



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**DOŽIVLJANJE IN IZKUŠNJE PACIENTOV,
KOLONIZIRANIH Z BAKTERIJO
STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ODPORNO
PROTI METICILINU**

**PERCEPTIONS AND EXPERIENCES OF
PATIENTS COLONISED WITH
METHICILLIN-RESISTANT
STAPHYLOCOCCUS AUREUS POSITIVE**

Magistrsko delo

Mentorica: doc. dr. Irena Grmek Košnik

Kandidatka: Jana Lavtižar

Ljubljana, maj, 2019

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Ireni Grmek Košnik za strokovno podporo in usmeritve. Zahvaljujem se recenzentom red. prof. dr. Brigiti Skeli Savič, znan. svet. in doc. dr. Viktoriji Tomič.

Zahvaljujem se vsem sodelujočim pacientom v intervjujih, da so se prijazno odzvali in sodelovali.

Zahvaljujem se prof. slovenskega jezika in knjiž. ter sociologije Petri Arula za lektoriranje in dr. Urši Lamut za pomoč pri kvalitativni analizi.

Zahvaljujem se svoji družini, da je verjela vame in me spodbujala v času izobraževanja, ter prijateljem, ki so me spodbujali.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Okužbe, povezane z zdravstvom, vplivajo na kakovostno in varno izvajanje zdravstvene obravnave pacientov. Ukrepi, ki se uporabljajo za preprečevanje in obvladovanje OPZ, so predpisani, se izvajajo in so uspešni. Pacienti, kolonizirani z MRSA, ukrepe doživljajo kot svojo zgodbo.

Cilj: Cilj magistrskega dela je spoznati, kako pacienti, kolonizirani z MRSA, doživljajo izolacijske ukrepe v bolnišnici, kolonizacijo z MRSA, odziv okolice na njihovo kolonizacijo z MRSA in kako v bolnišnici sprejemajo kolonizacijo z MRSA.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja z interpretativno analizo besedila. Na podlagi pregleda literature smo pripravili vodilo za intervju. Uporabili smo metodo polstrukturiranega intervjuja. Izvedli smo deset intervjujev. Intervjuvali smo odrasle osebe, kolonizirane z MRSA in nameščene v izolaciji, v Splošni bolnišnici Jesenice. V prvi fazi analize zbranih podatkov smo zvočne posnetke intervjujev preoblikovali v tekstovno gradivo – transkripte. V drugi fazi analize podatkov smo transkripte vseh intervjujev vnesli v kodirno tabelo. Naredili smo interpretacije podatkov, ki se berejo kot pripoved o doživljanju pacientov. Na koncu smo formulirali pravilnosti in pripravili pojasnitve.

Rezultati: Interpretacija podatkov je bila izvedena z večfaznim pristopom kvalitativne vsebinske analize besedila. Odgovore intervjuvancev smo razdelili na šest vsebinskih tem: (1) seznanjenost pacientov s kolonizacijo MRSA; (2) sprejemanje informacij o kolonizaciji MRSA; (3) Znanje pacientov o prenosu MRSA in preventivnih ukrepih; (4) doživljanje sprejema v bolnišnico, na oddelek in namestitev v izolacijsko sobo; (5) dosledno izvajanje izolacijskih ukrepov s strani zdravstvenega osebja; (6) doživljanje zdravljenja in negovanja, ki sta neposredno povezana z raziskovalnimi cilji. Zbrane podatke smo odprto kodirali. Odgovorom intervjuvancev smo pripisali 228 pojmov. Pojmom smo v drugem delu odprtega kodiranja določili 54 kategorij. V odnosu do raziskovalnih vprašanj smo določili 15 relevantnih kategorij. Izbrane kategorije smo primerjali in povezali tako, da smo jim določili mesto znotraj paradigmatkega modela oziroma jih razporedili v vzročno-posledično zaporedje.

Razprava: Ugotovili smo, da so bili pacienti seznanjeni s kolonizacijo MRSA, s strani zdravstvenega osebja in doživljali negativna čustva v času namestitve v izolacijsko enoto.

Večina jih je menila, da imajo zaposleni v bolnišnici dovolj znanja o bakteriji MRSA in ukrepih za preprečevanja okužbe. Intervjuvanci so poročali o korektnem in strokovnem odnosu zdravstvenega osebja pri njihovem zdravljenju in negovanju. Ob sprejemu niso občutili nelagodja ali nekorektnega ravnanja s strani zdravstvenega osebja.

Ključne besede: MRSA, izolacija, izkušnje, pacient, kakovost življenja, stigma

SUMMARY

Background: Healthcare-associated infections influence the quality and safety of health care provision to patients. Preventive measures, used to prevent and control hospital infections, are prescribed and being carried out successfully. Colonised or infected patients perceive preventive measures as their personal journeys.

Aims: The aim of the master's thesis was to establish how patients who are colonized with MRSA experienced isolation measures in the hospital, colonization with MRSA, the response of the environment to their colonization with MRSA, and how they accepted colonization with MRSA in the hospital.

Methods: A qualitative research method was employed with interpretive text analysis. Based on a literature review, we prepared a guide for the interview. A semi-structured interview was employed, ten interviews were conducted. We interviewed adults who were colonized with MRSA and placed in isolation at the Jesenice General Hospital. In the first stage of the data analysis, audio recordings of interviews were transcribed. In the second stage of the data analysis, transcripts of all interviews were entered into the encoding table. We interpreted the data so that it reads as a patient experience narrative. Finally, we formulated the correctness and made clarifications.

Results: Data was interpreted using the multi-phase approach of qualitative content text analysis. Respondents' answers to interview questions were divided into six topics: (1) knowledge of patients with MRSA colonization; (2) receiving information on MRSA colonization; (3) patient knowledge of the transmission of MRSA and preventive measures; (4) experiencing hospital admission, admission to the department, and placement in an isolation room; (5) consistent implementation of isolation measures by healthcare professionals; (6) experiencing treatment and nursing care which are directly related to research objectives. The collected data was coded openly. A total of 228 concepts were attributed to respondents' answers. In the second stage of open coding, 54 categories were identified. In the fourth stage of qualitative content analysis, 15 relevant categories were identified in relation to research questions. Selected categories were compared and connected by identifying them within the paradigmatic model or arranging them into a causal sequence.

Discussion: Research results revealed that patients received knowledge on the colonization with MRSA from healthcare professionals and experienced negative emotions when placed in the isolation unit. Most respondents felt that hospital staff had enough knowledge on MRSA and measures needed to prevent the infection. Respondents reported fair and professional attitude of healthcare professionals in their treatment and care. At admission, they did not experience discomfort or misconduct by healthcare professionals.

Key words: MRSA, isolation, patient, experience, quality of life, stigma

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	4
2.1	OKUŽBE, POVEZANE Z ZDRAVSTVOM.....	4
2.2	KONTAKTNA IZOLACIJA.....	6
2.3	OSEBNA VAROVALNA OPREMA.....	7
2.4	HIGIENA ROK.....	8
2.5	PACIENTOVA OKOLICA IN OKOLICA ZDRAVSTVENEGA DELAVCA.....	10
2.6	ZNANJE ZAPOSLENIH.....	11
2.7	PACIENTI Z MRSA.....	12
2.7.1	Doživljanje pacientov z MRSA.....	14
3	EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	16
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	17
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	19
3.3.3	Opis vzorca.....	19
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	20
3.4	REZULTATI.....	24
3.4.1	Seznanjenost pacientov s kolonizacijo MRSA.....	25
3.4.2	Sprejemanje informacije o kolonizaciji MRSA.....	26
3.4.3	Znanje pacientov o prenosu MRSA in preventivnih ukrepih.....	29
3.4.4	Doživljanje sprejema v bolnišnico, na oddelek in namestitev v izolacijsko sobo.....	31
3.4.5	Dosledno izvajanje izolacijskih ukrepov s strani zdravstvenega osebja.....	32
3.4.6	Doživljanje zdravljenja in negovanja.....	33
3.5	RAZPRAVA.....	33
3.5.1	Omejitve raziskave.....	42
4	ZAKLJUČEK.....	44
5	LITERATURA.....	46
6	PRILOGE.....	55
6.1	INSTRUMENT.....	55
6.1.1	Vodilo za intervju.....	55
6.2	KVALITATIVNA VSEBINSKA ANALIZA.....	55

6.1.2	Kodirna tabela	55
6.3	PARADIGMATSKI MODEL	67

SEZNAM KRAJŠAV

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
MRSA	Bakterija <i>Staphylococcus aureus</i> , odporna proti meticilinu
OPZ	Okužbe, povezane z zdravstvom
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
VOM	Večkratno odporni mikroorganizmi
WHO	World Health organization
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
ERIC	Resources Information Center
VRE	enterokoki, odporni proti vankomicinu
NAKOBO	Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb
KOBO	Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb
MZ	Ministrstvo za zdravje
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control

1 UVOD

Okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), imajo pomemben vpliv, saj predstavljajo nevarnost za varno, učinkovito delovanje zdravstvenih sistemov in negativno vplivajo na kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev (World Health organization (WHO), 2016). Zato mora biti njihovo preprečevanje prednostna naloga vsake zdravstvene ustanove (WHO, 2009), saj sta kakovost življenja in dobro počutje postala pomemben del zdravstvenega varstva in zdravstvene ekonomije (Wassenberg, et al., 2010). Vpliv OPZ je zelo velik, saj podaljšujejo bolnišnično zdravljenje, povečujejo odpornost mikroorganizmov proti antibiotikom, povzročajo dodatno breme v zdravstvenih ustanovah, pacientom in njihovim svojcem pa slabšo kakovost življenja, lahko dolgotrajno invalidnost, posledično visoke finančne stroške, povezane z življenjem pacientov in njihovih družin ter lahko privedejo tudi do smrti (WHO, 2009).

Tveganje za pojav OPZ je prisotno v vseh zdravstvenih ustanovah, saj so OPZ na rokah zdravstvenih delavcev, na opremi zdravstvenih ustanov v zdravstvenih sistemih po vsem svetu. Zaradi težav z zbiranjem realnih podatkov o njihovem pojavu oziroma prisotnosti pa ni povsem jasno, kakšno je dejansko globalno breme. Splošne ocene kažejo, da OPZ prizadenejo več kot 1,4 milijona pacientov po vsem svetu tako v razvitih državah kot tudi v državah v razvoju (WHO, 2009). Obstaja vse več dokazov o globalnem bremenu škode, ki jo povzročajo OPZ (Allegranzi, et al., 2011). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v poročilu 2011, o globalni škodi OPZ navedla, da narašča tudi potreba po strategijah, ki so nujne za njihovo zmanjšanje. OPZ opozarja, da ima vsak trenutek 7 % pacientov v razvitih državah in 10 % pacientov v državah v razvoju vsaj eno OPZ ter da zaradi OPZ umre okoli 10 % pacientov. Po njihovem poročanju evropske ocene kažejo, da več kot štiri milijone pacientov letno prizadene 4,5 milijonov OPZ, kar posledično pomeni 16 milijonov dodatnih dni bivanja v bolnišnici. Kar 37.000 primerov smrti zaradi OPZ je mogoče pripisati k drugim smrtim v bolnišnici (110.000). V Združenih državah Amerike so ocenili, da ima letno 1,7 milijona pacientov OPZ in 99.000 pacientov zaradi OPZ tudi umre (WHO, 2011). OPZ se ne pojavljajo samo v okuženih ranah ali v ranah z izcedkom, temveč je lahko kolonizirana tudi nepoškodovana pacientova koža. Najpogosteje je koloniziran ingvinalni oziroma perianalni del, vendar je kolonizacija prisotna tudi na

trupu, zgornjih okončinah, vključno z dlanmi. Kožne luske predstavljajo odlično skladišče za odporne mikroorganizme in zato pride tudi do kontaminacije pacientovih oblačil, posteljnine, torej celotne pacientove okolice. Kontaminacija je bolj verjetna s stafilokoki, enterokoki ali *Clostridium difficile*, ki so odporni proti izsušitvi. Prav tako pa predstavlja veliko nevarnost *Acinetobacter baumannii*, ki zaradi svojih sposobnosti dolgo časa preživi v okolju (WHO, 2009).

Večkratnoodporni mikroorganizmi so mikroorganizmi, ki so odporni proti eni ali več skupinam antibiotikov (Siegel, et al., 2007). Proti antibiotikom odporni mikroorganizmi, kot je *Staphylococcus aureus* (MRSA), ki je odporen proti meticilinu, enterokok (VRE), ki je odporen proti vankomicinu, in enterobakterije, ki izločajo betalaktamaze razširjenega spektra (ESBL) in karbapenemaze, so najpogostejši vzrok za OPZ (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2013). MRSA je vrsta *Staphylococcus aureus*, odporna proti antibiotikom, ki se nahaja v predelu nosu, žrela, perineja in na koži. Tako kot drugi sevi *Staphylococcus aureus* lahko tudi MRSA povzroči pljučnico, septicemijo in posledično številne smrti (Klevens, et al., 2007).

Številni kontakti s pacienti so številne priložnosti za številne prenose mikroorganizmov (Richardson & Storr, 2010), zato je v bolnišnici pomembno sodelovanje vodstva in zaposlenih za varno obravnavo pacientov. Za res uspešen pristop morajo biti jasno opredeljene vloge in odgovornosti (Goeschel, et al., 2010) in nekateri mislijo, da bolnišnice ne naredijo dovolj na področju preprečevanja bolnišničnih okužb (Moore, et al., 2010).

Wassenberg, et al., v raziskavi navaja, da je pri kratkoročni izolaciji psihično počutje boljše, se skrajševanja ležalne dobe, izvajanja hitrih postopkov in hitrih analiz dokazovanja mikroorganizmov, odpornih proti antibiotikom, ne sme uporabljati kot razloga za skrajševanje ležalne dobe pacientov v izolaciji (Wassenberg, et al., 2010).

Skupina za razvoj smernic WHO je na podlagi študij ugotovila, da so programi za obvladovanje in preprečevanje OPZ, ki jih izvajajo in vodijo za to usposobljeni strokovnjaki, učinkoviti pri zmanjševanju OPZ v akutnih zdravstvenih ustanovah.

Opredelila je vsebine, ki jih morajo zajemati programi za preprečevanje in obvladovanje OPZ: nadzor nad preprečevanjem in obvladovanjem OPZ in nadzor nad večkratno odpornimi mikroorganizmi (VOM); obvladovanje in preprečevanje OPZ in prenos VOM pri dejavnostih, v katere so vključeni pacienti, obiskovalci in zaposleni; razvoj smernic in standardov ter njihova uporaba v praksi; preprečevanje, prepoznavanje odziv na izbruh OPZ, pregled in ocena tveganja v času izbruha, predvsem ob izbruhu nalezljivih bolezni; izobraževanje in praktično usposabljanje zdravstvenih delavcev; vzdrževanje aseptičnih čistih postopkov; pregled in samoocenjevanje skladnosti izvajanja programov za preprečevanje in obvladovanje OPZ; zagotavljanje ustrezne opreme, pripomočkov ter ustrezne storitve, ki zagotavljajo preskrbo s pitno vodo, sanitarne objekte, prostor za zbiranje in odlaganje odpadkov; zagotavljanje, da oskrba pacientov poteka v čistem okolju z ustrezno infrastrukturo (WHO, 2016).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OKUŽBE, POVEZANE Z ZDRAVSTVOM

»Okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), so bolezni oz. patološke spremembe, do katerih je prišlo pri pacientovi izpostavitvi zdravstveni oskrbi. Sem spadajo bolnišnične okužbe (BO), okužbe pri pacientih v negovalnih ustanovah, v ustanovah za dolgotrajno oskrbo, okužbe pri pacientih, ki potrebujejo stalno ambulantno oskrbo (dializa, kemoterapija) ali stalno medicinsko oskrbo na domu» (Lejko Zupanc, 2013, p. 6). OPZ prizadenejo stotine milijonov ljudi po vsem svetu in vodijo do pomembno večje smrtnosti in finančnega bremena za zdravstvene sisteme. Od 100 hospitaliziranih pacientov dobi v razvitih državah kar sedem pacientov bolnišnično okužbo, v nerazvitih pa vsak deseti pacient. V razvitih državah so najpogostejše OPZ-okužbe sečil, v nerazvitih državah pa okužbe kirurških ran (Allegranzi, et al., 2011).

V drugi slovenski nacionalni raziskavi, izvedeni leta 2011, je na dan raziskave imelo najmanj eno BO 3,8 % pacientov, dodatnih 2,6 % pacientov, pa je bilo na dan raziskave še vedno zdravljenih zaradi BO, kar pomeni prevalenco BO 6,4 %. Od 358 pacientov z najmanj eno BO jih je velika večina (322) imela eno BO, 34 jih je imelo dve in dva pacienta tri. Najpogostejše so bile okužbe sečil (prevalenca 1,4 %) in pljučnica (prevalenca 1,3 %), sledile so okužbe kirurških ran (prevalenca 1,2 %). V ECDC so ocenili, da je bila prevalenca pacientov z najmanj eno BO na dan raziskave in tistih, ki so bili še zdravljeni zaradi BO na dan raziskave, v Evropi 6,0 % (Klavs, et al, 2013, p. 14)

Preprečevanje OPZ postaja pomemben del nacionalnih strategij v zdravstvu v številnih državah. Na to vsekakor vpliva tudi vse večje zavedanje pacientov in javnosti. Zavedamo se, da velik del OPZ lahko preprečimo že z upoštevanjem enostavnih pravil, ki jih morajo poznati vsi zdravstveni delavci (Lejko Zupanc, 2013).

V smernicah WHO je opredeljeno, da je v vsaki akutni zdravstveni ustanovi ključnega pomena za delovanje programa preprečevanja in obvladovanja OPZ strokovno usposobljeno osebje – na voljo mora biti minimalno ena diplomirana (višja) medicinska

sestra na 250 bolniških postelj. Po priporočilih je najbolj primerno, da je ena strokovno usposobljena oseba na 100 bolniških postelj zaradi zahtevnosti pacientov in za odgovornejše delo, ki zahteva tudi znanje na več strokovnih področjih. Pomembno je tudi, da imajo strokovnjaki za preprečevanje in obvladovanje OPZ kompetence za pregledovanje, dopolnjevanje navodil programa. Zdravstvena ustanova mora ustanoviti strokovno usposobljeno in za delo predano skupino, ki je v podporo strokovnjakom s področja preprečevanja in obvladovanja OPZ (WHO, 2016).

V Sloveniji je bila na Ministrstvu za zdravje (MZ) leta 2003 ustanovljena Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO), ki povezuje delo komisij za obvladovanje in preprečevanje OPZ (KOBO) v zdravstvenih zavodih in pripravlja navodila strokovnim direktorjem in vodjem komisij za obvladovanje in preprečevanje OPZ (Tomič, 2013). NAKOBO pripravlja navodila na podlagi priporočil za obvladovanje OPZ, ki jih je pripravila strokovna skupina na MZ in jih je nazadnje revidirala leta 2009. Dostopna so na spletnih straneh MZ. Na podlagi priporočil, Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo, morajo zdravstvene ustanove pripraviti programe za preprečevanje in obvladovanje OPZ (Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, 2009a). Prav tako so bile v okviru NAKOBO v letu 2005 pripravljena navodila za obvladovanje širjena proti meticilinu odpornega *Staphylococcus aureus*, ki jih je potrdil tudi razširjen strokovni kolegij (RSK) za infektologijo (NAKOBO, 2013).

WHO navaja, da morajo biti programi za preprečevanje in obvladovanje OPZ, v zdravstvenih organizacijah, usklajeni z nacionalnimi programi in povezani s programi javnega zdravja prebivalstva, lokalnimi, regionalnimi, nacionalnimi organi, predvsem za poročanje o nalezljivih boleznih in drugih nenavadnih dogodkih. V osnovnem naboru aktivnosti programa za obvladovanje in preprečevanje OPZ morajo biti: standardna oziroma kontaktna izolacija s higieno rok, uporaba osebne varovalne opreme, dekontaminacija in sterilizacija medicinskih pripomočkov, varno rokovanje s posteljnino in perilom, rokovanje z odpadki iz zdravstva, namestitvev pacientov, respiratorna higiena in higiena kašlja, čiščenje pacientove okolice, načela asepse, preprečevanje poškodb z

ostrimi predmeti in profilaksa ob izpostavljenosti poškodbi, izolacija v primeru okužb, prenosljivih iz zraka, aseptične tehnike in postopki v zdravstveni oskrbi pacientov. Skupina za pripravo smernic, WHO, je po skrbnem pregledu raziskav priporočila, da so smernice pripravljene na dokazih podprtih raziskav in da je njihova uporaba poleg izobraževanja in praktičnega usposabljanja zelo pomembna za zmanjševanje OPZ (WHO, 2016). Tudi Tomič (2013) v svojem prispevku navaja, da bi morali v Sloveniji – na nacionalni ravni – poskrbeti za enoten program, ki bi bil zdravstvenim ustanovam v oporo pri zmanjševanju nevarnosti za nastanek okužb, povezanih z zdravstvom.

2.2 KONTAKTNA IZOLACIJA

»Izolacija pomeni skupek ukrepov (higiena rok, osebna zaščita izvajalcev zdravstvene dejavnosti, način namestitve pacienta v bolniško sobo, čakalnico, ipd.), ki preprečuje prenos kužnih bolezni in širjenje kolonizacije z epidemiološko pomembnimi mikroorganizmi« (Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje, 2009b, p. 26).

Ukrepi kontaktne izolacije so namenjeni preprečevanju prenosa okužb, ki vključujejo tudi okužbe z večkrat odpornimi mikroorganizmi, ki se prenašajo z neposrednim ali posrednim stikom s pacientom ali z njegovo okolico. Za kontaktno izolacijo se priporoča enoposteljna soba (Siegel, et al., 2007). Tudi Skyman, et al. (2010), Abad, et al. (2010), Barratt, et al. (2010) v svojih študijah poudarjajo, da je izolacija koloniziranih ali okuženih pacientov v enoposteljni sobi primer dobre prakse preprečevanja prenosa okužb in ima lahko neugoden psihološki vpliv na paciente.

V smernicah WHO poudarjajo, da je pomemben prostor v izolacijski sobi: na oddelku mora biti razmik med posteljama 1 meter in v intenzivni enoti 2,5 metra. Sobe naj bi bile enoposteljne, z lastnimi sanitarijami in prho. Pomembno je, da so pacienti, nameščeni v izolacijsko sobo seznanjeni z okužbo in s tem, kako lahko sami pripomorejo k preprečevanju širjenja okužbe. Paciente v izolaciji ni dovoljeno premeščati in transportirati po bolnišnici, če res ni življenjsko nujno (WHO, 2016).

Siegel s sodelavci opozarja, da ni vedno možno zagotoviti enoposteljne sobe in takrat

potreben posvet strokovnjakov za bolnišnične okužbe, da pretehtajo možnost za kohortno namestitev ali namestitev v sobo, kjer pacienti niso v izolaciji. Odsvetuje se namestitev koloniziranih ob nekolonizirane paciente. Zdravstveno osebje, ki skrbi za paciente v izolaciji, mora nositi osebno varovalno opremo in jo obleči pred sobo ter sleči v sobi pred izhodom. Izolacijski ukrepi vključujejo ukrepe, ki veljajo za vse paciente, tiste s potrjeno in tiste z domnevno kolonizacijo ozirom okužbo. Izolacijski ukrepi so odvisni od pričakovane izpostavljenosti in vključujejo higieno rok, uporabo rokavic, plaščev, maske, zaščite za oči (Siegel, et al., 2007).

Poskrbeti je potrebno za opremo, pripomočke in pacientove osebne predmete, da se prepreči prenos mikroorganizmov saj so izolacijski ukrepi namenjeni zaščiti pacientov pred prenosom mikroorganizmov preko rok zdravstvenih delavcev ali opreme (Siegel, et al., 2007). Zato pripomočke v sobi uporablja samo en pacient in jih ne deli z drugimi (WHO, 2016).

2.3 OSEBNA VAROVALNA OPREMA

Osebna varovalna oprema je definirana kot oprema, ki je nujno potrebna osebi pri delu za preprečevanje tveganja za zdravje in za varnost (Royal College of Nursing, 2012). Osebna varovalna oprema se uporablja posamično ali v kompletu za zaščito sluznic, dihalnih poti, kože in obleke pred stikom s kužninami. Izbira vrste osebne varovalne opreme je odvisna od vrste kontakta s pacientom ali prenosa mikroorganizmov (Siegel, et al., 2007). V komplet osebne varovalne opreme sodita predpasnik in plašč, ki ščitita delovno obleko v primeru, ko obstaja možnost kontaminacije ob stiku s pacientom, stikom s pacientovo okolico, izločki in telesnimi tekočinami (Loveday, et al., 2014). Tudi rokavice so del osebne varovalne opreme in medtem, ko ščitijo kožo zdravstvenih delavcev pred kontaminacijo s krvjo, telesnimi tekočinami, izločki se zdravstveni delavci morajo zavedati, da namestitev rokavic ne nadomesti higiene rok (WHO, 2009, Loveday, et al., 2014). Osebna varovalna oprema v izolaciji mora biti na voljo v neomejeni količini in kadarkoli jo osebje potrebuje ter se uporablja samo pri enem pacientu za eno vrsto bolezni. Vsa osebna varovalna oprema mora biti kakovostna, dostopna na mestu uporabe, za enkratno uporabo, shranjena v čistem in suhem prostoru, dokler se je ne uporabi

(WHO, 2016).

Pomembno je poznavanje postopkov oblačenja in slačenja osebne varovalne opreme, saj se le tako lahko prepreči prenos na kožo uporabnika ali na njegova oblačila (Weston, et al., 2017). Tudi Loveday, et al. (2014) v svojem članku navaja, da sta zaščitni predpasnik in plašč čista v tisti točki, ko se ga namesti, in ga je treba uporabiti samo za enega pacienta ali eno vrsto negovalnega postopka.

Tudi pripomočki, aparati morajo biti v izolaciji za enkratno uporabo, enega pacienta ali pa morajo biti napisana jasna navodila za ponovno uporabo, čiščenje ter napisani standardi za dekontaminacijo in sterilizacijo pripomočkov (WHO, 2016).

2.4 HIGIENA ROK

»Higiena rok je temeljni ukrep za preprečevanje prenosa mikroorganizmov v zdravstveni dejavnosti in zajema umivanje, razkuževanje, uporabo rokavic in nego rok« (Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje, 2009c, p.17). Allegranzi & Pittet (2009) v svoji raziskavi navajata, da je higiena rok prepoznana kot eden najbolj pomembnih ukrepov za preprečevanje OPZ in ključnega pomena za motivacijo zaposlenih z dokazovanjem učinkovitosti higiene rok pri preprečevanju OPZ.

V bolnišnicah je treba dosledno izvajati higieno rok po navodilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) po načelih 5 trenutkov za higieno rok (WHO, 2016). Zelo pomemben je za promocijo higiene rok strukturiran pristop in je zato potrebno najprej zagotoviti dostopnost sredstev za higiensko umivanje in razkuževanje v kar je potrebno vključiti vodstvo bolnišnice (Kendall, et al., 2012).

Skupina za pripravo smernic WHO je poudarila, da je za vse zdravstvene ustanove treba opredeliti število umivalnih mest in njihova področja, torej tekoča voda, milo in brisače za enkratno uporabo ter ustrezno število dozirnikov z razkužili za roke. Na vsakem ključnem mestu, kjer se skrbi za paciente, mora biti nameščen dozirnik z razkužilom, da se lahko upošteva predpisana navodila 5 trenutkov za higieno rok in pa vsaj eno umivalno

mesto na deset bolniških postelj (WHO, 2016).

V smernicah WHO, o higieni rok, je opredeljena okolica zdravstvenega delavca in pacientova okolica in ta dva pojma morata biti pojasnjena, da je lahko prepoznati kritična mesta, kdaj si je treba razkužiti roke, kot opredeljuje SZO v 5 trenutkih za higieno rok. Pet trenutkov obsega: 1. Pred stikom s pacientom (pred dotikanjem pacienta ali njegove okolice, pred oblačenjem rokavic), 2. pred aseptičnimi čistimi posegi (pred oblačenjem rokavic, pred izvajanjem aseptičnih ali čistih posegov), 3. po možnem stiku s telesno tekočino (po odstranitvi rokavic, po stiku s katerokoli telesno tekočino, po prehodu iz nečistega dela v čisto), 4. po stiku s pacientom (po dotikanju pacienta) in 5. po stiku s pacientovo okolico (po dotikanju pacientove okolice, njegovih osebnih stvari in pripomočkov). V smernicah je opredeljena tudi uporaba medicinskih rokavic. Uporabljajo se, da zdravstveni delavci zmanjšajo tveganje na rokah ob stiku s telesnimi tekočinami (krvjo, slino, izločki ...) in da se zmanjša možnost za prenos večkrat odpornih mikroorganizmov z rok zdravstvenih delavcev na paciente in obratno ter s pacienta na pacienta. Tudi nakit je lahko vektor za prenos mikroorganizmov in lahko poškoduje osebno varovalno opremo, zato se odsvetuje nošenje v času negovanja pacientov. Prav tako niso dovoljeni lakirani ter dolgi nohti kot tudi nohti iz umetnih materialov (WHO, 2009).

Velika večina pacientov in svojcev meni, da je higiena rok zelo pomembna (Wu, et al., 2013; Duncan & Dealey, 2007) in je za njih tudi pomemben dejavnik, ko se odločajo, v kateri bolnišnici se bodo zdravili. Pittet, et al. (2011) navaja, da se je kar 85 % anketiranih pacientov počutilo zelo dobro, ko so prejeli alkoholno razkužilo in 59 % bi jih tudi želelo dobiti boljše informacije o izvajanju higiene rok.

Pomembnost higiene rok navaja Wu, et al. (2013) v svoji raziskavi, v kateri je, 89, 8 % anketiranih navedlo, da bi se počutili bolje, če bi vedeli, da so si zdravstveni delavci razkužili roke. Pacienti bi zdravstvene delavce opomnili na higieno rok, samo če bi vedeli, da bodo zdravstveni delavci to opominjanje spoštovali in sprejeli.

Znanje o higieni rok je v Sloveniji že doseglo zelo visok nivo, vendar še vedno ni zadostnega zavedanja o vrednosti doslednega izvajanja higiene rok v bolnišničnem okolju

(Prosen & Perme, 2013). Zato je pomembno zavedanje, da bodo na rokah zdravstvenih delavcev vedno njihove lastne bakterije ali bakterije, ki so jih zdravstveni delavci dobili ob izvajanju aktivnosti ob stiku s pripomočki, dotikanjem pacienta, opreme ali okolice pacienta (Royal College of Nursing, 2012).

2.5 PACIENTOVA OKOLICA IN OKOLICA ZDRAVSTVENEGA DELAVCA

WHO v smernicah opredeli, da je pacientova okolica cona, kjer je pacient in vse, kar je v njegovi najožji bližini, torej se on ali osebe zaradi njega tega dotakne in obsega posteljo, posteljne ograjice, tipke za upravljanje postelje, trapez, klicno napravo, mizica, omarica, zaslon, infuzijsko stojalo in drugo medicinsko opremo (WHO, 2016).

Čiščenje ima dve funkciji. Prva je nemikrobiološka in služi za izboljšanje ali obnovitev videza, ohranjanje delovanja in preprečevanje poslabšanja. Druga je mikrobiološka - za zmanjšanje števila mikrobov in snovi, ki podpirajo njihovo rast ali vplivajo na poznejšo dezinfekcijo ali sterilizacijo. Zmanjšanje števila mikroorganizmov na predmetu ali v okolju ne bi smelo le zmanjšati nevarnosti prisotnosti patogena, temveč bi moralo zmanjšati tveganje za okužbo ljudi, ki so v stiku s tem predmetom ali okoljem (Dancer, 2008).

Čistoča prostorov v zdravstvu je pomemben del varne oskrbe (Loveday, et al., 2014), zato je poseben poudarek namenjen čiščenju pacientove okolice in okolice zdravstvenega delavca ter rednemu vzdrževanju čistoče toaletnih prostorov, saj tudi s tem zmanjšujemo razmnoževanje odpornih mikroorganizmov (WHO, 2016). Slaba higiena okolja je lahko vzrok za prenos MRSA (Bellamy, 2008), ker soba, v kateri je bival pacient, koloniziran z MRSA, predstavlja tveganje za prenos na naslednjega pacienta (Otter, et al., 2011). Weber, et al. (2013) poudarja, da je dotik zdravstvenih delavcev s kontaminirano pacientovo okolico enak direktnemu stiku s pacientom, kar vodi k prenosu mikroorganizmov z rok ali rokavic zdravstvenih delavcev na druge paciente.

Da bi preprečili, predvsem pa obvladovali številne večkratno odporne mikroorganizme, medicinske sestre izvajajo nadzor okužb, povezanih z zdravstvom, prav zaradi pogostih stikov s pacienti in njihovih številnih priložnosti za prenos okužb (Richardson & Storr, 2010).

V bolnišničnem okolju ni dovoljeno pometanje zaradi dvigovanja prahu, v katerem so lahko spore, ki lahko prizadenejo osebe z oslabljenim imunskim sistemom. Ni dovoljena uporaba pršil, da se ne ustvarjajo aerosoli in potreben je tudi bakteriološki nadzor okolja (WHO, 2016).

2.6 ZNANJE ZAPOSLENIH

MRSA lahko širi osebje in zato je odgovornost vseh zdravstvenih delavcev, da pridobijo znanje o osnovnih ukrepih za preprečevanje oziroma obvladovanje okužb, oziroma prenos potencialno patogenih mikroorganizmov. Pomanjkanje znanja in informacij pri zaposlenih in pacientih ima lahko za paciente ter njihove svojce usodne posledice. Pacienti so navajali tudi, da je znanje zdravstvenih delavcev pomanjkljivo in da imajo pacienti včasih več znanja o prenosih MRSA in o osnovnih higienskih ukrepih (Andersson, et al., 2011). Medicinske sestre imajo zgolj teoretično znanje o OPZ, ki so ga pridobile tekom študija (Guillemin, et al., 2015).

Klinično znanje in strokovne smernice se ves čas razvijajo in zato morajo biti vodilni delavci, menedžment in zdravstveni delavci ves čas seznanjeni z novostmi s področja zakonodaje, smernic, standardov, ki vplivajo na varnost pacientov, klinično znanje in postopke dela v zdravstvenih ustanovah (Young, 2009; Goeschel, et al., 2010). Znanje pri medicinskih sestrah je bilo o širjenju okužb (MRSA in ESBL), mikrobioloških lastnostih in higienskih ukrepih zelo slabo (Lindberg, et al., 2011b). Da bi preprečili, predvsem pa obvladovali številne večkratno odporne mikroorganizme medicinske sestre izvajajo nadzor okužb povezanih z zdravstvom ravno zaradi pogostih stikov s pacienti in njihovih številnih priložnosti za prenos okužb (Richardson & Storr, 2010).

Lindberg je s sodelavci z vprašalnikom preverjal znanje (širjenje okužb, zdravljenje, mikrobiološke značilnosti, higienski ukrepi), vedenje (namerno obnašanje) in čustveni

odziv (razpoloženje, usposobljenost in strokovni pristop) medicinskih sester do pacientov, ki so bili kolonizirani z večkrat odpornimi bakterijami. Ugotovili so odstopanja na področju znanja, vedenja in čustvenega odziva do pacientov z večkrat odpornimi bakterijami. Kljub neznanju pa je osebje razumelo kako pomembno je dosledno upoštevanje preventivnih ukrepov. Potrebno je izboljšati znanje, vedenje in čustveni odziv med zdravstvenimi delavci in vodstvo je tisto, ki je za te izboljšave odgovorno (Lindberg, et al., 2011a).

Santiano s sodelavci v svoji raziskavi ugotavlja, da je samo 36 % vprašanih zdravstvenih delavcev ustrezno razložilo kaj pomeni kolonizacija in kaj okužba, medtem, ko se jih 89 % ni strinjalo s tem, da večkratno odporne bakterije ne ogrožajo zaposlenih. Samo 7 % vprašanih je menilo, da je pomembno, da zaposleni vedo ali ima pacient VOB. Kar 84 % zdravstvenih delavcev meni, da je zdravnik tisti, ki mora pacientom sporočiti, da so okuženi ali kolonizirani z večkratno odporno bakterijo in 36 % medicinskih sester bi seznanilo paciente s kolonizacijo. Med vprašanimi, ki tega ne bi izvedle je najpogostejši razlog prav neznanje o večkratno odpornih mikroorganizmih in to v 78 %. Samo 48 % je zdravstvenih delavcev, ki bi lahko sproščeno govorili s pacienti o tej temi. So pa zdravstveni delavci navedli, da je zelo pomembno, da paciente seznanijo z vrsto VOM, načini prenosa, dejavniki tveganja in preventivnih ukrepov. Dejavniki tveganja za prenos VOM, ki so jih izpostavili zdravstveni delavci so: nizka skladnost higiene rok, nizka skladnost izvajanja higiene okolja in prenos preko pripomočkov. Uživanje antibiotik kot vzrok za pridobitev okužbe so navedli v 56 % (Santiano, et al., 2014).

Znanje o večkrat odpornih mikroorganizmih in higienskih ukrepih mora biti na dokazih podprto in prioriteta vseh zdravnikov ter menedžmenta (Mamhidira, et al., 2011).

2.7 PACIENTI Z MRSA

Prisotnost MRSA, pri pacientih povzroča izoliranost in strah (Andersson, et al., 2011).

Skymayn je s sodelavci v svoji raziskavi navedel, da imajo, na Norveškem, pacienti v vstopu v zdravstveni sistem identifikacijsko kartico na kateri je zabeležena okužba ali

kolonizacija z MRSA. V raziskavi v kateri sta bili vključeni dve starostni skupini pacientov in je bila izvedena dvakrat in sicer leta 2004 in 2011 so ugotovili, da so pacienti kljub starosti prepričani, da so se okužili v bolnišnici in ne v domačem okolju. Pacienti so se zavedali da so, z uporabo kartice, zdravstvene delavce seznanili z okužbo in da so tako ravnali odgovorno kljub slabim občutkom, ki so jih imeli ob tem. Pacienti so v raziskavi leta 2004 poudarjali krivdo in sram medtem, ko so v raziskavi 2011 opisovali jezo in ponižanje ob nespoštovanju njihove zasebnosti. Zasebnost je osnovna pacientova pravica in zato nespoštovanje le te še bolj prizadene paciente. Zmotilo jih je šepetanje zdravstvenih delavcev in njihovo pomanjkljivo znanje o načinu prenosa MRSA. Pacienti so navajali, da jih zdravstveni delavci, kljub temu, da so videli zaznamek, da ima pacient MRSA, niso namestili v izolacijo kot to predpisujejo navodila v zdravstvenih ustanovah (Skymayn, et al., 2014).

Zelo pomembno je tudi učinkovito komuniciranje in zagotavljanje informacij pacientom, ki so v izolaciji (Abad, et al., 2010). Kot eno od ovir za učinkovito komunikacijo, pomanjkljivo znanje in razumevanje razlogov za izolacijo pri osebju in pacientih navajajo izogibanje prisotnosti osebja v izolacijskih enotah (Guillemin, et al., 2015). Zdravstveni delavci morajo pojasniti pacientom kakšna so njihova pričakovanja v času hospitalizacije in ob odpustu, da so pacienti manj zaskrbljeni. Tisti zdravstveni delavci, ki so informirali paciente o uporabi osebne varovalne opreme, načinih prenosa VOM in pomembnosti namestitve v enoposteljno sobo so bili psihično bolj pripravljeni. Potrebno je preveriti, da pacienti prejete informacije razumejo (Santiano, et al., 2014).

McLaughin s sodelavci v študiji navaja, da znanje in mnenje širše javnosti o MRSA kaže na to, da 24 % ljudi še ni slišalo za MRSA, 69 % jih je vedelo, da je MRSA bakterija, 50 % je bilo prepričanih, da uporaba antibiotikov poveča možnost za pridobitev MRSA, 40,2 % je menilo, da je MRSA prisotna kadar gre za resno okužbo in 81,2 % jih je vedelo, da je higiena rok pomemben preventivni ukrep. Četrtnina anketiranih meni, da bi prisotnost MRSA pri njih vplivala na samopodobo in da bi bili jezni, če bi se okužili. V primeru, da bi potrebovali več informacij pa bi jih kar 51 % poiskalo informacije na internetu (McLaughin, et al., 2008).

2.7.1 Doživljanje pacientov z MRSA

Trem četrtinam anketiranih žensk je večji strah povzročalo dejstvo, da bi prišle v stik z MRSA kot skrb zaradi operacije, anestezije in bolečine (Madea, et al., 2008). Pacienti kolonizacijo oziroma okužbo z MRSA doživljajo kot nesrečo, breme, kot da so umazani in da so zdaj oni tisti, ki s svojo prisotnostjo ogrožajo ostale paciente (Andersson, et al., 2011).

Torej pravilne informacije o MRSA in o mehanizmih prenosa MRSA lahko potencialno zmanjšajo škodljive posledice za paciente. Medicinske sestre po vsem svetu imajo pomembno vlogo pri izobraževanju osebja, pacientov in njihovih svojcev (Andersson, et al., 2011). Pacienti, ki so bili dobro informirani imajo tudi več znanja. Z znanjem, o okužbah povezanih z zdravstvom, pa narašča tudi prepoznavanje tveganj za okužbe (Abbate, et al., 2008). Zagotoviti je potrebno pravočasne informacije, pojasnila o izolacijskih ukrepih saj je to bistvenega pomena za njihovo psihično počutje. Za zmanjšanje škodljivih izkušenj o izolaciji je potrebno poskrbeti, da pacienti nimajo občutka, da so prikrajšani pri aktivnostih negovanja in zdravljenja (Barratt, et al., 2011).

Zdravstvenim delavcem predstavlja namestitev zaščitnega plašča in rokavic dodatno oviro za pogostejši vstop v izolacijo. Kljub redkejšim obiskom izolacij in krajši čas zadrževanja v njih pa ni bilo dokazano, da bi to imelo vpliv na izid zdravljenja pacientov. Žal se odpornost mikroorganizmov na antibiotike v zdravstvenih ustanovah veča in bo edino izolacija tista pomemben kontrolni ukrep obvladovanja OPZ. Večjo pozornost je potrebno nameniti spremljevalnim vplivom izolacijskih ukrepov in skrbno spremljati neželene učinke izolacije (Abad, et al., 2010).

Izolacija pacientom povzroča škodljive psihološke učinke, tesnobo, stres, depresijo. Izolacijski ukrepi pacientom predstavljajo osamljenost, dolgočasje, stigmatizacijo, frustracijo (Barratt, et al., 2011). Posledice izolacijskih ukrepov imajo negativni vpliv na pacientovo počutje, povečujejo depresivnost pri pacientih, anksioznost, strah in vplivajo na razpoloženje (Morgan, et al., 2009). Poleg tega pa izoliranost in izolacijski ukrepi privedejo do omejitev obiskov v sobi, slabšo oskrbo ter večje tveganje za pojav

nezaželenih dogodkov (Barratt, et al., 2011), negotovost pri pacientih, njihovo izgubo nadzora. Kljub temu, da je izolacija pomemben ukrep preprečevanja bolnišničnih okužb ima lahko negativen vpliv na pacientovo oskrbo, saj zdravstveni delavci manj pogosto in se krajši čas zadržujejo v izolaciji (Abad, et al., 2010). Čustvene priprave pacientov pred namestitvijo v izolacijo lahko zmanjšajo anksioznost pacientov. Zdravstveno vzgojno delo pacientom pomaga razumeti, da so izolacijski ukrepi za njih koristni in se z njimi lažje sprijaznijo. Kako pa so pacienti zadovoljni z bivanjem v izolaciji pa je odvisno tudi od tega kakšna je njihova komunikacija z zdravstvenimi delavci (Abad, et al., 2010). Pacienti navedejo poleg negativnih vidikov izolacijskih ukrepov tudi pozitivne kot mir v sobi, več zasebnosti, več časa za razmišljanje (Barratt, et al., 2011), enoposteljna soba, občutek varnosti, bolj natančni postopki čiščenja (Findik, et al., 2012). Za izboljšanje negativnih vidikov izolacije je potrebno vzpostaviti socialni kontakt zaposleni – pacient, zaposliti paciente, da se ne dolgočasijo, jim dati možnost izbire, možnost odločanja glede okolja kjer so nameščeni (Barratt, et al., 2011).

Kljub temu, da je znano kako ravnati v bolnišničnem okolju v primeru MRSA pa ni veliko znanega o tem kakšne izkušnje imajo pacienti z MRSA, koliko znanja imajo o MRSA in kako vpliva na pacientovo vsakdanje življenje (Criddle & Potter 2006; Lindberg, et al., 2009).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je spoznati, kako pacienti, kolonizirani z MRSA, doživljajo izolacijske ukrepe v bolnišnici, kolonizacijo z MRSA, odziv okolice na njihovo kolonizacijo z MRSA in kako v bolnišnici sprejemajo kolonizacijo z MRSA.

Cilji raziskovanja so:

1. Ugotoviti, kakšne so izkušnje pacientov s seznanitvijo, da so kolonizirani z MRSA.
2. Ugotoviti, kako doživljajo kolonizacijo z MRSA ob sprejemu v bolnišnico in v domačem okolju.
3. Pridobiti njihovo mnenje in izkušnje o izvajanju izolacijskih ukrepov v bolnišnici.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si šest raziskovalnih vprašanj.

1. Kako so bili pacienti seznanjeni s kolonizacijo z MRSA?
2. Kako so pacienti in njihovi najbližji sprejeli informacijo o kolonizaciji z MRSA?
3. Kakšno je znanje pacientov o prenosu MRSA in ukrepih, ki jih morajo izvajati v domačem okolju ter v bolnišničnem okolju?
4. Kako so pacienti doživljali sprejem v bolnišnico, sprejem na oddelek in namestitev v izolacijsko sobo?
5. Kako dosledno zaposleni izvajajo izolacijske ukrepe?
6. Kako pacienti, kolonizirani z MRSA, doživljajo zdravljenje in negovanje?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V empiričnem delu naloge smo uporabili kvalitativni pristop raziskovanja z interpretativno analizo besedila, pridobljeno z intervjuji s pacienti. Uporabili smo femenološko tradicijo. Opisna femenologija nam je omogočila vpogled v doživljanje

pacientov, oziroma kot navajata Polit & Tatano Beck (2010, p. 267), femnologija prikazuje navadne, zavestne izkušnje vsakdanjega življenja stvari, ki jih doživljajo ljudje (slišijo, vidijo, občutijo, se spominjajo, se odločajo, vrednotijo ali verujejo vanje).

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V pregledu znanstvene literature smo za iskanje podatkov uporabili podatkovne baze COBIB.SI, CINAHL, ERIC, PUB MED in MEDLINE. V slovenskem jeziku so bile uporabljene različne kombinacije naslednjih ključnih besed: pacienti z MRSA, pacienti v izolaciji, doživljanje pacientov, kolonizacija pacientov; v angleškem jeziku pa: isolation precautions in hospital, meticillin resistant *Staphylococcus aureus*, perceptions and experiences.

V CINAHL-u, kamor smo sočasno vključili tudi baze ERIC in MEDLINE, smo uporabili napredno iskanje, Boolov logični operator »and«, iskalne zahteve smo omejili še s »celotno besedilo«, angleški jezik in letnicama od 2010 do 2018. Najprej smo uporabili ključne besede »precautions in hospital« in nismo dobili ustreznih zadetkov. Ker smo iskali predvsem članke, ki se nanašajo na doživljanje pacientov in njihove izkušnje v bolnišnici, smo poskusili še s ključnimi besedami »healthcare associated infections«, kjer smo dobili 952 zadetkov in uporabili Boolov logični operator »and« ter dodali AND perceptions and experiences«, kar je dalo 4 zadetke, ki niso bili ustrezni. Nato smo razširili iskanje med letnicama od 2008 do 2018 ter enake ključne besede. Dobili smo 18 zadetkov in po pregledu 3 članke izbrali za primerne. Iskanje smo nadaljevali v bazi PUB MED in uporabili enake ključne besede ter enake omejitve in nismo dobili ustreznih zadetkov.

Nato smo ključne besede vpisali še v bazo Science Direct. Vpisali smo ključne besede »healthcare-associated infection and the patient experiences« ter dobili 30.087 zadetkov in iskalne zahteve nato omejili z letnicama od 2008 do 2018 ter z objavo v Journal of Hospital Infection ter dobili 407 zadetkov. Ko smo iskalne zahteve omejili še na pregledne in raziskovalne članke, smo dobili 254 zadetkov. Nato smo v ključne besede dodali še »MRSA«, torej »healthcare-associated infection MRSA and the patient

experiences« in dobili 87 zadetkov. Z enakimi omejitvami smo vpisali še ključne besede »experiences and understandings of colonisation with MRSA« in »patient experiences of being infected with MRSA« in »patients knowledge, sources of information and perceptions about MRSA«.

Literaturo smo pregledovali v obdobju od junija 2016 do februarja 2018. V podatkovnih bazah smo pridobili 229 zadetkov. Zadetke smo podrobneje pogledali in uporabili 47 zadetkov.

V bazi COBIB.SI smo uporabili osnovno iskanje, kjer smo poizvedovali s ključnimi besedami »pacienti z MRSA« in dobili 2 zadetka. Nadaljevali smo z besedno zvezo »pacienti v izolaciji« in dobili 11 zadetkov ter iskali besedno zvezo »doživljanje pacientov z MRSA«, kar nam ni dalo zadetkov. Poskusili smo tudi z besedno zvezo »kolonizacija pacientov« in dobili 2 zadetka. Zaradi majhnega števila ustreznih zadetkov drugih omejitev in filtrov nismo uporabili, niti nismo iskanja omejili po letnicah.

V empiričnem delu naloge smo uporabili kvalitativni pristop raziskovanja. Kvalitativna metoda raziskovanja je bila za vsebino raziskovanja najbolj primerna. Želeli smo čim bolj podrobne opise doživljanja pacientov, koloniziranih oziroma z MRSA, s katerimi smo lahko odgovorili na postavljena raziskovalna vprašanja. Opisov ne moremo posplošiti na celotno populacijo.

Kvalitativna metodologija nam omogoča zbiranje vsebinsko bogatih opisov ljudi, da lahko spoznamo poglede proučevanih oseb ter podatke besedno obdelamo in ugotovitve povežemo v koncept oz. utemeljeno teorijo, ki je kontekstualno vezana (Vogrinc, 2008). Uporabili smo metodo polstrukturiranega intervjuja, ki nam je omogočila individualen pristop k intervjuvanim. Z intervjujem včasih pridemo tudi do podatkov, ki jih ne pričakujemo. Za intervju je značilno, da je bogat vir podatkov in omogoča, da pojav preučimo poglobljeno z individualnim in neposrednim pogovorom med dvema osebama (Vogrinc, 2008).

Cilj kvalitativne raziskave ni iskanje ugotovitev, ki bi jih lahko posplošili na celotno

populacijo ampak gre za celostno spoznavanje skupine posameznikov. Zato smo izbrali namenski vzorec.

Zagotavljali smo zasebnost intervjuvancev in zaupnost podatkov, posredovanih s strani intervjuvanih. Pozorni smo bili tudi na čustvene odzive intervjuvancev ter se trudili, da s svojo prisotnostjo ne vplivamo na odgovore. Intervjuvanci so imeli možnost podati odgovore s svojimi besednimi opisi in jih v času pripovedovanja nismo prekinjali.

Raziskovalec se mora zavedati, da s svojo prisotnostjo v raziskavi vpliva na dogajanje, ki ga opazuje (Vogrinc, 2008).

3.3.2 Opis merskega instrumenta

V kvalitativnem delu raziskave smo uporabili metodo polstrukturiranega intervjuja s predlaganimi vsebinami: (1) seznanjenost pacientov z MRSA kolonizacijo; (2) pacientovo doživljanje izolacijskih ukrepov v bolnišnici; (3) prepoznavanje ustreznega vedenja pri zaposlenih, ob delu v izolacijski enoti; (4) izkušnje pacientov s sprejetjem na oddelku. Intervjuvali smo z metodo poglobljenih individualnih intervjujev.

Na podlagi pregleda literature (Lindberg, et al., 2009, Gould, et.al., 2009, Andersson, et al., 2011) smo oblikovali vprašanja, ki so služila kot vodilo za izvedbo intervjuja (priloga 6.1). Vodilo je vsebovalo 11 splošnih, nesugestivnih vprašanj. Vprašanja si v intervjuju niso vedno sledila v enakem vrstnem redu, nekaterim pacientom pa smo morali zastaviti tudi podvprašanja.

3.3.3 Opis vzorca

Izvedli smo namensko, homogeno vzorčenje. Pred intervjujem smo pridobili osebne podatke o pacientovi starosti, kolonizaciji z MRSA in pacientove sposobnosti sodelovanja v intervjuju. Izvedli smo deset intervjujev, ki so skupaj trajali 3 ure in 17 minut. Povprečna dolžina intervjuja je bila 19 minut.

Intervjuvali smo odrasle osebe, ki so bile kolonizirane z MRSA in so bile nameščene v izolacijski enoti v Splošni bolnišnici Jesenice. Povprečna starost intervjuvancev je bila 67 let; njihova starost se je gibala od 46 let do 85 let; intervjuvali smo 4 ženske in 6 moških. Od desetih intervjuvanih jih devet živi s partnerjem. Vsi intervjuvani bivajo v hiši in vsi imajo stike z mlajšimi osebami (otroci), vnuki ali nečaki. Od desetih intervjuvanih jih je osem v pokoju, dva pa sta v aktivnem delovnem razmerju.

K vsakemu intervjuvancu smo pristopili osebno, ga seznanili s potekom raziskave in ga povabili k sodelovanju. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno. Pred intervjujem je vsak intervjuvanec podpisal izjavo, da prostovoljno privoli vključitev v raziskavo in da je seznanjen tudi s tem, da se bodo intervjuji snemali ter da se bodo nato izdelali transkripti. Privolitve so shranjene pri raziskovalcu. Intervjuvanci so izražali lastno mnenje in opisovali svoje izkušnje. Intervjuvancev pri izpovedovanju nismo časovno omejevali.

Podrobnih podatkov o intervjuvancih nismo navedli (starost posameznika, diagnoze, kraja bivanja), ker smo tako ohranili anonimnost vključenih v intervju.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Jesenice, na kirurškem in internističnem oddelku, za kar smo pridobili privoljenje Etične komisije za raziskovanje v Splošni bolnišnici Jesenice. Intervjuje smo izvajali v januarju in februarju 2018. Na podlagi pregleda literature smo pripravili vodilo za intervju, ki je vsebovalo splošna vprašanja. Izogibali smo se specifičnim, sugestivnim vprašanjem. Intervjuvali smo paciente, kolonizirane z MRSA, v času intervjuja hospitalizirane v SBJ.

Stik z intervjuvanci smo izvedli v bolniški sobi, v času pred prihodom obiskovalcev, torej med 13. in 14. uro. Pred začetkom izvajanja intervjujev smo imeli osebni stik z dvema intervjuvancema, vendar nas, ob začetku izvajanja intervjuja nista prepoznala. To je razvidno iz podatkov, ki so jih navajali, verjetno zaradi ne-uniformiranosti v času izvajanja intervjujev. V času izvajanja intervjujev nihče drug ni bil prisoten v sobi in tudi

nihče ni zmotil poteka intervjuja z morebitnim vstopom v sobo. Osem intervjuvancev je bilo v času intervjuja v bolniški postelji, v polsedečem položaju, dva intervjuvanca pa sta v času intervjuja sedela na stolu ob mizi. Intervjuje smo snemali s snemalnikom zvoka. Interpretacija podatkov, zbranih s polstrukturiranimi intervjuji s pacienti, koloniziranimi z MRSA, je bila izvedena z večfaznim pristopom kvalitativne vsebinske analize besedila. V prvi fazi analize zbranih podatkov smo zvočne posnetke intervjujev preoblikovali v tekstovno gradivo. Zvočne posnetke smo prepisali (transkripcija). Pri tem smo bili pozorni, da nismo posegali v vsebinsko bistvo zvočnega zapisa ali izraženega mnenja intervjuvancev. Ponekod smo v oklepajih zapisali tudi neverbalni odziv intervjuvanca na zastavljeno vprašanje: pogleda snemalnik, počaka (P. M.) ali pokaže na podpazduho (E. L.). Besedilo smo večkrat prebrali.

V drugi fazi analize podatkov smo transkripte vseh intervjujev vnesli v kodirno tabelo (Priloga 6.2.1). V kodirno tabelo smo v posamezno vrstico vnesli vprašanje in nato odgovore vseh intervjuvancev na zastavljeno vprašanje. Te zapise smo naredili v knjižnem jeziku, da smo zagotovili anonimnost intervjuvanih in s tem nismo posegali v vsebinsko bistvo že prej zapisanega. Pri tem smo odgovore intervjuvancev razdelili na vsebinske teme, ki so neposredno povezane z raziskovalnimi cilji: (1) seznanjenost pacientov s kolonizacijo MRSA; (2) sprejemanje informacij o kolonizaciji MRSA; (3) Znanje pacientov o prenosu MRSA in preventivnih ukrepih; (4) doživljanje sprejema v bolnišnico, na oddelek in namestitev v izolacijsko sobo; (5) dosledno izvajanje izolacijskih ukrepov s strani zdravstvenega osebja; (6) doživljanje zdravljenja in negovanja.

Vprašanja, ki smo jih zastavili intervjuvancem, so glede na raziskovalna vprašanja razvrščena sledeče:

1RV: Kako so bili pacienti seznanjeni s kolonizacijo MRSA?

Za prvo raziskovalno vprašanje so odgovori zbrani s prvim usmeritvenim vprašanjem v protokolu intervjuja: Kdo, kje in kako so vas seznanili s kolonizacijo z MRSA?

2RV: Kako so pacienti in njihovi najbližji sprejeli informacijo o kolonizaciji MRSA?

Za drugo raziskovalno vprašanje smo odgovore zbirali z drugim in tretjim ter petim vprašanjem v protokolu intervjuja: Kako ste se počutili, ko ste izvedeli, da imate MRSA

in kako ste to doživljali? Kako je prisotnost bakterije vplivala na vaše življenje? Kako so informacijo sprejeli vaši domači, prijatelji in kako so se počutili?

3RV: Kakšno je znanje pacientov o prenosu MRSA in ukrepih, ki jih morajo izvajati v domačem in bolnišničnem okolju?

Za tretje raziskovalno vprašanje smo odgovore zbirali s četrtem in sedmim vprašanjem v protokolu intervjuja: Ali veste, kako se prenaša bakterija? Ali so vas poučili o ukrepih, ki jih morate izvajati v bolnišnici?

4RV: Kako so pacienti doživljali sprejem v bolnišnico, sprejem na oddelek in namestitev v izolacijsko sobo?

Za četrto raziskovalno vprašanje smo odgovore zbirali s šestim, devetim in desetim vprašanjem v protokolu intervjuja: Kako se počutite, ko ste v bolnišnici, v izolaciji? Kako to doživljate? Bi v svoji obravnavi v bolnišnici karkoli spremenili? Vas je kaj zmotilo? In kako je potekal sprejem v bolnišnico?

5RV: Kako dosledno zaposleni izvajajo izolacijske ukrepe?

Za peto raziskovalno vprašanje smo odgovore zbirali z osmim vprašanjem v protokolu intervjuja: Ali zaposleni izvajajo kakšne posebne ukrepe, ko so v vaši bolniški sobi? Menite, da imajo dovolj znanja?

6RV: Kako pacienti, kolonizirani z MRSA, doživljajo zdravljenje in negovanje?

Za šesto raziskovalno vprašanje smo odgovore zbirali z enajstim vprašanjem v protokolu intervjuja: Ali ste imeli kdaj občutek, da zaradi tega, ker imate bakterijo, z vami ravnajo drugače?

V tretji fazi kvalitativne vsebinske analize smo zbrane podatke odprto kodirali. Odgovorom intervjuvancev smo, z nevihto možganov, sprva pripisovali pojme (drugi ali sredinski stolpec v kodirni tabeli) in kot navaja Mesec & Lamovec (1998) so pojmi osnovna enota analize in je iz njih zgrajena teorija.

Pojmom smo v drugem delu odprtega kodiranja določali kategorije (skrajno desni stolpec v kodirni tabeli), ki jih Mesec & Lamovec navajata kot bolj abstraktne kot pojme in tudi, da je to postopek, pri katerem se skupini sorodnih pojmov določi nadpomenka ali »skupni imenovalec« – kategorija (Mesec & Lamovec, 1998).

V določenih delih smo interpretacijo podatkov podkrepili tudi s citati intervjuvancev. Citatov smo se posluževali v primerih, ko smo želeli dodatno podkrepiti svoje ugotovitve ali sodbe, ki jih Mesec & Lamovec (1998) navaja kot trditve o posplošenih odnosih med določeno kategorijo in njenimi pojmi ter med različnimi kategorijami.

V četrti fazi kvalitativne vsebinske analize smo izvedli selektivno kodiranje. Izbrane kategorije smo primerjali med seboj, jih povezali in jim določili mesto znotraj paradigmskega modela (Priloga 6.3). Nato smo izbrane kategorije, v paradigmskem modelu, razporedili v vzročno-posledično zaporedje. V paradigmskem modelu so temeljne kategorije, ki so neposredno vezane na teme oz. raziskovalna vprašanja, označene z zelenimi kvadrati in odnose med njimi označujejo zelene puščice. Kategorije v paradigmskem modelu, so označene z modro barvo ter predstavljajo kategorije na drugem nivoju. Z njimi neposredno odgovarjamo na raziskovalna vprašanja in s tem posledično tudi najbolj jasno pojasnjujemo raziskovalni problem. Kategorije, ki so v tretjem nivoju so kategorije, ki so v paradigmskem modelu zapisane v okencu sive barve. Z njimi pojasnjujemo odnose znotraj posameznih kategorij drugega nivoja in tudi odnose med njimi. Najbolj oddaljene od raziskovalnega problema so kategorije tretjega nivoja vendar jih vključimo v paradigmski model zato, da je razumevanje preučevanega problema še bolj celostno in poglobljeno. So tisti elementi, ki najbolj podrobno opisujejo oziroma pojasnijo raziskovalni problem.

Po oblikovanem paradigmskem modelu je sledila zadnja faza v kateri smo oblikovali končno teorijo oziroma obrazložili podatke (Mesec & Lamovec, 1998). Glavni cilj kvalitativne vsebinske analize je bilo oblikovanje osnutkov in razlage, to je predstavitve podatkov, ki se berejo kot pripoved o doživljanju pacientov, ki so kolonizirani z MRSA. Tako smo pripravili pojasnitve oziroma lastno teoretično formulacijo razumevanja raziskovalnega problema. Ugotovitev raziskave ne moremo posploševati na vse paciente kolonizirane MRSA in tudi nismo želeli posploševati ampak razumeti kako pacienti doživljajo stanje v katerem so se znašli.

Vsem intervjuvancem smo ponudili zapisano besedilo v branje, trije intervjuvanci so svoj zapis prebrali in potrdili, da je enak zvočnemu posnetku ter izpovedi, ki so jo podali.

Zanesljivost in veljavnost naše kvalitativne raziskave smo zagotavljali z doslednim upoštevanjem raziskovalnega načrta. To smo potrdili z razlago izbora metode zbiranja podatkov in metode namenskega vzorčenja. Prav tako smo zanesljivost in veljavnost zagotavljali z oblikovanjem nesugestivnih, nedvomljivih vprašanj v vodilu za intervju. Če bi bila vprašanja dvoumna, bi bilo to razvidno v odgovorih intervjuvancev. Zaradi neustreznih vprašanj lahko prihaja do napak, pomanjkljivih in napačnih odgovorov in napačne razlage rezultatov raziskave (Lamut & Macur, 2012).

Pred izvedbo intervjuja smo intervjuvance seznanili z vsebinskimi temami, ki so v izvedbo intervjuja vnesli dodatno strukturiranost in jasnost. Vprašanja v vodilu za intervju so se ujemala s postavljenimi raziskovalnimi vprašanji in cilji kvalitativne raziskave, s čimer smo zagotavljali veljavnost raziskave. Vprašanja so intervjuvancem omogočala podajanje podrobnih opisov.

Kot raziskovalec smo skušali ostati distancirani od raziskovalnega problema, čeprav smo dobro poznali problematiko. Kumar (2011) opisuje, da ne smemo spregledati dejstva, da gre za človeško interakcijo in je zato naivno pričakovati, da raziskovalec ne bo imel nobenega vpliva na intervjuvanca in obratno. Da je bil vpliv na intervjuvance manjši, smo uporabili delno strukturiran intervju, ki je predstavljal okvir intervjuja. Vrstni red vprašanj se je med samim intervjujem spreminjal glede na znanje, izkušnje in odzivanje intervjuvancev. Tako smo zagotovili tudi fleksibilnost intervjuja. Med izvajanjem intervjujev smo bili pozorni tudi na neverbalno komunikacijo in večjih nihanj v razpoloženju intervjuvanih nismo zaznali. Tudi Kumar (2011) opozarja, da lahko na zanesljivost in veljavnost podatkov vpliva tudi razpoloženje intervjuvancev.

3.4 REZULTATI

Interpretacija podatkov je bila izvedena z večfaznim pristopom kvalitativne vsebinske analize besedila. Odgovore intervjuvancev smo razdelili na šest vsebinskih tem: (1) seznanjenost pacientov s kolonizacijo MRSA; (2) sprejemanje informacij o kolonizaciji MRSA; (3) Znanje pacientov o prenosu MRSA in preventivnih ukrepih; (4) doživljanje sprejema v bolnišnico, na oddelek in namestitev v izolacijsko sobo; (5) dosledno izvajanje

izolacijskih ukrepov s strani zdravstvenega osebja; (6) doživljanje zdravljenja in negovanja, ki so neposredno povezane z raziskovalnimi cilji. Zbrane podatke smo odprto kodirali in odgovorom intervjuvancev pripisali pojme. Pojmom smo v drugem delu odprtega kodiranja določili kategorije. V odnosu do raziskovalnih vprašanj smo določili relevantne kategorije, jih primerjali in povezali tako, da smo jim določili mesto znotraj paradigmskega modela oziroma jih razporedili v vzročno-posledično zaporedje.

3.4.1 Seznanjenost pacientov s kolonizacijo MRSA

Vse intervjuvane paciente je s kolonizacijo z MRSA seznanilo zdravstveno osebje. Večina intervjuvancev omenja, da jih je zdravstveno osebje seznanilo s kolonizacijo po odvzemu brisa in z izolacijo od drugih pacientov.

Sedem intervjuvancev omenja, da jih je s kolonizacijo seznanila medicinska sestra v bolnišnici, dva intervjuvanca sta bila seznanjena s kolonizacijo tako s strani medicinske sestre kot zdravnika, pri treh intervjuvancih pa je pojasnilno dolžnost opravil zdravnik. Samo en intervjuvanec je izrazil nezadovoljstvo glede načina seznanjanja s kolonizacijo MRSA. Izpostavil je, da mu zdravnik ni podal ustreznih in prepričljivih informacij o načinih preprečevanja prenosa na družinske člane. Intervjuvanec je tudi večkrat izrazil nezadovoljstvo in zgroženost nad dejstvom, da se je z MRSA koloniziral v bolnišnici. Po njegovem mnenju: »Bolnišnica je ustanova, ki zdravi ljudi, ne pa, da jih tukaj zmrcvari, kot so mene. To se mi je nekako vse skupaj zamerilo. Jazen sem bil, zelo, da se to lahko zgodi v bolnišnici. Prizadelo me je. Tisti zdravnik pa tudi ni nič vedel povedati, kako naprej.« (H. J. S.). Drugih devet intervjuvancev ali ne omenja strokovnosti odnosa zdravstvenega osebja pri seznanjanju s kolonizacijo ali pa izpostavijo korektnost in jasnost pojasnjevanja razlogov kolonizacije in načine preprečevanja kolonizacije na družinske člane in bližnje. Kot omenja intervjuvanka: »Sestra s svetlimi lasmi je prišla. Z okužbami se ukvarja in mi je razložila, kako in kaj, kako se znebiti tega. Ne vem, kako bi mi lahko še drugače povedali, kot mi je ta medicinska sestra. Še otrok bi razumel. Res zelo korektno. Sploh nimam besed. Ne vem, ali so do vseh pacientov takšni, potem kapo dol, res. Mene so navdušili. Res so me, ne vem, kako je z drugimi pacienti, mene so res.« (E. L.)

Sedem intervjuvancev se je z MRSA koloniziralo v času hospitalizacije, od tega en intervjuvanec (Č. R.) ne ve, v kateri bolnišnici se je koloniziral, saj je bil hospitaliziran v treh bolnišnicah. Dvema intervjuvancema izvor kolonizacije ni znan oziroma ga eksplicitno ne navajata. En intervjuvanec se je z bakterijo MRSA koloniziral v domačem okolju, saj se doma ukvarjajo z vzrejo prašičev (B. M.). Enemu intervjuvancu izvor kolonizacije ni pomemben.

3.4.2 Sprejemanje informacije o kolonizaciji MRSA

Ob seznanitvi s kolonizacijo so vsi intervjuvanci doživljali negativna čustvena stanja. Najpogosteje so izpostavili občutek žalosti, jeze, razočaranja in strahu. Ta negativna čustvena stanja so bila pri intervjuvancih povezana s tem, da: 1.- so se kolonizirali z MRSA v bolnišničnih prostorih (razočaranje, jeza, žalost) ali 2.- »Že tako imam veliko stvari za seboj, zdaj še to.« (D. Š.).

Strah pacientov je bil pogojen z dvema momentoma. Po eni strani je bilo intervjuvance strah odziva njihovih svojcev in nevarnosti, da bi jih kolonizirali, še posebej dojenčka (S. P.) oziroma vnukov (Č. R.). Po drugi strani so se intervjuvanci bali tudi vpliva kolonizacije na njihovo trenutno zdravstveno stanje. To še posebej omenja intervjuvanka E. L., ki čaka na presaditev kostnega mozga. Intervjuvanci omenjajo tudi negativna čustva ob spoznanju kolonizacije, kot so: presenečenje, občutek krivde (» /.../ da imam zdaj to bakterijo« (P. M.)), sramu (»Občutek imaš, da te vsak tako pogleda, ne vem, kot bi imela nekaj takega nesprejemljivega.« (B. H.)) in slabega počutja oziroma obremenjevanja zaradi popolne izolacije v bolnišnici.

Intervjuvanci so bili ob seznanitvi s kolonizacijo z MRSA zaskrbljeni predvsem zaradi vpliva kolonizacije z MRSA na njihovo zdravstveno stanje in nevarnosti kolonizacije njihovih družinskih članov z bakterijo. Zato so poleg prejetih informacij o kolonizaciji s strani zdravstvenega osebja tudi samoiniciativno (na spletu) iskali dodatne informacije o načinih kolonizacije z bakterijo, načinih zdravljenja kolonizacije in preventivnih ukrepih za preprečevanje kolonizacije drugih. Sprejemanje kolonizacije z MRSA je bilo pri

intervjuvancih postopno in povezano z osvojitvijo rutine izvajanja preventivnih ukrepov za preprečevanje okužbe oseb v njihovi neposredni bližini.

Odzivi in doživljanje kolonizacije intervjuvancev z MRSA so bili s strani njihovih družinskih članov različni. Šest intervjuvancev omenja, da je bil odziv njihovih bližnjih zaznan kot zaskrbljenost in/ali strah pred kolonizacijo z bakterijo MRSA. Predvsem jih je skrbelo, da se z bakterijo ne bi okužili mlajši družinski člani (otroci oziroma vnuki), ki jih imajo intervjuvanci dnevno ali občasno v varstvu. Poleg strahu pred kolonizacijo mlajših družinskih članov intervjuvanci poročajo o presenečenosti bližnjih nad dejstvom, da so se intervjuvanci z bakterijo kolonizirali v bolnišnici. Omenjajo tudi, da so bili njihovi družinski člani zaskrbljeni, da se ne bi tudi sami kolonizirali z bakterijo in da se zdravstveno stanje intervjuvanca ne bi poslabšalo zaradi bakterije (npr. nevarnost okužbe srčnega spodbujevalnika). Nekateri družinski člani so zato poiskali dodatno strokovno razlago pri medicinskih sestrah ali osebnem zdravniku. Strah in zaskrbljenost družinskih članov sta se postopno razblinila z rednim in doslednim upoštevanjem kontaktnih izolacijskih ukrepov oziroma z načini preprečevanja kolonizacije družinskih članov pacientov.

»Ja ženo je malo skrbelo, trudimo se živeti čim bolj normalno. Nekaj stvari upoštevamo. Živimo v hiši, tako da imam jaz svoje sanitarije, svojo kopalnico, svojo sobo. Žena pere ločeno moje stvari in nimamo direktnega stika. V hiši je še ženina sestra in njena vnukinja. Če pridejo gor k nam, ne gredo v mojo kopalnico.« (D.Š.)

»Domačim sem povedala, da je to prisotno v bolnišnicah. Najprej so se malo začudili, skrbelo jih je. Jaz sem postopke higiene izvajala tudi doma. Potem so sprejeli povsem normalno, da je potrebno preoblačenje in tuširanje. Midva z možem sva sama. Imam pa vnuke in zdaj, ko so bili na počitnicah, sem opazila, kako so otroci navajeni umivanja rok. V vrtcu jih učijo. Tako so si tudi znali razkužiti roke in zanje to ni bil bav bav.« (B. H.)

Po drugi strani nekateri intervjuvanci omenjajo, da so družinski člani njihovo kolonizacijo z bakterijo sprejeli brez pretirane zaskrbljenosti ali strahu.

»Nič niso komplicirali. Doma so vsi dosledni, natančni. Pazimo. Doma imam vse svoje pripomočke in jih ne uporablja nihče drug. Imam svoje brisače in posteljnino. Edino žena je ves čas z menoj. Ona bi lahko dobila bakterijo. Enkrat se je že testirala, pa nima bakterije.« (S. P.)

»Nič niso odreagirali, ko sem jim povedal. Nihče se nič ne sekira, ne obremenjuje in prav nič ni drugače kot prej. Stikov mi niso omejili.« (S. R.)

»Niso razumeli, kaj to je. Potem so domači rekli: 'Zdaj ko to imaš, pač nimaš kaj. Se bomo vsi bolj pazili, tudi razkuževali.' Doma me niso izolirali in mi niso preprečili stikov z vnuki. Jaz sem se pazila tudi pri vnukih. Pogosteje sem si razkužila roke, če sem pripravljala kaj za njih, recimo hrano.« (Č. R.)

Le dva intervjuvanca omenjata, da so se družinski odnosi zaradi njune kolonizacije z bakterijo MRSA omejili. Omenjata, da jih družinski člani obiskujejo redkeje, še posebej mlajši družinski člani. Poleg tega ju moti omejevanje neposrednega stika (objemanje, neposredni telesni stiki) med družinskimi člani. Ali kot spremembo (upad kakovosti) družinskega življenja opišeta intervjuvanca:

»Edino to mi je hudo, da se z vnukom ne moreva objeti (obriše solze), vendar vem, da bo enkrat tudi to mimo in ga bom ponovno lahko objela (obriše solze in za trenutek počaka). Ko pride k meni, mu takoj rečem, naj me ne objema, osem let je star, razume in zelo priden je, res mi je hudo zaradi tega.« (E. J.)

»Najprej je moja hči najbolj skrbelo zaradi otrok. To me je najbolj bolelo. Da ne bi več videla vnukov.« (F. S.)

Dva intervjuvanca omenjata, da se od kolonizacije z bakterijo strižeta doma, k frizerju ne hodita. En od njiju hodi na pedikuro v izbrani kozmetični salon, saj je v njem zaposlena medicinska sestra in pozna načine preprečevanja kolonizacije. Večina intervjuvancev se namreč obremenjuje z mislijo, da bi kolonizirali osebe, s katerimi prihajajo v stik. Tako tudi dva intervjuvanca (B. M. in B. H.) omenjata, da je prisotnost bakterije na njihovi življenji vplivala kot (dodatna) obremenitev oziroma stres prav zaradi upoštevanja

ukrepov preprečevanja kolonizacije (ločenost osebnih pripomočkov, sanitarij) kot tudi obstoja nevarnosti poslabšanja njihovega zdravstvenega stanja.

Drugi intervjuvanci ne omenjajo, da bi bili zaradi kolonizacije izolirani oziroma bi se manj pogosto družili z družinskimi člani, kot tudi ne omenjajo bistvenih sprememb v svojih življenjih zaradi kolonizacije z bakterijo MRSA.

»Doma se še naprej pazi in okoli tega ne delava nekih težav. Če si dosleden pri higieni, potem ni težav. Stikov z drugimi nimam, da ne bodo dobili od mene.« (S. P.)

»Pravzaprav nič kaj dosti ni drugače. Izogibam se družbi, da se ne dotikam ljudi, to je tudi vse.« (S. R.)

3.4.3 Znanje pacientov o prenosu MRSA in preventivnih ukrepih

Odgovori intervjuvancev o njihovi informiranosti glede prenosa bakterije nakazujejo na delno poučenost ali negotovost intervjuvancev glede prenosa. Večina intervjuvancev omenja, da se bakterija lahko prenaša z neposrednim stikom – dotikom. Pri tem predvsem izpostavijo dotik z rokami:

»Mislim, da se prenaša na stranišču, še najpogosteje z blatom. Pa tudi z rokami. Roke so vedno problem, pri vseh prehladih.« (S. R.)

»Ja, s krvjo, ali ne? Pa s kožo. No, prek kože. Z direktnim kontaktom. Z rokami, zato moramo v vsakem stranišču roke razkužiti.« (D. Š.)»V bistvu se z dotikom. No ne direktno, če se jaz zdaj nekoga dotikam. Moraš si razkuževati roke /.../« (Č. R.)

»Ja, z rokami se prenaša, z rokami. Vse je v naših rokah.« (B. H.)

»Ja, z rokami se prenaša. Kontakti z drugimi ljudmi so problematični.« (P. M.)

Ob izpostavljanju prenosa bakterije z dotikom rok intervjuvanci izpostavijo pomembnost rednega upoštevanja in izvajanja higiene rok. Omenjajo, da uporabljajo različna

razkuževalna sredstva tako za roke kot tudi v svojih sanitarijah. Dva intervjuvanca sta izpostavila še morebitni prenos bakterije s krvjo (rana na rokah), en intervjuvanec pa je omenil še prenos bakterije z blatom (na sanitarijah).

Le ena intervjuvanka ni bila seznanjena z načinom prenosa bakterije ali kot pove: »Kot so mi povedali, se bakterija dobi tam, kjer so skupine ljudi, v večjih centrih, bolnišnicah ali v bazenih. Kjerkoli je veliko ljudi, in ljudje, ki imajo oslabiljen imunski sistem, kot ga imam jaz, imajo večjo možnost. Ne vem pa točno, kako. Jaz grem v bolnišnici samo na stranišče in takoj nazaj, nočem imeti slabe vesti, da bi kdo od mene dobil to bakterijo. Ne pogovarjam se z drugimi.« (E. J.)

Ugotavljamo, da so intervjuvanci boljše poučeni oziroma seznanjeni s kontaktnimi izolacijskimi ukrepi oz. načini preprečevanja okužbe, kot pa s samim načinom prenosa bakterije MRSA. Večina intervjuvancev jih skrbno upošteva in izvaja tako v bolnišničnem kot tudi domačem okolju.

Devet intervjuvancev omenja kot ključen kontaktni izolacijski ukrep umivanje rok. Pri tem štirje intervjuvanci izpostavijo, da jih o pravilni higieni rok ni poučilo zdravstveno osebje, temveč ta ukrep poznajo že od prej »/.../ to že znamo od malega.« (S. P.) En intervjuvanec omeni, da se je o higieni rok poučil iz navodil za pravilno higieno rok, ki so obešena skoraj na vseh sanitarnih prostorih v zdravstvenih ustanovah. Šest intervjuvancev omenja, da jih je zdravstveno osebje poučilo o pomembnosti lastne higiene telesa. En od njih omenja nakup posebnih šamponov, ki jih prodajajo v lekarnah, medtem ko drugi omenja uporabo razkuževalnega (alkoholnega) sredstva, ki ga vtira v roke. Intervjuvanci so bili poučeni tudi o tem, da naj bi v domačem okolju razkuževali osebne pripomočke in uporabljali lastne sanitarije. Slednjega ukrepa se v bolnišnici držijo, saj intervjuvanci poročajo o tem, da imajo v sobi lastne sanitarije. Če sanitarij ni v sklopu izolacijske sobe, so jim sanitarije zagotovljene z označbo (številko) njihove sobe in napisom, da jih smejo uporabljati izključno pacienti omenjene sobe. Tako kot o uporabi lastnih sanitarnih prostorov so bili intervjuvanci informirani o razlogih, zakaj zdravstveno osebje uporablja medicinske pripomočke izključno zanje. Prav tako jim je zdravstveno osebje pojasnilo, zakaj so nameščeni v izolacijski, najpogosteje enoposteljni sobi.

3.4.4 Doživljanje sprejema v bolnišnico, na oddelek in namestitev v izolacijsko sobo

Vsi intervjuvanci so sprejem v bolnišnico doživeli kot hiter postopek. Trije intervjuvanci omenjajo, da so bili ob sprejemu v bolnišnico (in pred namestitvijo na oddelek) sprejeti v posebni izolacijski coni. Ob sprejemu ne poročajo o občutkih nelagodja ali nekorektnega ravnanja s strani zdravstvenega osebja zaradi njihove okužbe z bakterijo MRSA. Večina intervjuvancev izpostavi korektnost in strokovnost odnosa in zdravstvene oskrbe s strani zdravstvenega osebja. Odstopanja pri sprejemu v bolnišnico so intervjuvanci zaznali le v upoštevanju varnostnih ukrepov in uporabi zaščitne opreme osebja.

Pet intervjuvancev je namestitev v izolacijski sobi sprejela pozitivno. Ti intervjuvanci imajo radi mir in tišino, zato jih tudi ne moti, da so v sobi sami.

»/.../ nič posebnega, vse imam svoje. Sama sem in imam mir.« (Č. R.)

»/.../ nimam slabega občutka, ko sem tukaj.« (B. H.)

»/.../ jaz imam rad mir. To da sem sam, mi je všeč. Če potrebujem koga, pa pokličem po telefonu.« (P. M.)

»Kadar pridejo v sobo, se jaz dobro počutim. Vsi, s katerimi prihajam v stik, so prijazni. Pogosto me sprašujejo, če kaj potrebujem, in me spodbujajo, da pokličem, če kaj potrebujem. Poglejte, jaz sem človek, ki sprejme vse. Zelo sem sprejemljiva in smo se tudi o vsem pogovorili z družino. Imam internetno povezavo, telefon in berem. Nekako se znajdem, hodim po sobi. Pravzaprav dobesedno upoštevam vsa pravila. Takšen človek sem, da želim, da je dobro meni in drugim. Ne želim, da nekdo zraven mene dobil to, kar imam jaz. Tukaj sem postala bolj samozavestna, ko sem videla, kako sestre z menoj komunicirajo, kako zdravniki z menoj komunicirajo, to mi je zelo dvignilo samozavest. To, da sem jaz okužena, prav ta občutek, to je bilo meni grozno. Pomislila sem, kdo bo sploh še z menoj komuniciral, kako bo to šlo. To je res tako, ko imaš enkrat to v sebi, je grozno (obriše solze, za trenutek počaka, še enkrat obriše solze).« (E. J.)

Trije intervjuvanci pa namestitve v izolacijski sobi ne sprejemajo pozitivno. Predvsem jih moti brezdelje oziroma dolgčas in osamljenost zaradi izolacijskih ukrepov. Kljub

njihovemu neodobravanju namestitve v izolacijski sobi se intervjuvanci zavedajo nujnosti tega ukrepa in ga sprejemajo. Dva intervjuvanca se v izolacijski sobi počutita prijetno in varno, želita si le, da bi lahko imela radio ali televizijo, ki bi oblažila njuno dolgočasje.

Vsi intervjuvanci ne zaznavajo potrebe ali želje po spremembi njihove obravnave v bolnišnici. Prav tako ne poročajo o tem, da bi jih pri njihovi obravnavi v izolacijski sobi ali ob sprejemu v bolnišnico, s strani zdravstvenega osebja, kaj zmotilo. Intervjuvanci omenjajo, da se v bolnišnici počutijo varne. Edina sprememba, ki si jo želijo, je ta, da se ne bi kolonizirali z bakterijo ali da bi uspešno zaključili dekolonizacijo bakterije.

3.4.5 Dosledno izvajanje izolacijskih ukrepov s strani zdravstvenega osebja

Intervjuvanci menijo, da imajo zaposleni v bolnišnici dovolj znanja o bakteriji MRSA in ukrepih preprečevanja prenosa bakterije. Dva intervjuvanca omenjata, da sta pomanjkanje znanja in izvajanje preventivnih ukrepov opazila pri osebnem zdravniku in reševalcih nujne medicinske pomoči.

Vsi intervjuvanci poročajo o skrbnem (skoraj avtomatiziranem) izvajanju kontaktnih izolacijskih ukrepov zdravstvenega osebja. Tako je šest intervjuvancev pri zdravstvenem osebju opazilo dosledno upoštevanje higiene rok. Šest intervjuvancev omenja, da zdravstveno osebje v izolacijski sobi in ob vsakem stiku uporabi rokavice, devet (večina) intervjuvancev pri tem navaja tudi uporabo posebnih oblačil – modrih predpasnikov za enkratno uporabo. Dva intervjuvanca omenjata, da zdravniško osebje uporablja tudi maske, en intervjuvanec omenja uporabo kape. Šest intervjuvancev navaja, da zaposleni v bolnišnici vsakodnevno razkužujejo njihovo sobo in medicinske pripomočke, prav tako skrbno zaščitijo odnos smeti iz njihove sobe, kot tudi perila. Intervjuvanci se zavedajo pomembnosti upoštevanja ukrepov in povedo, da bi zdravniško osebje tudi jasno opozorili, če jih ne bi izvajalo dosledno.

Zdravstveno osebje je ustrezno poučeno o izvajanju ukrepov preprečevanja širitve prenosa bakterije.

3.4.6 Doživljanje zdravljenja in negovanja

Večina (devet) intervjuvancev meni, da jih zdravstveno osebje ne obravnava drugače, ker so okuženi z bakterijo MRSA. Pravijo, da bi bili krivični, če bi to trdili.

En intervjuvanec celo meni, da mu zdravniki in zdravstveno osebje namenjajo več pozornosti prav zaradi kolonizacije.

Drugi intervjuvanci zdravniško obravnavo doživljajo brez odstopanj v primerjavi z ne koloniziranimi pacienti. Edina posebnost pri njihovi obravnavi je uporaba zaščitnih oblačil in varnostnih ukrepov, da se zdravstveno osebje ne bi koloniziralo z bakterijo ali kolonizacije preneslo na druge paciente. Te ukrepe intervjuvanci razumejo in sprejemajo.

Večina intervjuvancev poroča o korektnem in strokovnem odnosu zdravstvenega osebja pri njihovem zdravljenju in negi.

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi ugotavljamo, da so bile izkušnje pacientov s seznanitvijo o kolonizaciji, z bakterijo MRSA, pozitivne. Večina intervjuvancev pri seznanitvi s kolonizacijo omenja korektnost in strokovnost odnosa zdravstvenega osebja. Proces seznanitve intervjuvancev kolonizacijo je bil, v izbrani bolnišnici, izveden skladno s protokoli: pojasnitev najverjetnejšega kraja kolonizacije, odvzem brisa, namestitev pacienta v izolacijsko sobo in načini preprečevanja prenosa bakterije. V svoji kvalitativni študiji so Lindberg, et al. (2009) potrdi naše ugotovitve, da so zdravstveni delavci informirali paciente in da so bile informacije ustrezne, le da jih je bilo preveč hkrati in da so se pojasnila zdravnikov razlikovala med seboj. Nasprotno Burnett, et al. (2010) v svoji kvalitativni raziskavi ugotavlja, da je bilo informiranje o okužbi zelo skromno. Tudi Mutsonziwa & Green (2011) v svoji metasintezi kvalitativnih raziskav navajata, da pacienti niso dobili dovolj informacij. Prav tako Santiano, et al. (2014) v svoji kombinirani študiji prepozna, da je bilo informiranje za paciente neustrezno in nezadovoljivo in da je to intervjuvane paciente jezilo. Skyman, et al. (2010) v svoji kvalitativni študiji prav tako ugotavlja, da večina pacientov ni bila seznanjena s kolonizacijo ali pa so bile slabe, zelo različne informacije.

To jih je tudi zmedlo in niti en pacient ni opisal, da bi prejel informacije o tem, kako se je najverjetneje koloniziral z MRSA. V kvalitativni študiji, kjer so intervjuvali 12 pacientov, so Skyman, et al. (2016) poročali, da so, pacienti navajali pomanjkanje informacij in da so poudarili, da so izpostavljeni težavam, ker kolonizacijo lahko prenesejo, kar jim je vzbujalo občutke groze in spremenjene telesne podobe. Torej so razen ene študije vse ugotovile, da je pacientova seznanitev s kolonizacijo oziroma kolonizacijo MRSA zelo slaba oziroma je zdravstveni delavci ne izvedejo, kar ni skladno z našimi ugotovitvami.

Skyman, et al. (2016) v svoji raziskavi izpostavi še, da so sporočila zdravstvenih delavcev včasih protislovna, na eni strani so predstavljene zelo stroge omejitve v bolnišnici, kot je izogibanje stikov z drugimi, na drugi strani pa jim zdravstveni delavci sporočajo, naj živijo normalno družinsko življenje.

Naši podatki kažejo, da so intervjuvanci samoiniciativno iskali informacije o bakteriji MRSA na svetovnem spletu. Lindberg, et al. (2009) v svoji raziskavi ugotavljajo podobno: pacienti so želeli vedeti več o MRSA in so sami iskali informacije na spletu. Tudi Andersson, et al. (2011) v svoji kvalitativni študiji poroča o tem, da so imeli intervjuvani pacienti različno stopnjo znanja, da jih je s kolonizacijo seznanil zdravnik ter skupina za nadzor okužb in da so dodatne informacije iskali v medijih ter na spletu. Tudi Skyman, et al. (2016) v svoji raziskavi potrди naše ugotovitve, da so intervjuvani pacienti iskali informacije na spletu, ker so želeli pridobiti informacije o tem, kako se izogniti širjenju bakterije, in hkrati poudarjali, kako je srečati strokovnjake, ki ne morejo zagotoviti ustreznih informacij, ker nimajo ustreznega znanja ali pa celo podajajo napačne informacije.

V svoji raziskavi smo ugotovili, da so intervjuvanci doživeli seznanitev s kolonizacijo sprva negativno in da so najpogosteje občutili žalost, razočaranje in jezo v kontekstu, zakaj so se morali z bakterijo MRSA kolonizirati prav oni. Podobno so intervjuvanci v raziskavi Mutsonziwa & Green (2011) navajali, da so se pacienti počutili zapuščene, umazane, imeli so občutek, da so se jih vsi izogibali, kot bi bili gobavi ali kot bi imeli neko umazano bolezen. Prav tako so intervjuvani pacienti navajali, da so se zaradi

kolonizacije z MRSA počutili odvratno, negotovo, umazano, prestrašeno in tudi, da je za njih življenje postalo zapleteno (Lindberg, et al., 2009). Tudi Andersson, et al. (2011) poroča, da so bili intervjuvanci ob seznanitvi z diagnozo MRSA šokirani, občutili so sram, umazanost in se počutili škodljivi za druge ljudi. Pacienti so opisovali šokantne izkušnje o tem, da so se počutili kontaminirane, umazane, krive, osramočene in ko so zapuščali bolnišnico, so razmišljali o tem, kako se lahko vrnejo nazaj k vsakodnevnim aktivnostim (skodelica kave s prijatelji, obisk frizerja, nakupovanje) (Skyman, et al., 2010).

Intervjuvani pacienti v naši raziskavi so se, poleg doživljanja negativnih čustev, soočali tudi s strahom nevarnosti prenosa bakterije na bližnje in s strahom, da se poslabša njihovo trenutno zdravstveno stanje. Enako so v Lupi3n-Mendoza, et al. (2015) v svoji kombinirani študiji potrdi, da so pacienti zaradi zaskrbljenosti prenosa MRSA na svoje prepovedali obiske svojim sorodnikom, ker so se ustrašili tudi prenosa MRSA na otroke.

Ugotavljamo, da so intervjuvani pacienti svoja negativna čustvena stanja postopno presegli z doslednim upoštevanjem in izvajanjem ukrepov za preprečevanje prenosa MRSA, kot so: higiena rok z uporabo razkuževalnih sredstev, uporaba lastnih sanitarnih prostorov (v bolnišničnem in domačem okolju), ločenost osebnih in zdravstvenih pripomočkov in izogibanje neposrednim fizičnim (tesnim) stikov z drugimi. Študije, ki bi naše ugotovitve potrdila ali ovrgla, nismo našli.

Nekoliko negotovi so bili intervjuvanci glede znanja o prenosu bakterije na druge. Večina intervjuvancev je omenjala, da se bakterija prenaša z rokami oziroma s fizičnim stikom. Le redki intervjuvanci so omenili prenos bakterije s krvjo ali z blatom. Bolj kot o prenosu bakterije so bili intervjuvanci seznanjeni z ukrepi za preprečevanje prenosa MRSA na druge. V kvalitativni študiji, v kateri je bilo vključenih 20 intervjuvancev, Burnett, et al. (2010) navaja, da je bilo intervjuvanim pacientom popolnoma jasno, da so se kolonizirali z MRSA v zdravstveni ustanovi oziroma ob stiku z nekom, ki je bil predhodno koloniziran z MRSA. Najpomembnejši razlog za prenose je večina intervjuvancev navedla pomanjkanje osebja in posamezniki tudi pomanjkljivo 3iš3enje, pomanjkanje osebja za 3iš3enje in premajhno število toaletnih prostorov in kabin za prhanje. V raziskavi

Lindberg, et al. (2009) navaja, da so intervjuvani pacienti, kolonizirani z MRSA, izpostavili pomembnost doslednega izvajanja higienskih ukrepov, saj nekateri doma razkužujejo kopalnico, kadar pričakujejo obiske. V študiji, v kateri so anketirali 859 pacientov in njihovih svojcev, so Kuan-Sheng Wu, et al. (2013) navedli, da je higiena rok zelo pomembna ali pomembna kar 89,8% anketiranim. Naše ugotovitve so torej podobne kot v omenjenih študijah, kjer se večinoma izpostavlja higieno rok in okolja.

V naši raziskavi so pacienti navedli, da se sprejem oziroma vpis v bolnišnico zaradi kolonizacije z MRSA bistveno ne razlikuje od vpisa pacientov, ki z bakterijo MRSA niso kolonizirani. Nasprotno pa v svoji raziskavi Lindberg, et al. (2009) navaja, da so intervjuvani pacienti ob sprejemu morali pokazati posebno kartico, ki jih je identificirala kot koloniziranega ali okuženega z MRSA, kar jim je predstavlja stigo. Drugih študij, ki bi naše ugotovitve potrdile ali ovrgle, nismo našli.

Ugotavljamo, da je imelo zdravstveno osebje korekten odnos do koloniziranih pri sprejemu v bolnišnico, medtem ko Mutsonziwa & Green (2011) v svoji raziskavi navajata nasprotno, da so zaposleni paciente nazivali z MRSA in ne z imenom in s priimkom. Tudi ugotovitve Lindberg in sodelavcev so drugačne od naših; navajajo, da pacienti z MRSA niso smeli na obisk k sorodnikom in da so jih zaposleni v ambulanti pričakali oblečeni, kot bi šli v veselje, ali pa so jim naročili, da morajo vstopiti v ambulanto skozi zadnja vrata (Lindberg, et al., 2009). Prav tako Skyman in sodelavci navajajo, da so pacienti navajali neprofesionalen odnos osebja, saj so jih pustili več ur čakati v čakalnici, pred urgenco, in jim hkrati prepovedali sedeti v čakalnici z drugimi pacienti, da so se zaradi tega počutili stigmatizirani. Nobena od študij ne potrди naših ugotovitev (Skyman, et al., 2010).

V svoji raziskavi ugotavljamo, da sprejem pacientov poteka po ustaljenih (preventivnih) protokolih – sprejem v posebno izolacijsko sobo ob uporabi kontaktnih izolacijskih ukrepov (uporaba rokavic, mask in varovalnih oblačil). Upoštevanje priporočil, smernic potrđijo tudi Lindberg in sodelavci v svoji raziskavi, v kateri so pacienti izpostavili, da so bili navdušeni, kadar so imeli zaposleni za njih že vnaprej pripravljen prostor za bivanje, saj so tako imeli občutek, da gre za kontinuirano obravnavo (Lindberg, et al., 2009).

Nasprotno pa Andersson in sodelavci v svoji raziskavi navajajo, da so intervjuvani pacienti pri zaposlenih prepoznali pomanjkljivo znanje o uporabi osebne varovalne opreme in so jo začeli uporabljati šele, ko so izvedeli za kolonizacijo in ne takoj, ko je bil pacient nameščen v izolacijo (Andersson, et al., 2011). Prav tako pa nasprotno našim ugotovitvam v svoji raziskavi navajajo Skyman in sodelavci, da so svojci intervjuvanih morali prve dni ob vstopu v sobo obleči osebno varovalno opremo (rokavice, kapo, plašč), v naslednjih dneh pa ne več, zato so podvomili v strokovnost zaposlenih in upoštevanje pravil (Skyman, et al., 2016).

Naši podatki kažejo, da se pacienti ob sprejemu zaradi izolacijskih ukrepov ne vznemirjajo oziroma se zaradi njih ne počutijo nelagodno. Pacienti, kolonizirani z bakterijo, so poučeni o nujnosti izvajanja izolacijskih ukrepov in jih sprejemajo z visokim zavedanjem nevarnosti kolonizacije tako za zdravstveno osebje kot za druge paciente. Prav to potrjuje tudi Lupi3n-Mendoza, et al. (2015) v svoji raziskavi, kjer intervjuvanci navajajo, da ne občutijo jeze, saj jih je o vsem potrebnem zelo dobro poučila medicinska sestra za obvladovanje okužb. V omenjeni študiji intervjuvanci izpostavijo depresivnost oziroma žalost, kar pa pripisujejo temu, da so osamljeni v sobi in omejeni pri gibanju izven sobe.

Ugotavljamo, da namestitve v izolacijski sobi večina naših intervjuvanih pacientov ne doživlja kot stigmatizacijo, medtem ko avtorji Abad, et al. (2010) v pregledu 40 študij ne potrjujejo in navajajo, da se pacientom zdi izolacija pomemben ukrep, vendar po njihovem mnenju tudi negativno vpliva na oskrbo, na razpoloženje pacientov, kar se pri pacientih pokaže kot depresija, tesnoba, strah in sovražnost. Tudi Mutsonziwa & Green (2011) v svoji raziskavi izpostavita, da so se intervjuvani pacienti počutili stigmatizirane zaradi oznak, opomnikov ter napisov na vratih sob v bolnišnici ter omejenega druženja z drugimi ljudmi ter poudarijo, da imajo zato manj kakovostno oskrbo. Tudi v raziskavi Barratt, et al. (2010) nismo dobili potrditve na svoje ugotovitve, saj so intervjuvani navedli, da biti koloniziran z MRSA za njih pomeni stigmatizacijo in stigmatizirani so se počutili vedno, kadar so zaposleni oblekli plašče in rokavice. V nobeni od študij nismo našli potrditve na svoje ugotovitve glede stigme pacientov.

V svoji raziskavi ugotavljamo, da imajo nekateri pacienti radi mir in tišino in tem pacientom je bila namestitev v izolacijski sobi všečna. Nekateri pacienti v naši raziskavi si ob namestitvi v izolacijski sobi, ki jih sicer ne vznemirja, želijo le, da bi bila soba opremljena s sodobno informacijsko-komunikacijsko opremo, da bi jim čas v bolnišnici hitreje mineval. To potrjuje Santiano, et al. (2014) v svoji raziskavi, kjer nekaj intervjuvanih pacientov navaja, da izolacijo prepoznajo kot enoposteljno, zelo komfortno namestitev, medtem ko drugi med njimi ob namestitvi v izolaciji izražajo jezo, izoliranost in odmaknjenost ter razlog za največjo odmaknjenost in dolgočasje navajajo, da niso imeli na voljo knjig, revij ali televizije. Podobne ugotovitve našim so Barratt, et al. (2010) navedli v kvalitativni raziskavi, narejeni na Novi Zelandiji, kjer intervjuvanci navajajo, da so jim omejitve pri gibanju, ki so potrebne pri okužbi z MRSA, močno zmanjšale ali spremenile priložnosti za druženje in stike z drugimi pacienti. Na drugi strani pa jim je izolacija omogočila zasebnost in tolažbo, na katero so se privadili in jo cenili ter tako dobili svoj prostor.

V naši raziskavi pacienti ne poročajo o tem, da bi jih zdravstveno osebje zaradi njihove kolonizacije z bakterijo MRSA obravnavalo drugače. To v svoji raziskavi potrjuje Wassenberg, et al. (2010), kjer je večina anketiranih pacientov ocenila, da zaposleni zaradi izolacije niso bili manj časa ob njih in tudi, da kakovost storitev zdravstvene nege zaradi tega ni bila slabša. Abad, et al. (2010) v svoji raziskavi navajajo nasprotno, in sicer, da zaposleni manj časa preživijo pri izoliranih kot neizoliranih pacientih in tudi Mutsonziwa & Green (2011) navajata, da izolirani pacienti občutijo jezo, ker jih v izolaciji, po njihovem mnenju, zaposleni slabše oskrbujejo. Lupi3n-Mendoza, et al. (2015) delno potrjuje naše ugotovitve: pacienti potrjujejo, da so kakovostno oskrbljeni in zadovoljni z negovanjem, vendar pa niso zadovoljni z odzivnostjo zdravstvenih delavcev v smislu frekvence obiska v sobi, odnašanja posod od hrane in z redkejšim merjenjem krvnega tlaka. Ena od raziskav, v kateri so anketirali paciente, je skladna z našimi ugotovitvami, druga je le delno skladna, preostale pa so z našimi ugotovitvami neskladne.

Ugotavljamo, da je doživljanje kolonizacije z MRSA v domačem okolju za paciente stresno. Prav to potrjuje Andersson, et al. (2011) v svoji raziskavi, kjer so intervjuvanci poročali o številnih spremembah v domačem okolju, predvsem o spremenjenih dnevni

aktivnostih. Večina se jih je bala, da ne bodo dobili ustrezne zdravstvene oskrbe, če bodo ponovno hospitalizirani. Enako tudi Skyman, et al. (2016) v raziskavi potrdijo, da imajo pacienti občutek krivde, ker lahko prenesejo okužbo na drug, in negotovost, ker niso povsem prepričani, kako širijo MRSA ter se zaradi omejenih stikov z drugimi počutijo umazane.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je paciente strah, kako se bodo odzvali bližnji. Predvsem se bojijo, da bi jih družinski člani izolirali oziroma bi bližnji omejili stike. Lindberg, et al. (2009) v svoji raziskavi potrdi naše ugotovitve, kjer intervjuvani pacienti navedejo, da je MRSA vplivala na paciente, njihove sorodnike in prijatelje, saj so se izogibali obiskovanja in prav tako tudi oni niso imeli obiskov ter v svoji okolici niso razlagali, da so kolonizirani, da jih ne bi opravljali ali se jih celo bali.

Ugotavljamo, da so naši intervjuvanci v domačem okolju obremenjeni z možnostjo prenosa okužbe na družinske člane, še posebej na partnerja in otroke. Enake ugotovitve navajajo Lindberg, et al. (2009) v svoji kvalitativni raziskavi, da so kolonizirani pacienti z MRSA imeli občutek krivde in sramu pred partnerjem, otroki in drugimi svojci, saj so se bali, da bi okužbo prenesli na njih. Naše ugotovitve potrdijo tudi Andersson, et al. (2011) v svoji kvalitativni raziskavi, da so se intervjuvani počutili nevarni za druge, ker jih je bilo ves čas strah, da bodo okužbo prenesli na druge. Čutili so se nevarne svojim otrokom, vnukom, prijateljem ali sodelavcem. Izpostavili so celo, da bi bili v službi odpuščeni, če bi povedali za okužbo.

V svoji raziskavi ugotavljamo, da z uvedbo in doslednim izvajanjem ukrepov preprečevanja prenosa okužb družinski člani koloniziranega oziroma okuženega postopno sprejmejo bližnjega in preventivni ukrepi postanejo v večini primerov del vsakdanjega življenja. Redki pacienti omenjajo, da se pozneje zaradi kolonizacije z bakterijo v domačem okolju počutijo nelagodno ali izolirano. Tega v svoji raziskavi Andersson, et al. (2011) niti ne potrdijo niti ne ovržejo, saj so nekateri intervjuvanci navedli, da so se počutili negotove glede prihodnosti in da so menili, da je MRSA nekaj, kar morajo sprejeti. Drugi v študiji so poudarili, da želijo biti optimistični in da upajo, da bodo za to okužbo našli zdravilo ali celo izrazili, da je to lahko dobro za njih, kot nov

začetek v življenju. V svoji kvalitativni študiji so Santiano, et al. (2014) ugotovili, da kolonizirani zaradi slabega informiranja niso točno vedeli, kaj morajo storiti, predvsem jim ni bilo jasno, kaj lahko pričakujejo po odpustu v domače okolje ter izpostavili, da intervjuvani menijo, da ni nujno, da so higiena rok, čiščenje in razkuževanje doma pravzaprav učinkoviti ukrepi. V študijah nismo našli potrditve na svoje ugotovitve o sprejetju koloniziranega pacienta s strani bližnjih, ker tega vprašanja študije ne obravnavajo podrobno.

Intervjuvanci v naši raziskavi povedo, da se zaradi kolonizacije poslužujejo kozmetičnih in/ali frizerskih storitev na domu ali v salonih, v katerih so zaposleni strokovno poučeni o bakteriji MRSA, prenosu bakterije in varnostnih ukrepih. Nismo našli študije, ki bi naše ugotovitve potrdila ali ovrgla, so pa Andersson, et al. (2011) v svoji raziskavi izpostavili, da so intervjuvanci povedali, da jim je MRSA preprečila, da bi delali stvari, ki so jih imeli radi, na primer plavanje, obisk kopališč in javnih prh.

Ugotavljamo, da pacienti poudarjajo nujnost izolacijskih ukrepov v bolnišnici, da preprečimo kolonizacijo drugih pacientov in zdravstvenih delavcev. Te ukrepe pacienti sprejemajo in so dosledni pri njihovem izvajanju, kot so po njihovem mnenju pri izvajanju dosledni tudi zdravstveni delavci. To potrди tudi polovica intervjuvanih (8) v študiji Santiano, et al. (2014), ki je izolacijske ukrepe sprejela in hkrati prepoznala kot učinkovite pri preprečevanju prenosa okužb, medtem ko Skyman, et al. (2016) v svoji raziskavi navajajo, da so pacienti doživljali številne frustracije, ker so bili slabo vodeni s strani zaposlenih in so tako pogosto sami prevzemali veliko odgovornost za svoja dejanja, da okužbe ne bi prenesli na druge. Kako pomemben ukrep je higiena rok, potrjujejo v svoji študiji Kuan-Sheng Wu, et al. (2013), kjer 75,9 % anketiranih potrди, da bi zase izbrali bolnišnico na podlagi kazalnika higiene rok.

Intervjuvanci v naši raziskavi izpostavijo, da bi opozorili zdravstveno osebje v bolnišnici, če ne bi upoštevalo kontaktnih izolacijskih ukrepov. Tudi Kuan-Sheng Wu, et al. (2013) v svoji raziskavi potrjuje naše ugotovitve, saj so pacienti navedli, da bi zaposlene opozorili, če si ne bi razkužili rok; to bi jih storilo kar 77,1 %, toda le, če bi vedeli, da bodo to zaposleni tudi sprejeli. V raziskavi Burnett, et al. (2009) potrди naše ugotovitve z

izjavo enega intervjuvanca, da je osebno izzval zdravnika, ker ni uporabil rokavic. Drugi pacient je povedal, da so svojci postavljali vprašanja in izzvali zaposlene na to temo. Prav tako je en od intervjuvanih v omenjeni študiji poudaril, da mu je medicinska sestra zamerila, ko jo je pozval k izvajanju preventivnih ukrepov.

Ugotavljamo, da imajo zaposleni v izbrani bolnišnici, po oceni intervjuvanih pacientov, ustrezno raven strokovnega znanja o bakteriji MRSA in načinih preprečevanja prenosa MRSA. V študiji Skyman, et al. (2014) navajajo ravno obratno, da so pacienti prepoznali, da zdravstveni delavci nimajo dovolj znanja in da se obnašajo neprofesionalno. Enako tudi Andersson, et al. (2011) sporočajo, da so intervjuvanci prepoznali, da zaposleni nimajo vedno dovolj znanja o MRSA, predvsem s področja smernic, in da so včasih celo pacienti imeli več znanja kot zaposleni. Prav tako tudi Skyman, et al. (2016) v svoji raziskavi ugotavljajo, da zaposleni na kliniki paciente raje pustijo pri miru, kot da bi jih izobraževali, in zato pacienti izpostavijo, da zaposleni nujno potrebujejo izobraževanje o večkrat odpornih bakterijah in njihovem prenosu. Nobena od raziskav ne potrdi naših ugotovitev o strokovni usposobljenosti zaposlenih o bakteriji MRSA.

Pacienti nam v naši raziskavi poročajo o doslednemu izvajanju kontaktnih izolacijskih ukrepov – higieni rok, uporabi rokavic, maske in zaščitne opreme (modrih predpasnikov) s strani zaposlenih. Prav tako izpostavljajo uporabo medicinskih pripomočkov samo za enega pacienta in čiščenje (razkuževanje) pacientove okolice ter sanitarnih prostorov. V raziskavi Skyman, et al. (2010) ne potrdi naših ugotovitev in navajajo, da je bilo v intervjujih mogoče prepoznati, da se pacienti zavedajo, kako pomembna je higiena rok, zato so tudi veliko časa namenili temu, kako osebje izvaja higieno rok ter ugotovili, da so zaposleni pri izvajanju higiene rok zelo površni. Tudi Santiano, et al. (2014) v svoji raziskavi poudarijo, da bi morali zaposleni slediti smernicam in navodilom, da bi se izognili zmedi, ki nastane ob neustrezni uporabi osebne varovalne opreme. Tudi Skyman, et al. (2014) v svoji raziskavi poudarja, kako pomembno je povečati znanje zdravstvenih delavcev, predvsem o večkratno odpornih mikroorganizmih, in izvajati nadzor nad okužbami. Poudarjajo tudi, da zaposleni morajo vzpostaviti zaupne odnose s pacienti in ohranjati dostojanstvo do pacientov. Tudi naših ugotovitev o doslednem izvajanju izolacijskih ukrepov z omenjenimi študijami nismo mogli potrditi.

3.5.1 Omejitve raziskave

Kvalitativna raziskava, ki smo jo izvedli s pacienti, koloniziranimi z MRSA, ima omejitve.

Za korekten postopek oblikovanja utemeljene teorije je pomembno, da na nastanek teorije ne vplivajo v naprej oblikovane raziskovalčeve predstave, teorije, koncepti... Teorija mora biti izpeljana izključno iz zbranih podatkov (Vogrinc, 2008, p. 70). Med raziskovalcem oziroma spraševalcem in vprašancem se mora vzpostaviti medsebojno zaupanje in spoštovanje, v kar je treba vložiti veliko časa in truda (Vogrinc, 2008, p. 102).

V času izvedbe raziskave ni bilo časa za vzpostavitev zaupanja oziroma vzpostavitev posebnega zaupanja, ker nismo imeli možnosti pogostih obiskov z intervjuvanci. Z intervjuvanci smo se pogovorili o izvedbi intervjuja in vsebini raziskave in si tako pridobili njihovo zaupanje in privolitev v sodelovanje. Zagotovili smo jim anonimnost v raziskavi, jim dali čas posredovanje informacij in jih prosili, da podpišejo privolitev v raziskavo. Ves čas raziskave smo zagotavljali korekten odnos do intervjuvancev, kar smo dosegli s temeljito pripravo na raziskavo. Pripravili smo vodilo za intervju, ki ni vsebovalo sugestivnih vprašanj. Ves čas izvajanja intervjujev smo se trudili, da z mimiko obraza in neverbalno komunikacijo nismo vplivali na odgovore intervjuvancev. Izredno težko je bilo predvsem takrat, ko so intervjuvanci pokazali svoj čustveni odziv na pripoved. Ena intervjuvanka je tudi jokala. Raziskovalec lahko vpliva na odgovore vprašancev tudi povsem nezavedno, na primer z mimiko obraza, kretnjami, neverbalnimi odzivi, odobravanjem odgovorov in podobno (Vogrinc, 2008, p. 102).

Raziskava, ki smo jo izvedli je ena prvih v Sloveniji in je torej ni bilo mogoče primerjati s podobno raziskavo v naši državi. Zato smo izsledke primerjali oziroma potrjevali z izsledki tujih raziskav.

Zaradi majhnega števila intervjuvancev ugotovitev ne moremo posploševati na celotno populacijo pacientov z MRSA v Sloveniji. Ugotovitve naše raziskave lahko posplošimo na paciente kolonizirane z MRSA v SBJ in so lahko zelo dobro izhodišče za izvedbo

obsežnejše in bolj poglobljene kvantitativne raziskave na to temo. Raziskava je zajela le paciente Splošne bolnišnice Jesenice in ni bila izvedena na nacionalnem nivoju.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je prispevek k razumevanju doživljanja pacientov, koloniziranih z bakterijo MRSA. V Sloveniji do zdaj ni nobenega objavljenega članka na temo doživljanja in izkušnje pacientov, koloniziranih z bakterijo *Staphylococcus Aureus*, ki je odporna proti meticilinom.

Zdravstvene ustanove v Sloveniji so pripravile Programe preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, ki jih je predpisalo ministrstvo za zdravje, in na podlagi tujih smernic za obvladovanje in preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom. Na podlagi omenjenih strokovnih usmeritev se izvajajo izobraževanja za zdravstvene delavce v okviru rednega srednješolskega, fakultetnega izobraževanja in na raznih strokovnih izobraževanjih znotraj zdravstvenih ustanov in izven njih.

Ugotovitve naše raziskave potrjujejo, da zdravstveni delavci svoje delo opravljajo kakovostno in strokovno. Pacienti so zadovoljni z obravnavo in informiranjem. Žal pa izobraževanja, smernice, ki so na voljo, ne govorijo in ne dajejo usmeritev o tem, kako bi morali paciente seznaniti s kolonizacijo, niti ne dajejo usmeritev, kako najbolje pripraviti paciente na življenje v domačem okolju. Javnost prav tako ni seznanjena z večkratno odpornimi bakterijami in zato je pacientom, ko pridejo iz bolnišničnega okolja nazaj v domače okolje, še težje. Tako kot navajajo v tujih študijah, smo tudi v naši potrdili, da so pacienti ob seznanitvi doživljali negativna čustvena stanja.

Ko so se seznanili z ukrepi, ki so potrebni za preprečevanje in obvladovanje okužb, jih je manj skrbelo in so se skušali kar najbolj vključiti nazaj v družinsko življenje. Najbolj jih je seveda skrbelo, da bodo okužbo oziroma kolonizacijo prenesli na družinske člane, predvsem na najmlajše.

Spoprijemanje z informacijo o kolonizaciji je proces, tako kot je proces spoprijemanje z boleznijo. Proces prilagajanja se začne neposredno po postavljeni diagnozi in pacient ali njegova družina so soočeni s težkimi odločitvami glede zdravljenja (Mulder, 2014). Proces spoprijemanja z informacijo poteka po fazah in v tem procesu pacient potrebuje

podporo zdravstvenega sistema in družine. Vsaka oseba sprejme informacije po svoje in vsaka tudi ne gre skozi vse faze.

Oseba ob prejemu informacije najprej doživi šok, nato pa potrebuje čas in daljšo, bolj poglobljeno razlago. Sledijo faza zanikanja, ko pacient ne sprejme, da se je to zgodilo tudi njemu, faza depresivnosti, faza jeze ter na koncu faza realizacije (Mulder, 2014).

Za konec bi lahko povzela, da so naše ugotovitve v dobri polovici skladne z ugotovitvami pregledanih študij. Za dve naši ugotovitvi ni bilo na voljo podatkov za primerjavo. V vseh drugih ugotovitvah so razhajanja: naše ugotovitve so za okolje, v katerem je bila raziskava izvedena, potrditve, da zdravstveno osebje delo opravlja zelo dobro. Možno je, da so tako velike razlike s tujimi študijami tudi zaradi starosti izvedenih raziskav v povezavi z izobraževanjem oziroma znanjem zaposlenih. Zadnjih pet let je dostopnost informacij in znanja s področja obvladovanja in preprečevanja okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo, veliko boljša.

Naša študija potrjuje, da je informiranje pacientov zelo pomemben člen verige obvladovanja in preprečevanja okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo. Pravzaprav je to prvi člen in če prvi člen ne poveže drugih, veriga nikoli ne bo tako trdna, kot se od nje pričakuje. Zato moramo v to področje vložiti veliko več časa in svojega znanja, da bodo pacienti zelo dobro informirani in izpopolnili prvi člen verige. Študija nam je dala usmeritve o tem, kje je delo dobro in strokovno izvedeno, in na drugi strani usmeritve, kje je lahko obravnava še bolj kakovostna in tudi varnejša.

5 LITERATURA

Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N., 2010. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), pp. 97-102.

Abbate, G., Giuseppe, O., Marinelli, P. & Angelillo, I.F., 2008. Patients' knowledge, attitudes, and behavior toward hospital-associated infections in Italy. *American Journal of Infection Control*, 36(1), pp. 39-47.

Allegranzi, B., Bagheri Nejad, S., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L. & Pittet, D., 2011. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377(9761), pp. 228-41.

Allegranzi, B. & Pittet, D., 2009. Role of hand Hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), pp. 305-15.

Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B., 2011. MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), pp. 47-53.

Barratt, R., Shaban, R. & Moyle, W., 2010. Behind Barriers: Patients' Perceptions of Source Isolation for Methicillin-resistant 'Staphylococcus aureus' (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), pp. 53-59.

Barratt, R., Shaban, R. & Moyle, W., 2011. Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), pp. 180-193.

Bellamy, E., 2008. An evaluation of patient satisfaction regarding the care and information provided by infection control nurses relating to MRSA. *The British Journal of Infection Control*, 9(3), pp. 6-10.

Burnett, E., Lee, K., Rushmer, R., Ellis, M., Noble, P. & Davey, P., 2010. Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient

interviews. *The Journal of Hospital Infection*, 74(1), pp. 42-47.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2013. *Antibiotics resistance threats in the United States*. [online] Available at:

<https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>

[Accessed 3 January 2017].

Criddle, P. & Potter, J., 2006. Exploring patients' views on colonisation with meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *The British Journal of Infection Control*, 7(2), pp. 24-28.

Dancer, S.J., 2008. Importance of the environment in meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* acquisition: the case for hospital cleaning. *The Lancet Infectious Diseases*, 8(2), pp. 101-113.

Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje, 2009a. *Strokovne podlage in smernice za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstveno obravnavo*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_posebnih/NAKOBO_junij_2010/MZ_Smernice_2009_ORIG_SKUPNO_010610.pdf [Accessed 27 January 2019].

Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje, 2009b. *Strokovne podlage in smernice za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstveno obravnavo*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_posebnih/NAKOBO_september_2010/MZ_pogl_4_Izolacija_2009.pdf [Accessed 27 January 2019].

Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje, 2009c. *Strokovne podlage in smernice za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstveno obravnavo*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_osebni/NAKOBO_september_2010/MZ_pogl_3_Higiena_rok_2009.pdf [Accessed 27 January 2019].

Duncan, C.P. & Dealey, C., 2007. Patients feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *British Journal of Nursing*, 16(1), pp. 34-38.

Findik, U.Y., Ozba, A., Cavdar, I., Erkan, T. & Yildizeli Topcu, S., 2012. Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), pp. 340-346.

Goeschel, C.A., Wachter, R.M. & Pronovost, P.J., 2010. Responsibility for quality improvement and patient safety: hospital board and medical staff leadership challenges. *Chest. American College of Chest Physicians*, 138, pp. 171-178.

Gould, D.J., Drey, N.S., Millar, M., Wilks, M. & Chamney, M., 2009. Patients and the public: knowledge, sources of information and perceptions about healthcare-associated infection. *Journal of Hospital Infection*, 72(1), pp. 1-8.

Guillemin, I., Marrel, A., Beriot-Mathiot, A., Doucet, C., Kazoglou, O., Luxemburger, C., Reygrobellet, C. & Arnould, B., 2015. How do Clostridium difficile infections affect nurses' everyday hospital work: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), pp. 38-45.

Kendall, A., Landers, T., Kirk, J. & Young, E., 2012. Point-of-care hand hygiene: preventing infection behind the curtain. *American Journal of Infection Control*, 40(4), pp. 3-10.

Klavs, I., Kolman, J., Lejko Zupanc, T., Kotnik-Kevorkijan, B., Korošec, A., Serdt, M. & Mreža SNPRBO, 2013. Prevalenca bolnišničnih okužb v slovenskih bolnišnicah za akutno oskrbo. In: I. Petrovec, ed. 5. *Baničevi dnevi – Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik srečanja. Šempeter pri Novi Gorici, 22.-23. november 2013*. Ljubljana:

Medicinski razgledi, p. 14.

Klevens, R.M., Morrison, M.A., Nadle, J., Petit, S., Gershman, K., Ray, S., Harrison, L. H., Lynfield, R., Dumyati, G., Townes, J.M., Craig, A.S., Zell, E.R., Fosheim, G.E., McDougal, L.K., Carey, R.B. & Fridkin, S.K., 2007. Active Bacterial Core surveillance (ABCs) MRSA Investigators. Invasive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 298(15), pp. 1763-1771.

Kumar, R., 2011. *Research Methodology: a step-by-step guide for beginners*. [online] Available at:
<https://www.amazon.com/Research-Methodology-Step-Step-Beginners/dp/1849203016>
[Accessed 21 March 2019].

Lamut, U. & Macur, M., 2012. *Metodologija družboslovnega raziskovanja. Od zasnove do izvedbe*. 1st ed. Ljubljana: Založba Vega.

Lejko Zupanc, T., 2013. Globalni pogled na problematiko okužb, povezanih z zdravstvom. In: I. Petrovec, ed. 5. *Baničevi dnevi – Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik srečanja. Šempeter pri Novi Gorici, 22.-23. november 2013*. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 5-10.

Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M. & Skytt, B., 2009. Suffering from methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation. *The Journal of Hospital Infection*, 73(3), pp. 271-277.

Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M. & Carlsson, M., 2011a. Attitudes toward patients with multidrug-resistant bacteria: scale development and psychometric evaluation. *Journal of Infection Prevention*, 12(5), pp. 196-203.

Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M. & Carlsson, M., 2011b. The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity and understanding of responsibility for infection

control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), pp. 424-436.

Loveday, H.P., Wilson, J.A., Pratt, R.J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prieto, J. & Wilcox, M., 2014. National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Infection Prevention*, 86(1), pp. 1-70.

Lupi3n-Mendoza, C., Ant3nez-Dom3nguez, M.J., Gonz3lez-Fern3ndez, C., Romero-Brioso, C. & Rodriguez-Bano, J., 2015. Effects of isolation on patients and staff. *American Journal of Infection Control*, 43(4), pp. 397-399.

Madea, M., Shields, L. & Owen, E.A., 2008. Pilot study to investigate patients' reported knowledge, awareness and beliefs about health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 36(1), pp. 39-47.

Mamhidira, G., Lindberg, M., Larsson, R., Flackman, B. & Engstrom, M., 2011. Deficient knowledge of multidrug-resistant bacteria and preventive hygiene measures among primary healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), pp. 756-762.

McLaughlin, A., Canavan, J.B., Adams E.J., McDonagh, R. & Brar, H., 2008. A survey of MRSA awareness and knowledge among the general public and patients visitors. *The British Journal of Infection Control*, 9(5), pp. 18-23.

Mesec, B. & Lamovec, T., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Moore, J.E., Millar, B.C., Rooney, P.J., Goldsmith, C.E., Loughrey, A., McCormick, J., Mallett, J. & Dooley, J.S., 2010. Comparison of public perceptions associated with healthcare-associated infections in Northern Ireland Following the 2007/2008 outbreak of *Clostridium difficile* in the northern trust. *Ulster Medical Journal*, 79(1), p. 31.

Morgan, D.J., Diekema, D.J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E.N., 2009. Adverse outcomes associated with contact precautions: a review of the literature. *American Journal of Infection Control*, 37(2), pp. 85-93.

Mulder, P., 2014. *5 Stages of Grief*. [online] Available at: <https://www.toolshero.com/change-management/stages-of-grief/> [Accessed 27 January 2019].

Mutsonziwa, G.A. & Green, J., 2011. Colonised and isolated: a qualitative metasynthesis of patients' experiences of being infected with multiple drug resistant organisms and subsequent isolation. *Healthcare Infections*, 16(4), pp. 147-155.

Nacionalna komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO), 2013. *Navodilo za obvladovanje MRSA v bolnišnicah*. Ministrstvo za zdravje. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/MRSA/NAVODILA_MRSA-NAKOBOfin.doc [Accessed 28 March 2019].

Otter, J.A., Yezli, S. & French, G.L., 2011. The role played by contaminated surfaces in the transmission of nosocomial pathogens. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 32(7), pp. 687-699.

Pittet, D., Panesar, S.S., Wilson, K., Longtin, Y., Morris, T., Allan, V., Storr, J., Cleary, K. & Donaldson, L., 2011. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. *Journal of Hospital Infection*, 77(4), pp. 299-303.

Polit, D.F. & Tatano Beck, C., 2010. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. [online] Elsevier - Health Sciences Division. Available at: <https://books.google.si/books?id=7GtP8VCw4BYC&pg=PR2&dq=Polit,+D.F.+%26+Tatano,+Beck,+C.,+2010.+Essentials+of+nursing+research+:+appraising+evidence+for+nursing+practice&hl=sl&sa=X&ved=0ahUKEwjLxLaO46PiAhVnxMQBHYNHCn8Q6>

AEIMTAB#v=onepage&q=Polit%2C%20D.F.%20%26%20Tatano%2C%20Beck%2C%20C.%2C%202010.%20Essentials%20of%20nursing%20research%20%3A%20appraising%20evidence%20for%20nursing%20practice&f=false

[Accessed 8 April 2019].

Prosen, M. & Perme, J., 2013. Higiena rok in nadzor higiene rok v povezavi s preprečevanjem okužb, povezanih z zdravstvom. In: I. Petrovec, ed. 5. *Baničevi dnevi – Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik srečanja. Šempeter pri Novi Gorici, 22.-23. november 2013*. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 161-65.

Richardson, A. & Storr, J., 2010. Patient safety: a literature [corrected] review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57, pp. 12-21.

Royal College of Nursing, 2012. *Essential Practice for Infection Prevention and Control Guidance for nursing staff*. London: Royal College of Nursing, pp. 13-15.

Santiano, N., Caldwell, J., Ryan, E., Smuts, A. & Schmidt, H.M., 2014. Knowledge and understanding of patient and health care workers about multi-resistant organisms. *Healthcare Infection*, 19(2), pp. 45-52.

Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. & The Healthcare infection control practices advisory committee, 2007. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. [online] Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf> [Accessed 7 April 2017].

Skyman, E., Bergbom, I., Lindahl, B., Larsson, L., Lindqvist, A., Thunberg SjöStröm, H. & Ahrén, C., 2014. Notification card to alert for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is stigmatizing from the patient's point of view. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 46(6), pp. 440-446.

Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Thunberg Sjöström, H. & Ahrén, C., 2016. Being Met as marked – patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), pp. 813-820.

Skyman, E., Sjöström, H.T. & Hellström, L., 2010. Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), pp. 101-107.

Tomič, V., 2013. Vloga in delo Nacionalne komisije za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. In: I. Petrovec, ed. 5. *Baničevi dnevi – Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik srečanja. Šempeter pri Novi Gorici, 22.-23. november 2013.* Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 29-33.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Vonsberg, R., Sander, C. & Gastermeier, P., 2008. Consumer attitudes about health care-acquired infections: a German survey on factors considered important in the choice of a hospital. *American Journal of Medicine Quality*, 23(1), pp. 56-59.

Wassenberg, M.W.M., Severs, D. & Bonten, M.J.M., 2010. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *Journal of Hospital Infection*, 75(2), pp. 124-127.

Weber, D.J., Anderson, D. & Rutala, W.A., 2013. The role of surface environment in healthcare-associated infections. *Current Opinion in Infection Diseases*, 26(4), pp. 338-344.

Weston, D., Burgess, A. & Roberts, S., 2017. Personal protective equipment. In: D. Weston, A. Burgess & S. Roberts, eds. *Infection Prevention and Control at a Glance.* England: John Wiley & Sons, pp. 41-43.

World Health Organization (WHO), 2011. *Report on the endemic burden of healthcare-associated infection worldwide*. [pdf] World Health Organization. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf [Accessed 3 March 2017].

World Health Organization (WHO), 2016. *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. [pdf] World Health Organization. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251730/1/9789241549929-eng.pdf> [Accessed 10 March 2017].

World Health Organization (WHO), 2009. *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First Global Patient Safety Challenge - Clean Care is Safer Care*. [pdf] World Health Organization. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf [Accessed 3. March 2017].

Wu, K.S., Lee, S.S., Chen, J.K., Tsai, H.C., Li, C.H., Chao, H.L., Chou, H.C., Chen, Y.J., Ke, C.M., Huang, Y.H., Sy, C.L., Tseng, Y.T. & Chen, Y.S., 2013. Hand hygiene among patients: Attitudes, perceptions, and willingness to participate. *American Journal Of Infection Control*, 41(4), pp. 327-331.

Young, A., 2009. Review: the legal duty of care for nurses and other health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), pp. 3071-3078.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Vodilo za intervju

1. Kdo, kje in kako so vas seznanili s kolonizacijo z MRSA?
2. Kako ste se počutili, ko ste izvedeli, in kako ste to doživljali?
3. Kako so informacijo sprejeli vaši domači, prijatelji in kako so se počutili?
4. Ali veste, kako se prenaša bakterija MRSA?
5. Kako je prisotnost bakterije vplivala na vaše življenje?
6. Kako se počutite, ko ste v bolnišnici, v izolaciji? Kako to doživljate?
7. Ali so vas poučili o ukrepih, ki jih morate izvajati v bolnišnici?
8. Ali zaposleni izvajajo kakšne posebne ukrepe, ko so v vaši bolniški sobi?
9. Bi karkoli spremenili v svoji obravnavi v bolnišnici?
10. Kako je potekal sprejem v bolnišnico?
11. Ali ste kdaj imeli občutek, da zaradi tega, ker imate to bakterijo, z vami ravnajo drugače?

6.2 KVALITATIVNA VSEBINSKA ANALIZA

6.1.2 Kodirna tabela

TEME: VPRAŠANJA in ODGOVORI	POJMI	KATEGORIJE
Kdo, kje in kako so vas seznanili s kolonizacijo z MRSA?		
E. L.: Na onkološkem so mi povedale za to bakterijo sestre, direktno sem izvedela na hematologiji, kar tukaj se mi je pokazala (pokaže na pod pazduho). Ena rana (utihne in razmisli), ena kako naj rečem, v sredini je bilo gnojno a ni bolelo. Pred tem sem imela mrzlice in so mi vzeli bris. Nekaj dni po tem so me premestili, v izolacijo. Premeščena sem bila sem in so mi vse povedali. Celo sestra s svetlimi lasmi je prišla. Z okužbami se ukvarja in mi je razložila kako in kaj, kako se znebiti tega. Ne vem kako bi mi lahko še drugače povedali kot mi je ta medicinska sestra. Še otrok bi razumel. Res zelo korektno. Sploh nimam besed. Ne vem ali so do vseh pacientov takšni, potem kapo dol, res. Mene so navdušili. Res so me, ne vem kako je z drugimi pacienti, mene so res.	Onkologija Hematologija Rana na telesu Gnojno Brez bolečine Mrzlica Bris Izolacija Jasnost razlage Medicinska sestra Razumevanje Korektnost Navdušenost	Okužba v času hospitalizacije (kje) Strokovnost odnosa MS in zdravnika Standardizacija obravnave (bris in izolacija) (kako) Varnostni ukrepi

D. Š.: Prišel sem iz Ljubljane tja sem bil premeščen. Ko sem prišel nazaj na Jesenice so mi vzeli brise in so videli, da je MRSA. V Ljubljani sem jo dobil. Tam kjer sem ležal. Tam mi niso nič brisov vzeli, ko sem prišel. Ko sem prišel sem nazaj pa so jih. Vedno, ko prideš od kod sem jih vzamejo in preverijo. In tako sem izvedel, da imam MRSA. Sestra je povedala, tukaj v bolnišnici.	Bris Premestitev Okužba v LJ Medicinska sestra	Sprejetje okužbe
P. M.: (Pogleda snemalnik, počaka) Povedal mi je zdravnik na oddelku, zgoraj na negovalnem oddelku, da sem okužen z bakterijo MRSA. Tukaj sem jo dobil v bolnici od drugega pacienta. Povedali so, da sem okužen s to bakterijo MRSA. Da moram biti v izolaciji in da moramo doma imeti razkužilo, da razkužujemo površine, menjamo brisače. S hrano naj se to ne bi prenašalo.	Zdravnik Negovalni oddelek Okužba v bolnišnici Izolacija Razkužilo v domačem okolju Menjava brisač Brez prenosa s hrano Navodila za življenje	
B. M.: Ja, tukaj vaše osebje, medicinska sestra. Mislim, da sem izvedel pred tremi leti, tukaj v bolnišnici, ko sem prišel zaradi išiasa, težav s hrbtenico in bil enkrat že operiran. V bolnišnici sem bil šestkrat ali sedemkrat in so mi vzeli brise. Nazadnje sem bil sedem tednov (se zasmeji), sem se zmotil, sedem dni. Rezultate brisov sem dobil po štirih dneh. Sestra mi je povedala, da imam pozitivne brise. Potem še zdravnik. Bil sem presenečen, da imam jaz to domačo bakterijo MRSA. Imam jo zato, no potem sem malo spraševal naokoli, ker imamo doma kmetijo. Kmetijo in redimo pujske. Pujskom delam vse kastracije, repke režem, zobe brusim in tako naprej. Enkrat me je tudi en merjasec ugriznil. Mogoče sem jo takrat dobil.	Medicinska sestra Hospitalizacija 3 leta Bris Zdravnik Presenečenost Kmetija pujskov Ugriz prašiča	
B. H.: Ja, izvedela sem, za MRSA, tukaj v bolnišnici, ko so mi odstranili levi palec. Sestra Mateja je povedala. No, vsaka sestra mi je neki povedala, vsaka mi je skušala pomagat. Tako, da nimam negativnih izkušenj. Nisem vedela kaj to je in ne kje sem to dobila. Rekli so, da lahko, da sem dobila tukaj v bolnišnici ali kje drugje. Pa saj ni pomembno. Je pa to MRSA. Da je v bolnišnici prisotna in, da naj se ne sekiram.	Hospitalizacija Odstranitev palca Medicinske sestre Pomoč Pozitivne izkušnje Neznani izvor okužbe	
Č. R.: Ja, jaz sem to izvedela tukaj (pokaže na posteljo in stene v bolnišnici Jesenice). Medicinska sestra mi je povedala, da moram ostati v izolaciji. Zdravnik pa je povedal, da imam bakterijo. Kje sem dobila ne vem, ker sem bila v Novem Mestu, Ljubljani in tukaj na Jesenicah. Ne morem natančno vedeti. Tukaj so mi vzeli brise in sem bila pozitivna. Medicinska sestra je povedala, ne vem točno katera, tukaj v bolnišnici, ampak vem, da je bila medicinska sestra.	Hospitalizacija Medicinska sestra Izolacija Neznani izvor okužbe Več bolnišnic Bris	
S. P.: Za MRSA sem izvedel, ko sem prišel iz Ljubljane, kjer sem bil operiran. Tukaj v bolnišnici (pokaže na posteljo) so mi vzeli brise in ugotovili, da imam to. Tukaj so mi povedale sestre in zdravniki. Tako je, tam v Ljubljani sem jo dobil.	Operacija v LJ Hospitalizacija Bris Medicinska sestra Zdravnik Okužba v LJ	
H. J. S.: Po enem letu so iz bolnice javili v dom (Dom F. Bergla Jesenice), da imam neko bakterijo. Potem so me iz Doma poslali v bolnišnico k zdravniku na pogovor. Prvič, ga ni bilo in sem moral še enkrat priti. Drugič mi je zdravnik povedal pol strani. Ta mladi zdravnik mi je razlagal in sem mu rekel, da me tipične stvari ne zanimajo ampak samo to, kako je to možno v bolnišnici dobiti in kaj naj zdaj jaz delam, da bom to odpravil. Direktne odgovora nisem dobil. Jaz vem, da se lahko v vsakem poklicu kaj zgodi ampak, da se v bolnišnici takšne stvari dogajajo, to gre čez vse meje. Prideš v bolnišnico zdrav, potem pa ti pridejo povedat, da imaš neko bakterijo.	Po 1 letu Obvestilo DSO Pogovor z zdravnikom Ponovni pogovor Zanimanje Vir okužbe Način oprave Brez direktne odgovora Nerazumevanje Zaupanje bolnišnici	
S. R.: Prvič sem bil z okužbo seznanjen tukaj na Jesenicah. Niti nisem vedel, da takšna okužba obstaja. Pojma nisem imel. In v začetku so nekaj skrivali, no ne skrivali, nihče mi ni hotel povedati zakaj se gre. Tako. Potem sem izvedel, da moram ostati ves čas v izolaciji.	Hospitalizacija Nenavaden odnos Izolacija	
F. S.: Povedali so mi v Ljubljani, da imam eno bakterijo. Nič posebnega. Povedala mi je sestra. Da ima to že skoraj vsak.	V Ljubljani Pogostost pojava Medicinska sestra Skoraj vsak	
Kako ste se počutili, ko ste izvedeli, in kako ste to doživljali?		

<p>E. L.: Seveda me je zanimalo kako naredim, da se tega znebim. Predvsem me je zanimalo zaradi moje družine, kako ravnati. Zanimalo me je kako bo to vplivalo na moje trenutno zdravstveno stanje. Čakam na presaditev kostnega mozga. Malo mi je povedalo medicinsko osebje in malo sem brala na tablici (pokaže računalniško tablico). In sem bila seznanjena s postopkom, s celotnim postopkom. Začeli so mi dajati antibiotike proti tej okužbi in od danes dalje sem na tem postopku s katerim bom odstranila bakterijo. Žalostna sem bila in prestrašena. Kako bo to vplivalo na moje zdravljenje naprej.</p>	<p>Način odprave Ravnanje z družinskimi člani Načini interakcije Vpliv na zdravstveno stanje Presaditev kostnega mozga</p> <p>Medicinsko osebje Samoiniciativnost</p> <p>Antibiotiki Žalost Strah</p>	<p>Negativna čustvena stanja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeza • Žalost • Razočaranje • Strah • Krivda • Obremenitev <p>Samoiniciativno iskanje informacij</p> <p>Skrb za zdravje družinskih članov</p>
<p>D. Š.: Ja počutil sem se razočarano. Jezen ali pa žalosten. Že tako imam veliko stvari za seboj, zdaj še to. Nisem bil jezen ali razočaran, sem že tako ali tako vsega navajen. Pričakujem, da se bo še marsikaj zgodilo.</p>	<p>Razočaranost Jeza Žalost Navajenost Številne izkušnje</p>	<p>Skrb za lastno zdravstveno stanje</p> <p>Sprejemanje z uvedbo rutine varovalnih ukrepov</p>
<p>P. M.: Počutil sem se krivega, da imam zdaj to bakterijo. Razočaran zakaj ravno jaz.</p>	<p>Občutek krivde Razočaranost</p>	
<p>B. M.: Vse je bilo v redu. Vsi so prijazni. Ja, še danes se slabo počutim. To me obremenjuje. Sem popolnoma izoliran. Dve leti nazaj sem bil tukaj. Bolnišnica Jesenice veliko, da na to. Ko sem bil v Ljubljani tja hodim, ker imam srčni spodbujevalec, tam se nihče nič drugače ne obnaša. Sem bil jaz zelo presenečen, da imam to hišno MRS-o.</p>	<p>Slabo počutje Obremenjenost Izolacija Presenečenost</p>	
<p>B. H.: Prizadet si, ko to izveš in ni ti vseeno. Kakšni postopki so potrebni doma so mi povedali. Jaz sem to vse naredila. Umivanje, preoblačenje vse to je prišlo zraven. Občutek imaš, da te vsak tako pogleda, ne vem, kot bi imela nekaj takega nesprejemljivega.</p>	<p>Prizadetost Nasveti način življenja Napotki Umivanje Preoblačenje Občutek obsojanja Pogledi</p>	
<p>Č. R.: Ja ne vem kako bi rekla. Na začetku nisem natančno vedela kaj bi, kaj vse moraš. Bilo me je strah, ker imam vnuke. Zelo veliko sem z njimi in da ne bodo še oni česa dobili od mene, nikoli ne veš. Poznala nisem tega in sem malo prebrala na računalniku. Pa tudi tukaj so mi razložili kaj to je. Meni je bilo grozno. Če lahko tako rečem, tisti strah, kaj naj zdaj naredim. Potem se paziš, roke umivaš, se razkužuješ in si čim manj v stiku z drugimi ljudmi. To se je zdaj uredilo.</p>	<p>Strah Nepoznavanje napotkov Negotovost skrb za vnuke Strah prenosa Strah okužbe Pogovor z osebjem Samoiniciativnost Občutek groze</p>	
<p>S. P.: Presenečen. Razočaran najprej. Nič posebnega. Vem, da to imam in se tudi doma vedo in se pazimo. Umivamo roke, žena umiva roke in hčerka tudi. Skrbi me, ker imamo zdaj doma dojenčka, če ga lahko pestujem. Temeljito umivam roke in vanj ne kašljam in diham pa tudi ga preveč ne stiskam k sebi.</p>	<p>Presenečenost Razočaranost Previdnost Sprejetje Skrb Pestovanje dojenčka Umivanje rok</p>	
<p>H. J. S.: Bolnišnica je ustanova, ki zdravi ljudi, ne pa da jih tukaj zmrcvariyo kot so mene. To se mi je nekako vse skupaj zamerilo. Jezen sem bil, zelo, da se to lahko zgodi v bolnišnici. Prizadelo me je. Tisti zdravnik pa tudi ni nič vedel povedat kako naprej.</p>	<p>Zamera Razočaranje Jeza Prizadetost Pomanjkanje napotkov</p>	
<p>S. R.: Najprej sploh nisem dojel zakaj se pravzaprav gre. Jaz sem mislil, da je to ena običajna stvar. Veliko sem prebral o tem na tablici, kako se zdravi. Piše tudi, da antibiotiki ne delujejo in tako dalje. Tudi to, da izgine, če izgine sama, samo ne vem, čez koliko časa. Meni se ne zdi nič posebnega, nimam nobenih posledic od te bakterije. Ničesar ne občutim, če mi ne bi povedali ne bi vedel, da jo imam. Te pa malo zaboli.</p>	<p>Ne dojetje Samoiniciativnost Nedelovanje antibiotikov Brez posebnosti Bolečina</p>	

F. S.: Presenečena sem bila. Žalostna, razočarana in strah me je bilo kaj bo, ko pridem domov. Kako bo moja družina to sprejela.	Presenečenost Žalost Razočaranje Strah Sprejetje družine	
Kako so informacijo sprejeli vaši domači, prijatelji in kako so se počutili?		
E. J.: Povedali so mi, da če so svojci zdravi, da ni nobenega problema, če so v stiku z menoj. Ni tesnega objemanja, tega se mi držimo. Prav tako so mojemu zetu odstranili vranico in zato se že tako doma držimo vsega tega: razkuževanja rok, umivanja sanitarnih prostorov. Imam majhne vnuke in moram zaradi njih to izvajati. Otrokom sem vse razložila in je hčerka poklicala osebno zdravnico, da bi se tudi oni testirali. Tudi jaz bi rada videla, da to naredijo. Nobenega problema ni. Ne izogibajo se me. Pridejo tudi sem na obisk.	Napotki interakcije Tesni stiki Objemanje Razkuževanje rok Umivanje sanitarnih prostorov Razlaga hčerki Testiranje članov Brez težav Brez izogibanja Obiski	zaskrbljenost bližnjih Strah prenosa okužbe Dosledno upoštevanje higienskih napotkov (ne)omejevanje stikov z mlajšimi družinskimi člani Brez spremenjenega načina življenja
D. Š.: Ja ženo je malo skrbelo, trudimo se živeti čim bolj normalno. Nekaj stvari upoštevamo. Živimo v hiši tako, da imam jaz svoje sanitarije, svojo kopalnico, svojo sobo. Žena pere ločeno moje stvari in nimamo direktnega stika. V hiši je še ženina sestra in njena vnukinja. Če pridejo gor k nam ne gredo v mojo kopalnico. Meni se to ne zdi preveč dobro saj sem družaben človek in me zato okužba moti.	Skrb žene Ohranitev načina Upoštevanje napotkov Lastne sanitarije Lastno sobo Ločeno pranje perila Obiski Družabnost Okužba moti	Okrnjenost socialnih stikov
P. M.: Ja najbolj grozno se je počutila snaha, ker ona ve kaj to MRSA je. Ima otroke in niso želeli k meni na obisk. V bistvu se veliko manj obiskujemo, oziroma otroci zagotovo ne pridejo pogosto. Če pa že pridejo nimamo telesnega stika oziroma bolj od daleč. Vsakič, ko gredo domov si razkužijo roke. Snaho je skrbelo, neslo na mojo ženo in na vnuke. Za sebe jo ni skrbelo, ker je vedela kaj mora delati, da ne dobi okužbe. Snaha je bila huda, ker nihče ni upošteval tega kar jih je učila. Zato ima tudi moja žena to bakterijo.	Snaha Poznavanje okužbe Vnuki Prepoved obiskov Manj obiskov Obisk otrok Brez telesnega stika Razkuževanje rok Jeza snaha Okužba žene	
B. M.: Vsi smo bili zaskrbljeni, zelo dolgo. Zdravnik me je prestrašil, ker imam srčni spodbujevalec in je rekel, če ta bakterija pride na spodbujevalec ga bo potrebno vzeti ven. Takrat smo se zelo ustrašili. Tri otroke imam. Če bo kdo dobil. Tudi anesteziolog je rekel, da je to začaran krog. Doma smo se večkrat pogovarjali, da moram dobiti pravi antibiotik in da morajo tudi oni v bolnišnici povedati, da imam jaz to bakterijo. Vedno, ko pridem domov jim razlagam. Tudi žena je bila že dvakrat operirana in jim je v bolnišnici povedala, da imam to bakterijo.	Zaskrbljenost Prestrašenost Srčni spodbujevalec Menjava Strah Okužba otrok Začaran krog Pogovori z domačimi	
B. H.: Domačim sem povedala, da je to prisotno v bolnišnicah. Najprej so se malo začudili, skrbelo jih je. Jaz sem postopke higiene izvajala tudi doma. Potem so sprejeli povsem normalno, da je potrebno preoblačenje in tuširanje. Midva z možem sva sama. Imam pa vnuke in zdaj, ko so bili na počitnicah sem opazila, kako so otroci navajeni umivanja rok. V vrtcu jih učijo. Tako so si tudi znali razkužiti roke in zanje to ni bil bav bav.	Začudenost Skrb Pogovor z domačimi Postopki higiene Sprejetje rutine Umivanje rok	
Č. R.: Niso razumeli kaj to je. Potem so domači so rekli zdaj, ko to imaš pač nimaš kaj. Se bomo vsi bolj pazili, tudi razkuževali. Doma me niso izolirali in mi niso preprečili stikov z vnuki. Jaz sem se pazila tudi pri vnukih. Pogosteje sem si razkužila roke, če sem pripravljala kaj za njih, recimo hrano.	Nerazumevanje Sprejetje Dodatna previdnost Razkuževanje Brez izolacije Stiki z vnuki Pogosteje umivanje rok	
S. P.: Nič niso komplicirali. Doma so vsi dosledni, natančni. Pazimo. Doma imam vse svoje pripomočke in jih nihče drug ne uporablja. Imam svoje brisače in posteljnino. Edino žena je ves čas z menoj. Ona bi lahko dobila bakterijo. Enkrat se je že testirala pa nima bakterije.	Brez težav Doslednost Natančnost Lastni pripomočki	

	Brisače Posteljina Testiranje žene	
H. J. S.: Žena je začudeno gledala, ko sem ji povedal. Ni ji bilo jasno. Ona je doma jaz sem v Domu. Jaz sem si mislil svoje. Če se kaj takega v bolnišnici zgodi je to katastrofa, saj morajo v bolnišnici zdraviti ljudi, ne pa da dobi bakterijo. Pa še to ne povedat in nič naredit. S kom sem imel stik vedo oni ne jaz. Jaz samo z zdravniki. V Domu je zraven mene je en pacient, en siromak. Na njega ne morem prenesti samo leži.	Nerazumevanje Žena doma Nerazumevanje okužbe v bolnišnici Brez nevarnosti prenosa DSO	
S. R.: Spodaj v hiši sem sam, zgoraj živi bratova hči z družino. Nič niso odreažirali, ko sem jim povedal. Nihče se nič ne sekira, ne obremenjuje in prav nič ni drugače kot prej. Stikov mi niso omejili. (skomigne z rameni, se nasmeji in odkimava)	Lastno gospodinjstvo Brez odziva Brez obremenjevanja Brez sprememb	
F. S.: Hči je bila najbolj prestrašena in skrbelo jo je zaradi otrok, ker jih pazim vsak dan. Prišla je na pogovor z eno sestro za okužbe v bolnišnici. Sin je vse izvedel od sestre. On nič ne komplicira. Mene še vedno skrbi za vnuke.	Strah hčerke Skrb za otroke Vsakodnevno varstvo Pogovor s sestro Skrb za vnuke	
4. Ali veste, kako se prenaša bakterija MRSA?		
E. J.: Kot so mi povedali se bakterija dobi tam kjer so skupine ljudi, v večjih centrih, bolnišnicah ali v bazenih. Kjerkoli je veliko ljudi in ljudje, ki imajo oslabilen imunski sistem kot ga imam jaz, imajo večjo možnost. Ne vem pa točno kako. Jaz grem v bolnišnici samo na stranišče in takoj nazaj, nočem imeti slabe vesti, da bi kdo od mene dobil to bakterijo. Ne pogovarjam se z drugimi.	Poučenost Skupine ljudi Centri Bolnišnica Bazeni Oslabljen imunski sistem Nepoznavanje načina prenosa Omejevanje gibanja	Delna poučenost načina prenosa Neposredni stik z dotikom (kri, blato,...) Boljše poznavanje preprečevanja
D. Š.: Ja, s krvjo ali ne? Pa s kožo. No prek kože. Z direktnim kontaktom. Z rokami, zato moramo v vsakem stranišču roke razkužiti. Tudi domači vedo, da vsak, ki gre na stranišče mora razkužiti roke. Tudi za goste imamo razkužilo. Higiena rok je pomembna, zelo pomembna.	Negotovost prenosa Kri Koža Direktni kontakt Pomembna higiena rok	
P. M.: Ja z rokami se prenaša. Kontakti z drugimi ljudmi so problematični. Zato je potrebno umivati roke in jih razkuževati.	Prenos z rokami Kontakti z drugimi Razkuževanje rok	
B. M.: Z dotikom, z rokami. Pomembna je higiena rok. Tudi mi smo po mojem prihodu domov to zelo pogosto izvajali. Si dosleden in delaš vse kar rečejo potem te kar mine vse, ko ti povejo, da je majhna možnost, da ne preneseš na druge. Veterinar mi je pojasnil, da sem dobil od pujskov. Da je domača MRSA pri živalih. Iz nacionalnega inštituta so se najavili, da pridejo pogledat pa jih ni bilo.	Z dotikom Z rokami Pogostost izvajanja Doslednost Upad motivacije Velika verjetnost prenosa	
B. H.: Ja, z rokami se prenaša, z rokami. Vse je v naših rokah. Midva z možem imava razkužilo v avtu kamorkoli greva ali prideva od kje si razkuživa roke. Mogoče sem jaz v teh stvareh pretiravala ampak jaz sem to vzela zares, ker mi je sestra Mateja tako to predstavila. Če vem, da se bom morala rokovat kot recimo na pogrebu potem sem sploh dosledna. Rokovanje je zagotovo čas, ko največ dobiš in daš z rokami.	Prenos z rokami Razkužilo v avtu Pretiravanje Odgovornost	
Č. R.: V bistvu se z dotikom. No ne direktno, če se jaz zdaj nekoga dotikam. Moraš se razkuževati roke in pa paziti, da ne preneseš.	Z dotikom Razkuževanje rok	
S. P.: Ja, z rokami, pa če jo imaš v rani in če ima nekdo drug rano se prenese iz enega na drugega. Jaz umivam roke in tudi žena. Temeljito mislim, ne samo malo pod vodo. Tudi razkužilo imava doma.	Z rokami Prenos s krvjo Razkuževanje rok	
H. J. S.: Z rokami. Potrebna je higiena rok, to je logično in tudi normalno. Kar je pomembno pri higieni ja, da se je potrebno držati nekih osnovnih navodil in zakonov, umivanje in tuširanje je pomembno.	Z rokami Higiena rok Tuširanje	
S. R.: Ja vem. Mislim, da se prenaša na stranišču, še najpogosteje z blatom. Pa tudi z rokami. Roke so vedno problem, pri vseh prehladih (zamahne z roko).	Prenos na sanitarijah Z blatom Z rokami	
F. S.: Ja z rokami, predmeti, če jih posodiš komu. Če ti nisi dosleden pri higieni potem drugi dobijo.	Z rokami Posojanje predmetov	

	Doslednost higiene	
Kako je prisotnost bakterije vplivala na vaše življenje?		
E. J.: Jaz živim s to svojo levkemijo in se ne obremenjujem s tem, vem, da bom zmogla. To imam v sebi, moč, da bom zmogla. Imam željo in upanje. Edin to mi je hudo, da se z vnukom ne moreva objeti (obriše solze), vendar vem, da bo enkrat tudi to mimo in ga bom ponovno lahko objela (obriše solze in za trenutek počaka). Ko pride k meni mu takoj rečem naj me ne objema, osem let je star, razume in zelo priden je, res mi je hudo zaradi tega.	Levkemija Neobremenjenost z okužbo Samozaupanje Osebna moč Želja Upanje Objemanje vnuka Težkava sprejetja	Omejenost fizičnih stikov članov Strah in negotovost družinskih članov (prenos okužbe) Varnostni ukrepi Pretirana doslednost razkuževanja (napor)
D. Š.: Žena me striže doma, ne hodim k frizerju. Na pedikuro grem k eni gospe in ona ve, da ima bakterijo je medicinska sestra. Ona se zaščiti. Ona ima res vso zaščito in tudi vse pripomočke za menoj razkuži. Sam sem tudi zelo dosleden. Doma se ne moreš povsem izolirati. Potem je najbolje, da odideš na otok. Nimamo doma majhnih otrok in otroci k nam ne hodijo. Najbolj izpostavljena je žena. Z ženo imava vsak svojo brisačo, da imava vse ločeno. To so mi na oddelku povedali in malo sem o tem bral na internetu. Tudi žena je brala na internetu. Pa z ženo so se tudi pogovarjali.	Striženje doma Pedikura-medicinska sestra Razkuževanje in zaščita Lastna doslednost Izpostavljenost žene Ločenost pripomočkov	Brez spremembe v odnosih Prilagojene storitve
P. M.: Snaha je vse domače poučila o postopkih in prenosu bakterije.. Snaha je tudi reševalcem rekla, če sem potreboval prevoz. Njim je povedala, da imam MRSA. Pa se niso nič drugače obnašali. Je pa vplivalo na življenje doma, ja to pa je. Moja žena se je ves čas bala, da jo bom okužil s to strašno bakterijo kot je rekla ona. Potem je res dobila to bakterijo in zdaj ko je pozitivna, zdaj misli, da ima nekaj v grlu in da je zelo bolna. Tudi ona zdaj misli, da se to pozna na telesu, da jo imaš, da jo noge boljijo zaradi bakterije. Frizerka pride k meni domov, pa ji nismo povedali, da imam MRSA. Kdo pa bi me potem strigel? Pravzaprav ona ne bi vedela kaj to je. Moja žena se je enkrat počutila grozno, ko je v zdravstvenem domu tehnik za njo pobrisal kljuko, ko je šla iz ambulante. Bilo ji je zelo neprijetno.	Poučevanje snahe Prenos bakterije Postopki Nenehen strah žene Strah okužbe Okužba Slabo počutje Frizer na domu Nepoznavanje okužbe Neprijetnost Brisanje kljuke	
B. M.: Se je malo spremenilo. Ko smo izvedeli, da imam MRSA smo bili vsi v stresu. Takrat, ko mi je zdravnik povedal, da če bakterija preskoči na spodbujevalec bo stvar resna. Bakterija je za spodbujevalec tujek. Takrat je bilo to grozno slišati in počutili smo se vsi grozno, cela družina. Zdravnik je povzročil pravo paniko.	Sprememba Stres Povzročitev panike	
B. H.: Takrat, ko sem morala vse razkuževati in se umivati s posebnim milom takrat je bilo naporno.	Naporno Razkuževanje	
Č. R.: Samo to me je skrbelo, da bi kaj prenesla na domače.	Skrb zaradi okužbe domačih	
S. P.: Nič posebnega. Tukaj razkužujem roke (pokaže na posteljo kjer leži in razkužilo) in tudi, ko grem domov. Jaz nimam zaradi tega nobenih težav. Nič ni drugače. Samo ta rana na nogi (pogleda proti desnemu gležnju) ta se počasi celi in mislim, da ravno zaradi te bakterije, ki jo imam. Zdaj imam antibiotik in je bolje, počasi bo bolje. Če se bo rana zacelila se bom ponovno dekoloniziral in upam, da bo šlo. Žena nima bakterije so ji že vzeli brise. Doma se še naprej pazi in ne delava okoli tega nekih težav. Če si dosleden pri higieni potem ni težav. Stikov z drugimi nimam, da ne bodo dobili od mene.	Brez težav Brez sprememb Počasno celjenje rane Antibiotično zdravljenje Brez stikov z drugimi Doslednost higiene	
H. J. S.: V Domu sva dva v sobi. Zraven mene je en siromak, ki je imel dve nesreči. Nič ne govori. Vse kar dela je, da kašlja in ko ga zaboli zastoka. Vidim, da se mu prsni koš dviguje. No njega ne morem okužiti.	Brez nevarnosti okužbe drugih	
S. R.: Pravzaprav nič kaj dosti ni drugače. Izogibam se družbi da se ne dotikam ljudi to je tudi vse.	Brez sprememb Izogibanje dotikov	
F. S.: Ja najprej je mojo hči najbolj skrbelo zaradi otrok. To me je najbolj bolelo. Da ne bi več vnukov videla.	Skrb zaradi vnukov Omejevanje stikov	
Kako se počutite v izolaciji, ko ste v bolnišnici? Kako to doživljate?		
E. J.: Kadar pridejo v sobo se jaz dobro počutim. Vso s katerimi prihajam v stik so prijazni. Pogosto me sprašujejo, če kaj potrebujem in me spodbujajo, da pokličem, če kaj potrebujem. Poglejte jaz sem človek, ki sprejme vse. Zelo sem sprejemljiva in smo se tudi o vsem pogovoril z družino. Imam internetno	Dobro počutje Prijaznost osebja Spraševanje Potrebe	Pozitivno Sprejemanje izolacije kot del ukrepa Mir in tišina

povezavo, telefon in berem. Nekako se najdem, hodim po sobi. Pravzaprav dobesedno upoštevam vsa pravila. Takšen človek sem, da želim, da je dobro meni in drugim. Ne želim, da nekdo zraven mene dobil to kar imam jaz. Tukaj sem postala bolj samozavestna, ko sem videla kako sestre z menoj komunicirajo, kako zdravniki z menoj komunicirajo, to mi je zelo dvignilo samozavest. To, da sem jaz okužena, prav ta občutek to je bilo meni grozno. Pomislila sem kdo bo sploh še z menoj komuniciral, kako bo to šlo. To je res tako, ko imaš enkrat to v sebi je grozno (obriše solze, za trenutek počaka, še enkrat obriše solze).	Internet Branje Upoštevanje navodil Odgovornost Samozavestnost Način komunikacije	Varnost Sprejemanje varnostnih ukrepov Negativno sprejemanje izolacije Dolgočasje in osamljenost
D. Š.: Dolgčas mi je zdaj, ko sem sam. Zadnjič sem imel soseda. Vleče se čas tukaj, ko si sam.	Dolgočasje Izolacija	
P. M.: Jaz imam rad mir. To da sem sam mi je všeč. Če potrebujem koga pa pokličem po telefonu.	Všečnost mira Klicanje po telefonu	
B. M.: Vse je v redu. Samo ni ravno najboljši ves čas sam biti v sobi, ko si takole izoliran. Zdaj bom tukaj samo preko noči, jutri grem domov in bo že šlo. Če bi bil več dni bi bilo težko. Že ob sprejemu sem pomislil saj bo samo ena noč. Super bi bilo, če bil še eden v sobi. Samo razumem, ne sme biti.	Težava izolacije Osamljenost	
B. H.: Ja prav je, da nismo skupaj z ostalimi. Nekateri se ves čas pritožujejo. Nimam slabega občutka, ko sem tukaj.	Brez slabega občutka Izolacija	
Č. R.: nič posebnega vse imam svoje. Sama sem in imam mir.	Mir Všečnost Brez posebnosti	
S. P.: Nič drugače se ne počutim, ničesar ne čutim drugače. Samo ta rana, če se ne celi zaradi MRSA potem pa me edino to moti.	Brez posebnosti Počasno celjenje rane	
H. J. S.: Varno se počutim, samo jezi me, ker nimam ničesar. Ko bi imel vsaj radio, televizijo tako pa ležim tukaj 24 ur v postelji in čakam na milost in nemilost. To je grozno. Veste najbolj sem srečen, da grem jutri ven od tukaj.	Varnost Osamljenost Dolgčas	
S. R.: Kaj pa jaz vem (se zasmeji). Se prilagodim. Pridejo sestre in se pogovarjamo, včasih se tudi izven sobe kaj pomenimo. Se ne počutim kot bi bil v zaporu, mam še vedno svobodo gibanja (se zasmeji). Popolnoma normalno.	Prilagoditev Pogovor s sestrami Normalnost Brez omejitev	
F. S.: Dolgčas je ker sem ves čas sama. Vem, da ne morem imeti nikogar zraven samo je res tako pusto.	Dolgčas Izolacija	
Ali so vas poučili o ukrepih, ki jih morate izvajati v bolnišnici?		
E. J.: O higieni rok me je poučila medicinska sestra. Ona želi, da se dekoloniziram preden bom imela operacijo. Vse mi je pokazala čeprav sem to že vse delala doma zaradi zeta. Vedela sem, da moram uporabiti večjo količino alkohola in ga dobro utreti v roke, dlan ob dlan. Tako mi vsi delamo doma. Tudi vse predmete razkužimo. Hčerka mi prinese vsak dan sveže spodnje perilo, nogavice. Na hematološkem oddelku so mi študentke rekly, da bi bila lahko že učiteljica tega kaj in kako delati, da toliko vem (se zasmeji).	Umivanje rok Poučevanje MS Dekolonizacija pred posegom Razkuževanje rok Razkuževanje predmetov Sveže perilo/nogavice	Različnost poučitve Kontaktne izolacijske ukrepi Varnostni ukrepi Uporaba lastnih pripomočkov Jasna označba pripomočkov Čiščenje prostorov
D. Š.: za higieno uporabljamo posebne šampone, v lekarni se kupijo. Če kiham ali kašljam moram imeti masko ko so v sobi. Hrana pride enako. Na pladnju in gre nazaj. Imam svoj merilnik tlaka v sobi in te tekočine za čiščenje kože in roke in te pripomočke to je v košari (pokaže na košaro na koncu postelje). Vse je moje. Vsakič ko kaj dobim je napisano moje ime na tem, da kdo drug ne vzame.	Posebni šamponi Nakup v lekarni Uporaba maske Vnos hrane Lastni pripomočki Identifikacija pripomočkov	Omejevanje stikov Brez poučevanja umivanja rok (tehnika umivanja)
P. M.: Snaha nas je učila o higieni rok pa ni nikogar brigalo kaj je potrebno delati. Samo snaha in njeno družino. Moj drugi sin z družino se je norčeval iz nje. Zdi se mi, da smo dobili dovolj informacij no snaha jih je največ prinesla k nam. Ampak saj jih nihče ni upošteva. Razkužilo je stalo na omari in nihče ga ni uporabljal. Tudi obiski ne. Samo patronažna sestra je razkuževala roke, ona pa jih je. Tudi predpasnik je imela.	Neupoštevanje napotkov Skrb snahe Neuporaba razkužila Patronažna sestra zaščita	
B. M.: Ja seveda. Medicinska sestra mi je povedala. Tukaj me vsi poznajo. Jaz imam svoje stranišče. To je pomembno. Danes ga še nisem potreboval (se zasmeji). Sam sem v sobi. Težko bi bil sam več dni. Umivam roke preden grem iz sobe in na stranišču. Potem ko pridem nazaj v sobo jih razkužim. (utihne in počaka, razmišlja, ne ve ali bi povedal) vse to že sam vem, ker se ukvarjam z mesom. Tudi to vem, da imam vedno svoje stranišče, ker je na njem moja številka sobe in napis, da je samo za mene. Tudi slišim, ko drugim	Lastne sanitarije Izolacija Razkuževanje rok Lastna označba Poznavanje postopkov Opozorjanje drugih pacientov	

pacientom reče osebje, da ne smejo v moje stranišče. Roke me niso učili umivati to res znam.		
B. H.: Ja higiena rok je zelo pomembna. Ne samo zaradi te bakterije tudi zaradi ostalih. To bi se morali vsi zavedati.	Higiena rok	
Č. R.: Ja seveda so mi povedali. Ko so odkrili, da sem pozitivna. Potem sem veliko izvedela. Malo sem si tudi prebrala na internetu, da sem še več vedela. Higiena rok, umivati in razkuževati to je pomembno. Mi se res razkužujemo, ja res se ves čas. Higiena je pomembna tudi, če nimaš te bakterije. Takole, ko jo imaš pa si še bolj izpostavljen in moraš to upoštevati še bolj dosledno. Vse svoje sem dobila v sobi, sem bila izolirana.	Poučenost Lastno iskanje informacij Razkuževanje Doslednost	
S. P.: Ja roke moram umivati in razkuževati. Pa saj nimam nobenih stikov z nikomer. Se bolj držim zase in sem z ženo. Jaz vem kolikor pač vem no ne vem sicer, če dovolj vem in vse podrobnosti verjetno ne. Ampak, če kaj vprašam mi povedo kaj in kako moram. Higiene rok me ni nihče učil (se nasmehne). Pa saj to znam. Zdaj se res temeljito umijem in ne samo tako malo splaknem pod vodo. To me res ni nihče učil. To že znamo od malega.	Razkuževanje rok Brez stikov Zadržanost Podajanje informacij Higiena rok Poznavanje Brez učenja	
H. J. S.: Nič niso, nič. Vem, da je higiena rok pomembna in da je potrebno vzdrževati osebno higieno, se kopati in tako naprej. V Domu nas vsake 10 dni kopajo. Umivanja rok me niso učili in tudi ničesar mi niso povedali.	Brez poučevanja Higiena pomembna Brez učenja umivanja rok Umivanje 10 dan v DSO	
S. R.: Seveda so mi povedali, da se moram izogibati stikom z ljudmi in biti čim manj v družbi. Pomembna je tudi higiena in to je popolnoma normalno. Umivati roke je potrebno, no niso me tega učili je pa tabla na vsakih vratih pa tam (pokaže na umivalnik).	Poučevanje Izogibanje stikov Izogibanje družbi Pomembnost higiene Brez učenja Table na vratih	
F. S.: Povedali so mi, da ne smem hoditi naokoli po oddelku in da si moram razkuževati roke, umivati roke. Doma skrbeti za higieno in da so od vsega najbolj pomembne roke.	Poučevanje Zadrževanje v sobi Razkuževanje rok Skrb za higieno doma	
Ali zaposleni izvajajo kakšne posebne ukrepe, ko so v vaši bolniški sobi? Menite, da imajo dovolj znanja?		
E. J.: Ja nič drugače ni. Obleče masko, rokavice. Lahko jih samo pohvalim. Tudi, ko pride nova izmena vedno pridejo v sobo se predstaviti. Ne morem si kaj, da jih ne bi pohvalila. Jaz bi zdaj nekaj povedala pa ne smem. (prisloni prst na usta in utihne ter skomigne z rameni). Bojim se, da bi prišlo v javnost. To nima veze z medicinskim osebjem. Me je pa prizadelo. Ko sem prišla v bolnišnico kar dva dni ni bilo čistilke v sobo. In potem me je prizadelo to (utihne, počaka in nadaljuje), da je na krpo s katero briše po tleh (pokaže na tla) potem še spustila vodo v lijaku in očistila lijak. To me je zelo prizadelo. Drugih pripomb nimam. Moja hčerka je potem to povedala fantu tehniku in je šel po čistilko. Medicinske sestre okolico razkužujejo, vsak dan, mojo posteljo in vse tole (pokaže na trapez, zvonec in omarico). Tudi vreče s smetmi in perilom one odnesejo. To me je res presenetilo. So prezaposlene.	Brez posebnosti Maska Rokavice Predstavitve nove izmene Pohvala MS razkuževanje prostora Postelja Razkuževanje pripomočkov	Posedovanje zadostnega znanja Kontaktne izolacijske ukrepe Razkuževanje okolice Lastne sanitarije Razkuževanje rok in pripomočkov Skrbno izvajanje preventivnih ukrepov
D. Š.: Ja oblačijo, razkužujejo se ves čas. Tukaj se to dela. Pri osebnem zdravniku pa ni tako. Ni tako, da bi se kaj oblekli, zaščitili, ne tam ni nikoli tako. Nikoli jih nisem vprašal zakaj ne. Pri osebnem zdravniku meni ni nihče nič povedal o bakteriji. Tukaj še čistilko vidim, da čisti in razkužuje in ko greš domov vse okrog obrne. Sem zadnjič prišel na oddelek ko je za nekom, ki je odšel domov čistila. Ja čisto stoddostno ni (odkimava). Res ni. Bi jih opozoril, če bi delal večje napake. Kdaj kaj pohitijo, naredijo brez zaščite. Drugače se oblačijo kot astronauti so (se zasmeji).	Razkuževanje Posebna zaščita Obleka Drugače pri OZ Nedoslednosti Hitenje Posebne obleke	Nedoslednost osebnega zdravnika/reševalcev
P. M.: Tukaj v bolnišnici se mi zdi, da imajo največ znanja in tudi v Ljubljani. Upoštevajo te ukrepe, se oblačijo in ves čas polivajo s tem razkužilom. Najslabši bi rekel so reševalci ti pa nič. Snaha jih je opozarjala pa nič. Z rokavicami se vsega dotikajo in se vseh pacientov dotikajo in jih tudi vse skupaj odpeljejo v reševalnem vozilu. Jaz mislim, da imajo dovolj znanja tukaj res. Najprej vedno	Največ znanja v bolnišnici Upoštevanje ukrepov Posebne obleke Razkužilo	

<p>zaščitijo sebe potem pa še vse drugo. Prav je tako morajo zaščititi sebe, da ne bodo dobili. Plašč oblečejo. Vedno pridejo v sobo. Tudi zdravniki gredo v sobo in se oblečejo. Jaz sem zadnji na vrsti, ko je vizita. So mi razložili, da so takšna pravila.</p>	<p>Nedoslednost reševalcev Ne menjava rokavic Osebna zaščita Plašči Zadnji na viziti</p>
<p>B. M.: Takoj oblečejo rokavice. Prej mi je ta gospa pokaže na vrata kjer se je prej pojavila ena od medicinskih sester) dala injekcijo in si pred tem oblekla predpasnik. Tukaj dajejo res velik poudarek temu. Oblečejo se, umijejo in razkužujejo roke. Tukaj ste res pred drugimi bolnišnicami. Razkužijo roke. Jih vidim, tukaj pred menoj. Že ob sprejemu, ko mi je medicinska sestra vstavila kanal v žilo sem opazil, da je razkužila roke, oblekla rokavice in potem ponovno razkužila roke. Tukaj v bolnišnici res daste veliko na to. Jaz mislim, da imajo zaposleni dovolj znanja. Veliko informacij sem poiskal sam. Obupal sem edino nad tem, da se tega ne bom nikoli znebil, ker se še naprej ukvarjam z živinorejo in bom vedno dobil nazaj od pujskov. Veterinarji so mi povedali, da se tega ne morem znebiti.. Živali mi kupimo in verjetno sem tako dobil. Naj bi kar 80% veterinarjev imelo MRSA.</p>	<p>Rokavice Predpasnik Velik poudarek Obleke Razkuževanje rok Bred pacientom Vstava kanala</p> <p>Veliko znanja Brez zaježitve prenosa Prašičja farma</p>
<p>B. H.: Ja jih. Uporabljajo maske in kape. Tudi na oddelku so ob prevezi rane imeli maske. To se mi zdi prav. Kdo kdaj reče, da to ni prav, da majo ampak meni se zdi prav. Nikoli nisem opazila, da ne bi razkuževali rok. Tudi pri osebnem zdravniku je razkužilo kar na pultu. Kakšni pacienti se najdejo, ki so poučeni in imajo več znanja kot zaposleni.</p>	<p>Maske Kape Preveza rane Ustreznost postopka Razkuževanje rok</p>
<p>Č. R.: Zaposleni imajo masko, rokavice in modri predpasnik. Moram reči, da imajo znanje, ker vsi delajo podobno, enako. Vsi oblečejo masko, rokavice in ta modri predpasnik. Zaščitijo se. (tiho razmišlja) Ne, ne nihče ni brez, nisem nikogar videla, da bi bil brez. Jaz bi jih opozorila, če bi bili brez. Jaz vedno opozorim to kar je pomembno ion to se mi zdi, da je pomembno. Tukaj je pomembna moja in njihova varnost in seveda še varnost ostalih pacientov. Ves čas razkužujejo brišejo in čistijo. Tukaj po omarici in okoli postelje.</p>	<p>Maske Rokavice Predpasniki Posedovanje znanja Zaščita Pomembna varnost vseh Nenehno razkuževanje Opozorilo pri nedoslednosti</p>
<p>S. P.: Sestre in zdravniki si ves čas roke brišejo in vse brišejo. Aparat, ki ga prinesejo takoj brišejo in tudi tole mizico (pokaže na mizo pred seboj). To ves čas vidim, da delajo. Manšeto za merjenje krvnega tlaka imam svojo, je podpisana z mojim imenom in priimkom. Sem se že dvakrat dekoloniziral pa ni bilo uspešno. Sem se umival s posebnimi mili, grgal neko tekočino. Vse sem delal pa ni šlo. Ker imam rano se ta ne celi in ne vem kako to prej se je vsaka rana zacelila v dveh dneh. Imajo dovolj znanja, seveda. Kamorkoli pridem se oblečejo in razkužujejo. Če ne bi bili dosledni bi opozoril. Tudi sam vedno povsod povem, da imam MRSA zato, da se zaščitijo. Če ne bi razkužili rok bi rekel, ker vem, da imam MRSA. Nima kaj reči, lepo delajo. Ves čas se nekaj čisti v moji sobi. Sestra vse briše, ko sem tukaj.</p>	<p>Nenehno razkuževanje Razkuževanje aparatov Lastni pripomočki Krvni tlak Podpisano z imenom</p> <p>Posedovanje znanja Obleke Razkuževanje Opozorilo pri nedoslednosti</p>
<p>H. J. S.: To moram povedati, da vsak, ki pride k meni, vsi službeni ljudje, vsi menjajo rokavice, nosijo predpasnike. Imajo takšne modre. Vse to oblečejo in ko nehajo delati jih potrgajo s sebe. Jaz sem jih tudi vprašal kako to delajo in kje to uporabljajo. So mi povedali, da za vsakega pacienta vedno vse zamenjajo. Roke si tudi razkužujejo s tistim na koncu postelje (pokaže na razkužilo na koncu postelje). Nimajo vsi enakega znanja. Tudi vsi se ne obnašajo enako. So tudi sestre, ki sem ne sodijo. Smo pacienti in z nami je potrebno ravnati tako kot se spodobi. Ena ima res strupen jezik. Bolj je preprosta bolj je.</p>	<p>Menjava rokavic Predpasniki Posebne obleke Menjava oblek pri pacientih Razkuževanje rok Razlike v znanju Razlike v odnosu</p>
<p>S. R.: Ko pridejo v mojo sobo si razkužujejo roke, mislim, da čisto vsak, ki pride. Ne vem, če sem kdaj opazil, da si katera sestra ni oblekla tistega modrega predpasnika. Rokavice imajo vi in tisto za roke razkuževati. Ja to je res vsem že v kri prišlo. Vse delajo avtomatsko in jaz mislim, da je tako prav. Tisti, ki smo v bolnišnici nismo najbolj odporni in hitro lahko kaj dobimo. Tukaj dobivamo zdravila in je naš organizem bolj občutljiv in se nas takoj kaj prime. Tukaj je potrebno veliko bolj paziti kot doma.</p>	<p>Razkuževanje rok Doslednost Predpasnik Rokavice Rutina Avtomatizacija Slabost imunskega sistema</p>

	Previdnost	
F. S.: Vsi si razkužujejo roke, oblečejo rokavice in modre predpasnike. Tukaj v sobi se oblečejo in slečejo. Sestre so najbolj natančne. Zdravniki se samo pogovarjajo ničesar se ne dotikajo. Tukaj res nimam pripomb.	Razkuževanje rok Rokavice Predpasniki Oblečejo v sobi Natančnost sester	
Bi karkoli spremenili v svoji obravnavi v bolnišnici? Vas je kaj zmotilo?		
E. J.: Poslušajte, sploh nisem pričakovala, da bo to osebje tako pristopilo. Ko sem prišla sem sem res da vse takoj prebrala na googlu, kako se dobi in sem res vse to prebrala in čakala. Najbolj me je ganil pristop zdravnice, njena iskrenost, da se nimam kaj bati, da bo šlo to enkrat mimo. Nimam nobenih pripomb. Jaz sem dobila toliko pozitivnega mnenja tukaj o zaposlenih in res imaš tukaj ljudi, ki te opozarjajo kako in kaj moraš kaj delati. Prav je tako.	Ganjenost zdravnice Iskrenost Pomiritev strahu Brez pripomb Pozitivno mnenje	Brez željah po spremembi Dobro počutje in občutek varnosti Večji prostori
D. Š.: Ja bi spremenil, to da ne bi imel bakterije (se zasmeji). Ja res, to da ne bi imel. Zdaj je tako, da se jaz odpovedujem vsem kontaktom.	Brez okužbe Omejenost kontaktov	Sprejetje okužbe
P. M.: Ne bi spreminjal. Naj te bakterije uničijo, da ne bodo one nas.	Brez sprememb	Želja
B. M.: Počutim se varno. Niti ne premišlujem, da bi kaj spremenil. Niti ne mislim, da bi lahko še kaj dobil v bolnišnici.	Občutek varnosti Brez sprememb	
B. H.: Ne bi mogla reči, da sem kaj pogrešala. No mogoče bi kaj spremenila glede prostorov. Več prostorov bi morali imeti za ljudi z bakterijo in jih ločiti od tistih brez. Drugače ne bi nič spreminjala. Informacije sem tudi dobila to je res v redu. Moram povedati, da je bilo res vse v redu. Res bi morali imeti več prostorov zdaj je tukaj samo ena postelja in vmes zavesa. No tukaj še gre samo, ko gremo domov po končani dializi se peljemo v istem avtu.	Sprememba prostorov Večji prostori Brez pripomb	
Č. R.: Ne za enkrat nisem nič takega opazila, da bi bilo treba. Vse je bilo v redu in bi to sprejela kar tako kot je.	Brez sprememb Ne opazne pomanjkljivosti	
S. P.: Ne, ne kaj pa naj. Fino bi bilo, če tega ne bi imel ampak zdaj imam in tako pač je. Rad bi se še enkrat dekoloniziral in da bi uspela dekolonizacija.	Brez sprememb Sprejetje bakterije Uspeh dekolonizacije	
H. J. S.: Veste kaj tukaj ne bodo spremenili ničesar. Mene razjezi že to koliko denarja je Evropa dala za obnovo pa nimam zdaj tukaj nič od tega, sam sem zaprt med štiri stene. Nihče ne pove ali bo ta bakterija šla iz mene ali ne. To ni prav, da zdravnik ne pove jasno kaj bo s teboj. Veliko sem hodil po svetu in vem, da se marsikaj da. Tako kot ste vi lepo prišla povedala kaj želite in je vse v redu. In če nekaj ropota, deluje potem izklopiš da se lahko pogovarjamo ne pa kar vsepovprek.	Jasnejša navodila zdravnikov	
S. R.: Me nič ni zmotilo. Tukaj se dobro počutim, nimam nobenih dvomov. Ničesar ne bi spremenil in ko boste vi šli bom pozabil, da imam bakterijo (se zasmeji)	Brez motenj Dobro počutje Brez sprememb	
F. S.: Tukaj ne bi ničesar. Spremenila. No mogoče samo to, da bi te malo pomirili, da te ne bi tako skrbelo zaradi domačih.	Brez sprememb Pomiritev zaradi domačih Prenos bakterije	
Kako je potekal sprejem v bolnišnico?		
E. J.: Nisem se prav prijetno počutila zaradi te okužbe, ker jaz nikoli v življenju nisem bila okužena z ničemer. To je novo. Grozno mi je bilo poslušati, da sem jaz kot oseba okužena. Medicinsko osebje je za pohvalit. Nimam kaj reči, so pravi ljudje. Sprejem je bil zelo korekten, sestra na sprejemu se je zelo lepo obnašala. Z vozičkom me je peljala na oddelek. Naravnost v to sobo me je peljala in tukaj sem bila sprejeta in sestra me je tukaj spraševala vse podatke in popisali smo vse moje stvari. Potem sem se osebja. Jaz se dobro počutim.	Neprijetno počutje Neprijetnost Nelagodje Prva okužba Novost Grozno Pogovor Označba Pohvale zaposlenim Všečnost odnosa Uporaba vozička Popis pripomočkov Spraševanje Pridobivanje informacij Dobro počutje	Korektnost obravnave osebja Odstopanja pri zaščiti osebja Upoštevanje varnostnih ukrepov Brez občutka nelagodja

D. Š.: Ko sem prišel v bolnišnico je bil sprejem enak kot zadnjič. V poseben prostor sem šel. Na oddelku pa sem dobil svojo sobo ali pa zraven še enega pacienta, ki je tudi imel to bakterijo MRSA. Imela sva ločene sanitarije, ker je na vratih pisalo, da je samo za najino sobo. Je bila številka napisana, od najine sobe. Sosed je imel sobno stranišče, ker ni mogle vstati. No to je drugače kot prej ko nisem imel bakterije. Sestre vedno oblečejo rokavice, masko, predpasnik in se tako zaščitijo. Tudi ko sem bil v bolnišnici v Trbovljah je bilo tako. So vse to upoštevali.	Ponovitev postopka Rutina sprejema Poseben prostor Sprejem Lastna soba Pacienti z okužbo Lastne sanitarije Zaščita osebja Upoštevanje varnosti	
P. M.: Tako kot vedno reševalci so me pripeljali. Tukaj so me namestili v tisti prostor, steklen je. Potem pa so me pripeljali v to sobo kjer sem sam. Hitro je šlo. Nikjer ne čakam.	Reševalno vozilo Poseben prostor Zasteklitev Posebna soba Brez čakanja	
B. M.: bilo je drugače kot prejšnji sprejemi. Hitro so me sprejeli. Nisem sedel dolgo v čakalnici. Zdaj vem, ker so mi povedali, da te paciente zadnje naročijo in da nismo v stiku z drugimi. Vse je popolnoma v redu samo nek čuden občutek imaš, ko si takole izoliran.	Odstopanje Hitro sprejem Zadnji v vrsti Zajezitev stika Nenavaden občutek Izoliranost	
B. H.: Enkrat sem bila po tem v bolnišnici. Nič drugače me niso obravnavali, sploh ne bi opazila, če ne bi vedela, da imam bakterijo. Maske so uporabljali in rokavice.	Brez odstopanj Neopaznost Zaščita osebja	
Č. R.: Nazadnje sem bila v Ljubljani sem imela s fistulo težave. Potem so me tukaj malo drugače sprejeli kot nazadnje. Najprej so mi vzeli brise. Dobila sem svoje stranišče pravzaprav celo kopalnico. Spraševali smo me kje vse sem bila. Bila sem v treh bolnišnicah in zdaj res ne vem kje sem to dobila.	Odstopanje Odvzem brisa Lastne sanitarije Identifikacija izvora	
S. P.: Nič drugače. Uporabljali so zaščito. Plašč, rokavice in masko. Roke ves čas razkužujejo povsod. Nisem veliko po bolnišnicah. Tudi k osebnemu zdravniku ne grem pogosto. Vse normalno obnašajo, nikoli nisem nič posebnega opazil. Tukaj v bolnišnici sploh ne, vse je enako.	Brez odstopanj Uporaba zaščite Zaščita osebja Razkuževanje rok Normalno vedenje Brez posebnosti	
H. J. S.: Rešilec me je pripeljal v en prostor tam kjer je vse najbolj moderno. Tam je prenovljeno. Tam sem bil sam. Vse je v steklu in vidiš kako letajo sem in tja. Vsi so prihajali notri k meni in potem so me odpeljali sem v to sobo, zdaj sem tukaj ves čas. Nikamor se ne selim.	Reševalci Izolacija Zasteklitev Lastna soba	
S. R.: Ko sem lani prišel v bolnišnico še ni nobeden vedel, da imam bakterijo in je bilo tudi tokrat tako, nobene panike in nobenih posebnih ukrepov. Ob sprejemu so me dali v tisti prostor v urgenci. Ne vem točno kaj je pisalo na vratih. Izolacijska cona ali kaj že? Tam sem bil eno uro, tako nekako. K meni v tisti prostor je prišla medicinska sestra in sva se pogovarjala in potem so k meni prihajale tudi vajenke no mislim, da ker niso vsega še znale jim je vedno kdo kaj razlagal. Tako, da je bilo res vse normalno in nisem imel občutka, da bi bilo z menoj kaj narobe.	Brez odstopanj Brez posebnosti Sprejem Izolacijska soba Normalno vedenje Brez občutka težav	
F. S.: Ko sem prišla sem imela že v izvidu napisano, iz Ljubljane, da imam to bakterijo. V sobo tam na začetku so me dali. Sama sem bila. To je tam v urgenci. Vsi so se oblačili in prihajali k meni. Potem se me odpeljali direktno v to sobo.	Izolacijska soba Varnost osebja Zaščita Lastna soba	
Ali ste kdaj imeli občutek, da zaradi tega, ker imate to bakterijo, z vami ravnajo drugače?		
E. J.: Ne ne to pa res ne. Mislim, da me večkrat pogledajo kot druge paciente. Vsaj jaz imam takšen občutek.	Ne Pogostejša kontrola	Ne zaznavanje drugačne obravnave
D. Š.: No to ne vem (se zasmeji). Če bi zdaj to rekel bi se zlagal. Nikoli nisem tega občutil tako. Ne, sem prepričan da enako ravnajo.	Ne Enaka obravnava	Upoštevanje varnostnih ukrepov
P. M.: Jaz mislim, da nič drugače.	Ne	
B. M.: Občutek imam le, da imam manj obiskov v sobi, da se me bolj kot ne pustijo na miru. Mislim, da se me vsak boji. Da se me osebje boji. Malo od tam pogledajo (pokaže na vrata) in povprašajo kako sem. Da ne govorim kako je v Ljubljani. Na začetku sem jim sam povedal, da imam MRSA pa ni nobeden nič ukrepal (skomigne z rameni)	Omejevanje stika Vzdrževanje distance Občutek prestrašenosti Strah pred okužbo	

B. H.: Ne to pa ne, nisem imela nobenega slabega občutka. Vedno tako ne moreš biti obravnavan prvi. Vsak mora kdaj potrpeti in počakati. Prav je, da so predvideni neki postopki in da jih zaposleni upoštevajo. Obstajajo tudi postopki s katerimi poskušaš bakterijo odpraviti tako, da tudi to obstaja.	Brez slabega občutka Zadnji v viziti Sprejemanje ukrepa Zagotavljanje varnosti	
Č. R.: Ne nikoli nisem imela tega občutka.	Ne	
S. P.: Ne to pa ne. Vedno me pogledajo enako kot vse in nič drugače ni pri osebnem zdravniku. Res ni nič drugače. Nikoli nisem imel občutka, da ne bi kdo želel priti k meni.	Ne Enaka obravnava	
H. J. S.: No to pa ne, če bi to zdaj rekel, to bi bilo krivično.. Nihče pa res ne reče nobene besede o tem, da imam okužbo. Samo tisti zdravnik, ki mi je povedal in se zdaj skriva v eni luknji.	Ne Brez poudarjanja okužbe	
S. R.: Ne ne, to sploh ne. Zdravniki in sestre se prav normalno obnašajo do mene. Nobene razlike. Da bi jaz vedel, res ne. Pri osebnem zdravniku je pa bolj tako. Se nič kaj dosti ne pazijo. Druga mentaliteta kot tukaj v mestu. Vse jim sicer piše na vratih pa tega še sami ne upoštevajo (zamahne z roko in se zasmeji).	Ne Normalno vedenje Brez razlik Osebni zdravnik Manj previdnosti	
F. S.: Drugače je samo to, da se oblačijo bolj kot so se pred tem, ko še nisem imela bakterije. Ampak to razumem saj morajo paziti, da ne bodo dobili oni in nesli drugim pacientom naprej. Da bi bilo kar koli drugače pa ne. Odnos do mene je bil vedno korekten.	Razlika Večja zaščita Oblačenje Razumevanje Varnost Korektnost odnosa	

6.3 PARADIGMATSKI MODEL

