujemo, da bi stvari postale samoumevne ali da bi jih bolniki pozabili.

Zdravstvena vzgoja Bolnika in neželeni učinki kot posledica zdravljenja s kemoterapijo


Kemoterapija je skupno ime za zdravljenje rakavih obolenj z zdravili, ki se imenujejo citostatiki. Kot že ime pove, citostatiki delujejo tako, da ustavljajo rast (cito-celica, statis-ustaviti) in deljenje celic tako v področju primarnega tumorja, kot tudi morebitnih zasevkov. Ker kemoterapija učinkuje na celotno telo (sistemska) in poleg hitro delečih rakavih celic uničuje tudi nekatere zdrave celice organizma, lahko pričakujemo tudi določene neželene učinke (Janžič, et al., 2022a).

Najpogostejši neželeni učinki pri zdravljenju s kemoterapijo:

- infuzijska reakcija;
- vročina (> 38 °C) ali mrzlica, ki nakazujejo okvaro kostnega mozga;
- slabost in/ali bruhanje;
- vnetje ustne sluznice (stomatitis);
- izguba apetita, sprememba zaznave okusa in vonja;
- zaprtje ali driska;
- utrujenost;
- izguba las;
- okvara živčevja;
- bolečina v mišicah in sklepih;
- spremembe na koži in nohtih;
- okvara ledvic;
- otekanje okončin (Janžič et al., 2022a).

Ni nujno, da bolnik med zdravljenjem s kemoterapijo doživi večino navedenih neželenih učinkov, pomembno pa je, da je z morebitnimi neželenimi učinki in pa ustreznim ukrepanjem seznanjen že pred pričetkom samega zdravljenja (Janžič et al., 2022a).

Ob zdravstveno vzgojnem delu si v EIO pomagamo z OBR 102-120 Zdravstvena vzgoja bolnika, ki prejema kemoterapijo (Slika 1).


**Univerzitetna
Klinika Golnik**
 Klinična inštitucija onkologije

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA, KI PREJEMA KEMOTERAPIJO

Shema zdravljenja: _____ Ma a nalepka bolnika


Bolnik prejme:
 kartonček za naročanje kontaktnih podatkov
 pisna navodila knjžica o sistemski terapiji

Svoji:
 Za bolnika bo priskrbeli ime in priimek ter sorodstveno razmerje: _____

Pri zdravstveni vzgoji je prisotni: ime in priimek ter sorodstveno razmerje: _____

potreben je telefonski klic svojo: DA Ne
 če DA: klic svojo: datum: _____ parafa _____
 DMS: _____

Neželene učinki	ukrepi	Prvi cikel V - izvedeno, 0 - ni potrebno	Drugi cikel V - izvedeno, 0 - ni potrebno
Slabost, bruhanje inapetanca Spremembe v okusanju	*prehrana *vžiranje tekočine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomatitis	*ustna higiena *ukrepi ob stomatitisu *navodila glede zobozdravstvene oskrbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaprtje	*skrb za redno ožvajanje hrane *zaprtost, ki je posledica protibolečinskih zdravil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Driska	*primerna prehrana, dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alopecija	*naročilnica za lasaljo *svetovanje glede pokrival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenija	*preprečevanje poškodb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevtropenija	*izogibanje okužbam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


**Univerzitetna
Klinika Golnik**
 Klinična inštitucija onkologije

Neuronoksinost	*ukrepi ob povišani telesni temperaturi *pozornost pri anamnanju predmetov *hladnočepile wopcl *primerna obutev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flebitis	*navodila v primeru bolečine na mestu aplikacije *v primeru flebitisa pisna navodila za domov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopojna navodila			
Utrujenost	*relaksacija *priljubljene tehnike *počitek *blago posledica anemije ali ralove bolezn *spodbujamo primerno aktivnost in de o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podporna terapija (npr. antiemetiki za domov)	*namen jemanja podpome terapije *kako naj jo bolnik jemlje * poučen o jemanju FOL de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nega kože	*navodila glede sončenja *navodila v primeru pojave kožnih sprememb *raščita rok pri delu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parafa DMS Datum			

Prejel sem ustna in pisna navodila: da ne

Povez bolnika: _____ Datum: _____

Prejel sem ustna in pisna navodila: da ne

Sorodstveno razmerje do bolnika: _____

Podpis svoja: _____
 Datum: _____

OBR 102-120-2/16.12.2022

Slika 1: Zdravstvena vzgoja bolnika, ki prejema kemoterapijo (vir: EIO, Klinika Golnik)

Zdravstvena vzgoja bolnika in neželeni učinki kot posledica zdravljenja z imunoterapijo

Imunoterapija z zaviralci imunskih nadzornih točk je nova oblika sistemskega zdravljenja raka, tako raka pljuč, kot tudi nekaterih drugih rakov. Gre za monoklonska protitelesa, katera pomagajo bolnikovemu lastnemu imunskemu sistemu (limfocitom) prepoznati in uničiti rakave celice, ne delujejo pa direktno na rakave celice. Imunoterapija deluje tako, da na rakavih celicah prekrije beljakovine, ki zavirajo prepoznavanje in aktivacijo imunskega sistema. Tako rakave celice naredi spet vidne našemu imunskemu sistemu, da jih le ta lahko uniči. Zaradi drugačnega načina delovanja kot ga imajo na primer klasični citostatiki (kemoterapija) ali tarčna zdravila (t. i. biološka zdravila) imajo tudi drugačne neželene učinke (Janžič, et al., 2022b).

Najpogostejši neželeni učinki pri zdravljenju z imunoterapijo:

- infuzijska reakcija;
- utrujenost;
- spremembe na koži;

- spremembe pri odvajanju blata, driska in kolitis;
- spremembe v delovanju ščitnice in ostalih žlez z notranjim izločanjem;
- težave z dihanjem;
- spremembe v delovanju jeter;
- bolečine v mišicah in sklepih;
- v primeru nekaterih hujših neželenih učinkov je potrebno zdravljenje z imunoterapijo začasno ali trajno tudi ukiniti (Janžič, et al., 2022b).

Ob zdravstveno vzgojnem delu si v EIO pomagamo z OBR 102-118 Zdravstvena vzgoja bolnika, ki prejema imunoterapijo (Slika 2).

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA, KI PREJEMA IMUNOTERAPIJO

Bolnik prejme:

kartonček za naročanje s kontaktnimi podatki

pisna navodila o imunoterapiji

Mala nalepka bolnika

Svoji:

Za bolnika bo skrbel: ime in priimek ter sorodstveno razmerje:

Pri zdravstveni vzgoji je prisoten: ime in priimek ter sorodstveno razmerje:

potrben je telefonski klic svojo: DA NE

če DA: klic svojo: datum: _____ parafa DMS: _____

neželeni učinki	ukrepi	Prvi cikel V - izvedeno, 0-ni potrebno	Drugi cikel V - izvedeno, 0-ni potrebno
Spremembe pri odvajanju blata in driska	*primerna prehrana *opazovanje blata *ukrepanje v primeru pojave krvi na blatu ali krčev v trebuhu *opozoriti na zaprtje pri protibolečinskih zdravilih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spremembe na koži in nega kože	*ustrezna nega kože *ukrepi ob pojavu izpuščajev *navodila glede sončenja *zaščita rok pri delu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Težave z dihanjem	*zaradi osnovne bolezni *zaradi pnevmonitisa/kako ukrepati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spremembe v delovanju ščitnice in ostalih žlez z notranjim izločanjem	*kako jih prepoznamo in kako ukrepamo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spremembe v delovanju jeter	*kako jih prepoznamo in kako ukrepamo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolečine v mišicah in sklepih	*primerna aktivnost *posvet z onkologom ob obisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBR 102-118:1/4.11.2020

Splošna navodila

Navodila ob alergični reakciji	*ukrepi ob temperaturi *ukrepi ob težkem dihanju, izredno slabem počutju – 2 odpustnico k zdravniku Ob naslednjem obisku seznaniti onkologa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrujenost	*rekreacija *sprostitvene tehnike *počitek *lahko posledica rakave bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telesna aktivnost	*Spodbujamo primerno aktivnost in delo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podporna terapija (npr. kortikosteroidi)	*Namen jemanja podporne terapije *kako naj jo bolnik jemlje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skrb za ustno nego	*Skrb za ustno sluznico in *Navodila glede zobozdravstvene oskrbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parafa DMS Datum:			

Prejel sem ustna in pisna navodila: da ne

Podpis bolnika: _____ Datum: _____

Prejel sem ustna in pisna navodila: da ne

Sorodstveno razmerje do bolnika: _____

Podpis svojca: _____ Datum: _____

OBR 102-118:1/4.11.2020

Slika 2: Zdravstvena vzgoja bolnika, ki prejema imunoterapijo (vir: EIO, Klinika Golnik)

Zdravstvena vzgoja bolnika in neželeni učinki kot posledica zdravljenja s tarčnimi zdravili

Tarčno zdravljenje je zdravljenje z zdravili, ki delujejo na točno določene tarče na površini ali v notranjosti rakave celice oz. v njej ali pa na celice tumorskega veziva in ožilja. Ponavadi je ravno stalna aktivnost teh tarč vzrok za nekontrolirano rast in zasevanje rakavih celic. Prednost tarčnih zdravil je v tem, da delujejo na točno določeno tarčo, ki je bolj značilna za rakavo celico kot za ostale celice v telesu, kar vodi v večjo učinkovitost zdravljenja in manj neželenih učinkov zdravila (Janžič et al., 2021).

Najpogostejši neželeni učinki pri zdravljenju s tarčnimi zdravili

- infuzijske reakcije (porast telesne temperature, mrzlica);
- hujše alergijske reakcije (izpuščaj, težave z dihanjem, otekanje ali padec krvnega tlaka);
- gastrointestinalne težave (driska/zaprtje, slabost in/ali bruhanje);
- težave s kožo, lasiščem, nohti in sluznicami (kožni izpuščaj, suha koža, spremembe nohtov, vnete obnohtnice, vnetje ustne sluznice ali stomatitis);
- zadrževanje vode v telesu (otekanje);
- motnje v presnovi maščob;
- spremembe v delovanju jeter;
- okvara srca;
- neinfekcijsko vnetje pljuč (pnevmonitis);
- spremembe razpoloženja;
- utrujenost (Janžič et al., 2021).

Neželeni učinki se lahko pojavijo kadarkoli med zdravljenjem in običajno minejo po prekinitvi ali ukinitvi zdravila. Mnoge neželene učinke je ob upoštevanju preventivnih ukrepov možno tudi preprečiti ali omiliti. Pomembno je, da se bolnik med zdravljenjem s tarčnimi zdravili opazuje in svojemu onkologu sporoči, če je morda opazil kakšne spremembe od prejšnjega kontrolnega pregleda (Janžič et al., 2021).

Ob zdravstveno vzgojnem delu si v EIO pomagamo z OBR 102-121 Zdravstvena vzgoja bolnika, ki prejema tarčno terapijo.

Univerzitetna Klinika Golnik
Enota internistične onkologije

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA, KI PREJEMA TARČNA ZDRAVILA

Shema zdravljenja: _____ Mala nalepka bolnika

Bolnik prejme:
 kartonček za naročanje s kontaktnimi podatki
 pisna navodila o tarčni terapiji

Svoji:
 Za bolnika bo skrbel: ime in priimek ter sorodstveno razmerje: _____
 Pri zdravstveni vzgoji je prisoten: ime in priimek ter sorodstveno razmerje: _____
 potreben je telefonski klic svojo: DA NE
 če DA: klic svojo: Datum: _____ Parafa DMS: _____

Neželjeni učinki	ukrepi	Prvi cikelus V - izvedeno, 0-ni potrebno	Drugi cikelus V - izvedeno, 0-ni potrebno
Spremembe na koži/lasišču/sluznicah	*ustrezna nega kože/lasišča *uporaba ustreznih mazil *navodila glede sončenja Navodila glede nege sluznic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spremembe nohtov in las	*ustrezna nega nohtov *ustrezni ukrepi ob pojavu paronihije (nega in primerna obutev) *nega las *spremembe las in obrvi *zaščitni rok pri delu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slabost /bruhanje inapetenca	*podporna terapija *prehrana in uživanje tekočin ob tarčnih zdravilih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomatitis	*ustna higiena *navodila glede zobozdravstvene oskrbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaprteje	*Skrb za redno odvajanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Driska	*primerna prehrana/dieta *primerno ukrepanje ob pojavu driske (pisna navodila ob driski)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBR 102-121-1/4.11.2020

Univerzitetna Klinika Golnik
Enota internistične onkologije

Alopecija	*naročilnica za lasuljo *svetovanje glede pokrival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motnje vida	*kako jih prepoznati kako ukrepati (ALK TKI – crizotinib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otekanje okončin	*ukrepanje: počitek z dvignjenimi nogami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splošna navodila			
Utrujenost	*rekreacija *sprostitvene tehnike *počitek *lahko posledica bolezn *bolečine v mišicah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telesna aktivnost	*spodbujamo primerno aktivnost in delo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pravilno jemanje zdravil	*Pisna navodila in dnevnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parafa DMS Datum			

Prejel sem ustna in pisna navodila: da ne

Podpis bolnika: _____ Datum: _____

Prejel sem ustna in pisna navodila: da ne

Sorodstveno razmerje do bolnika: _____

Podpis svojca: _____ Datum: _____

OBR 102-121-1/4.11.2020

Slika 3: Zdravstvena vzgoja bolnika, ki prejema tarčno terapijo (vir: EIO, Klinika Golnik)

Ukrepanje in vloga bolnika in svojcev pri sistemskem zdravljenju raka

Ko razmišljamo o kontinuirani zdravstveni oskrbi raka je bistveno, da vlagamo sredstva in čas v to, da imajo bolniki dostop do informacij, ki jih potrebujejo, na vseh stopnjah zdravljenja in tudi v obdobju preživetja. Ko bolniki končajo aktivno zdravljenje raka, so pogosto nosilci prenosa pomembnih informacij zdravnikom primarnega zdravstvenega varstva in drugim specialistom. Če so opremljeni z informacijami o zdravljenju raka ter jasnim načrtom za prihodnje spremljanje in testiranje, specifično za raka, lahko z večjim zaupanjem nadaljujejo svoje življenje in najdejo novo osnovno raven zdravja (Spears, 2021).

V kliničnih preskušanjih je bilo dokazano, da poročanje bolnikov o njihovih simptomih izboljša zdravstvene izide, vključno s preživetjem. Vključevanje bolnikov v njihovo zdravstveno oskrbo z zgodnjim poročanjem o simptomih in težavah lahko pomaga zmanjšati stres in stisko (Schapira, 2018).

Zdravstveno vzgojno delo bolnikom in družinskim skrbnikom pomaga, da pri pogovoru o možnostih in poteku zdravljenja, sodelujejo bolj aktivno, ter se tako počutijo, kot aktivni udeleženci pri odločanju o lastnem zdravljenju. Te naloge podpirajo zdravo spoprijemanje z rakom in krepijo odpornost, ko se bolniki in družine soočajo z izzivom življenja z rakom.

V EIO izvajamo individualen zdravstveno vzgojni pristop, in poročilo za leto 2022 izkazuje, da smo izvedli 348, v prvih osmih mesecih leta 2023 pa že 336 zdravstveno vzgojnih šol. Ob izvajanju zdravstveno vzgojnih šol si pomagamo z gradivom, ki smo ga napisali sodelavci v EIO, s predstavitvenim filmom, ki je narejen v naši enoti ter zgoraj omenjenimi obrazci, za spremljanje zdravstvo vzgojnega dela (slika 4).



Slika 4: Knjižnice: Zdravljenje raka: informacije za bolnike (vir: EIO, Klinika Golnik)

ZAKLJUČEK

Kot zdravstveni delavci si vsi prizadevamo, da bi svojim bolnikom zagotovili najboljšo kakovost zdravstvene oskrbe, prizadevanja zdravstvenih delavcev pa so se med pandemijo COVID-19 zagotovo potrdila in njihova prizadevanja za zdravstveno oskrbo bolnikov so globoko cenjena pri bolnikih in svojcih. Pri zdravstveno vzgojnem delu se lahko osredotočimo na strokovnost in izobraženost medicinskih sester ali pa sposobnost motiviranja in predaje znanja na bolnike in svojce. Na podlagi izkušenj v EIO lahko potrdimo, da je poleg strokovnosti medicinskih sester pomembna tudi sposobnost motiviranja bolnikov in individualen pristop. Za isti cilj je potrebno ubrati različne pristope in motivacijske tehnike. Nekateri bolnike najdejo motivacijo v sebi, drugi v svojih svojcih, otrocih, partnerjih, vnukih. Prepoznavanje bolnikovih motivov skupaj z znanjem in empatijo medicinske sestre so izjemno pomembni za dober izid. Če poučimo vse bolnike enako, ne bomo dosegli tako dobrih rezultatov, kot če zdravstveno vzgojo prilagodimo na individualni nivo. Izobraženost bolnikov je zelo različna, od osnovne šole do podiplomske izobrazbe. Medicinska sestra mora znati presoditi kakšen pristop izbrati

glede na interes, zanimanje oziroma dožemanje bolnikov, ki se med seboj zelo razlikujejo. V določenih primerih je potrebna tudi vključitev svojcev zaradi slabšega razumevanja in dožemanja bolnikov. V literaturi lahko najdemo tudi raziskave, kjer bolnike poučijo, da izobražujejo druge bolnike. Izobraževanje tako bolnikov kot izobraževalcev ima potencial za izboljšanje zdravstvenega izobraževanja in zadovoljstva bolnikov.

LITERATURA

But Hadžić, J., Stanič, K. & Vrankar, M., 2018. Zbornik predavanj, *Tretja šola pljučnega raka*, Združenje za radioterapijo in onkologijo Slovenskega zdravniškega društva in Onkološki inštitut Ljubljana 16.11.2018, pp. 9–39

Čufer, T., 2019. Urgentna stanja v onkologiji. Zbornik predavanj, Golniški simpozij, Bled in Golnik 11.in 12.oktober 2019, pp. 43–49.

Janžič, U., Knez, L., Muratović, A., Pelicon, V., Zupan, P. & Mohorčič, K., et al, 2022. Zdravljenje raka s kemoterapijo, napotki bolnikom. Golnik: Univerzitetna Klinika Golnik, pp. 3, 17–18.

Janžič, U., Knez, L., Zupan, P., Mohorčič, K., Kržišnik, I. & Tavčar, M., et al, 2022. Zdravljenje raka s imunoterapijo z zaviralci imunskih nadzornih točk, napotki bolnikom. Golnik: Univerzitetna Klinika Golnik, pp. 3–22.

Janžič, U., Knez, L., Mohorčič, K., Kržišnik, I., Mazreku, S., et al., 2021. Zdravljenje raka s tarčnimi zdravili, informacije za bolnike. Golnik: Univerzitetna Klinika Golnik, pp. 3, 15–16.

Schapira, L., 2018. Patient education is an essential element of quality cancer care. ASCO Connection. Available at: <https://connection.asco.org/blogs/patient-education-essential-element-quality-cancer-care> [3. 9. 2023].

Spears, P.A., 2021. Patient engagement in cancer research from the patient's perspective. *Future Oncology*, 17(28), pp. 3717–3728. Available at: <https://www.futuremedicine.com/doi/epub/10.2217/fon-2020-1198> [3.9.2023].

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA, KI POTREBUJE ANTIKOAGULACIJSKO ZDRAVLJENJE HEALTH EDUCATION OF THE PATIENT, WHO NEEDS ANTICOAGULATION TREATMENT

Tanja Žontar, dipl. m. s.

tanja.zontar@klinika-golnik.si

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljeno zdravstveno-vzgojno svetovanje bolnikom, ki prejemajo antikoagulacijska zdravila za preprečevanje trombemboličnih zapletov pri atrijski fibrilaciji, za zdravljenje venske trombembolije in za preprečevanje venske trombembolije po ustavljenih umetnih srčnih zaklopkahin in pri drugih indikacijah, ki zahtevajo tovrstno zdravljenje. Opredeljene so osnovne značilnosti posameznih zdravil in način prejemanja ter možni zapleti, ki lahko pri tem nastopijo. V nadaljevanju je predstavljeno zdravstveno-vzgojno svetovanje bolniku, ki prejema omenjena zdravila. Poudarek je na nefarmakoloških ukrepih, ki jih mora poznati bolnik ob takšnem načinu zdravljenja. Opredeljenih je tudi nekaj pomembnih dejavnikov, ki jih mora upoštevati medicinska sestra pri izvajanju zdravstveno-vzgojnega svetovanja.

Ključne besede: antikoagulacijsko zdravljenje, nefarmakološki ukrepi, zdravstvena vzgoja, bolnik

Key words: anticoagulation therapy, non-pharmacological measures, patient education, patient

UVOD

Zdravljenje z antikoagulacijskimi (AK) zdravili potrebuje vedno več bolnikov, kar je posledica večje dostopnosti in ponudbe preparatov, s staranjem povezanih bolezni in doslednejše upoštevanje priporočil, ki zahtevajo takšno zdravljenje (Vižintin Cuderman, 2013). Ta zdravila posredno ali neposredno vplivajo na faktorje koagulacije in zavrejo tvorbo fibrina in s tem nastajanje strdkov. S tem se bistveno zmanjša možnost za nastanek tromboze v srcu in nevarnost pojava embolije (Salobir, 2000, Mavri, 2017). Najpogostejše indikacije za uvedbo antikoagulacijskega zdravljenja (AKZ) so: atrijska fibrilacija (AF), venska trombembolija in

ustavljene umetne srčne zaklopke (Mavri, 2017). Za Slovenijo ocenjujejo, da takšno zdravljenje prejema približno 30.000 ljudi in številka se vsako leto povečuje (Vižintin Cuderman, 2013, Mavri 2017). Pričakovati pa je, da se bo število bolnikov z AF v naslednjih letih še podvojilo, ravno zaradi staranja prebivalstva. Starejši bolniki predstavljajo večino bolnikov z AF in venskimi trombembolizmi (VTE), ki sta najpogostejši indikaciji za uvedbo AK zdravljenja in zahtevata dolgotrajno ali doživljenjsko AKZ. Približno 50 % bolnikov z AF je starejših od 75 let. Starejši kot je bolnik, večje je tveganje za trombembolizme, hkrati pa je tudi bolj podvržen krvavitvam, kot najpogostejšemu in najbolj nevarnemu stranskemu učinku AKZ (Salobir, 2000; Vene, 2014; Pernat, 2021).

Namen prispevka je predstaviti zdravstveno-vzgojno svetovanje bolnikom, ki prejemajo antikoagulacijska zdravila. Povdarek je predvsem na nefarmakoloških ukrepih povezanih z zdravljenjem, pravilnem načinu prejetja zdravila, prepoznavanju neželenih učinkov zdravil in pravočasnem ter pravilnem ukrepanju ob pojavu letih.

VRSTE ANTIKOAGULACIJSKIH ZDRAVIL

AK zdravila lahko bolniki prejemajo parenteralno in peroralno. V prvo skupino sodijo nefrakcionirani heparin, nizkomolekularni heparini (NMH), fondaparin, hirudin, argatroban. V AK ambulantah se srečujemo predvsem NMH, ki jih bolniki prejemajo v obliki podkožnih injekcij in imajo takojšen antikoagulacijski učinek. Uporabljajo se za zdravljenje in preprečevanje akutnih trombemboličnih dogodkov. NMH se uporablja tudi za prehodno zdravljenje pri bolnikih z velikim tveganjem za trombembolični dogodek v času, ko ne morejo prejemati peroralnih AK zdravil. Pri nas so na voljo že pripravljene terapevtske odmerke dalteparina (Fragmin®), enoxaparina (Clexane®) in nadroparina (Fraxiparine®, Fraxiparine forte®) (Mavri, 2017a).

Zelo dolgo so bili kumarini edina peroralna AK zdravila. V našem prostoru se je najpogosteje uporabljal varfarin (Marevan®), redkeje pa acenokumarol (Sintrom®). Delujejo tako, da zavrejo delovanje encima vitamin K reduktaza in s tem preprečijo karboksilacijo od vitamina K odvisnih faktorjev koagulacije: II, VII, IX in X (Mavri, 2017). Zdravilo doseže svoj polni učinek po petih dneh uporabe. Zdravljenje s kumarini je zelo učinkovito, imajo pa tudi nekaj pomankljivosti kot so: ozko terapevtsko okno, dolga razpolovna doba, pogoste interakcije z drugimi zdravili in s hrano, potrebno je rutinsko spremljanje zdravljenja s koagulacijskimi preiskavami ter tako pogoste kontrole v AK ambulantah (Mavri, 2017b).

Vse te pomankljivosti so vzpodbujale intenzivno raziskovanje in pripeljale do novih AK zdravil, ki so od druge polovice leta 2012 v uporabi tudi v Sloveniji. Med nova oralna antikoagulacijska zdravila (NOAK) sodijo dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®), apiksaban (Eliquis®) in edoksaban (Roteas®). V številnih randomiziranih kliničnih raziskavah so se pokazala kot dobra zdravila, ki so vsaj enako učinkovita in bolj varna s pomembno manjšo pojavnostjo velikih in smrtno nevarnih krvavitev, kot varfarin (Mavri, 2017a; Miklič, 2022).

Dabigatran ima neposreden, reverzibilen učinek na trombin. Zdravilo doseže največjo koncentracijo v krvi v 1-3 urah po zaužitju. Približno 35% zdravila je vezanega na plazemske proteine. Razpolovni čas je 14 do 17 ur in zdravilo se v 80% izloča preko ledvic (Mavri, 2017b). Zdravilo je v obliki kapsule, ki jo je potrebno zaužiti v celoti, če jo odpiramo in zaužijemo samo zdravilo, se s tem poveča tveganje za krvavitev. Za klinično uporabo sta registrirana odmerka 110 mg in 150 mg dvakrat dnevno. Hrana ne vpliva na absorpcijo iz črevesja. Pri dabigatranu,

kjer se zdravilo jemlje dvakrat na dan, pa lahko v primeru da pozabimo vzeti zdravilo, le-tega vzamejo samo z zakasnitvijo 6 ur. Trenutno je v Sloveniji dabigatran edini NOAK, ki ima že dostopen specifični antidot- idarucizumab (Praxbind®) (Miklič, 2022).

Rivaroksaban ima neposreden, reverzibilen učinek na faktor Xa. Selektivno se veže na prosti faktor Xa in na faktor Xa vezan v protrombinaznem kompleksu in tako preprečuje nastajanje trombina in s tem tvorbo strdka. Največjo koncentracijo v krvi doseže v 1-3 urah po zaužitju. 95% zdravila je vezanega na plazemske proteine. Razpolovni čas je 8 do 13 ur in v 33% se izloča preko ledvic, ostali delež se metabolizira v jetrih (Mavri, 2017b). Terapevtski odmerki so 20 mg in 15 mg, ki ga morajo bolniki vedno zaužiti s hrano, da se omogoči zadostna resorbcija zdravila iz prebavil (Miklič, 2022). Zdravilo se lahko zdrobi in je primerno za aplikacijo preko želodčne sonde. Bolniki z vensko tromembolijo morajo prve tri tedne prejemati terapevtski odmerek 2 x dnevno (15 mg), kasneje pa enkrat dnevno 20 mg, kot ostali bolniki, ki prejemajo rivaroksaban. V primeru, da pozabijo vzeti zdravilo in ga jemljejo dvakrat na dan (prvih 21 dni zdravljenja VTE), ga morajo vzeti, takoj ko se spomnijo, da zagotovijo odmerek 30 mg/dan. V tem primeru lahko vzamejo tudi 2 tableti po 15 mg hkrati. V kolikor pa jemljejo odmerek enkrat na dan, naj ga vzamejo takoj, ko se spomnijo, nato nadaljuje z rednim jemanjem enkrat dnevno. V istem dnevu ne smejo vzeti dveh odmerkov zdravila. Enkrat dnevno odmerjanje zdravila je povezano z boljšo adherenco in zato je tudi pogosto razlog za izbiro tega zdravila (Miklič, 2022).

Apiksaban je močan, reverzibilen, neposreden zaviralec faktorja Xa. Z zaviranjem faktorja Xa prepreči nastanek trombina in razvoj strdka. Največjo koncentracijo v krvi doseže 3-4 ure po zaužitju. 87% zdravila je vezanega na plazemske proteine. 27% se ga izloča preko ledvic, ostalo preko jeter. Razpolovni čas je 12 ur. Terapevtski odmerki so 5 mg in 2,5 mg dvakrat dnevno za bolnike z AF. Za tiste, ki se zdravijo zaradi VTE je začetni 7- dnevni terapevtski odmerek 10 mg dvakrat dnevno, kasneje pa 5mg dvakrat dnevno (Mavri, 2017b). Zdravilo se lahko jemlje skupaj s hrano ali brez nje, lahko se zdrobi in aplicira preko sonde. V primeru, da bolnik pozabi vzeti odmerek, ga naj vzame takoj, ko se spomni, nato nadaljuje z rednim jemanjem dvakrat dnevno. To zdravilo ima zelo dober varnostni profil in zagotavlja enostavno zdravljenje, kar je pogosto razlog za uvedbo (Miklič, 2022).

Tudi endoksaban je neposredni zaviralec faktorja Xa, ki je zadnji prišel na naše tržišče. Več izkušenj z njim imajo v tujini, kjer je že dalj časa v uporabi. Najvišjo koncentracijo v krvi doseže po 1-2 urah po zaužitju. Okoli 40-59% zdravila je vezanega na plazemske beljakovine. Okrog 35% procentov se ga izloča preko ledvic, preostanek pa preko jeter. Njegov razpolovni čas je 9-14 ur. Terapevtski odmerek je 60 mg in 30 mg dnevno. Pri bolnikih z VTE ga lahko uvedemo po 5 dnevnem parenteralnem AKZ (Mavri, 2017b; Miklič, 2022). Podatki kažejo, da ima zelo dober varnostni profil pri starejših bolnikih, ki imajo več pridruženih kroničnih boleznih (srčno popuščanje, hipertenzija, sladkorna bolezen, predhodna možganska kap ali prehodna možganska ishemija). Zdravilo se lahko jemlje skupaj s hrano ali brez nje, lahko se zdrobi in aplicira preko sonde. V primeru, da bolnik pozabi vzeti odmerek, ga naj vzame takoj, ko se spomni, nato nadaljuje z rednim jemanjem enkrat dnevno. V istem dnevu bolnik ne sme dvakrat vzeti predpisane odmerka. Roteas® je edino zdravilo med neposrednimi peroralnimi zaviralci faktorja Xa, ki ne vsebuje laktoze in je zato tudi primeren za bolnike z laktozno intoleranco (Miklič, 2022).

Pri zdravljenju z NOAK se rednega laboratorijskega nadzora ne opravlja, ker je učinek zdravila predvidljiv. Kadar pa potrebujemo natančno, kvantitativno oceno učinka zdravila, uporabljamo specifično koagulacijsko preiskavo, usmerjeno v posamezno zdravilo (Mavri, 2017b).

Novost pri zdravljenju VTE je možnost uporabe NOAK namesto NMH pri bolnikih s sočasno rakavo boleznijo. V raziskavah se je pokazalo, da so zaviralci faktorja Xa vsaj enako učinkoviti, ali celo bolj ter enako varni kot NMH. Pri tem so izključili bolnike z metastazami v centralnem živčnem sistemu, levkemijo in hudo trombocitopenijo (Miklič, 2022). Zdravljenje z rivaroxabanom in endoksabanom je zaradi nevarnosti krvavitev odsvetovano pri bolnikih z endoluminalnimi gastrointestinalnimi in urogenitalnimi karcinomi. Za bolnike z VTE ob raku je potrebno biti previden pri izbiri NOAK zaradi morebitnih interakcij s kemoterapevtiki. V takem primeru največkrat izberejo endoksaban, ki ima najustreznejši varnostni profil glede interakcij z drugimi zdravili (Miklič, 2022).

INDIKACIJE ZA ZDRAVLJENJE Z ANTIKOAGULACIJSKIMI ZDRAVILI

Indikacije za uvedbo antikoagulacijskega zdravljenja (AKZ) so: atrijska fibrilacija (AF), venska tromboembolija, ustavljene umetne srčne zaklopke, antifosfolipidni sindrom, paradokсне embolije, zapleti periferne arterijske bolezni, nekatere druge redke bolezni, ki zahtevajo tovrstno zdravljenje (Mavri, 2017a). Glavni cilj zdravljenja je preprečevanje tromboemboličnih dogodkov. NOAK se najpogosteje uporabljajo tudi za preprečevanje venske tromboembolije po ortopedskih operacijah kolka in kolen (Mavri, 2017a; Miklič, 2022).

Najpogostejša indikacija AKZ je AF in je najpogostejša obstojna motnja ritma, prisotna je kar pri 1-2% populacije. Število obolelih narašča s starostjo in med starejšimi od 80 let zajema že 10% populacije. Ker so številni bolniki popolnoma asimptomatski, lahko sklepamo, da je resnična razširjenost atrijske fibrilacije še višja (Bele, 2016). Pogosto jo spremljajo še arterijska hipertenzija, srčno popuščanje, koronarna bolezen, sladkorna bolezen, debelost in pljučne bolezni. Ti bolniki so kar 5-krat bolj ogroženi zaradi možganske kapi, kot tisti, ki so v sinusnem ritmu, hkrati pa so obsežnejše, povzročajo hujšo nevrološko prizadetost in večjo umrljivost (Vene, 2012, Bele, 2016, Mavri, 2017a).

Druga najpogostejša indikacija je VTE in se klinično kaže kot venska tromboza (VT) in/ali pljučna embolija (PE). Ocenjujejo, da v Sloveniji okrog 3000 ljudi na leto utрпи VTE (Vižintin Cuderman, Štalc, 2012, Mavri, 2017a, Miklič, 2022). Od tega je več kot polovica bolnikov starejših od 65 let. V 50% nezdravljena VT pripelje do PE, kar 10% pacientov s PE umre. VTE najpogosteje povzročijo prehodni ali stalno prisotni sprožilni dejavniki. Med prehodne sprožilne dejavnike prištevamo operacije, poškodbe, vstavljene intravenske katetre, nosečnost in porod, uporabo hormonske kontracepcije in nadomestnega hormonskega zdravljenja v menopavzi, nepokretnost in daljše letalske polete (> 8 ur). Med stalno prisotne sprožilne dejavnike sodita aktivni rak in trombofilija. Kadar sprožilnih dejavnikov ne najdemo, govorimo o idiopatski VTE. Ocenjujejo, da z antikoagulacijskim zdravljenjem kar v 90 % preprečujemo ponovitev VTE. Tveganje za ponovitev je odvisno od časa, ki je pretekel od dogodka, od spremljajočih sprožilnih dejavnikov in od mesta VTE (Vižintin Cuderman, Štalc, 2012, Mavri, 2017b). Med samim antikoagulacijskim zdravljenjem se VTE ponovi pri 1-3% bolnikov. V teh primerih je najpogostejši vzrok neustrezno antikoagulacijsko zdravljenje, sledi prikriti rak, redkeje antifosfolipidni sindrom ali druge oblike trombofilije (Vižintin Cuderman, Štalc, 2012, Miklič, 2022).

Zelo pogosta indikacija za AKZ je ustavitev umetne srčne zaklopke. Razširjenost bolezni srčnih zaklopk pri bolnikih nad 75 let je kar 13% (Mavri, 2017a). Zamenjava srčne zaklopke je druga najpogostejša operacija na srcu. Bolnikom po tej operaciji je potrebno glede na tip ustavljene zaklopke in tveganje za tromboembolične dogodke in mesta na katero je zaklopka vstavljena ter spremljajoče bolezni uvesti ustrezno AK zdravilo (Mavri, 2017).

UVEDBA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVILA IN SPREMLJANJE ZDRAVLJENJA

Vsi bolniki, ki prejemajo AK zdravila se vodijo v specialističnih AK ambulantah v bolnišnicah ali zdravstvenih domovih. Te ambulante so dolžne beležiti število vodenih bolnikov, podatke za posameznega bolnika o indikaciji za zdravljenje, dejavnikih tveganja za tromboembolični dogodek in krvavitev, poteku vodenja AK zdravljenja, zapletih zdravljenja in ukrepih ob njih ter pripravi na kirurške posege. V ta namen se v Sloveniji najpogosteje uporablja računalniški program Trombo (Mavri, 2017a).

Pred uvedbo AK zdravila zdravnik preveri indikacijo za AK zdravljenje, morebitne zadržke za zdravljenje in seznam zdravil, ki jih bolnik prejema ter predpiše odmerek ustreznega AK zdravila (Mavri, 2017b). Tudi ob kontrolnem pregledu je potrebno na podlagi anamnestičnih podatkov, kliničnega pregleda in laboratorijskih izvidov presoditi, kakšno je tveganje za zaplete in v nadaljevanju prilagoditi, zamenjati ali ukiniti AK zdravila. Zelo pomembno je da je zdravljenje varno (Mavri, 2017b).

Za ocenjevanje tveganja za nastanek možganske kapi se uporablja točkovnik CHADS₂, ki upošteva naslednje dejavnike tveganja: srčno popuščanje, oslabele sistolično funkcijo levega prekata (C), arterijsko hipertenzijo (H), starost nad 75 let (A), sladkorno bolezen (D) in prebolela možganska kap, prehodni ishemični napad ali sistemska embolija (S₂). Ker ta točkovnik ne zajema vseh dejavnikov za tromboembolijo so ga razširili v CHA₂DS₂-VASc točkovnik, ki kot dodatne dejavnike upošteva še žilno bolezen (V), starost med 65. in 75. letom (A) in ženski spol (S) (Mavri, 2017d).

Za oceno nevarnosti krvavitve se najpogosteje uporablja točkovnik HAS-BLED v katerem dobi bolnik za vsak od pomembnih dejavnikov tveganja za krvavitev dodatno točko:

- neurejena arterijska hipertenzija (krvni tlak >180/110 mmHg) (H)
- ledvična ali jetrna okvara (A)
- možganska kap (S)
- predhodna velika krvavitev ali nagnjenost h krvavitvam (B)
- slabo urejeno antikoagulacijsko zdravljenje (L)
- starost ≥ 65 let (E)
- sočasno jemanje zdravil, ki povečajo tveganje za krvavitev ali uživanje alkohola (D) (Mavri,2017d).

Posebno pozornost je potrebno nameniti tudi nekaterim zadržkom za izbiro ustreznega AKZ kot so: predviden ali nedaven velik operativni poseg, pomembna anemija (hemoglobin pod 100 g/l), pomembna trombocitopenija, sočasna uporaba močnih zaviralcev ali induktorjev glikoproteina P(P-gp) ali citokroma P450 3A (CYP3A4), sočasna uporaba dvotirnega antiagregacijskega zdravljenja z aspirinom in klopidogrelom ali uporaba novih antiagregacijskih zdravil (prasugrel, tikagrelor), nosečnost in dojenje, rakavo obolenje, antifosfolipidni sindrom, bolniki z vensko trombozo na neobičajnih mestih (Mavri, 2017d).

Učinek NOAK je predvidljiv in zato ni potrebno spremljanje zdravljenja s koagulacijskimi preiskavami, zato je potrebno manjše število kontrolnih pregledov, kot ob zdravljenju z varfarinom (Mavri, 2017). Ves čas pa je potrebno spremljati ledvično in jetrno funkcijo, ker se ta zdravila večinoma presnavljajo v ledvicah in jetrih. V prvem letu so predvidoma potrebni trije pregled, kasneje je kontrolni pregled enkrat letno. Več pregledov je predvidenih pri bolnikih, ki imajo povečano tveganje za krvavitve in več sočasnih obolenj, saj morajo ob poslabšanju osnovne bolezni in spremembi zdravljenja (uvedba novega zdravila), prilagoditi AKZ (Mavri, 2017d).

Bolniki, ki prejemajo varfarin ali drug zaviralec vitamina K morajo redno prihajati na kontrolne preglede veliko bolj pogosto (na 4-8 tednov, včasih tudi bolj pogosto), kjer se kontrolira vrednost protrombinskega časa, ki je ob zdravljenju z varfarinom izražen v mednarodno umerjenem razmerju (INR, ang. International Normalised Ratio) in mora biti v ciljnem območju, ki ga določi zdravnik. Za večino indikacij je ciljno območje INR 2,0-3,0, izjemoma 2,5-3,5 (Mavri, 2017a).

Najbolj pogost zaplet pri zdravljenju z AKZ so krvavitve. Ukrepanje ob tem je odvisno za kakšno krvavitev gre, manjšo ali večjo, kje se je pojavila in katera AK zdravila bolnik prejema. Ob manjših neaktivnih krvavitvah se zdravljenja ne prekinja. Predvsem je potrebno preveriti, če bolnik upošteva navodila za zdravljenje. V primeru, da se odkrije bolezen, ki bolnika ogroža z veliko krvavitvijo se zdravljenje prilagodi ali ukine. Pri bolniku, ki utrpi veliko krvavitev je potrebno najprej poskrbeti za hemodinamsko stabilnost, sprejme se ga v bolnišnico, prekine se AK zdravljenje, nadomešča tekočine, izgubljeno kri se nadomešča z izbranimi krvnimi pripravki, krvavitev se skuša ustaviti s kirurškimi, endoskopskimi ali drugimi hemostatskimi ukrepi, išče se vzroke za krvavitev. Ukrepanje je specifično tudi glede na to, katero AK zdravilo bolnik prejema (Mavri, 2017d). Za varfarin in druge zaviralce vitamina K je na voljo antidot vitamin K. Pri NOAK je pri nas na voljo samo specifični antidot indarucizumap (Praxbind®) za dabigatran (Miklič, 2022). V primeru krvavitev pri bolnikih, ki prejemajo nefrakcioniran heparin ali NMH posežemo po protamin sulfatu (Mavri, 2017d).

Pred vsakim invazivnim posegom je potrebna prilagoditev AK zdravljenja in zato svetujemo bolnikom, da zdravnika, ki bo opravil poseg opozori, da prejema AK zdravila in mu pokaže izvid zdravljenja. Skrbno je potrebno oceniti nevarnost krvavitve ob invazivnem posegu in tveganje za tromboembolijo v času, ko ne prejema AK zdravila. Bolniku svetujemo, da vsaj pet dni pred predvidenim invazivnim posegom pride na predčasni pregled v AK ambulanto. Vedno naj s seboj prinese izvid, na katerem je zabeleženo, kakšen poseg se predvideva. Zaradi nevarnosti krvavitve je potrebno pred posegom prilagoditi odmerek AK zdravila, ukiniti, ali zamenjati zdravilo, včasih tudi uvesti antibiotik (Mavri, 2017c). Priprava in začasna ukinitvev AK zdravljenje je potrebna tudi pri manjših posegih, kot so: stomatološki posegi, odstranitev manjših kožnih sprememb in oskrba kožnih ran, operacija katarakte, punkcija bezgavke in kostnega mozga, plevralna in abdominalna punkcija, endoskopske preiskave prebavil in dihal, intramuskularne injekcije, blokade živca (Mavri, 2017c). Priporočeno je, da se bolniki izogibajo velikim operativnim posegom prve tri mesece po akutnem venskem ali arterijskem tromboemboličnem dogodku (Mavri, 2017c).

Posebno pozornost je potrebno nameniti bolnikom, ki prejemajo AKZ in imajo sočasno še koronarno bolezen in za preprečevanje srčno-žilnih zapletov potrebujejo še antiagregacijsko zdravljenje. Predvsem so to bolniki v zgodnjem obdobju po akutnem koronarnem sindromu in vstavitvi žilnih opornic. Takrat večina bolnikov potrebuje trotirno zdravljenje, ki vključuje kombinacijo AKZ z dvojnimi antiagregacijskimi zdravljenjem. Takrat se tveganje za krvavitve

kar za trikrat poveča, kot je ob samem AKZ, zato je zaželjeno, da to zdravljenje traja čim krajši čas (Vene, 2017).

ZDRAVSTVENO-VZGOJNO SVETOVANJE BOLNIKOM

Za uspešno zdravljenja je zelo pomembno, da bolnik pozna in sprejme svojo bolezen, razume pomen in način zdravljenja ter je sposoben samooskrbe. Tukaj pa zelo veliko vlogo odigra tudi zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja medicinska sestra. Ta pa ni omejena samo na svetovanje in prenašanje informacij povezanih z zdravjem, ampak vključuje tudi motiviranje, spodbujanje samozavesti, prepoznavanje bolnikovih potreb in pridobivanje spretnosti za krepitev zdravja ali spremembo življenjskega sloga ter samooskrbo (Hvala, 2022). Učinkovita komunikacija med medicinsko sestro in bolnikom je bistvenega pomena za razumevanje navodil, ki jih zdravstveni delavec poda bolniku, in ključna za pridobivanje zaupanja bolnika (Hvala, 2022).

Poznamo več teoretičnih modelov za pomoč pri razvoju zdravstveno-vzgojnega programa. Baste in sodelavci (2019) predlagajo uporabo procesne metode dela, ki se uporablja tudi v zdravstveni negi in vsebuje štiri faze. Prva je zbiranje podatkov pri čemer ugotavljamo učne potrebe, pripravljenost za učenje in stile učenja. V drugi fazi je načrtovanje, ko razvijamo zdravstveno-vzgojni načrt, ki temelji na v naprej določenih željenih vedenjskih izidih za zadovoljitev individualnih potreb. Temu sledi tretja faza izvajanja, ko poteka poučevanje s pomočjo učnih metod in različnih gradiv. Zadnja faza je ocenjevanje, ko ugotavljamo vedenjske spremembe, rezultate v odnosu do znanja in spretnosti. Tukaj ugotovimo, ali smo bili uspešni in dosegli zastavljeni cilj, ali je potrebno ponovno v fazo načrtovanja ter izvajanja (Bastable et al., 2019).

Pri načrtovanju zdravstvene vzgoje je potrebno upoštevati tudi zdravstveno pismenost, ki opredeljuje sposobnost pridobivanja, razumevanja, ocene in uporabe informacij o zdravju (Hvala, 2019). Zelo pomembno je tudi, da se zavedamo, da danes bolniki pridobivajo informacije na spletu, ki pa niso vedno regularne in so dvomljive kakovosti. Tovrstne informacije zahtevajo, da jih skupaj z bolniki preverimo in povprašamo, kje jih pridobivajo (Hendriks, 2015; Hvala 2022).

Ob izvajanju zdravstvene vzgoje je potrebno preveriti, kako je bolnik razumel naše podane informacije, kar lahko naredimo z metodo »učenja za nazaj«. To storimo tako, da bolnika prosimo, da nam svojimi besedami obnovi, kaj se je naučil oz. kako je razumel naše informacije (Farris, 2015).

Bolniku je potrebno zagotoviti, da ima zdravstveno-vzgojno svetovanje na voljo ves čas zdravljenja. Predvsem nekateri starejši bolniki težko sledijo podanim vsebinam in pogosto potrebujejo dodatna pojasnila, imajo tudi težave s pomnjenjem. V ta namen je bila izdelana tudi knjižica z navodili za bolnike, ki jo prejme vsak, ki mu je bilo uvedeno AK zdravljenje. Knjižico je izdala Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboličnih dogodkov, Slovensko zdravniško društvo. Vendar ne zadostujejo samo pisna navodila, potrebna je tudi ustna razlaga in možnost, da bolnik postavi vprašanja, ki se mu porajajo ob predpisanem novem zdravilu. Pri tem ima medicinska sestra na voljo dodatno gradivo na spletni strani www.trombo.net. Tam lahko najde tudi pripravljene predstavitve, ki so namenjen zdravstveni vzgoji bolnikov za posamezna AK zdravila.

Na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Kliniki Golnik) poteka zdravstveno-vzgojno svetovanje s pomočjo omenjenega gradiva, v okviru AK ambulante. Vodijo ga za to posebej usposobljene medicinske sestre. Zdravstvena vzgoja poteka skupinsko

(od 4 do 6 bolnikov) ali pa individualno. Pri tem se tudi upošteva, katera AK zdravila ima bolnik predpisana. Vedno so v skupini bolniki, ki prejemajo isto skupino zdravil (kumarine,, NOAK-e ali NMH). Za kakšno obliko svetovanja se odločimo je odvisno od potreb bolnika. Če je le možno so k sodelovanju povabljeni tudi svojci, ke333r smo na podlagi izkušenj ugotovili, da bolniki, ki imajo podporo pri svojcih bolj dosledno jemljejo predpisana zdravila in bolj dosledno upoštevajo nefarmakološke ukrepe, ki smo jim jih svetovali. Predvsem se je to pokazalo pri starejših bolnikih in tistih, ki imajo več pridruženih boleznih in jemljejo večje število zdravil.

Zdravstveno-vzgojno svetovanje poteka v obliki predavanja s pomočjo prezentacije in vzpodbujanjem bolnika, da aktivno sodeluje z vprašanji in svojim mnenjem. Na začetku ga seznanimo, zakaj je pomembno, da redno jemlje predpisana AK zdravila. Natančno mu predstavimo shemo jemanja AK zdravila in ga opozorimo, zakaj se je potrebno držati. Poudarimo zakaj mora skrbeti, da mu AK zdravila nikoli ne zmanjka. Recept za AK zdravila mu predpiše zdravnik v AK ambulanti in je obnovljiv. V nekaterih primerih tudi osebni zdravnik, če mu zdravila zmanjka. Poudarimo, da naj ima izvid AK zdravljenja vedno pri sebi ter ga pokaže zdravniku ali zobozdravniku pred uvedbo novega zdravila in pred načrtovanim operativnim posegom. Vedno naj izvid morebitnega pregleda ali zdravljenja pri drugih specialistih prinese na kontrolni pregled v AK ambulanto in zdravnika opozori, če so mu uvedli nova zdravila, ker to lahko vpliva na shemo jemanja AK zdravil.

Bolnikom, ki prejemajo varfarin ali drug zaviralec vitamina K, razložimo shemo jemanja zdravila, ki je vedno individualna. Opozorimo jih, kaj in kako naj vzamejo zdravilo, kaj storiti, če ga pozabijo vzeti, zakaj morajo redno prihajati na kontrolne preglede. Povemo jim, da morajo opraviti tudi predčasen pregled ob vsaki spremembi predpisanih zdravil, po preboleli akutni bolezni, ob resnem poslabšanju zdravstvenega stanja ali novem odkritju kronične bolezni (bolezni ledvic, jeter, srca, ščitnice, rak, itd.) zaradi prilagoditve sheme zdravljenja. Velik poudarek je tudi na načinu prehrane. Tem bolnikom nikoli ne svetujemo, da naj ne uživajo zelenjave, ki vsebuje veliko vitamina K, ampak jih samo opozorimo, da imajo enakomeren vnos le-te preko celega leta. Glede prehranskih dopolnil jim svetujemo, da se pred pričetkom jemanja vedno posvetujejo z zdravnikom. Vitamin K je antidot za varfarin in druge zaviralce vitamina K, zato lahko prekomeren vnos le-tega močno poruši shemo jemanja zdravila. Odsvetujemo uživanje alkohola, ker večje količine povzročajo povečan učinek AK zdravila in s tem večjo ogroženost za krvavitve.

Pri bolnikih, ki prejemajo NOAK-e svetujemo, da naj rivaroksaban ali dabigatran vedno jemljejo med jedjo ali po jedi, kar pri apiksabanu in endoksabanu ni pomembno. Opozorimo jih da redno jemljejo predpisana zdravila ob približno isti uri. Seznanimo jih, kako ravnati, če pozabijo vzeti predpisan odmerek (Vižintin Cuderman, 2013, Horvat-Bukovšek 2015, Mavri 2017b).

Uživanje sadja in zelenjave je pri NOAK-ih neomejeno. Uživanje alkohola odsvetujemo. Dovoljen je 1 dcl vina dnevno pri obroku. Ob tem so dovoljena vsa prehranska dopolnila, razen tistih, ki vsebujejo šentjanževko. Najbolj pogoste težave, ki jih navajajo bolniki so pekoče bolečine v želodcu in požiralniku, slabosti, driska, zaprtje in srbenje. Takrat svetujemo obisk v AK ambulanti (Mavri, 2017b).

Pri vseh AK zdravilih glede jemanja drugih zdravil odsvetujemo jemanje aspirina in drugih antiagregacijskih zdravil, razen, če jih je predpisal zdravnik, ki vodi AK zdravljenje. Odsvetujemo jemanje zdravil iz skupine nesteroidnih antirevmatikov. Vedno pa naj se bolnik,

ob uvedbi novega zdravila posvetuje z zdravnikom in ga seznani, katero AK zdravilo prejema. Odsvetovano je tudi dajanje injekcij v mišico ali sklep (Mavri, 2017b).

Zelo pomembno pa je, da medicinska sestra bolnika seznani tudi z morebitnimi zapleti, ki lahko nastopijo med zdravljenjem. V primeru pojava bolezni, kot so: bruhanje ali driska, ki lahko vodita v izsušitev, okvara delovanja ledvic, okvara delovanja jeter, poslabšanje srčnega popuščanja, se lahko poveča tveganje za krvavitev in je potrebno priti na takojšen predčasni pregled v AK ambulanto. Predhodna kontrola je potrebna tudi v primeru manjših krvavitev, kot so: krvavitev iz nosu, dlesni ali sluhovoda, krvavitev v očesno veznico, menstrualna krvavitev, ki je močnejša kot običajno, krvavitev v mišico ali sklep, krvavitev iz rane, ki se spontano ne ustavi. V primeru večje krvavitve, kot so: krvavitev iz sečil (temen ali krvav urin), krvavitev iz prebavil (krvavo ali črno blato), bruhanje krvave vsebine, izkašljevanje krvave vsebin, hud glavobol, ohromelost udov ali motnje zavesti, parastezije, huda krvavitev iz rodil je potreben takojšen obisk zdravnika (Mavri, 2017d).

Bolnice v rodnem obdobju opozorimo, da nekatera AK zdravila lahko v zgodnji nosečnosti okvarijo plod in je zato nosečnost potrebno načrtovati in izbrati najprimernejši in najvarnejši način zdravljenja med nosečnostjo. V primeru, da pa sumijo, da so noseče, morajo takoj priti na kontrolni pregled. V času nosečnosti je uporaba kumarinov kontraindicirana, ker so teratogeni in povzročajo krvavitve ploda (Kozak & Šalijski, 2017). Takrat je varna le uporaba NMH, ki a ga lahko v času dojenja nadomestijo tudi zaviralci vitamina K (Mavri, 2017b).

DISKUSIJA

Vedno več bolnikov prejema AK zdravila pogosto je zdravljenje dolgotrajno ali celo doživljenjsko. Zato je zelo pomembno, da je varno in učinkovito ter čim bolj prilagojeno posameznemu bolniku. Tukaj zagotovo igra veliko vlogo zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja medicinska sestra. Pričeti se mora ob samem uvajanju zdravila in mora biti na voljo bolniku ves čas zdravljenja. Ta zdravila preprečujejo nastanek tromboembolizmov, hkrati pa lahko povečajo nevarnost krvavitve. Zato je zelo pomembno, da bolnika poučimo o pomenu pravilnega jemanja predpisanih AK zdravil in kako pravilno odreagirati ob zapletih, ki lahko pri tem nastopijo (Vižintin Cuderman, 2015; Mavri, 2017d). V vedno večji časovni stiski v AK ambulantah, zdravnik le predpiše ustrezno zdravilo in v nekaj besedah pojasni pomen jemanja zdravila. Potem pa se bolnik s številnimi vprašanji znajde pred vrati ambulante. Zato na Kliniki Golnik vsakega bolnika ob uvedbi AKZ povabimo na zdravstveno-vzgojno svetovanje, ki ga po potrebi tudi ponovimo. Pri svojem delu opažamo, da so bolniki, ki poznajo svojo bolezen in so seznanjeni z zdravili, ki jih prejema, poznajo morebitne zaplete ter imajo podporo svojcev, veliko lažje vodljivi in tudi kvaliteta njihovega življenja je veliko boljša. Redkeje se vračajo na kontrolne preglede, imajo manj zapletov in potrebnih je manj hospitalizacij.

ZAKLJUČEK

Zdravljenje z NOAK-i je v porastu in prinaša veliko prednosti predvsem za bolnike in hkrati pomeni tudi razbremenitev za AK ambulante. Pogosti kontrolni pregledi niso več potrebni, kot pri zdravljenju s kumarini. Še vedno pa je zelo pomembna varnost in učinkovitost zdravljenja. Zato se vedno bolj krepi vloga medicinske sestre v AK ambulanti, ki potrebuje dodatna znanja, da lahko pravilno svetuje bolniku. Poznati mora osnovne značilnosti delovanja AK zdravil, pravilno doziranje, stranske učinke in nefarmakološko zdravljenje, ki je pomemben del zdravljenja. Poleg tega pa potrebuje dodatna znanja in veščine s področja pedagogike,

andragogike, komunikacije in psihologije, da zna prepoznati bolnikove potrebe in ga nauči samooskrbe. Pri tem se mora zavedati, da bo le poučen bolnik, ki je sprejel svojo bolezen, znal z njo tudi kvalitetno živeti.

LITERATURA

Bastable, S.B., Sopczyk, D., Gramet, P.& Jacobs, K. 2019. Health professional as educator: principles of teaching and learning. Jones & Bartlett learning. pp. 3–691.

Bela, D., 2016. Atrijska fibrilacija, najpogostejša motnja srčnega ritma. In: Žontar, T. & Kvas, A. et al. eds. Atrijska fibrilacija, žensko srce, prirojene srčne napake: zbornik predavanj z recenzijo, Šmarješke Toplice, 27. maj 2016. Zbornica- zveza, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji, pp. 5-15.

Farris, C.2015. The Teach Back Method. Home Health Now 33 (6): 344-5.

Hendriks, J.M.L., Walfridsson, U., Johansson, P.& Stromberg, A. 2015. E-Health in patients with atrial fibrillation. European Journal of Cardiovascular Nursing 15 (4): pp.200-2.

Hrovat Bukovšek, A., 2015. Priporočila in nasveti medicinske sestre za učinkovito jemanje novejših antikoagulacijskih zdravil in varno antikoagulacijsko zdravljenje. In: Žontar, T. & Kvas, A. et al. eds. Bolnik z miokardnim infarktom: zbornik predavanj z recenzijo, Šmarješke Toplice, 22. maj 2015. Zbornica- zveza, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji, pp. 105-118.

Hvala, U., 2019. Primerjava znanja o aterosklerozi in dejavnikih tveganja med pacienti s periferno in koronarno arterijsko boleznijo: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13–25.

Hvala, U., 2022. Pristojnosti in metode opolnomočenja kardiološkega in angiološkega pacienta s primerjavo znanja o dejavnikih tveganja med pacienti s periferno in koronarno arterijsko boleznijo. In: Žontar, T. et al. eds. Nujna stanja v kardiološko-angiološkega pacienta in uporaba neinvazivne ventilacije. Šmarješke Toplice, 27. In 28. maj 2022. Zbornica- zveza, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji, pp. 63-77.

Kozak, M., & Šajina, S., B., 2017. Tromboprofilaksa v nosečnosti – Imamo razloge za različne prakse? 18. Novakovi dnevi strokovni sestanek. Standardni kazalniki kakovosti v perinatologiji. Zbornik predavanj, Slovenj Gradec, pp. 35–45.

Kvas, A. 2015. Sodobni andragoško-didaktični pristopi v zdravstveni vzgoji. In: Onkološki inštitut Ljubljana. Kaj sporoča prenovljeni evropski kodeks proti raku/XXIII. seminar in memoriam dr. Dušana Reje; v organizaciji Zveze slovenskih društev za boj proti raku, Onkološkega inštituta Ljubljana in Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Zveza slovenskih društev za boj proti raku. Ljubljana: pp. 87–95.

Mavri, A.,& Vene, N., 2017. Antikoagulacijska zdravila. In: Mavri, A. ed. Antikoagulacijsko zdravljenje. Ljubljana:Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenjein preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri združenju za žilne bolezni Ljubljana: pp. 12-18.

- Mavri, A., 2017a. Uvajanje antikoagulacijskega zdravljenja. In: Mavri, A. et al. eds.. Antikoagulacijsko zdravljenje. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenjein preprečevanje trombemboličnih bolezn pri združenju za žilne bolezni Ljubljana: pp. 19-25.
- Mavri, A., 2017 b. Vodenje antikoagulacijskega zdravljenja. In: Mavri, A. et al. eds.. Antikoagulacijsko zdravljenje. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenjein preprečevanje trombemboličnih bolezn pri združenju za žilne bolezni Ljubljana: pp. 26-34.
- Mavri, A., 2017c. Priprava na invazivne posege. In: Mavri, A. et al. eds.. Antikoagulacijsko zdravljenje. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenjein preprečevanje trombemboličnih bolezn pri združenju za žilne bolezni Ljubljana: pp. 35-42.
- Mavri, A., 2017d. Ukrepi ob krvavitvi. In: Mavri, A. et al. eds.. Antikoagulacijsko zdravljenje. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenjein preprečevanje trombemboličnih bolezn pri združenju za žilne bolezni Ljubljana: pp. 43-49.
- Miklič, M. 2022. Novosti pri zdravljenju pljučnih embolij in venskih tromboz z antikoagulacijskimi zdravili In: Žontar T. et al. eds. Nujna stanja kardiološko-angiološkega pacienta in uporaba neinvazivne ventilacije. Šmarješke Toplice, 27. in 28. maj 2022. Zbornica – zveza, sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji: pp. 55-61.
- Muhič, A. 2019. Ocena znanja pacientov o zdravljenju z neposrednimi oralnimi antikoagulant: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp.12-27.
- Pernat, A. 2020 Vloga katetrsk e ablacije v obravnavi atrijske fibrilacije pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo. In: Dolenc P. et al. eds. XXIX. Strokovni sestanek združenja za arterijsko hipertenzijo: zbornik predavanj, Združenje za arterijsko hipertenzijo, Slovensko zdravniško društvo, Ljubljana 17.12.2020, pp. 45-53.
- Terseglav, K, Žontar, T., Štuhec, N., Kosten, T., Kadivec, S. 2018. Zdravstvena pismenost bolnikov- uspeh zdravstvenovzgojnih šol. In: Kadivec, S. et al. eds 14. Golniški simpozij, Celostna obravnava bolnika s kronično pulmološko boleznijo, Zbornik predavanj: program za zdravstveno nego Bled, 5. in 6. oktober 2018, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik: pp. 93-101.
- Vene, N., 2014. Antikoagulacijsko zdravljenje pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo. In: Hojs, R., et al. eds. Antigulacija za vsak dan: zbornik prispevkov z recenzijo ob simpoziju Koagulacije za vsak dan, 24. in 25. januar 2014. Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, pp. 87-92.
- Vene, N., 2017. Koronarna bolezen. In: Mavri, A. et al. eds.. Antikoagulacijsko zdravljenje. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenjein preprečevanje trombemboličnih bolezn pri združenju za žilne bolezni Ljubljana: pp. 97-102.
- Vižintin Cuderman, T., 2013. Zdravljenje z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili. In: Žontar T.&Kvas A. (eds.) Internistična in kirurška obravnava kardiološkega bolnika z roko v roki. Šmarješke Toplice, 31. maj in 1.junij 2013 Zbornica – zveza, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji: pp. 81-91.

Žontar, T.,2014 Zdravstvenovzgojno svetovanje pacientu, ki prejema nova antikoagulacijska zdravila. In: Prestor A. Timski pristop k obravnavi pulmološkega pacienta: zbornik predavanj z recenzijo, Strokovni seminar, Mala Nedelja 28. in 29. marec 2014. Ljubljana: Zbornica - Zveza, Sekcija MS in ZT v pulmologiji: pp. 58-66.

+PHARMAMED

icumedical

human connections



Dokazano učinkoviti brezigelni konekti

S klinično študijo
dokazano zmanjšanje
s katetri povezanih
okužb.

pharmamed.si



SPONZORJI

Izvedbo GOLNIŠKEGA SIMPOZIJA 2023, programa za zdravstveno nego so omogočili:

Abbott Laboratories d.o.o., Ljubljana

Baxter d.o.o. Ljubljana

Berlin-Chemie / A. Menarini Distribution Ljubljana d.o.o.

Biomedis M.B. d.o.o., Maribor

Chiesi Slovenija d.o.o., Ljubljana

Ekolab d.o.o., Maribor

Euromed, d.o.o., Brezovica pri Ljubljani

Messer Medical Home Care, Ljubljana

Mollier d.o.o., Celje

Pharmamed - Mado d.o.o., Ljubljana

Prevent & Deloza, d.o.o., Celje

Pulmodata d.o.o., Radomlje

Sanolabor, d.d., Ljubljana

Swixx Biopharma d.o.o., Ljubljana

Zaloker & Zaloker d.o.o. Ljubljana