



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**INTEGRALNI PRISTOP IN OBVLADOVANJE
KRONIČNE BOLEZNI V DOMAČEM
OKOLJU**

**AN INTEGRAL APPROACH TO AND
MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES IN
THE HOME SETTING**

Diplomsko delo

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidat: Peter Pintar

Jesenice, november, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za usmerjanje in vso strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela in predvsem za čas in energijo, ki ju je vložila v vodenje. Zahvaljujem se tudi recenzentki mag. Eriki Povšnar, viš. pred., za vse popravke in komentarje, ki jih je vnesla v diplomsko delo.

Zahvala gre tudi moji družini, partnerici in prijateljem za vso spodbudo skozi leta študija in pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kronična obolenja predstavljajo zdravstveni problem po vsem svetu, saj prizadenejo veliko večino starejših ljudi, prav tako pa se opažajo tudi prisotnosti teh bolezni pri vedno mlajših ljudeh. Namen pregleda literature je raziskati, kako se primarna raven zdravstvenega varstva sooča s kroničnimi obolenji in kako lahko vsak posameznik pripomore k zmanjševanju teh obolenj.

Metoda: V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo pregleda literature, ki smo jo iskali v zbirkah podatkov COBISS, Obzornik zdravstvene nege, PubMed, SpringerLink, Cinahl in Google Učenjak. Ključne besede so bile: »integral approach«, »primary health care«, »frequency of chronic disease«, »self management in chronic disease« in »solving the chronic disease problem«. Pri kombinaciji nekaterih besed smo uporabili Boolov operator: AND. Omejitveni kriteriji pri iskanju literature so bili: obdobje od leta 2010 do 2020, celotno besedilo člankov v slovenskem ali angleškem jeziku, plačljivost celotnega članka in nedostopnost člankov.

Rezultati: V končni pregled je bilo od 29.503 vseh zadetkov vključenih 23 člankov ter drugih strokovnih besedil. Največ zadetkov je bilo sistematičnih pregledov, opisnih in kvalitativnih raziskav. Oblikovali smo naslednje kategorije: integralni pristop, primarna raven zdravstvenega varstva in vpliv pacienta na kronična obolenja. Glede na nivoje hierarhije dokazov smo imeli v nivoju 1 tri zadetke, v nivoju 5 deset zadetkov, v nivoju 6 štiri zadetke in v nivoju 7 pet zadetkov.

Razprava: Pri pregledu literature smo ugotovili, da je velik del literature namenjene splošni populaciji, kako si lahko sami pomagajo pri obvladovanju kroničnih obolenj. Za uspešen nadzor razvoja kroničnih bolezni je potrebna multidisciplinarna obravnava pacientov, tako v zdravstvenih ustanovah kot po njihovih domovih. Ta nevarnost pojavov kroničnih bolezni pri mlajših populacijah se dviguje zaradi nezdravega načina življenja, kot je neprimerna prehrana in premalo telesne aktivnosti ter premalo znanja o vzrokih za nastanek kroničnih obolenj.

Ključne besede: integralni pristop, kronične bolezni, primarna raven zdravstvenega varstva

SUMMARY

Background: Chronic diseases present a health problem all around the world and affect the vast majority of elderly people. The presence of these diseases has also been recorded among younger people. The purpose of this literature review is to study how the primary level of health care copes with chronic diseases and how each individual can help reduce them.

Methods: In this bachelor's thesis we used the descriptive method of literature review, which we searched for in the COBISS, Obzornik zdravstvene nege, PubMed, SpringerLink, Cinahl and Google Scholar databases. The key words we used were: "integral approach", "primary health care", "frequency of chronic disease", "self-management in chronic disease" and "solving the chronic disease problem". With some word combinations we used the Boolean AND operator. Restrictive criteria in literature search were: the period from 2010 to 2020, availability of full articles in Slovene or English, paid access to the entire article and the unavailability of articles.

Results: Out of 29,503 total hits, 23 papers and other specialized texts were included in the final review. Most hits were systematic reviews and descriptive and qualitative research papers. We designed the following categories: integrated approach, the primary level of health care, and the patient's impact on chronic diseases. Distribution between the levels of the research evidence hierarchy was the following: we had three level I studies, ten level V studies, four level VI studies and five level VII studies.

Discussion: While reviewing the literature, we figured out that majority of the literature is intended for the general population and describes how they can help themselves in managing chronic diseases. Successful management of the development of chronic diseases requires multidisciplinary treatment of patients, both in health care institutions and in their homes. The risk of chronic diseases occurring in younger populations is rising due to unhealthy lifestyles, such as inadequate diet and lack of physical activity, and lack of knowledge about the causes of chronic diseases.

Key words: integrated approach, chronic diseases, primary level of health care

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL	8
2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	8
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	8
2.3 PREDVIDENA RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	9
2.3.1 Metode pregleda literature	9
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	9
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	11
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	11
2.4 REZULTATI	12
2.4.1 PRIZMA diagram	12
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	13
2.5 RAZPRAVA	22
2.5.1 Omejitve raziskave	30
2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	30
3 ZAKLJUČEK	32
4 LITERATURA	33

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	10
Tabela 2: Hierarhija dokazov	11
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	14
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	21

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram.....	13
------------------------------	----

1 UVOD

Kronična bolezen je stanje v človeškem življenju, ki traja dlje časa in človeka prizadene ne samo fizično, temveč tudi psihično in socialno. Ljudje s kroničnimi boleznimi večino svojega življenja živijo kot pacienti, torej tukaj ne gre le za začasno vlogo, temveč za obstoječ življenjski položaj človeka, ki mora bivati v svetu zdravih, kjer je zdravje moralna in družbena norma (Cijan & Čadej, 2010).

S strani svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization) je kronična bolezen definirana kot dolgo trajajoča in počasi napredujoča bolezen, ki se ne prenaša z osebe na osebo. Dokazano je, da se obolevnost za kroničnimi boleznimi povečuje z višjo starostjo prebivalstva (Reynolds, et al., 2018).

Prisotne so lahko v vseh življenjskih obdobjih, od rojstva, v otroškem in mladostniškem obdobju, v odrasli dobi, najbolj pogoste pa so v starostni dobi. Kroničnih bolezni je več vrst. Delimo jih po pojavnosti na različnih organih telesa in sicer so to (Abazović, et al., 2012):

- srčno – žilne bolezni (povišan krvni tlak, popuščanje srčne mišice),
- bolezni, ki prizadenejo prebavila (sladkorna bolezen, celiakija),
- bolezni dihal (kronična obstruktivna bolezen, astma, alergijski rinitis),
- bolezni kostno – mišičnega sistema (epilepsija, osteoporoza, mišična distrofija),
- duševna obolenja (depresija, shizofrenija),
- rakava obolenja,
- okvare čutil (naglušnost, slabovidnost),
- bolezni, ki prizadenejo kožo in podkožje (luskavica, atopijski dermatitis),
- revmatična obolenja (osteoporoza, revmatoidni artritis).

Kronične bolezni so eden izmed največjih izzivov za zdravstvene sisteme po celem svetu, kateri so se razvili za oskrbo akutnih epizod obolenj, namesto da bi se usmerili v oskrbo ljudi z dolgoročnimi obolenji kot so kronične bolezni. Rezultati raziskav vse bolj kažejo na preusmeritev zdravstvene politike ter zdravstvenega varstva na sistem obravnave

kroničnih bolezni, kjer se vključuje primarna oskrba. Države, ki so razvile stabilen sistem primarne zdravstvene oskrbe imajo boljše rezultate in nižje stroške oskrbe (Reynolds, et al., 2018).

Ljudje, kateri imajo istočasno prisotnih več vrst kroničnih bolezni se soočajo z večjo izrabo zdravstvenega sistema in tako posredno povečujejo stroške zdravstvene obravnave. Pri teh ljudeh je večja verjetnost nastanka depresije in možnosti za težjo telesno gibljivost (Braillard, et al., 2018).

Prebivalstvo celotnega sveta se sooča z velikim povečanjem števila prizadetosti in umrljivosti ljudi, katerih vzrok so kronične bolezni. Le-te so že dalj časa povezane z razvitim delom sveta in se obravnavajo kot bolezni premožnejših in starejših ljudi. Največji porabniki zdravstvene nege so ljudje s kroničnimi boleznimi saj zasedejo kar 96 % zdravljenj na domu, 88 % od vseh napisanih receptov, 76 % obravnav v bolnišnicah in 72 % obiskov zdravnika (Rihter, 2018).

Eden od glavnih razlogov večanja števila pacientov s kroničnimi obolenji je vedno daljša življenjska doba ljudi, poleg tega pa ima velik vpliv tudi nezdrav način življenja s premalo telesne aktivnosti in neprimerno prehrano. Zaradi hitrega naraščanja števila kroničnih obolenj se breme v zdravstvenih ustanovah neprestano povečuje. Obremenitve se kažejo z dodatnimi finančnimi sredstvi, s povečevanjem obremenitev zdravstvenih kadrov, povečevanjem ambulantnih kapacitet, z razvojem novih, dražjih zdravil in metod zdravljenja pacientov. Za lažji nadzor zdravstvenega bremena, ki ga povzročajo kronične bolezni bi bila potrebna dolgoletna strategija, katero avtor usmerja v tri ločene kategorije. Posvetiti bi se morali iskanju oziroma odkrivanju novih vrst kroničnih bolezni v populaciji, preprečevati razvoj kroničnih bolezni pri posameznikih in se osredotočiti na zgodnje odkrivanje ter zdravljenje kroničnih bolezni v specialističnih ambulantah. S tem bi preprečili povečanje končnih oblik kroničnih bolezni in temu sledečim številnim hospitalizacijam (Poklukar, 2014).

Glede na zbrane podatke svetovne zdravstvene organizacije zaradi kroničnih bolezni letno umre 41 milijonov ljudi, kar predstavlja 71 % vseh smrti na svetu, od tega 15

milijonov starih od 30 do 69 let. Preko 85 % od teh smrti se pojavi v državah z nižjim in srednjim dohodkom. Najpogostejši vzrok za smrt so srčno žilne bolezni, zaradi katerih letno umre 17,9 milijona ljudi, sledijo bolezni raka z 9 milijoni ljudi, respiratorne bolezni s 3,9 milijoni ljudi in sladkorne bolezni z 1,6 milijona ljudi. Te naštetе štiri skupine bolezni predstavljajo več kot 80 % vseh prezgodnjih umrljivosti zaradi kroničnih bolezni (World Health Organization, 2018).

Najpogostejši dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni so kajenje, nezadostna telesna aktivnost, prekomerno uživanje alkohola, tvegano stresno vedenje, debelost itd. V Sloveniji so najpogostejši razlog za umrljivost odraslih ljudi kronične bolezni med katerimi so najpogostejše bolezni srca in ožilja ter rakave bolezni. V preostalem svetu in EU državah so razlogi za umrljivost odraslih podobni kot v Sloveniji; na prvem mestu so bolezni srca in ožilja ter rakave bolezni (Softič et. al., 2011).

Ena od bolj pogostih kroničnih nenalezljivih bolezni je sladkorna bolezen, ki je v porastu tako v Sloveniji kot po celem svetu. V Sloveniji je število prebivalcev, ki prejema zdravila za sladkorno bolezen naraslo na čez 100.000 ljudi in se vsako leto viša za približno tri odstotke. V zadnjih 20. letih se znotraj Evrope sladkorna bolezen pogosteje pojavlja v vseh starostnih skupinah, njena prevalenca pa hitro narašča zlasti pri prebivalstvu v srednjem življenjskem obdobju. Posledice sladkorne bolezni so zmanjšana kakovost življenja in skrajšana pričakovana življenjska doba. Pri sladkorni bolezni si lahko pomagamo z nefarmakološkimi ukrepi, kot so zdrav življenjski slog in znižanje telesne mase, če pa bolezen napreduje je v nadaljevanju potrebna uporaba zdravil (NIJZ, 2016).

Ljudje s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, ki potrebujejo pomoč in oskrbo drugih ljudi v večjem številu živijo doma, pri napredujočih in hujših primerih pa gredo pogosto v dom za ostarele. V Sloveniji imamo pomanjkljive programe, ki skrbijo za storitve ljudi, kateri imajo željo živeti na svojem domu in potrebujejo kontinuirano oskrbo in pomoč drugih. Za ljudi na domu skrbita socialna in zdravstvena oskrba na domu. Socialna oskrba na domu ljudem služi predvsem kot dopolnitev in razbremenitev, tako ljudem omogoča daljše obdobje življenja doma. Zdravstvene storitve na domu izvajajo patronažne medicinske sestre, medtem ko so obiski zdravnikov na domu redki. V okviru javne službe

nekatero storitve kot so delovna terapija, fizioterapija in druge niso na razpolago (Perko, 2016).

Kronične bolezni prizadenejo v večjem številu starejše ljudi, zato bi se moralo preko zdravstvenih sistemov spodbujati starejše ljudi, da ohranjajo svojo telesno aktivnost. Prav tako bi se moralo v domačem okolju starejšim ljudem zagotoviti zdravstvene in ostale storitve, ki jih le-ti potrebujejo za udobno življenje. Primer tega so stanovanja z vgrajenimi alarmnimi stikali, katera ob aktivaciji pokličejo na pomoč. S tem imajo starejši ljudje in invalidi občutek samozavesti bivanja v domačem okolju, saj se zavedajo, da lahko pomoč pokličejo samo s pritiskom na alarmno stikalo. Nadaljnja nadgradnja tehnologije bo povečala samostojnost starejših ljudi in zmanjšala zdravstveno oskrbo (Graaf, 2011).

Pacienti s kroničnimi boleznimi so pogosto prisotni v bolnišnicah, kjer polnijo čakalnice pred ambulantami s pogostimi obiski. S poučevanjem pacientov, pri čemer morajo sodelovati vsi zdravstveni delavci iz različnih strok, naučimo paciente, kako obvladovati svojo bolezen s pravilno prehrano, rednim gibanjem ter rednim jemanjem predpisane terapije. S tem lahko dosežemo boljši zdravstveni status za paciente in manjše število nepotrebnih obiskov teh pacientov v zdravstvenih ustanovah (Horton, 2016).

Zaradi zdravstvenih in ekonomskih razlogov predstavlja naraščanje oseb s kroničnimi boleznimi javno zdravstveni problem. Učenje pacientov o samoobvladovanju kroničnih bolezni doprinese k izboljšanju bolezni ter k preprečevanju poslabšanja le-teh. Samoobvladovanje predstavlja učinkovito strategijo preprečevanja nastanka kroničnih bolezni. S samoobvladovanjem je najboljšo začetni že zgodaj v življenju, saj s tem zmanjšamo verjetnost nastanka kronične bolezni ali pa si ustvarimo lažje obvladovanje le-te (Grady & Gough, 2014).

Pri oskrbi pacienta s kroničnimi obolenji sodeluje več članov tima, od katerih ima vsak svojo odgovornost, vrednote, znanje, sposobnosti in cilje, katere mora prilagoditi s svojo vlogo v timu. V tem timu sodelujejo zdravnik družinske medicine, medicinske sestre, patronažne medicinske sestre, fizioterapevti ter zdravniki specialisti. Glede na razliko v

izobrazbi in izkušenosti prav vsak izmed članov doprinaša neprecenljiv in nenadomestljiv prispevek k oskrbi pacienta. Vodja tima pri obravnavi pacientov s kroničnim obolenjem je zdravnik družinske medicine, sprejemanje odločitev pa je timsko (Klemenc-Ketiš, 2011).

Na evropskem nivoju je več držav vzpostavilo vsestranski ali integriran načrt ukrepov, kateri naj bi služil za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. Z njim naj bi zmanjšali obolevnosti in invalidnosti, ki bi jih povzročile kronične bolezni. Imenovali so ga CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention). Gre za integriran pristop, ki uporablja celovite ukrepe za krepitev zdravja pri posameznikih in preprečevanje kroničnih bolezni. Vzrok za izdelavo tega načrta je bilo naraščajoče in težko nadzorljivo breme kroničnih bolezni in dejavnikov tveganja zanje, v veliki meri zaradi nezdravega načina življenja. Kronične bolezni se uspešno preprečuje z integralnim pristopom, kar v pomenu delovanja predstavlja hkratno delovanje vseh akterjev v zdravstvu, od primarnega do terciarnega zdravstva, proti vsem dejavnikom tveganja z vključenostjo in integracijo pacienta samega. CINDI program temelji na vzpostavljanju mrež med zdravstvom in posamezniki, kar se je izkazalo za najučinkovitejši sistem implementacije in integracije. Program dodatno skrbi za usklajevanje zdravstvenih ukrepov med državami, usposabljanje zdravstvenih delavcev in podporo resursov za izvajanje raziskav. Namen teh dejavnosti je spodbujanje ljudi k zdravemu načinu življenja ter splošno kreiranje zdravju naklonjene družbe. Prednost programa je standardizirana metoda evaluacije v določenih časovnih intervalih, kar omogoča absolutno in relativno primerjavo med sodelujočimi članicami (Tomšič et. al., 2014).

Slovenija se je CINDI programu pridružila leta 2001, z nadaljnjimi raziskavami v letih 2004, 2008 in 2012. Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni vključuje opravljanje preventivnih pregledov odraslih pri katerih se odkriva tiste ljudi, ki imajo visoko ogroženost nastanka bolezni srca in ožilja. V nacionalni program so vključene ženske med 45. in 70. letom in moški med 35. in 65. letom starosti. Glavni del nacionalnega programa je nacionalna mreža, preko katere se izvaja program zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za odraslo populacijo (Tomšič et. al., 2014).

Integralni ali celostni pristop je metoda dela, ki spodbuja izvajalce zdravstvene nege k medpoklicnemu sodelovanju za celostno obravnavo pacienta glede na njegove potrebe. Ta metoda usklajuje kompetence izvajalcev zdravstvene nege, princip enakovrednosti in kontinuiranosti obravnave pacienta. Pri integralnem pristopu se uporabljajo tradicionalne in netradicionalne zdravstvene metode dela. Nujno je upoštevanje pravila, da celostno zdravljenje pomeni zdravljenje celotne osebe in ne le prisotne bolezni (Zupančič & Filej, 2018).

Z učenjem pacientov o samoobvladovanju bolezni promoviramo zdravje pacienta, njegovo samozavest in njegove spretnosti s soočanjem z boleznijo. S tem želimo zajeti vse nivoje obravnave bolezni, od predanosti pacienta, zdravniškega vedenja pa do čustvenih krogov življenja s kronično boleznijo. Pri podpori moramo pacientu predati določeno znanje in tehnike, s katerimi si pomaga pri obvladovanju in reševanju problemov. S tem aktiviramo in usmerjamo sistem zdravljenja. S spodbujanjem samoobvladovanja težav se pri posameznem pacientu zmanjšajo stroški zdravstvenih obravnav, splošno zdravje pa se izboljša (Stern, 2018).

Pomembno vlogo pri integriranem pristopu opravlja prva vez s pacientom – primarna raven zdravstvene dejavnosti. World Health Organization (2019) opredeljuje namen primarne ravni zdravstvenega varstva na več načinov, ki se povezujejo v celotni pristop do družbe. Nova opredelitev se bolj osredotoča na prvi stik pacienta z zdravstveno oskrbo, na zagotavljanje oskrbe v ambulantah družinske medicine in drugih primarnih storitev, kot je na primer patronažno varstvo. Ambulantne oskrbe družinske medicine, v okrepljenem timu dodatne diplomirane sestre, skrbijo za izboljšano kakovost oskrbe pacientov (Poplas Susič, et. al., 2012), medtem ko patronažno zdravstveno varstvo predstavlja zdravstveno vez med ambulanto družinske medicine in pacienti na domu (Železnik, 2011). Dodatno primarno raven zdravstvenega varstva razumemo kot niz prednostnih zdravstvenih ukrepov za vse ljudi, kar vključuje tudi sociološki vidik enakopravnosti osnovne oskrbe vseh pacientov (World Health Organization, 2019).

Zaradi splošnega staranja prebivalstva in nezdravega načina življenja celotne populacije predvidevamo porast števila pacientov s kroničnimi obolenji. Za boljši nadzor nad

boleznimi in zagotavljanje kvalitetnejšega življenja s kroničnimi boleznimi je potrebno imeti dobro razvit integralni pristop, ki bo ljudem pomagal pri obvladovanju kroničnih bolezni in jim s tem omogočil čim daljše bivanje v domačem okolju s samooskrbo.

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomska naloga temelji na sistematičnem pregledu strokovne in znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku.

2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je opraviti sistematični pregled znanstvene in strokovne literature na temo integralnega pristopa in obvladovanja kroničnih bolezni v domačem okolju.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotovitev dejanske oskrbe in obravnave kroničnih bolezni v domačem okolju na primarni ravni zdravstvenega varstva.
- Pregled sodelovanja različnih zdravstvenih služb, ki obravnavajo paciente s kroničnimi boleznimi.
- Predstavitve načinov obvladovanja in preprečevanja kroničnih bolezni v domačem okolju.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Pri pregledu tuje in domače literature in na podlagi zastavljenih ciljev smo si zadali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Katera področja oskrbe in obravnave kroničnih bolezni poznamo na primarni ravni zdravstvenega varstva?
- Kakšno je sodelovanje zdravstvenih služb pri obravnavi kroničnih bolezni?
- S katerimi načini se lotevamo obvladovanja in preprečevanja kroničnih bolezni v domačem okolju?

2.3 PREDVIDENA RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda pregleda literature. V empiričnem delu navajamo in razlagamo informacije iz proučevanega področja.

2.3.1 Metode pregleda literature

Literatura je bila iskana na osnovi strokovnih in znanstvenih objav, katere so dostopne v strokovnih in splošnih knjižnicah v Sloveniji. Pri iskanju slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS in Obzornik zdravstvene nege. Pri iskanju tujih strokovnih člankov smo uporabili tuje bibliografske baze podatkov, kot so, PubMed, SpringerLink, Cinahl in Google Učenjak. Literaturo smo iskali s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku, katere so vsebinsko povezane z našo temo diplomskega dela: integralni pristop, oskrba kroničnih bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva, pogostost kroničnih bolezni, samooskrba pri kroničnih boleznih, reševanje problema kroničnih bolezni. V angleškem jeziku: integral approach, primary health care, frequency of chronic disease, self management in chronic disease, solving the chronic disease problem. Omejitveni kriteriji pri iskanju literature so bili: obdobje med 2010 in 2020, celotno besedilo člankov, jezik besedila angleščina oziroma slovenščina. V podatkovnih bazah SpringerLink in PubMed je bil uporabljen Boolov operand »AND«. Z njim smo povezali pojma »frequency of chronic disease« AND »self management in chronic disease« in »primary health care« AND »self management in chronic disease«. Izločitveni kriteriji, ki smo jih upoštevali pri pregledu literature so bili: plačljivost celotnega članka, literatura, ki se vsebinsko ni ujemala z namenom diplomskega dela in nedostopnost člankov.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Strnitev zadetkov je bila narejena s pomočjo specifikacije znanstvenih in strokovnih vsebin. S pomočjo zgoraj navedenih ključnih besed smo pridobili rezultate, katere smo nato pregledali in vnesli v PRIZMA diagram (slika 1). Raziskava je potekala po naslednjih fazah: identifikacija teme, pregledovanje in zbiranje literature, filtriranje

ustrezne literature in izločanje neustrezne literature. V tabeli 1 je razvidno število dobljenih zadetkov in število pregledanih zadetkov med iskanjem ustrezne literature.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
COBISS	Pogostost kroničnih bolezni, samooskrba pri kroničnih boleznih.	2506	15
Obzornik zdravstvene nege	Oskrba kroničnih bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva.	6	3
SpringerLink	Self management in chronic disease AND frequency of chronic disease.	23480	21
Google Učenjak	Oskrba kroničnih bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva, pogostost kroničnih bolezni.	1548	12
PubMed	Primary health care AND self management in chronic disease.	1769	13
Cinahl	Integral approach, solving the chronic disease problem.	194	8
SKUPAJ		29503	72

Po izločitvi neustreznih člankov smo v polnem besedilu pregledali 72 zadetkov, izmed katerih smo jih 50 izločili. Od vseh pregledanih člankov smo na koncu za diplomsko delo uporabili 22 zadetkov.

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Izvedli smo kvalitativno vsebinsko analizo po usmeritvah Kordeša in Smrdujeve (2015). Usmerili smo se na proučevanje besedila posameznih člankov. Pregledano vsebino smo glede na raziskovano problematiko in sorodne teme analizirali. Nadaljevali smo z določanjem pojmov oziroma kod iz besedila, ki smo jih smiselno združili v podkategorije in kategorije ter ugotavljali medsebojne odnose za izbran nabor podkategorij in kategorij.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Pri določitvi kakovosti pregleda literature nam je bila v pomoč hierarhija dokazov po Politovi in Beckovi (2012), katere se pogosto poslužuje v zdravstveni negi. Omenjena hierarhija vsebuje 7 nivojev dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Tabela 2). Po takšnem načinu opravljene razvrstitve lahko razvidimo, da je strokovna literatura naše naloge uvrščena v nivoje 1, 5, 6 in 7, z največjim deležem v nivojih 5 in 7. Med pregledom literature smo prišli do zaključka, da je v večini primerov šlo za sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških raziskav.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Nivo	Hierarhija dokazov
Nivo 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0 Sistematični pregled nerandomiziranih študij Število vključenih strokovnih besedil = 3
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične študije Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 3	Sistematični pregledi korelacijskih/opazovalnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih strokovnih besedil = 0 Mešane raziskave = 0

Nivo	Hierarhija dokazov
Nivo 5	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij Število vključenih strokovnih besedil = 9
Nivo 6	Kvalitativno zasnovane študije Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: intervju = 2 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina = 2 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: Delfi metoda = 0
Nivo 7	Mnenja avtorjev Število vključenih strokovnih besedil = 6

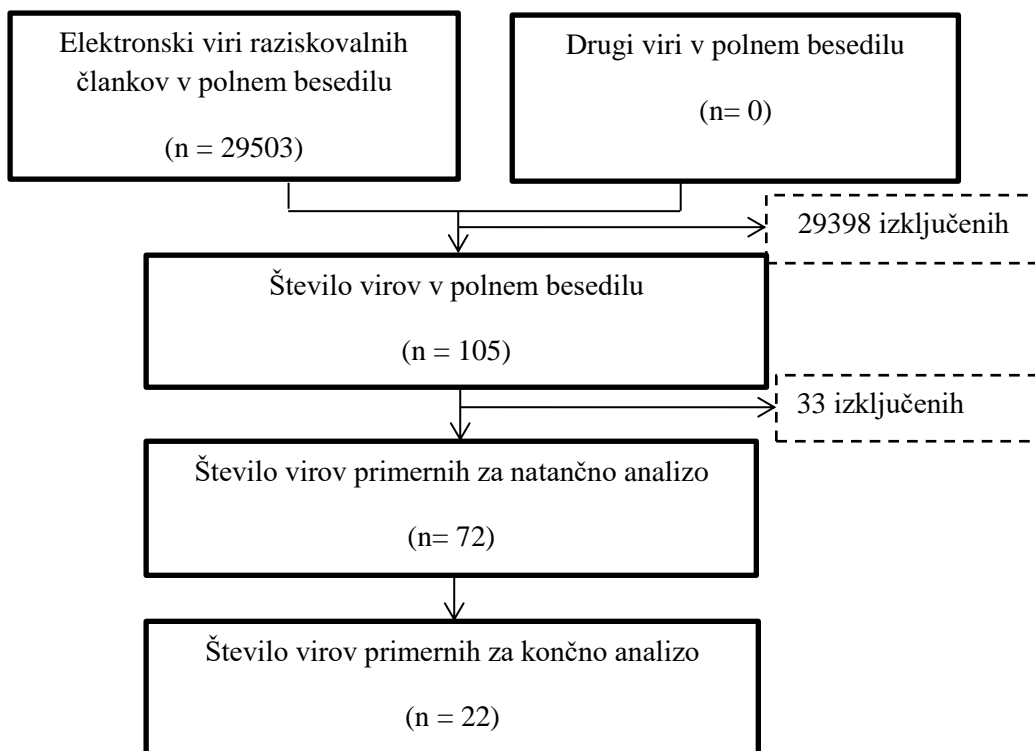
Vir: Polit (2012, cited in Skela Savič, 2009)

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju so rezultati prikazani shematsko in vsebinsko.

2.4.1 PRIZMA diagram

S pomočjo PRIZMA diagrama smo shematsko prikazali potek, kako smo prišli do končnega števila zadetkov, ki so vključeni v analizo in v pregled literature (slika 1). V polnem besedilu smo zajeli 105 besedil, od katerih smo jih 33 izločili. Za natančno analizo smo pregledali 72 virov in jih nato 22 uporabili za končno analizo.



Slika 1: PRISMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 so predstavljeni vsi zadetki, ki so bili vključeni v sistematični pregled literature. Tabela vsebuje podatke o avtorjih, letu izdaje, raziskovalnem dizajnu, vzorcu in ključnih spoznanjih posameznega zapisa. Predstavljenih je 22 člankov, ki so bili objavljeni v obdobju med leti 2012 in 2020. Večina člankov je osnovanih na podlagi sistematičnega pregleda izvedenih raziskav. V nadaljevanju smo vsak posamezni članek ali strokovno besedilo kodirali glede na vsebino in izhodišča. Razdelili smo jih v sledeče tri kategorije: integralni pristop, primarna raven zdravstvenega varstva in vpliv ljudi na kronična obolenja. Vključenih je bilo 27 kod (Tabela 4), od tega 5 kod v kategorijo integralni pristop, 14 v kategorijo primarna raven zdravstvenega varstva in 8 v kategorijo vpliv ljudi na kronična obolenja.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
NIJZ	2017	Sistematični pregled opisnih raziskav	V raziskavo je bilo vključenih 13 virov. Slovenija.	Za zagotavljanje kakovostne preventivne obravnave je potrebno dobro sodelovanje vseh izvajalcev zdravstvene nege. S pomočjo preventivne obravnave se izvajajo presejalni programi, spodbuja se krepitev zdravja lokalnega prebivalstva in vključuje ranljive osebe v sam preventivni program, s čimer se nižajo neenakosti v zdravju v lokalnem okolju.
Dwarwaard, et al.	2015	Kvalitativna raziskava	V raziskavi je leta 2013 sodelovalo 992 pacientov iz Avstralije, Kanade, Evrope in združenih držav Amerike.	Pacienti za uspešen nadzor kroničnih bolezni potrebujejo psihosocialno in relacijsko podporo iz različnih virov. Medsebojno sodelovanje pacientov z istim obolenjem je pokazalo odlične rezultate; s tem si pridobijo čustveno podporo in gradijo na samozavesti z življenjem s kronično boleznijo.
Zurc	2014	Kvalitativna raziskava	V raziskavi, ki je potekala od leta 2011 pa do 2014 je bilo povprečno vključenih 940 odraslih udeležencev. Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija.	Za zmanjševanje pojavov tveganja nastanka kroničnih obolenj so se razvili programi, ki promovirajo gibalne aktivnosti. Da je program uspešen, mora biti le ta prilagojen posamezniku in strokovno voden.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Vodopivec Jamšek	2013	Sistematični pregled opisnih raziskav	Slovenija, 34 virov.	Zaradi vedno večjega števila kroničnih bolnikov, zahtevnega in dragega zdravljenja in rehabilitacije so potrebni novi pristopi na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Z vzpostavitvijo ambulant družinske medicine se je na preventivni ravni breme bolezni zmanjšalo, poleg tega pa se paciente lažje usmerja k boljšemu in kakovostnejšemu življenju s prisotnimi kroničnimi boleznimi.
Kobal	2012	Kvantitativna raziskava	V raziskavo je bilo vključenih 47 diplomiranih in višjih medicinskih sester in 70 pacientov. Slovenija.	Vloga patronažne medicinske sestre je zelo obsežna, saj pacienta spozna na osebni ravni in v njegovem domačem okolju. V obravnavo pacienta in za zagotavljanje in prilagajanje njegovih potreb mora vključiti tudi pacientovo družino. Avtorica ugotavlja, da so se pojavili problemi pri komunikaciji zaradi pomanjkanja znanj pri komunikacijskih spretnostih. Primeri tega so strah, nezaupanje, konfliktne situacije idr.
Poplas Susič	2014	Kvantitativna raziskava	V presejalnih testih je bilo vključenih 102.147 pacientov med leti 2011 in 2014. Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija.	Uvedba ambulant družinske medicine se je razvila zaradi povečevanja obolelih, dragega zdravljenja ter dolge rehabilitacije obolelih. Z ambulantami družinske medicine se v Sloveniji zmanjšuje breme pacientov s kroničnimi obolenji, celotni populaciji pa se izboljšuje kakovost življenja.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Klevišar	2015	Mnenje avtorja	/	Vsakega človeka resnejša bolezen prizadene. V naši navadi je, da šele takrat, ko nas kaj takega doleti, dojamemo vrednost življenja in pomembnost vsake drobne stvari kot so hoja, življenje brez bolečine, branje, poslušanje, itd. Vsak posameznik sprejme bolezen drugače, večinoma pa se to deli na dva načina sprejemanja. Prvi način je sprejemanje bolezni kot izziv, kot veliko preizkušnjo življenja, kjer se veliko naučiš; drugi način pa je sprejemanje preko jeze, in samopomilovanja, ter odtujevanje od bližnjih oseb. Vsak pacient s kroničnim obolenjem se mora naučiti pristopiti do svoje bolezni na svoj način, da si čimbolj prilagodi življenje danemu zdravstvenemu stanju.
Leskovic	2018	Kvalitativna raziskava	Vključenih 8 starejših ljudi, starosti med 74 in 95 let na območju dolenske regije v Sloveniji.	Neodvisnost v visoki starosti se kaže, ko so ljudje sposobni obvladovati in nadzirati temeljne funkcije vsakodnevnega življenja. V dom obolelega vstopata patronažna medicinska sestra in socialna oskrbovalka, ki ugotavljata potrebe in stopnje samoodvisnosti pacienta. Primarna naloga obeh je oskrbovati osebo z vidika zadovoljitve fizioloških potreb, nato šele z vidika ostalih potreb.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Piletič	2018	Mnenje avtorja	/	Z opolnomočenjem pacienti prevzamejo odgovornost za svoja dejanja, ki so storjena v poteku bolezni. Pacienti s kroničnimi obolenji potrebujejo dobro predstavitev in razlago, kaj opolnomočenje pomeni; potrebno jim je dokazati spoštovanje in podporo zdravstvenega tima pri lastnih odločitvah, ki jih sprejmejo pri aktivnostih pri kroničnih boleznih.
Novak Mlakar et. al.	2014	Kvalitativna raziskava	V presejalnem programu je od leta 2009 pa do 2011 sodelovalo 536.709 oseb. Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija.	Program SVIT je preventivno presejanje populacije za raka na debelem črevesju. V delu avtor ugotavlja, da je odzivnost prebivalcev na program SVIT zadovoljivo, zdravljenje predrakavih sprememb je uspešno, pričakovano preživetje prebivalstva pa se podaljšuje.
Majerle	2018	Sistematični pregled opisnih raziskav	Raziskava zajema 20 držav Evropske unije. Evropa, Slovenija	Delež ljudi, kateri zbolijo za kroničnimi obolenji z leti narašča. Zaradi tega je potrebno učinkovito in celostno reševanje problemov in strokovno sodelovanje različnih zdravstvenih strokovnjakov, da se zaustavi hitra rast kroničnih obolenj. Potrebno je preoblikovanje organizacije dela v zdravstvu in spremembe v povezavi med akutno ter neakutno zdravstveno obravnavo in socialno oskrbo.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Health Quality Ontario	2013	Sistematični pregled opisnih raziskav	Pregled literature je bil izveden v spletnih mrežnikih OVID MEDLINE, OVID EMBASE in CINAHL. Uporabljenih virov je bilo 44. Kanada.	Oskrbi na domu je potrebno posvečati dovolj pozornosti; tako se bodo kronične bolezni optimizirale v skupnosti in redkeje obravnavale v zdravstveni ustanovi. S takim delovanjem bo prišlo do finančnih prihrankov s strani pacienta in javnozdravstvenega sistema.
Jarm et. al.	2014	Sistematični pregled opisnih raziskav	V pregledu je bilo vključenih 15 virov, od tega 11 v slovenskem jeziku in 4 v tujem. Slovenija.	Rak dojk in debelega črevesja ter danke sta najpogostejša raka v Sloveniji. S programom ZORA se je pogostost raka na materničnem vratu močno zmanjšala. S presejalnimi testi se močno zmanjša število rakavih obolenj, saj zajamejo celotno ogroženo populacijo.
Dye et. al.	2018	Kvalitativna raziskava	V raziskavi je sodelovalo 33 udeležencev, starejših od 60 let. Točne letnice začetka raziskave ni navedene. Združene države Amerike	Raziskava dokazuje, da so socialni oskrbovalci lahko zelo učinkoviti pri izboljševanju prehodov kroničnih bolnikov iz institucionalne oskrbe v domače okolje s samooskrbo. Pacienti s kroničnim obolenjem so lažje prešli k novemu življenju s kronično boleznijo s pomočjo socialnih oskrbovalcev, ki so jim pomagali pri spremembah v življenju in jih seznanjali koliko in kako se je potrebno gibati in kakšna prehrana je pomembna.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Berg	2019	Mnenje avtorja	/	Pacienti s kroničnim obolenjem si morajo prilagoditi življenjski stil v domačem okolju. Za bolj zdrav življenjski stil je potrebna redna telesna aktivnost, ustrezno sestavljeni jedilniki, ki so prilagojeni pacientovi dieti, s prenehanjem kajenja, če le to počnejo in ustreznim vodenjem in beleženjem meritev glukoze v krvi in krvnega pritiska.
Anderson & Durstine	2019	Posamične nerandomizirane raziskave	Natančno število vključenih oseb ni navedeno. Kolumbija, ZDA.	Kronične bolezni so glavni vzrok smrtnosti vseh generacij po celem svetu, katere število smrti se z leti konstantno povečuje. Večina smrti povzročenih s strani kroničnih bolezni se pojavlja v državah z nižjim in srednjim dohodkom. Ljudje, ki so neredno telesno aktivni ali pa se sploh ne gibajo so zelo ogroženi, da zbolijo za kroničnim obolenjem, zato je potrebno ljudi ozaveščati o redni telesni aktivnosti, da si zmanjšajo verjetnost obolenja. Vsi fiziološki sistemi v telesu imajo korist od redne telesne aktivnosti; z njo nadgrajujemo zdravo telo in preprečujemo možnosti tveganja obolenja za kronično boleznijo.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Bright	2012	Kvantitativna raziskava	Vključenih je bilo 160 organizacij, v vsaki so sodelovali po 4 člani ekipe. Raziskava je potekala v letu 2008. Massachusetts, Združene države Amerike	Raziskave v zdravstvu na primarni ravni kažejo, da sodelovanje multidisciplinarnega tima prinese večjo kakovost zdravstvene obravnave pacienta in boljše zadovoljstvo zaposlenih in pacientov. Za dobro učinkovitost zdravstvenega tima je potrebno osebno opolnomočenje zaposlenih, medsebojno sodelovanje in izboljševanje kakovosti, ki je usmerjeno na pacienta. Sodelovanje multidisciplinarnega zdravstvenega tima lahko zelo veliko doprinese k izboljšanju obvladovanja in zdravljenja kroničnih nenalezljivih bolezni pri pacientih.
Skela Savič & Pesjak	2014	Kvalitativna raziskava	Vključenih 11 člankov, kateri so bili izbrani med obdobjem 2012 in 2014. Slovenija.	Promocija zdravja je ključna vloga pri spodbujanju zdravega življenja v družbi. Zaradi pomanjkanja strokovnjakov avtorja ugotavljata, da je potreben akademski razvoj na področju promocije zdravja.
Planinšek Ručigaj	2014	Mnenje avtorja	/	Kronične rane so eden izmed največjih zdravstvenih problemov. Finančno prizadenejo tako pacienta, kot zdravstvo. V Sloveniji imamo dobro organizirano oskrbo ran, medtem ko je zalaganje zdravstvenega osebja z materialom, ki je namenjen oskrbi kroničnih ran na slabšem položaju kot v sosednjih državah.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Burini et. al.	2020	Sistematični pregled raziskav	V raziskavo je bilo vključenih 61 virov. Združene države Amerike.	Debelost je vedno večji problem na celotnem svetu. Ljudje se ne zavedajo pomembnosti gibanja, zato je vedno večje število pacientov s kroničnimi obolenji v mlajših letih, ravno zaradi prevelike telesne mase.
Berz	2012	Mnenje avtorja	/	Nezdrava prehrana je eden izmed vodilnih razlogov, da se pojavlja vedno večje število pacientov s kroničnimi obolenji. Prehrana kroničnih bolnikov mora biti prilagojena njihovim potrebam.
Kobal Straus	2019	Mnenje avtorja	/	Zaradi staranja populacije se je pojavil problem pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe. Za leto 2050 je napovedano, da bo kar tretjina prebivalstva Evrope starejša od 65 let. Ravno zaradi tega bo to stroškovni šok, saj bo primanjkovalo delovne sile in bo potrebno imeti dobro vodeno dolgotrajno oskrbo, do katere so upravičeni vsi prizadeti.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
INTEGRALNI PRISTOP	opolnomočenje pacienta - integralna oskrba - dolgotrajna oskrba - sodelovanje multidisciplinarnega tima - učenje o zdravju Število kod = 5	Piletič, 2018; Majerle, 2018; Leskovic, 2018; NIJZ, 2017; Dye et. al., 2018; Bright, 2012; Dwarswaard et. al., 2015, Kobal Straus, 2019.

Kategorija	Kode	Avtorji
PRIMARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	ambulante družinske medicine - učenje kroničnih bolnikov - program SVIT - program ZORA - program DORA - kronične rane - oskrba na domu - promocija zdravja - protokol vodenja pacientov s kroničnimi obolenji - odkrivanje novih vrst kroničnih bolezni - register pacientov s kroničnimi obolenji - učenje o zdravju - patronažno zdravstveno varstvo - obvladovanje kroničnih bolezni Število kod = 14	Poplas Susič., 2014; Novak Mlakar et. al., 2014; Jarm et. al., 2014; Planinšek Ručigaj, 2014; Skela Savič & Pesjak, 2014; NIJZ, 2017; Vodopivec Jamšek, 2013; Health Quality Ontario, 2013; Kobal, 2012.
VPLIV POSAMEZNIKA NA KRONIČNA OBOLENJA	preprečevanje kroničnih obolenj z gibanjem - pacientov vpliv na bolezni - prehrana pacientov s kroničnimi obolenji - prednosti telesne aktivnosti - nadzor nad zdravim načinom življenja - samooskrba - pogled pacienta na kronična obolenja - problemi v sodobni družbi število kod = 8	Zurc, 2014; Piletič, 2018; Berg, 2019; Anderson & Durstine, 2019; Dye et. al., 2018; Klevišar, 2015; Dwarswaard et. al., 2015; Burini et. al., 2020; Berz, 2012.

2.5 RAZPRAVA

Namen pregleda literature je bil ugotoviti način in potek obravnave kroničnih bolezni v domačem okolju, kakšno vlogo ima pri tem primarna raven zdravstvenega varstva, kdo vse se vključuje v celostno obravnavo pacienta in kaj lahko pacient sam naredi v prid zdravju.

Ugotovitve in odgovori na raziskovalna vprašanja:

Oskrba pacientov s kroničnimi obolenji v domačem okolju je odgovornost primarne ravni zdravstvenega varstva. Pri oskrbi pacienta sodelujejo zdravnik, diplomirana medicinska sestra in tehničar zdravstvene nege, ki delujejo v ambulantah družinske medicine s sodelovanjem patronažnih medicinskih sester, katere izvajajo patronažno zdravstveno nego v domačem okolju. Pri obvladovanju in preprečevanju kroničnih bolezni si lahko

pacienti v domačem okolju pomagajo tudi sami z urejeno in uravnoteženo prehrano, ki je prilagojena za določeno bolezen, z redno telesno aktivnostjo in izvajanjem rednih meritev predpisanih s strani zdravnika glede na obstoječo bolezen.

Kategorija INTEGRALNI PRISTOP

Starostna struktura svetovne populacije se preobraža. Vedno več ljudi je starejših od 65 let. Leta 2019 je bilo v Sloveniji 19,7 % populacije starejše od 65 let, za leto 2050 pa se po ocenah pričakuje, da bo delež te populacije 30 %. Zaradi naglega staranja prebivalstva v Sloveniji in celotni Evropi so se oblikovali številni sodobni načini, ki stremijo k zagotavljanju integralne oskrbe, namenjene ljudem, ki imajo zmanjšano ali popolno nesposobnost samooskrbe. Poglavitni kazalnik zdravja celotne populacije je pričakovano obdobje zdravega življenja, katero kaže na možnosti soočanja z različnimi ovirami (Majerle, 2018; Kobal Straus, 2019).

Študija, ki jo je izvedla Evropska komisija in je zajela Nemčijo, Španijo, Italijo in Anglijo, napoveduje zvišanje stroškov za integralno oskrbo do leta 2050; ta bo prešla z 1,62 % na 3,32 % bruto domačega proizvoda. Stroški se bodo v primerjavi s sedanjimi podvojili, prav tako pa tudi število uporabnikov integralne oskrbe. Za učinkovito reševanje tega problema bo potrebno še boljše organizirati integralno oskrbo in povezovanje dela vseh zdravstvenih izvajalcev integralne oskrbe. Integralni pristop je potrebno usmeriti k izvajanju široke izbire zdravstvenih storitev s pomočjo strokovnih služb, katere posamezniku nudijo kontinuirano pomoč ne glede na lokacijo bivanja (Majerle, 2018).

Dye in sodelavci (2018) navajajo, da se oskrba v domačem okolju izvaja po končani hospitalizaciji pacienta z namenom predajanja znanja o kroničnih boleznih, kako le-te potekajo in kakšne ukrepe poznamo za čim bolj kakovostno življenje z njimi. Rezultati raziskav so pokazali, da zdravstveno osebje med samo epizodo bolezni težko prenaša znanje o pravilni samooskrbi bolezni. To se ne dogaja zaradi pomanjkanja tehnologije ali osebja temveč zaradi pomanjkljive usmeritve v spodbujanje pacientov k spremembi dnevnega življenjskega stila kot na primer merjenje glukoze v krvi in redne fizične aktivnosti. Za uspešno obvladovanje kronične bolezni je nujno potrebno aktivno

sodelovanje pacienta ter njegovo strokovno znanje o svojem življenju z boleznijo. Zdravstveni tim mora pacienta seznaniti z načrtovanimi cilji zdravljenja, vključevati ga mora pri samem procesu zdravljenja, nuditi usposabljanje, znanje in učenje načinov za samoobvladovanje bolezni. Za čimbolj optimalno vodenje bolezni in vključevanja le-te v svoje življenje mora imeti pacient poleg pridobljenega znanja in veščin tudi zelo dobro psihosocialno podporo. Ob pacientovi sprejeti odločitvi v zvezi z boleznijo, je zelo pomembno spoštovanje le-te s strani zdravstvenega tima. Pri tem ga morajo spodbujati in podpirati, ne glede na to ali se s to odločitvijo strinjajo ali ne (Piletič, 2018). Raziskave so dokazale, da pacienti s pomočjo zdravstvenih strokovnjakov lažje gradijo na samozavesti pri vodenju kroničnih bolezni. Zdravstveni delavci jih morajo spodbujati pri odločitvah o spremembi življenjskega stila v njihovem domačem okolju na način, da se pacienti zavejo, da lahko sami sprejemajo pozitivne odločitve v prid zdravju (Dwarswaard et. al., 2015).

V multidisciplinarnem zdravstvenem timu mora vsak član tima poznati svojo vlogo v zdravstveni obravnavi pacienta, zagotavljati njegovo varnost, sodelovati mora pri razvojnem delu, zagotavljati kakovost obravnave in se zavedati odgovornosti svojega dela. Namen zdravstvenega tima je zagotavljanje integrirane oskrbe in boljše organiziranje med ljudmi, njihovimi funkcijami in dejavnostmi, tako da se najbolje izkoristi kakovost storitev za paciente (NIJZ, 2017). Bright (2012) navaja, da so zdravstveni timi vedno bolj pomembni zaradi vse bolj kompleksnih potreb pacientov, zahtevnejše zdravstvene nege in zahtev sodobne tehnologije. Multidisciplinarni zdravstveni tim največkrat deluje na primarni ravni zdravstvenega varstva; tam so usmerjeni v paciente s kroničnimi obolenji, starejše paciente (geriatrija) in na paciente, ki so v fazi umiranja. Model kronične oskrbe Edwarda Wagnerja vsebuje šest elementov za učinkovito nadzorovanje kroničnega obolenja: socialno življenje, zdravstveni sistem, podporo pri samooskrbi, planiranje sistema dostave, podporo pri odločitvah in informacije iz zdravstvenega sistema. S povezavo vseh teh se lahko izvaja najkakovostnejša oskrba pacientov. Raziskave so dokazale, da so raznolikosti v ekipi, interdisciplinarnost in prisotnost jasnih ciljev dejavniki, kateri so najbolj uspešne spremenljivke, ki so združene s skupinskim delom in rezultati v zdravstvenih ustanovah.

Vse to doprinese h kakovostnejši obravnavi pacienta in k njegovemu večjemu zadovoljstvu.

Leskovic (2018) navaja, da se v Sloveniji oskrba v domačem okolju deli na patronažno zdravstveno varstvo in socialne oskrbovalce. Slednji so namenjeni večinoma starejšim ali obolelim kot pomoč pri osebni higieni, gospodinjstvu, vzdrževanju bivalnih prostorov in pripravi kurjave. Poleg tega jim z druženjem nudijo tudi laično socialno podporo in skrb za osebno higieno s pomočjo pri umivanju, preoblačenju in hranjenju. V samem procesu oskrbe se paciente spodbuja k aktivnemu sodelovanju pri izvajanju potrebnih dejavnosti. Preko tega se oceni in vzpodbuja pacientova zmožnost samooskrbe in preprečuje možnost hitrega prehoda v popolno odvisnost od drugih ljudi. Kljub temu, da se zdi, da nega na domu prinaša očitne človeške in ekonomske prednosti pa ni potrjeno, da so pacienti, ki dlje časa prejemajo domačo oskrbo bolj neodvisni v njihovem funkcioniranju, zadovoljnejši ali živijo dlje od tistih, ki prejemajo domačo oskrbo le krajši čas. Pomoč in nega v domačem okolju sta danes del integralne ali celostne oskrbe, ki zajema najbolj zapletene tehnične in strokovne oblike pomoči poleg tega pa prav tako najpreprostejšo podporo pacientom in starejšim osebam v njihovih domovih.

Kategorija PRIMARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Kronična obolenja predstavljajo velik problem zdravstvenim sistemom v razvitih državah. Primarna raven zdravstvenega varstva deluje tudi na preventivi, zato si s pomočjo promocije zdravja pomagajo pri preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni. Raziskave so dokazale, da s promocijo zdravja v zdravstvenih organizacijah uspešneje vplivamo na zdravstveno stanje posameznikov. Odgovorni za promocijo zdravja in poučevanje prebivalstva so zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti in ostali zdravstveni delavci. S poučevanjem, ki ga izvajajo zdravstveni delavci se izboljšuje življenjski slog prebivalstva. Poleg promocije zdravja sta za lajšanje bremena kroničnih bolezni pomembna še dva pristopa. Prvi način so preventivni ukrepi, s katerimi lahko posamezniki samostojno zmanjšujejo dejavnike tveganja za nastanek kroničnih bolezni. To so ukrepi, ki spodbujajo k zmanjševanju kajenja in pitja alkohola ter na drugi strani k uživanju zdrave prehrane in k redni telesni aktivnosti. Več o tem smo napisali v kategoriji

»pacientov vpliv na kronična obolenja«. Drugi način za kakovostnejšo obravnavo kroničnih bolezni pa se je razvil z izboljšano obravnavo pacientov s kroničnimi obolenji preko dispanzerskega odkrivanja obolenj, načrtnega spremljanja in opolnomočenja pacientov. Preko tega se je v Sloveniji razvil sistem ambulant družinske medicine, kjer se izvaja načrtovano presejevanje populacije z namenom zgodnjega odkrivanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Presenetljivo je, da je v začetku presejalnih testiranj v ambulantah družinske medicine več kot polovica rezultatov kazalo prisotne dejavnike tveganja za nastanek kroničnih bolezni (Poplas Susič, 2014; Skela Savič & Pesjak, 2014).

Vodopivec Jamšek (2013) navaja, da je osnova nadzora kroničnih bolezni upoštevanje in vodenje registrov pacientov s posameznim kroničnim obolenjem. Registri omogočajo vpogled v obolevnost omenjenih posameznikov in načrtovano ukrepanje. S pomočjo vodenja registrov se vabi paciente na preglede v ambulante družinske medicine in izvaja zdravstveno-vzgojno svetovanje. Preventivni pregledi se izvajajo v ambulantah družinske medicine, kjer sodeluje zdravstveni tim iz več spektrov. Poleg zdravnika in srednje medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika obravnava paciente tudi diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstveni tehnik, katerega naloga je vodenje kroničnih bolnikov in opravljanje sistematičnih preventivnih pregledov po predvidenem načrtu (NIJZ, 2017; Novak Mlakar, et. al., 2014; Jarm, et. al., 2014).

V Sloveniji se izvaja nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni, presejanje za raka na debelem črevesju in danki – program Svit, presejalni program za raka na materničnem vratu – program Zora in presejalni program za raka dojke – program Dora. S temi preventivnimi ukrepi je vzpostavljen nadzor nad zdravjem prebivalcev, ki omogoča hitro odkrivanje visoko ogroženih prebivalcev, ki so dovzetni za kronične bolezni, kar vodi k pravilnemu ukrepanju in svetovanju za zniževanje pojavnosti dejavnikov tveganja oziroma odstranitve le-teh. Glavna vloga teh programov je preventivno zmanjševanje potencialne ogroženosti za pridobitev kronične bolezni v srednjem življenjskem obdobju in posledično zmanjševanje zgodnje invalidnosti in umrljivosti (Vodopivec Jamšek, 2013).

Oskrba na domu ima namen zagotavljanja in izboljševanja zdravja akutno in kronično obolelih ljudi. V okviru primarne ravni zdravstvenega varstva na domu deluje več služb, ki ljudem olajšujejo življenje z boleznijo: patronažne medicinske sestre, socialni oskrbovalci, fizioterapevti in delovni terapevti (Health Quality Ontario, 2013). Za skrb in promocijo zdravja pacientov s kroničnimi obolenji v njihovem domačem okolju je odgovorno patronažno zdravstveno varstvo, ki spada pod preventivno zdravstveno oskrbo. Diplomirana medicinska sestra pomaga kroničnim pacientom, rizičnim prebivalcem in družinam premagovati bolezen, vzdrževati zdravje in jih uči življenja s kronično boleznijo. Z obiski na domu patronažna medicinska sestra neguje pacienta, spremlja stanje kronične bolezni, svetuje glede nadaljnje oskrbe in zdravega načina življenja, prav tako pa ocenjuje zdravstveno, socialno, ekonomsko in higiensko stanje pacienta in okolice v kateri živi. Največji delež, 68 % obravnavanih pacientov, ki jih obišče patronažna medicinska sestra na domu ima kronične rane. Te predstavljajo velik problem v razvitem svetu, strokovnjaki ocenjujejo, da ima 1 – 1.5 % prebivalstva razvitega sveta prisotno vsaj eno kronično rano, od tega je 5 % ran posledic venskega popuščanja (Kobal, 2012; Planinšek Ručigaj, 2014).

Kategorija VPLIV PACIENTA NA KRONIČNA OBOLENJA

Dwarswaard, et. al., (2015) ugotavljajo, da se od pacientov, ki so zboleli za kroničnim obolenjem v današnjem času pričakuje aktivno vlogo v lastnem zdravstvenem stanju in prevzem odgovornosti za samoobvladovanje bolezni. V raziskavi so avtorji sprejeli celotno definicijo samooskrbe, ki je značilna za kronična obolenja. Vključili so zmožnosti pacientov za obvladovanje simptomov bolezni, zdravljenja, fizičnih in psihosocialnih posledic in preoblikovanja življenjskega sloga. Za dobro samooskrbo morajo biti pacienti pripravljene na tri procese: osredotočenost na potrebe bolezni, učenje in sprejemanje življenja s kroničnim obolenjem (Dye et. al., 2018). Pacienti s kroničnimi obolenji vidijo zdravstveno osebje nekajkrat letno, zato morajo odločitve v zvezi z boleznijo sprejemati sami. Temu procesu pravimo opolnomočenje. Z opolnomočenjem pacient sprejema odgovornost za svoje zdravje, v tem procesu ni več poslušalec in izvrševalec navodil, temveč se samostojno odloča in sprejema pobude, ki so povezane z njegovo boleznijo in življenjem (Piletič, 2018). Klevišar (2015) navaja, da se pacienti s kroničnimi obolenji

vsakodnevno učijo življenja z boleznijo, zaradi vsakodnevnih težav in problemov, ki jih povzročajo kronične bolezni. V domačem okolju je potrebno vzpostaviti normalizacijo bolezni, tako da se izdelata prilagoditev v vsakdanjem življenju, s čimer zmanjšamo vpliv bolezni na kvaliteto posameznikovega življenja. Zurc (2014) navaja, da se za preprečevanje in nadziranje kroničnih bolezni od pacientov pričakuje sprememba življenjskega stila v bolj zdravega ter prilagoditev dnevnim rutinam, ki jih zahtevajo določene kronične bolezni. Na primer zvišan krvni tlak je eden od glavnih razlogov za srčna obolenja, srčne kapi in možganske kapi, zato morajo pacienti redno izvajati meritve krvnega tlaka, biti ozaveščeni o normalnih vrednostih meritev in tveganjih, ki jih povzročajo odstopanja. Prav tako morajo pacienti z zvišanim nivojem glukoze v krvi priti do spoznanja, kaj povzroča zvišane meritve. Za to je vzrok lahko tudi vnos nekaterih hranil. S pravilno izbiro hrane in pravilno sestavljenim dnevnim jedilnikom, ki je prilagojen pacientovi bolezni, si pacient lahko pomaga pri uravnavanju vrednosti glukoze v krvi ter optimiziranju vrednosti krvnega tlaka (Berg, 2019). Pri prehrani morajo pacienti s kroničnimi obolenji uživati dovolj svežega sadja in zelenjave, saj so to nizkokalorična hranila z visoko hranilno gostoto in veliko vlakninami. V prehrano morajo vključiti tudi mlečne izdelke z nižjo vsebnostjo maščob, saj vsebujejo kalcij, ki je telesu pomemben za zdravje kosti ter pravilno delovanje drugih življenjskih sistemov. Čez dan je potrebno popiti dovolj tekočine; najbolj primerna je voda. Predvsem se morajo pacienti s kroničnimi obolenji izogibati prevelikemu vnosu soli ter sladkanim hranilom (Berz, 2012). Če pacienti s kroničnimi obolenji uporabljajo tobačne izdelke, je potrebo ukrepati in jim razložiti, da kajenje povzroča večje tveganje za poslabšanje bolezni in slabše zdravljenje le-te (Berg, 2019).

Z redno telesno aktivnostjo se pacienti bolje počutijo, bolje funkcionirajo in bolje spijo. Pri odraslih osebah se priporoča 150 minut zmerne aktivnosti ali 75 minut aktivne telovadbe na teden. Pri zmanjševanju telesne teže si pacienti lahko pomagajo s prilagojenimi jedilniki in redno telesno aktivnostjo, s čimer pripomorejo k obvladovanju kroničnih bolezni. Pri pacientih, ki imajo indeks telesne mase 25 ali več se v prid zdravju pozna že 5-10 % padec telesne mase. Redna telesna aktivnost koristi večini fizioloških sistemov v telesu in preventivno preprečuje oziroma sekundarno pomaga pri zdravljenju (obvladovanju) kroničnih bolezni. Z redno telesno aktivnostjo se zniža verjetnost

nastanka kroničnih obolenj kot so: rakava obolenja, zvišan krvni tlak, debelost, možganska kap, sladkorna bolezen tipa 2, depresija, kognitivne in duševne težave, osteoporoza ter periferne žilne bolezni (Berg, 2019). Vpliv na izboljšanje zdravja s telesno aktivnostjo ali telesno vadbo lahko primerjamo z učinki nekaterih zdravil, ki se uporabljajo za kontrolo srčnega utripa v mirovanju in med samo telesno aktivnostjo. Redna dnevna telesna aktivnost in uporaba zdravil pri kardiovaskularnih obolenjih, ki blokirajo receptorje beta imajo podobne učinke na srčni ritem. Običajna zdravila se uporabljajo za zdravljenje simptomov ali spreminjanje fiziološkega delovanja na sintetičen ali nefiziološki način, telesna aktivnost pa vpliva na fiziološki sistem, da le ta deluje optimalno. Na primer: z redno telesno aktivnostjo se izboljša miokardna funkcija; s povečano močjo srčne mišice in izboljšanjem pretoka kisika po telesu, medtem ko se potreba po miokardnem kisiku zmanjšuje. Prav tako se z redno telesno aktivnostjo znižuje sistolični krvni tlak, zniža se mera kateholamina v krvi med telesnim mirovanjem, kar pripomore pri zdravljenju in preprečevanju dejavnikov tveganja za kronična obolenja. Ko se pacient navadi redno izvajati telesne aktivnosti, se izboljša sistemsko delovanje telesa. Izboljša se tudi splošno zdravje pacienta brez verjetnosti neželenih učinkov klasičnih zdravil. Znanstveniki so ugotovili, da redna telesna aktivnost ne koristi le pri kardiovaskularnih obolenjih, ampak ima pozitiven vpliv tudi pri večini ostalih fizioloških sistemov v telesu, tako da lahko redno telesno aktivnost obravnavamo kot zdravilo (Anderson & Durstine, 2019). Zaradi globalnega nezavedanja o pomembnosti telesne aktivnosti in njenem vplivu na zdravje je vedno več ljudi nagnjenih k debelosti, zato predstavlja telesna neaktivnost enega izmed največjih problemov za zdravje v enaindvajsetem stoletju (Burini et. al., 2020).

Pacienti s kroničnimi boleznimi zelo pogosto doživijo stigmatizacijo, ki se pokaže pri odnosu drugih ljudi do pacienta. V tem odnosu se po eni strani vsiljuje pomoč in kaže sočustvovanje, po drugi strani pa se pacienta ignorira in zavrača. Pri posameznikih s kronično boleznijo ni pomembno le sprejemanje drugih, temveč morajo najprej sami sprejeti svoje življenje kot normalno in smiselno, navkljub možnosti, da bolezen napreduje. Nekateri pacienti zaradi obolenja niso zmožni popolne samooskrbe, zato potrebujejo podporo iz različnih virov kot so zdravstveno osebje, sorodniki, prijatelji in drugi. Kronična bolezen ne prizadene samo obolele osebe, temveč se dotakne tudi

njegovih bližnjih. Ugotovitve kažejo, da ima zelo pozitiven učinek medsebojno sodelovanje kronično obolenih pacientov, kjer si delijo izkušnje in predloge glede bolezni. S to medsebojno podporo se pacienti lažje borijo in soočajo z boleznijo, prav tako pa si pridobijo naklonjenost in čustveno podporo drugih. Tu ne gre le za funkcionalno prilagoditev pacientovega telesa na norme zdrave družbe, temveč za socialno sprejemanje posameznika v družbo z vsemi njegovimi pozitivnimi izkušnjami, katere prinese v družbo zdravih (Dwarswaard, et al., 2015; Klevišar, 2015).

2.5.1 Omejitve raziskave

V diplomski nalogi smo se osredotočali na načine obvladovanja kroničnih bolezni, ki jih poznamo in se izvajajo na primarni ravni zdravstvenega varstva. Pri pregledu literature smo opazili, da je za obravnavano temo dostopno veliko literature, a se je glede na uporabnost le-te število uporabljenih virov zelo zmanjšalo. Razlog za to je veliko število objavljenih prispevkov z vsebinami, katere po hierarhiji dokazov ne segajo visoko.

Zaradi velikega števila zadetkov smo morali pregledati veliko literature, da smo nato našli zadovoljive zadetke, ki so bili strokovni in ustrezali kriterijem za diplomsko delo s strani Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Slednje smo nato uporabljali v času pisanja diplomskega dela.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Glede na hitro naraščajoče število pacientov s kroničnimi obolenji v zadnjih letih menimo, da so raziskave v smeri obvladovanja in preprečevanja kroničnih bolezni zelo pomembne. V našem diplomskem delu navajamo načine, kako lahko vsak posameznik prispeva k zmanjšanju tveganja za nastanek kroničnih bolezni. Izpostavimo tudi pomembnost sodelovanja populacije pri preventivnih pregledih v ambulantah družinske medicine.

V diplomskem delu še posebej izpostavljamo dejavnik preventiva. S preventivnim ozaveščanjem se ljudem predstavi zdrav način življenja, kaj lahko sami naredijo v prid zdravju ter tveganja, ki lahko vplivajo na razvoj kroničnih bolezni. Za nadaljnje

raziskovalno delo bi priporočili raziskavo pri mlajših generacijah, kako oni gledajo na kronične bolezni in ali sprejemajo kakšne ukrepe za njihovo preprečevanje kot so na primer prehrana, športna aktivnost in tako dalje, saj se opaža, da se kronične bolezni z leti pojavljajo pri vedno mlajših generacijah.

3 ZAKLJUČEK

S pregledom literature smo ugotovili, da kronične bolezni predstavljajo velik zdravstveni problem po vsem svetu. Skozi leta se pogostost kroničnih obolenj povečuje, pogostejša pa so tudi pri vse mlajših generacijah. Vzrok tega je nezdrav način življenja, kot je neprimerna prehrana in nezadostna telesna aktivnost. Primarna raven zdravstvenega varstva se trudi pri zmanjševanju obolevnosti prebivalstva z ozaveščanjem o zdravem načinu življenja in s preventivnimi pregledi v ambulantah družinske medicine. Temu bi se z zdravim načinom življenja moral pridružiti tudi vsak posameznik, saj bi tako pripomogel k razbremenitvi zdravstvenega sistema in posledično k boljši obravnavi pacientov, ki že imajo kakšno kronično bolezen. Z integralnim pristopom se nudi pacientu kakovostnejšo zdravstveno obravnavo, saj se s sodelovanjem celotnega multidisciplinarnega tima zagotavlja učinkovitejše delo in boljše vključevanje pacienta v sam sistem zdravljenja. Pri integralni oskrbi dobi pacient občutek pripadnosti, varnosti in zaupanja.

Prebivalstvo razvitega sveta je vedno manj fizično aktivno, uživa hrano, ki je energetsko prebogata in industrijsko predelana, kar povečuje tveganja za kronična obolenja. Zelo pomembno vlogo pri preprečevanju naraščanja kroničnih obolenj ima izobraževanje prebivalstva, kaj povzroči nastanek kroničnih obolenj, kako jih prepoznati, kako živeti s temi obolenji ... Zdravstvena panoga bi morala ljudi spodbujati in ozaveščati, kako si lahko pomagajo pri vzdrževanju zdravja. Presejalne teste bi ljudje morali opravljati bolj vestno, saj se še vedno opaža, da bi bilo sodelovanje lahko v večjem številu in tako bi tudi izidi rezultatov bili boljši, saj bi se tako hitreje zaznalo pričetek razvoja kroničnih bolezni. Ker se kronična obolenja pojavljajo pri vedno mlajših ljudeh, bi bilo potrebno dati večji poudarek na zdravstveno vzgojnem izobraževanju po šolah in soočenje mladih s posledicami kroničnih obolenj, da se že v mladih letih usvoji zdrav način življenja.

4 LITERATURA

Abazović, M., Abram, T. & Jarabek, M.B., 2012. Zdravila in kronični bolniki. In: M. Abazović, ed. 8. *Dan slovenskih lekarn – Zdravila in kronični bolniki. Ljubljana, 26. september 2012*. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija farmacevtov javnih lekarn, pp. 2-4.

Anderson, E. & Durstine, J.L., 2019. Physical activity, exercise, and chronic disease: A brief review. *Sports medicine and Health Science*, 1(1), pp. 3-10.

Berg, S., 2019. *7 steps patients should follow to reduce, manage chronic disease*. [online] Available at: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/7-steps-patients-should-follow-reduce-manage-chronic-disease> [Accessed 14 March 2020].

Berz, J., 2012. *Diet and the Prevention of chronic disease*. [online] Available at: <https://www.medscape.com/viewarticle/769218> [Accessed 27 April 2020].

Braillard, O., Slama-Chaudhry, A., Joly, C., Perone, N. & Beran, D., 2018. The impact of chronic disease management on primary care doctors in Switzerland: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 159(19), pp. 1-9.

Bright, M.D., 2012. *Leadership for Quality Improvements in Diseases Management: doktorska disertacija*. Waltham: Brandeis University, The Heller School for Social Policy and Management.

Burini, R.C., Anderson, E., Durstine, J.L. & Carson, J.C, 2020. Inflammation, physical activity, and chronic disease: An evolutionary perspective. *Sports Medicine and Health Science*, 2(1), pp. 1-6.

Cijan, K. & Čadej, N., 2010. Vloga medicinskih sester pri izboljšanju kakovosti življenja. In: D. Plank, ed. *Vloga medicinskih sester pri izboljšanju kakovosti življenja kroničnih*

bolnikov. Celje 29. september 2010. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 6-11.

Dwarswaard, J., Bakker, J.M.E., van Staa, A. & Boeije, R.H., 2015. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations*, 19(2), pp. 194-208.

Dye, C., Willoughby, D., Aybar-Damali, B., Grady, C., Oran, R. & Knudson, A., 2018. Improving Chronic Disease Self-Management by Older Home Health Patients through Community Health Coaching. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), pp. 6-60.

Graaf, P., 2011. *Primary care and care for chronic cancer patients in Europe: position of the European Forum for Primary Care*. [online] Available at: <http://primarycare.imedpub.com/primary-care-and-care-for-chronic-cancer-patients-in-europe-position-paper-of-the-european-forum-for-primary-care.php?aid=958> [Accessed, 14 November 2019].

Grady, A.P. & Gough, L.L., 2014. *Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103232/> [Accessed 10. januar 2020].

Health Quality Ontario, 2013. In Home Care for Optimizing Chronic Disease Management in the Community. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(5), pp. 1-65.

Horton, J., 2016. *Improving self – management in patients with chronic conditions: doktorska disertacija*. Minneapolis: Walden University, College of Health Sciences.

Jarm, K., Ivanuš, U., Krajc, M. & Primic Žakelj, M., 2014. Državna presejalna programa za raka materničnega vratu in dojke. In: I. Košnik, S. Hvalič & B. Skela Savič, eds. 5.

simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 14. oktober 2014. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 99-106.

Klemenc-Ketiš, Z., ed. 2011. *Praktikum družinske medicine: Učbenik za študente 6. letnika Medicinske fakultete v Mariboru.* Maribor: Univerza v Mariboru.

Klevišar, M., 2015. *Izkušnja kronične bolezni.* [online] Available at: <http://www.skufmslovenija.org/o-bolezni/izkusnja-kronicne-bolezni/> [Accessed 8 March 2020].

Kobal, K., 2012. *Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in njena vloga v družini: diplomsko delo.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Kobal Straus, K., 2019. Vzpostavitev sistema integrirane, dostopne in učinkovite dolgotrajne oskrbe. In: B.M. Kaučič, B. Filej, A. Presker Planko & K. Esih, eds. *Integrirana dolgotrajna oskrba: odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji. Celje, 30. maj 2019.* Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 18-23.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja.* Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Leskovic, L., 2018. Uspešnost uvajanja in izvajanja dolgotrajne oskrbe starih oseb v domačem okolju. In: B. Nose & T. Radovan, eds. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov. 10. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018.* Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 73-83.

Majerle, S., 2018. Možnosti razvoja integrirane oskrbe starejših – primer prakse iz tujine. In: B. Nose & T. Radovan, eds. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov. 10. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018.* Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 84-88.

NIJZ, 2017. *Timska obravnava v referenčnih ambulantah družinske medicine*. [online] Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/clanek_oe_nijz_timska_obravnava_v_radm_04052017.pdf [Accessed 3 March 2020].

NIJZ, 2016. *Preprečevanje in oskrba kroničnih bolezni: problemi in rešitve*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/preprecevanje-in-oskrba-kronicnih-bolezni-problemi-in-resitve> [Accessed 4 January 2020].

Novak Mlakar, D., Kofol Bric, T., Maučec Zakotnik, J. & Keršič Svetel, M., 2014. Presejanje za raka na debelem črevesu in danki – program SVIT. In: I. Košnik, S. Hvalič & B. Skela Savič, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 89-98.

Perko, L., 2016. Integrirana oskrba na domu. In: L. Batič, R. Pišot, M. Tomšič, M. Sedmak, J. Hrovatin, D. Maraž & M. Preglau, eds. *Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju*. Ljubljana: Solos, realizacija grafičnih idej d.o.o., pp. 28-33.

Piletič, M., 2018. Opolnomočenje bolnikov. In: B. Nose & T. Radovan, eds. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov. 10. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018*. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 95-97.

Planinšek Ručigaj, T., 2014. Zdravljenje kroničnih ran. In: I. Košnik, S. Hvalič & B. Skela Savič, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 116-119.

Poklukar, J., 2014. Breme kroničnih bolezni v sklopu javnih zdravstvenih zavodov. In: I. Košnik, S. Hvalič & B. Skela Savič, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 33-40.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 796.

Poplas Susič, T., 2014. Kronične bolezni in referenčne ambulante (RA). In: I. Košnik, S. Hvalič & B. Skela Savič, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 41-47.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2012. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, 2013(82), pp. 635-647.

Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S. & Zwar, N., 2018. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*, 19(11), pp. 2-10.

Rihter, I., 2018. *Opolnomočenje pacientov s kronično boleznijo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209-222.

Skela Savič, B. & Pesjak, K. 2014. Vloga promocije zdravja v družbi. In: I. Košnik, S. Hvalič & B. Skela Savič, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 20-32.

Softič, N., Smogavec, M., Klemenc-Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2011. Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), pp. 185-190.

Stern, B.Z., 2018. Critical Reflections on Self-Management Support in Chronic Disease: The Value of Occupational Therapy in Health Promotion. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(4), pp. 6-10.

Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A. & Maučec Zakotnik, J., 2014. *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja*. [online] Available at: <http://www.cindi->

slovenija.net/images/stories/cindi/trgovina/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf [Accessed 8 July 2020].

Vodopivec Jamšek, V., 2013. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravstveni vestnik*, 82(11), pp. 711-717.

World Health Organization, 2018. *Noncommunicable diseases*. [pdf] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Accessed 15 January 2020].

World Health Organization, 2019. *Primary health care*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> [Accessed 9 July 2020].

Zupančič, V. & Filej, B., 2018. Integralna zdravstvena nega s perspektive znanja študentov. In: B. Filej, ed. *Revija za zdravstvene vede*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 4-7.

Zurc, J., 2014. Promocija gibanja pri zmanjševanju tveganj za pojav kroničnih bolezni: sistematična pregledna študija. In: I. Košnik, S. Hvalič & B. Skela Savič, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 54-65.

Železnik, D., ed. 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem zdravstvu*. Ljubljana: Tiskarna Povše.