



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

Magistrsko delo  
študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZŠIRJENOST PRIKRITE APLIKACIJE  
ZDRAVIL MED ZAPOSLENIMI V  
ZDRAVSTVENI NEGI PRI OTROCIH IN  
MLADOSTNIKI – RAZISKAVA MEŠANIH  
METOD**

**PREVALENCE OF COVERT DRUG  
ADMINISTRATION TO CHILDREN AND  
ADOLESCENTS BY NURSING STAFF: A  
MIXED METHODS STUDY**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidat: Darko Laljek

Ljubljana, november, 2024

## **ZAHVALA**

Najprej se zahvaljujem mentorju, doc. dr. Branku Bregarju, za njegovo podporo, potrpežljivost, vse strokovne nasvete in usmeritve pri nastajanju magistrskega dela. Prav tako se zahvaljujem doc. dr. Saši Kadivec in doc. dr. Tini Bregant za recenzijo magistrskega dela. Zahvaljujem se mag. Špeli Štrlekar za lektoriranje magistrskega dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Prikrita aplikacija zdravil je dajanje zdravil brez pacientovega vedenja in soglasja, na skrit način.

**Cilj:** Cilj magistrskega dela je bil ugotoviti pojavnost in razumevanje prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih v kliničnem okolju izbrane zdravstvene ustanove s strani zaposlenih v zdravstveni negi.

**Metoda:** Uporabljene so bile mešane metode raziskovanja. Statistično populacijo so predstavljali zaposleni v zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju. Realizacija vzorca je bila 74,9 % (n = 226). V kvalitativni vzorec je bilo vključenih 13 udeležencev, zaposlenih v zdravstveni negi. Podatki so bili zbrani aprila 2024. Za obdelavo podatkov je uporabljen program IBM SPSS verzija 29.0. Vrednost  $p < 0,05$  je določala mejo statistične značilnosti. Metodo analize vsebine je bila uporabljena za analizo kvalitativnih empiričnih podatkov.

**Rezultati:** 36,8 % (n = 81) anketiranih meni, da prikrita aplikacija zdravil predstavlja več kot 10 % zdravljenja, kar je bilo pod našimi pričakovanji od 70 % ( $\chi^2 = 115,346$ ;  $p < 0,001$ ). Prikrita aplikacija zdravil je neodvisna od stopnje izobrazbe ( $\chi^2 = 0,353$ ;  $p = 0,986$ ). Pri predšolskih otrocih so se anketirani bolj posluževali prikrite aplikacije zdravil kot pri malčkih, šolarjih ali mladostnikih ( $F = 7,291$ ;  $p < 0,001$ ). V intervjujih so zaposleni v zdravstveni negi izpostavili etične dileme, s katerimi se soočajo, ter potrebo po jasnih smernicah in preglednosti intervencij.

**Razprava:** Skupne ugotovitve kvantitativne in kvalitativne raziskave kažejo na potrebo po večji podpori zaposlenim v zdravstveni negi in razvoju jasnih in enotnih smernic za prikrito aplikacijo zdravil. Prikrita aplikacija zdravil ni le strokovno vprašanje, ampak ima pravne in etične razsežnosti. V prihodnosti bo treba identificirati pojav prikrite aplikacije zdravil pri otrocih tudi v našem prostoru dodatno raziskati tako v kvantitativno kot kvalitativno zasnovanih raziskavah z vključitvijo tudi drugih strokovnjakov, tako zdravnikov kot tudi pravnikov, ter tudi staršev in navsezadnje tudi otrok in mladostnikov.

**Ključne besede:** zdravstvena oskrba, pacient, prikrita uporaba, mnenje, pogostost, etična dilema

## SUMMARY

**Background:** Covert administration of medicine is the practice of administering medicines without the patients knowledge and consent, in a hidden manner.

**Aims:** The aim of the master's thesis was to determine the occurrence and understanding of covert medication administration in children and adolescents in a clinical setting of a single healthcare institution from the perspective of nursing staff.

**Method:** A mixed method of research was used. The statical population was represented by the nursing care providers in particular clinical environment. Responsiveness was 74.9 %. The qualitative sample included 13 participants employed in nursing. The data was collected during April 2024. The data was processed using the IBM SPSS program, version 29.0. A value of  $p < 0.05$  defined the limit of statistical significance. We used content analysis method to analyse the qualitative empirical data.

**Results:** The results showed that 36.8 % ( $n = 81$ ) of the respondents believed that covert medication use represents more than 10 % of treatment, which was below our expectations of 70 % ( $\chi^2 = 115.346$ ;  $p < 0.001$ ). Covert medication administration is independent of the level of education ( $\chi^2 = 0.353$ ;  $p = 0.986$ ). In preschool children, the respondents more frequently resorted to covert administration of medications than in toddlers, school-aged children, or adolescents ( $F = 7.291$ ;  $p < 0.001$ ). In the interviews, nursing care providers highlighted the ethical dilemmas they face with the covert administration of medication and the need for clear guidelines and transparency in the process.

**Discussion:** The overall findings of both quantitative and qualitative research indicate the need for greater support for healthcare workers and the development of more clear and uniform guidelines for the covert administration of medication. Covert medication administration is not just a professional issue; it also has legal and ethical dimensions. In the future, it will be necessary to further investigate the identified occurrence of covert medication administration in children within our region through both quantitatively and qualitatively designed studies. These studies should involve other experts, including physicians, legal professionals, as well as parents, and, ultimately, the children and adolescents themselves.

**Key words:** healthcare, patient, covert application, opinion, ethical dilemma, ethical conflict, placebo

# KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>5</b>
2.1 PRIKRITA APLIKACIJA ZDRAVIL IN NJENA RAZŠIRJENOST .....	5
2.1.1 Argumenti v prid prikritemu zdravljenju in aplikaciji zdravil.....	5
2.1.2 Argumenti proti prikritemu zdravljenju in aplikaciji zdravil.....	7
2.2 RAZVOJ OTROKA IN AVTONOMIJA ODLOČANJA .....	8
2.3 NAJPOGOSTEJŠE INDIKACIJE ZA UPORABO PRIKRITE APLIKACIJE ZDRAVIL PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI .....	10
2.4 ETIČNI POMISLEKI IN DILEME ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI PRIKRITI APLIKACIJI ZDRAVIL.....	13
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>18</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	18
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3 RAZISKOVALNE METODE .....	19
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	19
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	21
3.3.3 Opis vzorca .....	23
3.3.4 Metode obdelave podatkov.....	26
3.4 REZULTATI .....	27
3.5 RAZPRAVA.....	46
3.5.1 Omejitve raziskave .....	58
3.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo.....	60
<b>4 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>62</b>
<b>5 LITERATURA.....</b>	<b>63</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika .....	22
Tabela 2: Opis vzorca .....	24
Tabela 3: Sociodemografski podatki anketiranih .....	24
Tabela 4: Oddelek na katerem so anketirani zaposleni.....	25
Tabela 5: Predstavitev intervjuvancev .....	26
Tabela 6: Poznavanje, mnenje in uporaba prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih .....	28
Tabela 7: Uporaba prikrite aplikacije zdravil glede na starost otroka in mladostnika....	29
Tabela 8: Znanje anketiranih o prikriti aplikaciji zdravil .....	30
Tabela 9: Mnenje anketiranih o prikriti aplikaciji zdravil otrokom in mladostnikom....	31
Tabela 10: Pomen vloge staršev pri uporabi prikrite aplikacije zdravil otrokom in mladostnikom .....	31
Tabela 11: Mnenje o vlogi zdravnikov pri uporabi prikrite aplikacije zdravil .....	32
Tabela 12: Razlogi, zaradi katerih bi anketirani zavrnili prikrito aplikacijo zdravil.....	33
Tabela 13: Upoštevanje medicinskih sester s strani zdravnikov pri uporabi prikrite aplikacije zdravil.....	33
Tabela 14: Pogostost uporabe prikrite aplikacije zdravil glede na izobrazbo anketiranih .....	34
Tabela 15: Razlike v uporabi prikrite aplikacije zdravil glede na starost otroka.....	35
Tabela 16: Stališča anketiranih do prikrite aplikacije zdravil glede na delovno dobo ...	35
Tabela 17: Delež medikamentoznega zdravljenja, ki ga predstavlja prikrita aplikacija zdravil .....	37
Tabela 18: Kategorije in podkategorije s pripadajočimi kodami za raziskovalno vprašanje 1 .....	44
Tabela 19: Kategorije in podkategorije s pripadajočimi kodami za raziskovalno vprašanje 2.....	46

## SEZNAM KRAJŠAV

AACI	Komisija za mednarodno akreditacijo Združenih držav Amerike
EC	Evropska komisija
ECHR	Evropska komisija za človekove pravice
NICE	Nacionalni inštitut za zdravje in kakovost oskrbe v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NHS	National Health Service
NMC	Svet zdravstvene in babiške nege v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija



## **1 UVOD**

Zdravila so eden glavnih dejavnikov za ohranjanje zdravja, preprečevanje bolezni, odpravljanje bolezenskih simptomov in bolečine (Hassan, 2021). Pacient je tisti, ki se odloči, ali bo zdravilo, predpisano s strani zdravnika, vzel. To odločitev sprejme glede na kompleksen skupek njemu lastnih prepričanj (Garcia-Vasquez, et al., 2017). Dajanje zdravil predstavlja približno štirideset odstotni delež vsega dela, ki ga znotraj zdravstvene obravnave izvajajo medicinske sestre (Škrab & Mlinar, 2021). Ena izmed najpogostejših napak, ki se v Sloveniji pojavljajo pri ravnanju z zdravili, je nezmožnost pravočasne aplikacije zdravil. Do tega lahko pride bodisi zaradi pacientove zavrnitve ali pa zaradi pomanjkanja v kadrovski zasedbi zaposlenih v zdravstveni negi po oddelkih (Škrab & Mlinar, 2021). V proces dajanja zdravil je vključenih več izvajalcev zdravstvene dejavnosti in uporabnikov zdravstvenih storitev (Martyn & Perry, 2019). Vsi odgovorni, ki sodelujejo v procesu predpisovanja in dajanja zdravil, morajo biti dobro seznanjeni z zdravili, s katerimi imajo opravka. Poznati morajo značilnosti zdravil, med katere sodijo farmakološka oblika, sestava, indikacije, kontraindikacije, načela varnega odmerjanja, načini uporabe in posebna opozorila (Knez, et al., 2021). Medicinske sestre so običajno zadnji člen v verigi dogodkov od začetka, ko zdravnik predpiše zdravilo, do same aplikacije, zato imajo pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti med procesom dajanja zdravil in pri vključevanju pacientov v varno uporabo zdravil (Berdot, et al., 2016). Kljub temu, da je v proces predpisovanja in apliciranja zdravil vpletenih več zdravstvenih delavcev, so medicinske sestre najpogosteje vključene v samo aplikacijo zdravil, ki je stopnja, pri kateri prihaja do največ napak (Rohde & Domm, 2017; Škrab & Mlinar, 2021).

Včasih se z namenom ohranjanja in preprečevanja slabšanja pacientovega stanja medicinske sestre za lažjo aplikacijo zdravil poslužujejo prikrite aplikacije zdravil, to je praksa skrivanja zdravil v hrano ali pijačo, ki se jo prezentira pacientu ali oskrbovancu brez njegovega vedenja (Garratt, 2021). Prikrita aplikacija zdravil se ne spodbuja, vendar je glede na mednarodno literaturo v določenih populacijskih skupinah pogost pojav (Martyn & Perry, 2019; Simpson, 2017; Welsh & Deahl, 2018; Garratt, et al., 2024;

Wheeler, 2024). V Sloveniji je področje neraziskano oziroma o pojavu prikrite aplikacije zdravil ni strokovnih zapisov (Džamastagić, et al., 2019).

Ker je pojav v zdravstvu prisoten, je treba celoten proces prikrite aplikacije zdravil urediti na način, da bo zadostil največjim standardom varnosti in kakovosti – manjkajo namreč smernice in navodila, kdaj in kako se posluževati prikrite aplikacije zdravil, z ali brez avtorizacije in kako jo ustrezno dokumentirati (Garratt, 2021). Vprašanje aplikacije zdravil pacientom brez njihove vednosti in strinjanja je v tujini pomembna tema (Nasir, 2023). Kljub temu v zdravstvu še dandanes vzbuja premalo pozornosti, tako iz etične, pravne in politične perspektive (Munden, 2017). Da pa pojava ne moremo zanikati, niti ga izkoreniniti kažejo javno objavljeni dokumenti različnih organizacij (Lin, 2021; National Health Service (NHS), 2022).

V Sloveniji ne poznamo izraza, ki bi označeval tovrstno aplikacijo zdravil določenim skupinam pacientov pod izrazom »covert administration of medicines«, kar bi v prevodu pomenilo »prikrita aplikacija zdravil«. Definicija, ki je najbolj razumljiva in preprosta, prikrito aplikacijo zdravil določa kot aplikacijo zdravila pacientu oziroma posamezniku, na skrit način, brez pacientovega strinjanja, vendar v njegovem najboljšem interesu (Munden, 2017). Po svetu so za prikrito aplikacijo zdravil že sprejeli ustrezno zakonodajo, na primer v Angliji in Walesu (NHS, 1983; 2005), na Škotskem (NHS, 2005), v Severni Irski (NHS, 2005). Prav tako so prikrito aplikacijo zdravil zakonsko uredili na Novi Zelandiji. Na voljo so tudi smernice Nacionalnega inštituta za zdravje in kakovost oskrbe v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske (angl. National Institute for Health and Care Excellence, NICE) o sprejemanju odločitev, v katere je vključena tudi prikrita aplikacija zdravil (Decision-making and mental capacity, Social Care Guidelines in Quality Standards) (Kauser, et al., 2022). Zaradi varnosti in etičnosti uporabe bi bilo treba področje prikrite aplikacije zdravil urediti s protokoli in dokumentacijo, saj neurejenost področja kaže na podcenjenost problema in pušča prostor za napake in zlorabe (Munden, 2017). Dovoljenje za prikrito aplikacijo zdravil je nejasno in pogosto postavlja odgovornost pri uporabi na zaposlene v zdravstveni negi (Simpson, 2017). Po nekaterih ocenah je prikrita aplikacija zdravil v zdravstvenem varstvu in na področju socialnega varstva pogosta, kar ena desetina uporabnikov zdravstvenih storitev

prejema prikrito aplikacijo zdravil. Ta je v večini primerov slabo dokumentirana, saj se zaradi pomanjkanja protokolov ne predpisuje pravilno (Abdool, 2017a).

Aplikacija zdravil predstavlja pri otrocih in mladostnikih, ki se zdravijo v bolnišnici, posebno občutljivo strokovno in etično dilemo. V prvi vrsti zaradi tega, ker so etična vprašanja, kot so spoštovanje avtonomije otroka oz. mladostnika ter pravice do informiranega soglasja, ogrožena. Poleg tega pa sta varnost in učinkovitost zdravljenja lahko ogroženi zaradi nepravilnih odmerkov in povečanega tveganja za neželene interakcije zdravil. Pediatrična populacija je heterogena. Zato lahko razlika med odmerkom za mladostnike in za nedonošenčke znaša tudi do 100-krat. Prav tako je lahko tipičen povprečen pediatrični odmerek 10 % odmerka za odrasle. Zaradi omenjenih izzivov prihaja v pediatrični populaciji pogosteje do napak pri zdravljenju z zdravili kot v odrasli populaciji. Prav tako imajo pediatrični pacienti večje tveganje za neželene učinke zdravil. Za individualizirano pripravo odmerkov glede na starost, telesno maso (mg/kg) ali površino telesa (mg/m<sup>2</sup>) je potrebnih več izračunov (Grissinger, 2015). Otroci in mladostniki zaradi razvojnih omejitev in manjših zmožnosti zrele presoje težje razumejo pomen in posledice jemanja zdravil, zato pogosto o tem odločajo starši ali zakoniti zastopniki. Kljub temu je ključno, da se spoštuje individualna volja vsakega posameznega otroka in mladostnika v največji meri, kar pomeni, da je treba njihove pravice varovati na najvišji možni ravni, ne glede na starost, in vsakemu tudi priznati njegovo privolitveno sposobnost, ki je neodvisna od poslovne sposobnosti posameznika. Samo strokovnjak je tisti, ki v vsakokratnem posameznem primeru presoja posameznikovo (t. i. otrokovo) zmožnost zrele presoje (World Health Organization (WHO), 2019; 2021).

Pediatri izpostavljajo, da je uspešna aplikacija zdravil pediatričnim pacientom mogoča šele po razumevanju osnovnih razlik med otroki in odraslimi. Najpreprostejši in priljubljen način aplikacije, t. i. peroralna pot, ni vedno možen, saj zdravila niso dobrega okusa ali niso na voljo v odmerkih, primernih za otroke. Tako se dozirne oblike, kot so tablete in kapsule, pogosto prilagajajo na načine, ki niso optimalni za varno, učinkovito in dosledno odmerjanje. Pediatrična populacija se v številnih fizioloških vidikih razlikuje od odraslih. Te fiziološke razlike vplivajo na procese absorpcije, distribucije,

metabolizma in izločanja, ki nadzorujejo celotno razpoložljivost zdravila v krvi na mestu delovanja. Presnova zdravil v jetrih poteka s pomočjo encima citokrom P-450. Manjša zrelost različnih presnovnih poti je še en razlog za bistveno počasnejšo presnovo zdravil pri pediatrični populaciji v primerjavi s starejšimi otroki, mladostniki in odraslimi (Mannan, et al., 2018). Zato je treba pri prikriti aplikaciji zdravil posebno pazljivo spremljati vse te okoliščine.

V Sloveniji je razširjenost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih slabo raziskana, zato smo se odločili v magistrskem delu oceniti razširjenost prikrite aplikacije zdravil med zaposlenimi v zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju ter preveriti stališča zdravstvenih delavcev o prikriti aplikaciji zdravil. S pridobljenimi rezultati želimo izboljšati razumevanje kompleksnosti tega problema in sprejeti ukrepe za preprečevanje in obvladovanje prikrite aplikacije zdravil, s čimer bi lahko izboljšali varno zdravstveno obravnavo otrok in mladostnikov, ki so še posebej ranljivi.

## 2 TEORETIČNI DEL

Prikrita aplikacija zdravil je praksa, pri kateri se zdravila skrijejo v hrano ali pijačo, ki se jo nato ponudi pacientu, ne da bi bil ta obveščen o prisotnosti zdravil. Medicinske sestre uporabijo prikrito aplikacijo zdravil takrat, ko pacient, ki nima jasne zmožnosti odločanja, zavrne jemanje zdravil, ki mu jih ponudijo in so pomembna za ohranjanje njegovega fizičnega in duševnega zdravja (Griffith, 2016a). Prikrita aplikacija zdravil je relativno običajna globalna praksa, ki se uporablja v institucionalnem kontekstu. Pogosto se uporablja v pediatriji kot tudi pri negi na domu (Guidry-Grimes, et al., 2019).

### 2.1 PRIKRITA APLIKACIJA ZDRAVIL IN NJENA RAZŠIRJENOST

V Novi Zelandiji se drobljenje in skrivanje zdravil v hrano ali pijačo lahko uporablja v različnih zdravstvenih ustanovah in je to početje zakonsko urejeno. Pooblaščen zdravstveno osebje, kot so usposobljene medicinske sestre in zdravstveni delavci, lahko dajejo zdravila kot del celovite zdravstvene obravnave, ki je na voljo v socialnovarstvenih zavodih, prikrita aplikacija pa lahko poteka s pacientovo odobritvijo ali brez, če se z njo strinjajo zdravstveni strokovnjaki, kot so predpisovalec, farmacevt, klinični vodja ali pooblaščenec stanovalca, ki je dal soglasje (Garratt, 2021). V Veliki Britaniji so uvedli smernice za izvajanje prikrite aplikacije zdravil. Te vključujejo vključevanje družine ali pomembnih drugih v konzultacijo pri odločanju o prikriti aplikaciji zdravil, jasno opredelitev prikrite aplikacije zdravil v negovalnem planu, mesečno re-evaluacijo in pregledovanje negovalnega plana, ko se le-ta izvaja dlje kot šest mesecev, redno obveščanje svojcev in zdravstvenih profesionalcev ter sprožitve re-evaluacije ob vsaki menjavi zdravil ali režima dajanja zdravil (Griffith, 2016b).

#### 2.1.1 Argumenti v prid prikritemu zdravljenju in aplikaciji zdravil

Prikrita aplikacija zdravil je široko razširjena predvsem na področjih, kjer imajo pacienti kognitivni upad in niso zmožni razumeti pomena terapije, na primer zaradi težjih učnih težav (Griffith, 2016b). Prikrita aplikacija zdravil omogoča tudi zagotavljanje zdravljenja za osebe z duševno motnjo, ki nimajo razumevanja v svoje zdravstveno stanje. Simptomi

bolezni so pri takih osebah lahko uničujoči, ne samo za njih, temveč tudi za njihove družine, ki se lahko spopadajo z jezo, samomorilnimi in agresivnimi simptomi, ki jih je težko obvladovati (Nasir, 2023). Včasih je prikrita aplikacija zdravil potrebna pri osebah z duševno motnjo, ki zavračajo predpisana zdravila, obenem pa v danem trenutku ne ogrožajo sebe ali drugih, vendar se to stanje lahko hitro spremeni in eskalira v razdražljivost ter agresivnost. V afektu lahko oseba predstavlja potencialno nevarnost sebi ali drugim in je prikrita aplikacija zdravil uspešen ukrep, ki preprečuje potrebo po uporabi fizične sile, posebnih varovalnih ukrepov in aplikaciji terapije proti pacientovi volji v intramuskularni obliki (Sheldon, 2017). Prikrita aplikacija zdravil se je izkazala za uporabno tudi pri zdravljenju hudih duševnih motenj, predvsem shizofrenije in motenj razpoloženja, kjer oseba zavrača zdravljenje (Simpson, 2017).

Kot prikrita aplikacija zdravil se lahko aplicira tudi aktivni placebo, ki je farmakološko neaktivna substanca in nima specifičnega delovanja za zdravljenje določenega zdravstvenega stanja (Kirsch, 2019). Placebo efekt se je v številnih raziskavah izkazal kot uspešen način za zdravljenje bolečin (placebo analgezija), pri duševnih motnjah (učinkovito lajša simptome depresije in tesnobne motnje), za lajšanje simptomov Parkinsonove bolezni (motorični simptomi), avtoimunih bolezni, alergijskih reakcij (Yan, et al., 2018). Na področju zdravljenja depresije so pacienti po prejemanju placeba poročali o praktično enakem izboljšanju kot tisti, ki so za zdravljenje depresije prejeli antidepresivna zdravila. Razlike med zdravljenjem z antidepresivi in placebom so bile po kriterijih Nacionalnega inštituta za zdravje in kakovost oskrbe v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske zanemarljive (Igleszowski & Waslick, 2017; Kirsch, 2019). Prav tako so v raziskavah, ki so jih izvedli Strawn in sodelavci (2017) ter Locher in sodelavci (2017) na področju zdravljenja tesnobne in obsesivno kompulzivne motnje v pediatriji s placebom, prišli do zaključka, da so visoka pričakovanja o zdravljenju povezana s povečanjem placebo efekta, kar se je kazalo z zmanjšanjem simptomov tesnobe in simptomov obsesivno kompulzivne motnje.

### 2.1.2 Argumenti proti prikritemu zdravljenju in aplikaciji zdravil

Posledice, ki nastanejo zaradi nejeemanja zdravil, so pomembne za kakovost pacientovega življenja, vendar to ne pomeni, da druge alternative ne obstajajo ali da so bili uporabljeni vsi pristopi. Zato bi bilo treba pred vzpostavitvijo prikrite aplikacije zdravil vedno raziskati vse druge možnosti. Ponekod po svetu, kjer imajo že vzpostavljeno zakonodajo, je neupoštevanje protokolov kaznivo. Pred vsako uporabo prikrite aplikacije zdravil bi bil potreben posvet s farmacevtom za svetovanje glede alternativnih pripravkov in oblik zdravil, s katerimi bi se lahko izognili prikriti aplikaciji zdravil. Predpisovalec bi moral preveriti, katera od zdravil so zares nujna. Vedno bi moral biti cilj čim manj restriktivno vodenje, glede na pacientovo stanje, z upoštevanjem pacientove pravice do svobode odločanja. Odločitev za prikrito aplikacijo zdravil bi morala biti vedno dokumentirana in v dokumentaciji načrtovana redna evalvacija stanja (Kauser, et al., 2022).

Pacienti, ki so nameščeni v bolnišnicah ali drugih socialnovarstvenih zavodih, se glede marsičesa ne morejo več samostojno odločati. Upoštevati morajo red in navodila posameznih institucij, kar največkrat pomeni, da ne morejo samostojno odločati o času vstajanja, o času prehranjevanja, o vsakodnevnih rutinah in podobno. Pacienti se vedno znova srečujejo z izgubo pravice do odločanja in izbire o tem, kaj se bo z njimi dogajalo. To lahko vodi v izgubo identitete in osebnosti. Predvsem se to pojavlja v primerih dlje časa ali doživljenjsko hospitaliziranih. Če temu prištejemo še prikrito aplikacijo zdravil, bi to, ob odkritju, lahko še dodatno prispevalo k občutku, da sploh niso upoštevani in aktivno vpleteni v lastno obravnavo, ugotavlja Simpson (2017).

Temeljna predpostavka je, da ima vsak pacient, ki ima zadostno mero sposobnosti razumevanja in odločanja, moralno pravico, da zavrne katerokoli ali vso medikamentozno terapijo, po primernem informiranem, zavrnitvenem postopku (Guidry-Grimes, et al., 2019). Dajanje zdravil, skritih v hrani, je sporno zato, ker pacienti mislijo, da uživajo le hrano in pijačo, brez vmešanih zdravil, in se jim jo tako tudi prezentira (Abdool, 2017b). Etično in moralno sporno je prikrito dajanje zdravil v hrani, saj ima hrana v posameznikovem življenju veliko pomembnost. Hrana in hranjenje sta vir zdravja, priložnost za doživljanje prijetnih doživetij (kulturne povezave, druženja), vir, preko

katerega se izraža identiteta družbe kot tudi posameznika, in način za povezovanje z drugimi. V primerih, ko negovalno osebje ali družinski člani pri prikriti aplikaciji zdravil osebo hranijo s hrano, v kateri so skrita zdravila, tvegajo, da bi ob odkritju pacient zavrnil hranjenje v prihodnje in izgubil zaupanje v tistega, ki hrani, in v hrano. Pacienta se lahko s tem prikrajša pomembnih priložnosti za ohranjanje dostojanstva in identitete v kontekstu, kjer je identiteta že tako nestabilna, opisujejo Guidry-Grimes in sodelavci (2019). Dodatna težava lahko nastane, če je zdravilo vmešano v hrano in pacient vsega ne zaužije. S tem se tvega, da ne bo prejel ustreznega odmerka zdravila. Nadalje, slabost v prikrivanju aplikacije zdravil se lahko kaže tudi v nezaupanju pacientov, saj se s prikritim dajanjem zdravil lahko krepi prepričanje pacientov, da zdravil ne potrebujejo. S tem se spremeni uvid pacientov v njihovo bolezen. Prav tako lahko prihaja do zlorab v socialnovarstvenih zavodih, kjer se pri določenih stanovalcih zaradi lažje aplikacije zdravil uporablja prikrito dajanje zdravil takrat, ko to ni nujno potrebno (Barreto, 2017). Zato naj se z zdravili ne bi rutinsko manipuliralo, razen če tega ne predlaga zdravnik, s predhodnim posvetovanjem s farmacevtom, da je početje varno in se za to pridobi pacientovo soglasje ali soglasje zakonitega zastopnika (Garratt, 2021). Negativni učinki prikrite aplikacije zdravil se nabirajo skozi čas, če prikrito aplikacijo zdravil uporabimo enkrat, stvar ni tako resna in nima takega vpliva, kot če jo izvajamo pogosteje ali celo redno (Guidry-Grimes, et al., 2019).

Nekatere tablete s polimerskimi ali sladkimi ovoji lahko prikrivajo neprijetne okuse, preprečujejo draženje sluznice ali pa varujejo aktivne sestavine, na katere lahko vpliva svetloba ali vlaga. Želatinastih kapsul, ki vsebujejo tekoče snovi, ne bi smeli razpolavljati, saj bi razlitje tekočine povzročilo neustrezen odmerek učinkovine. V primeru zdravil s podaljšanim sproščanjem se pri raztapljanju ali drobljenju lahko pojavijo stranski učinki ali toksičnost zdravila, saj se naenkrat sprosti prevelik odmerek aktivne učinkovine (Garcia-Vasquez, et al., 2017).

## 2.2 RAZVOJ OTROKA IN AVTONOMIJA ODLOČANJA

Avtonomija pomeni samoodločanje ali samostojno upravljanje. Razvoj avtonomije odločanja je ključni del otrokovega psihosocialnega razvoja, ki vpliva na njegove



spodobnosti samostojnega odločanja in prevzemanja odgovornosti za lastne odločitve (Ke, 2023). Nanj vpliva kognitivni, čustveni in socialni razvoj otroka. Otroci pogosto veljajo za osebe z zelo nizko avtonomijo, pri zelo majhnih otrocih pa se celo šteje, da nimajo avtonomije. Ta pomanjkljivost avtonomije se odraža v dejstvu, da otroci nimajo enakih pravic za izražanje sebe, svojih potreb in hotenj kot odrasle osebe (Ke, 2023). Avtonomija otrok in mladostnikov je minimalna, ko starši enostransko sprejemajo odločitve za otroke in mladostnike, zmerna, ko starši in otroci ali mladostniki sprejemajo odločitve, in popolna, ko otroci ali mladostniki sprejemajo odločitve enostransko. Mladoletniki iste starosti se lahko kažejo v različnih stopnjah zrelosti. Stopnja odločanja, ki se šteje za optimalno, pa je odvisna od tega, kar je normativno za starost in razvojno fazo otroka oz. mladostnika, kot tudi od značilnosti otroka in konteksta vsake situacije posebej (Grootens-Wiegers, et al., 2017).

Kognitivni razvoj otrok je ključnega pomena za razumevanje njihove sposobnosti odločanja. Otroci prehajajo skozi različne razvojne faze in razvijajo sposobnost razmišljanja in reševanja problemov (Pakpahan & Saragih, 2022; Gouvain, 2023):

- predoperativna faza (2–7 let) je faza, v kateri otroci razvijajo osnovne miselne sposobnosti. Njihove odločitve so pogosto omejene z egocentrizmom in pomanjkanjem logičnega mišljenja. Otroci v tej fazi težko razumejo kompleksne vzročne povezave in težave, kar lahko omeji njihovo sposobnost sprejemanja preišljenih odločitev;
- konkretno operativna faza (7–11 let) je faza, v kateri začnejo otroci razvijati sposobnosti za logično mišljenje in bolj zapleteno obdelavo informacij. Postopoma postajajo sposobni razumeti vzročne povezave in posledice svojih odločitev, kar omogoča bolj samostojno in informirano odločanje;
- formalno operativna faza (od 12. leta dalje) je faza, v kateri otroci razvijajo sposobnosti abstraktnega mišljenja in kompleksnega reševanja problemov. Ta razvoj omogoča mladostnikom sprejemanje bolj preišljenih odločitev, pri čemer upoštevajo dolgoročne posledice.

Poleg kognitivnega razvoja ima tudi čustveni razvoj otroka pomembno vlogo pri sposobnosti avtonomnega odločanja, saj sta razumevanje in regulacija čustev ključna za sprejemanje odločitev, ki so skladne z osebnimi vrednotami in cilji. Socialni dejavniki, vključno z družinskim okoljem, šolskim okoljem in vrstniškimi odnosi, prav tako vplivajo na razvoj avtonomije odločanja pri otrocih. Zato podpora, pozitivna spodbuda in odprta komunikacija v družini pomagajo otrokom razviti zaupanje v svoje sposobnosti in sprejemati odgovorne odločitve (Ke, 2023).

Avtonomijo odločanja nepolnoletnih oseb v določeni meri upošteva tudi zakonodaja v zdravstvu. Namreč, Zakon o pacientovih pravicah (2017) določa, da imajo nepolnoletne osebe pravico do sodelovanja pri odločanju o svojem zdravljenju, če so sposobne razumeti pomen in posledice medicinskih postopkov. Za nekatere medicinske posege se lahko pridobi tudi privolitev nepolnoletne osebe, če je ocenjena kot dovolj zrela in sposobna razumeti naravo posega. V nasprotnem primeru odločajo starši ali zakoniti zastopniki v otrokovo korist, ob upoštevanju otrokove koristi in njegovega mnenja, če ga je sposoben izraziti. Tudi Zakon o duševnem zdravju (2008) določa, da ima nepolnoletna oseba pravico sodelovati pri sprejemanju odločitev o svojem zdravljenju v primeru duševnih motenj, če je sposobna razumeti naravo bolezni in posledice zdravljenja. V postopku morajo biti zavarovane pravice in pravni interesi mladoletnika, ki zaradi duševne motnje ali drugih okoliščin ni sposoben, da bi sam skrbel za svoje pravice in interese. Pri prisilnem zdravljenju pa je potrebna privolitev zakonitega zastopnika, vendar mora biti nepolnoletni pacient kljub temu obveščen o postopkih in imeti možnost izraziti svoje mnenje (Uradni list Republike Slovenije, št. 77/2008; Uradni list Republike Slovenije, 109/2023).

### 2.3 NAJPOGOSTEJŠE INDIKACIJE ZA UPORABO PRIKRITE APLIKACIJE ZDRAVIL PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

Zakon o pacientovih pravicah (2017) zagotavlja pravice pacientov, vključno s posebnimi določbami za otroke in njihove starše, pri odločanju o zdravstveni oskrbi. Zakon pokriva 14 skupin pravic, med katerimi sta tudi pravica do obveščenosti in sodelovanja ter pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju. Zakon obravnava sposobnost odločanja otrok

v zdravstveni oskrbi, poudarjajoč pomen razumevanja posledic, njihovih pravic in medicinskega soglasja. Čeprav je splošno priznana starostna meja za odločanje 15 let, zakon dopušča prožnost glede na zrelost otroka, kot jo oceni zdravnik. Posvetovanje s starši je pomemben del pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe (Zakon o pacientovih pravicah, 2017). Različne mednarodne smernice poudarjajo pomen vključevanja otrok v odločanje glede medicinskih zdravljenj in sodelovanja v raziskavah. Po 12. členu Konvencije Združenih narodov o otrokovih pravicah »morajo biti otrokom omogočene priložnosti, da se izražajo v vsakem sodnem ali upravnem postopku, ki neposredno vpliva na otroka« (Unicef, 1989). Poleg tega imajo mnoge države zakone, ki določajo, pri kateri starosti naj bi otroci sodelovali pri odločitvah o medicinskem zdravljenju ali znanstvenih raziskavah. Na Nizozemskem lahko na primer otroci od 16. leta dalje samostojno sprejemajo odločitve o zdravljenju, otroci od 12. leta pa so upravičeni k temu, da skupaj s starši dajo informirano privolitev za sodelovanje v raziskavah ali zdravljenje (Grootens-Wiegers, et al., 2017). V Združenem kraljestvu Anglije in Severne Irske otroci, mlajši od 16 let, ne morejo prejemati zdravljenja brez soglasja staršev (Jacobs, et al., 2023). Ti zakoni in smernice poudarjajo pomen spoštovanja razvijajoče se avtonomije otrok. Vendar pa tudi kažejo, da ni enotnega mnenja o tem, pri kateri starosti se lahko otroke šteje za sposobne sprejemanja odločitev. Zaradi dinamičnega razvoja nevronske povezave in funkcionalnih sprememb med možganskimi strukturami kompetentnost otrok variira, pri čemer je to najizrazitejše v obdobju mladostništva. V tem obdobju v možganih potekajo velike spremembe in razvojni preskoki, ki lahko močno vplivajo na kompetentnost pri sprejemanju odločitev (Grootens-Wiegers, et al., 2017).

V raziskavi Hein in sodelavci (2015) ugotavljajo, da so otroci, stari 14 ali 15 let, enako sposobni odločanja kot odrasli in da so otroci, starejši od 11 let, lahko sposobni za privolitev h kliničnim raziskavam. Kljub temu v večini držav otroci in mladostniki veljajo za nesposobne samostojnega odločanja, dokler ne dopolnijo 18 ali 21 let, ko uradno dosežejo pravno odraslost (Grootens-Wiegers, et al., 2017). V medicinski praksi ni jasno določeno, ali je otrok oz. mladostnik določene starosti dovolj sposoben za medicinsko odločanje. Otroci iste starosti lahko pokažejo različne stopnje zrelosti. Mlajši otroci, ki so v določeni situaciji pokazali zadostno sposobnost za odločanje, lahko v drugih

situacijah nimajo ustrezne sposobnosti. Po drugi strani pa je za medicinsko odločanje potrebna določena raven kompetenc, da se zagotovi uravnoteženje spoštovanja avtonomije. Da bi bil nekdo dovolj kompetenten, mora imeti mentalno sposobnost sprejemanja odločitev, prav tako pa mora biti odgovoren za posledice svojih odločitev v konkretni situaciji (Grootens-Wiegers, et al., 2017).

Prikrita aplikacija zdravil se otrokom in mladostnikom daje le v izjemnih primerih, ko so vse druge možnosti izčrpane, in ob upoštevanju strogih etičnih smernic ter v soglasju z družino in zdravstvenim osebjem. Dajanje zdravil otrokom in mladostnikom zahteva dodatne spretnosti, saj mora medicinska sestra pri njih doseči sodelovanje in ustrezno pripraviti otroka oz. mladostnika, da je zanj dogodek čim manj travmatičen. Glede na starost otroka ali mladostnika mora medicinska sestra poleg telesnih značilnosti poznati tudi njegovo razvojno stopnjo in psihološke potrebe. Otrok oz. mladostnik – primerno glede na njegovo starost – bi moral o svojih zdravilih vedeti ime zdravila, kako se ga pravilno uporablja, zakaj se ga uporablja in kako deluje, kdaj se ga vzame in kako dolgo se ga uporablja, kaj storiti, če se pozabi vzeti odmerek, kateri neželeni učinki se lahko pojavijo in na koga se lahko obrnejo, če bi do teh prišlo. Pomembno je tudi redno re-evaluirati potrebo po tej praksi in spremljati dobrobit otroka ali mladostnika (Knez, et al., 2021). Nguyen s sodelavci (2020) opozarja, da naj bi se drobljenje tablet za pediatrično populacijo uporabljalo le v primerih, ko ni na voljo nobena druga alternativa, saj so raziskave pokazale, da se z drobljenjem, četudi se za to uporablja za to namenjen drobilec, izgubi za 3–13 % teže zdrobljene tablete. Zahn s sodelavci (2021) je z raziskavo, izvedeno v Nemčiji, ugotovil, da bi lahko 29 % vseh manipulacij z zdravili v pediatriji preprečili z uporabo drugih zdravil, ki so na voljo v želenih odmerkih, namenjenih pediatrični populaciji. To kaže, da je pomanjkanje razpoložljivih pediatričnih formulacij še vedno prisotno po vsem svetu, kar prispeva k povečanju tveganja za napake pri odmerjanju in težavah pri aplikaciji zdravil (Rehn, et al., 2018). Pri izbiri zdravil za otroke in mladostnike je pomembno upoštevati dejavnike, kot so starost, zmožnost požiranja, enostavnost aplikacije in dostopnost ustreznih formulacij zdravila (Grissinger, 2015).

Proizvodnja zdravil za zdravljenje otrok predstavlja poseben izziv v farmacevtski industriji. Primarni cilj teh pripravkov je zagotoviti terapevtsko učinkovitost, varnost in

prenašanje pri pediatričnih pacientih. Ti pripravki upoštevajo specifične fiziološke in razvojne potrebe otrok ter se prilagajajo različnim starostnim skupinam. V zadnjih letih je to področje deležno znatno večje pozornosti, kar je posledica potrebe po izboljšanju aplikacije zdravil otrokom ter zagotavljanju optimalnega in specifičnega zdravljenja. Tri nove tehnologije, ki so pritegnile veliko pozornosti, so: 3D tiskanje, »prilling« in mikrofluidna tehnologija. Te tehnologije ponujajo napredne pristope za načrtovanje, proizvodnjo in prilagajanje pediatričnih farmacevtskih pripravkov, kar omogoča natančnejše odmerjanje, izboljšano topnost in večjo sprejemljivost zdravil. Tehnologija »prilling« omogoča oblikovanje homogenih delcev določene velikosti in oblike, kar je pomembno pri proizvodnji npr. tablet, kapsul ali granul. Prednosti te metode v farmacevtski industriji vključujejo boljšo topnost, natančnejše odmerjanje, boljšo biološko uporabnost in večjo stabilnost zdravilnih učinkovin v primerjavi s tradicionalnimi metodami proizvodnje. Mikrofluidna tehnologija lahko izboljša topnost zdravilnih učinkovin, saj omogoča ustvarjanje mikroemulzij in nanodelcev (Racaniello, et al., 2024).

Okus je pomemben faktor pri otroškem sprejemanju zdravil, zato se drobljene ali razpolovljene tablete ali vsebina kapsul pogosto meša s hrano ali pijačo, ki služita kot posrednik za lažje požiranje ali za maskiranje neprijetnega okusa, da otrok oz. mladostnik zdravilo sprejme (Kersten & Klein, 2016). Poleg odpora do jemanja zdravil zaradi okusa, strahu pred stranskimi učinki in nerazumevanja potrebe po zdravljenju so najpogostejše indikacije za uporabo prikrite aplikacije zdravil duševne in vedenjske motnje, težave pri požiranju tablet, dolgotrajno zdravljenje, pri katerem obstaja tveganje, da bo otrok ali mladostnik izgubil motivacijo za nadaljevanje zdravljenja, invalidnost in kritična zdravstvena stanja, kjer je nujno potrebno, da otrok ali mladostnik vzame zdravila za preprečevanje poslabšanja stanja (Chaywan, et al., 2022).

## 2.4 ETIČNI POMISLEKI IN DILEME ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI PRIKRITI APLIKACIJI ZDRAVIL

Medicinske sestre se skozi proces formalnega izobraževanja pripravijo na moralno in profesionalno odgovornost za opravljanje svojega dela. Kompetence medicinskih sester

sestojijo iz treh kategorij: teoretičnih kompetenc, praktičnih kompetenc in kompetenc za sposobnost odločanja (Luokkamaki, et al., 2020). Za varno delo uporabljajo orodje, znano kot pet pravic ali »pravilo petih P-jev«. To so globalno sprejete smernice za varno dajanje zdravil. Z njimi se zagotavlja, da zdravilo prejme pravi pacient, ob pravem času, v pravi količini in na pravi način (Martyn & Perry, 2019). Pravilo petih P-jev je dolgo veljalo, danes pa je dopolnjeno z dodatnimi pravili. Remškar (2017) je v svojem delu navedel 12 pravil, ki jih moramo upoštevati pri dajanju zdravil in predstavljajo osnovo za varno aplikacijo zdravil. Nadalje, Knez (2021) s sodelavci trdi, da mora zaradi zagotavljanja varnosti medicinska sestra uporabljati, poleg pravila teh petih pravil, še dodatnih sedem pravil: pravi razlog, informiranje pacienta, ustrezno dokumentiranje, pravica do odklonitve, opazovanje, vrednotenje in preverjanje datuma uporabnosti zdravila. Luokkamaki s sodelavci (2020) dodaja, da je proces dajanja zdravil razdeljen na pripravo zdravil, dajanje zdravil, dokumentiranje postopka, evalvacijo in oceno učinkov, pri čemer je za varno obravnavo potrebno predvsem znanje za preračunavanje odmerkov za ustrezno aplikacijo, sodelovanje z drugimi strokovnjaki in pacientom ter posredovanje informacij o zdravljenju. Ob vsem tem je za varnejšo aplikacijo zdravil ključnega pomena, da je medicinska sestra dobro seznanjena s pacientovo zdravstveno preteklostjo in trenutnim stanjem. Poznati in vključevati pacienta je pomemben del varne strategije dajanja zdravil (Bucknall, et al., 2018).

Medicinske sestre imajo nalogo in dolžnost biti odkrite do svojih pacientov, da se pacienti lahko odločajo po tem, ko so dobili dovolj potrebnih informacij. Za pacientovo avtonomijo je slednje temeljni dejavnik. Pomembne etične dileme zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil so ogrožanje zaupanja med njimi in pacienti, ogrožanje avtonomije pacienta (kar je še posebej občutljivo pri pacientih, ki bi lahko sodelovali pri odločanju o svojem zdravljenju) ter izguba zaupanja pacienta in/ali njegove družine (Abdool, 2017b). Nadalje, zdravstveni delavci se morajo odločiti, ali potencialne koristi prikritih aplikacij zdravil odtehtajo možno škodo. Pri posluževanju prikritih aplikacij zdravil se zdravstveni delavci lahko znajdejo v konfliktu med svojo dolžnostjo, da zaščitijo in skrbijo za pacienta, ter svojim etičnim načelom, ki vključuje spoštovanje pacientove avtonomije in pravic. Zaradi osebnih, poklicnih in organizacijskih vrednot, moralnih načel in občutka odgovornosti, ki morajo vedno slediti moralnim obveznostim

dobre prakse, lahko pri izvajanju prikrite aplikacije zdravil prihaja do etičnih konfliktov, ki se pojavljajo zaradi razlik v mnenju ljudi ali zaradi neskladij med osebnimi in organizacijskimi vrednotami. Pomembno vlogo pri tem imajo dinamična narava delovnega okolja, nestrinjanje med medicinskimi sestrami in zdravniki pri določenih odločitvah in praksah, pomanjkanje časa za zagotavljanje kakovostne oskrbe in nespoštovanje pacientovih pravic (Naraločnik, et al., 2020).

Najpogostejša prikrita aplikacija zdravil je pri otrocih aplikacija antipiretikov (še posebej pri dojenčkih in malčkih, pogosto rektalno). Starši prikrito dajejo antipiretike svojim vročičnim otrokom. Raziskavi Griffith (2016a) in Guidry-Grimes, et al. (2019) opozarjata na tveganja prikritega dajanja zdravil, saj lahko zmanjšuje zaupanje med pacienti in skrbniki ter povzroča dolgotrajne moralne posledice. V primeru dajanja antipiretikov dojenčkom in malčkom, kjer otroci zaradi starosti ne morejo dati soglasja, lahko aplikacija prikritih zdravil, kot sta pokazala Griffith (2016a) in Guidry-Grimes s sodelavci (2019), odpira etična vprašanja. Pri otrocih je mogoče prikrito dajanje zdravil sprejemljivo, saj so starši odgovorni za njihovo zdravje. Vendar je ključno, da se ta praksa ne uporablja pri osebah, ki so sposobne dati privolitev, saj lahko to vodi do negativnih posledic za odnos med skrbnikom in pacientom. Obenem je prikrito dajanje kakršnegakoli zdravila sposobni osebi, ki se tega zdravljenja ne zaveda in katere privolitev ni prisotna, moralno etično sporno in tudi nezakonito. To ni fizično nasilje, saj ni prišlo do fizičnega stika, vendar gre za resno kršitev posameznikove pravice do spoštovanja njegovega zasebnega življenja (Wheeler, 2024). Zdravljenje brez konsenza je kršenje 8. člena Evropske komisije za človekove pravice (angl. European Convention on Human Rights, ECHR), ki se nanaša na pravico do spoštovanja privatnega in družinskega življenja. Izjema je zdravljenje psihiatričnih motenj, ko je pacient lahko zadržan pod Mental Health Act 1983. V tem primeru se lahko izvajajo določene medicinske intervencije, vključno s prikrto aplikacijo zdravil, brez pacientovega soglasja, če to določa zakon in je v najboljšem interesu pacienta. Vendar kljub temu morata biti predpisovanje in aplikacija prikrite aplikacije zdravil skladna z zakonodajo in standardnimi profesionalnimi smernicami (Kausar, et al., 2022). Smernice, ki jih objavljata tako Nacionalni inštitut za zdravje in kakovost oskrbe v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske (NICE) kot Komisija za kakovost oskrbe, se nanašajo

na prikrito dajanje zdravil pri odraslih, ki niso sposobni dati privolitve. Nobena od teh organizacij se neposredno ne sklicuje na otroke ali mladostnike (Wheeler, 2024).

Praksa prikritega dajanja zdravil je razširjena po vsem svetu, na žalost pa zaradi etičnih dilem, marsikje neopredeljene zakonodaje in strahu izvajalcev v večini primerov ostaja neprijavljena, opisuje Guidry-Grimes s sodelavci (2019). Zaradi tega so pomembni ureditev zakonodaje za to področje, oblikovanje primernih organizacijskih smernic in priprava ustrezne dokumentacije in nadzora. Nekatere bolnišnice in drugi zavodi v tujini že imajo formalno dovoljenje za prikrito aplikacijo zdravil, ki se uradno zabeleži. Vendar kadar je uporaba prikrite aplikacije zdravil predvidena za daljše obdobje in pacientu odvzema svobodo odločanja, je nujno, da se pacientovo stanje redno pregleduje in ponovno ocenjuje, da se ugotovi, ali so potrebne spremembe v zdravljenju in omejitvah (Griffith, 2016b).

Da je pacient dobro informiran glede svojega zdravljenja, je njegova pravica, ki je tudi zakonsko določena. V zdravstveno obravnavo mora biti pacient aktivno vključen, s postopki seznanjen in sam privoliti v vse intervencije, v katere je vključen (Garcia-Vasquez, et al., 2017). Človekove pravice so enake za vse, tako za ranljive kot tudi za zdrave ljudi (Griffith, 2016a). Zavajanje pacientov povzroča različne etične dileme, saj so zdravstveni delavci zaradi pacientovih zdravstvenih težav večkrat v nadrejenem položaju in ne v enakovrednem. Prikrita aplikacija zdravil odpira etične in moralne dileme pri zlorabi pacientove avtonomije in zaupanja v zdravstveni sistem (Abdool, 2017a). Eno pomembnih etičnih vprašanj pri uporabi prikrite aplikacije zdravil je avtonomija pacienta in načelo neškodljivosti ter koristnosti pri zdravljenju. Avtonomija posameznika zagotavlja pravico do odločanja zase, vendar mora biti posameznik v psihično zdravem stanju, da je sposoben sprejemanja odločitev (Nasir, 2023). Etične težave, ki se pojavljajo pri uporabi prikrite aplikacije terapije, poudarjajo potrebo po stalnem pregledu te prakse. V določenih okoliščinah, ko ni drugih primernih alternativ, je uporaba prikrite aplikacije zdravil najboljša možnost za paciente (Pickering, 2021). Jasno je, da mora pacient, če ima zadostne mentalne sposobnosti za ustrezno odločanje, dati soglasje za kakršnokoli obliko zdravljenja, preden se to vzpostavi. V nasprotnem primeru, če tega ni sposoben, se morajo



namesto njega odločiti družinski člani, svojci ali drugi pomembni zastopniki (Abdool, 2017a).

Pomembno, vendar pogosto spregledano etično vprašanje, povezano s skrivanjem zdravil v hrano, je tveganje, da bo prikrito dajanje zdravil odkrito in se bo posledično zgodila pacientova izguba zaupanja v zaposlene v zdravstveni negi. Zaradi skritega dajanja zdravil se lahko ogrozi terapevtski odnos s pacientom. Čeprav obstajajo okoliščine, v katerih je skrito dajanje zdravil etično upravičeno zaradi pomanjkanja primernejših alternativ, bi bilo treba upravičenost te prakse ponovno oceniti ob vsaki ponovni aplikaciji (Guidry-Grimes, et al., 2019).

Medicinskim sestram, ki imajo tudi vlogo kot zagovornice pacienta, lahko etični konflikt povzroča moralno stisko, nezadovoljstvo z delom, izgorelost in odsotnost z dela. Na profesionalni ravni lahko etični konflikti slabo vplivajo na raven timskega dela, povzročajo težave v medosebni komunikaciji in spodkopavajo položaj medicinske sestre, v skrajnih primerih lahko vodijo celo v opustitev poklica (Naraločnik, et al., 2020). Pishgoorie s sodelavci (2018) ugotavlja, da ima etični konflikt, poleg negativnih posledic na profesionalnem področju, posledice tudi na drugih ravneh, sploh na osebnem neugodju, povzroča namreč jezo, frustracije, občutke pomanjkanja moralne integritete in vpliva na samopodobo in mehanizme obnašanja. Uporaba prikrite aplikacije zdravil in komunikacija, vezana na njeno uporabo, je nekaj, o čemer se medicinske sestre med formalno izobrazbo ne učijo. Zato so ob soočanju z uporabo v poklicnem okolju postavljene v težek položaj negotovosti, ali s početjem kršijo zakon ali svojo lastno etično prepričanje (Munden, 2017).

Predpisovanje prikrite aplikacije zdravil krši tudi načela odnosa med zdravnikom in pacientom in je v nasprotju z moralnimi načeli ustaljenih medicinskih praks. Obupani svojci in družinski člani, ki so vključeni v prakso zavajanja, lahko do tega vedenja gojijo negativne občutke in moralne zadržke, kar je zanje obremenjujoče. Ob vsem tem se lahko soočajo z nepredstavljivo izgubo zaupanja v zdravstveni sistem (Abdool, 2017b).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

V Sloveniji je razširjenost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih slabo raziskana, zato smo omenjeno problematiko raziskali v empiričnem delu.

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen prvega dela kvantitativno zasnovane raziskave je bil raziskati prikrito aplikacijo zdravil med otroci in mladostniki v izbranem kliničnem okolju. V kvalitativno zasnovani raziskavi smo dodatno raziskali problem, izpostavljen v prvem delu raziskave, predvsem pa smo se osredotočili na etične dileme zdravstvenih delavcev ob prikriti aplikaciji zdravil.

Cilji raziskave so bili:

- Ugotoviti pojavnost uporabe prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih.
- Ugotoviti pojavnost prikrite aplikacije zdravil glede na starost otroka.
- Ugotoviti pojavnost prikrite aplikacije zdravil pri zaposlenih v zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe.
- Ugotoviti stališča zaposlenih v zdravstveni negi do prikrite aplikacije zdravil glede na delovne izkušnje.
- Odkriti razumevanje zaposlenih v zdravstveni negi o pojavu prikrite aplikacije zdravil.

#### **3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

V kvantitativnem delu raziskave smo za namene raziskovanja oblikovali naslednje raziskovalne hipoteze (H) in raziskovalno vprašanje (RV):

H<sub>1</sub>: Pojavnost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih je bolj prisotna pri zaposlenih v zdravstveni negi z nižjo stopnjo izobrazbe.

H<sub>2</sub>: Pojavnost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih se razlikuje glede na starost otroka in mladostnika.

H<sub>3</sub>: Obstajajo različna stališča zaposlenih v zdravstveni negi do prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih glede na delovno dobo.

RV 1: V kakšnem deležu se pojavlja prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih?

Za kvalitativno proučevanje razumevanja pojava prikrite aplikacije zdravil med zaposlenimi v zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih smo postavili naslednji raziskovalni vprašanji:

RV 1: Kako zaposleni v zdravstveni negi gledajo na prikrito aplikacijo zdravil?

RV 2: V kolikšni meri zdravniki upoštevajo mnenje in vključujejo medicinske sestre v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil?

### 3.3 RAZISKOVALNE METODE

V raziskavi smo uporabili mešano raziskovalno zasnovo, ki jo uporabimo tudi v primeru, ko želimo povečati verodostojnost svojih ugotovitev oziroma rezultatov (Kumar, 2019). Študija primera je v prvem delu temeljila na kvantitativni neeksperimentalni opisni metodi. V drugem delu kvalitativno fenomenološko zasnovane raziskave smo poskušali odkriti globlje razumevanje in mnenja zdravstvenih delavcev o pojavu prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih ter preverili oziroma poskušali pridobiti globlje razumevanje rezultatov prvega dela raziskave.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V uvodnem teoretičnem delu magistrskega dela smo pregledali relevantno domačo in tujo strokovno literaturo, povezano s pojavnostjo prikrite aplikacije zdravil. Sistematični pregled strokovne literature smo naredili v podatkovnih bazah ScienceDirect, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane in PubMed. Za iskanje smo prav tako uporabili kooperativni online bibliografski sistem COBISS. Iskanje smo omejili na objave s celotnim besedilom v znanstvenih ali strokovnih recenziranih revijah. Strokovno literaturo smo iskali po ključnih besedah: zdravstvena nega, pacient,

prikrita, aplikacija, zdravila. V tujem jeziku pa: patient, covert medication, administration. Uporabili smo Boolov operator AND (slovensko IN). Literaturo smo omejili na obdobje med 2014 in 2024. Izjemoma smo uporabili tudi starejše vire.

V empiričnem delu smo podatke zbrali z mešanimi metodami raziskovanja. Najprej smo izvedli anketiranje med zaposlenimi v zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju. Začeli smo torej s kvantitativno zasnovano raziskavo. Pred anketiranjem smo izvedli vsebinsko validacijo vprašalnika na način, da smo vprašalnik dali štirim diplomiranim medicinskim sestram in trem srednjim medicinskim sestram, da smo preverili razumljivost vprašanj. Njihove povratne informacije so bile pozitivne, saj so potrdile, da so vprašanja jasna in razumljiva. Pripombe so bile minimalne in so bile upoštevane pri končni različici vprašalnika. Nato smo podatke zbirali s pomočjo spletnega anketiranja od meseca marca 2024 do aprila 2024. Pred izvedbo raziskave smo pridobili vsa potrebna soglasja predstavnikov izbrane zdravstvene ustanove. Zaposlene v zdravstveni negi smo seznanili z namenom raziskave in jih zaprosili za sodelovanje pri raziskavi. Sodelovanje v raziskavi je potekalo prostovoljno. Poleg tega so bili obveščeni, da lahko kadarkoli brez posledic odstopijo od sodelovanja. V primeru nerazumevanja vprašanj smo navedli kontakt, kjer so lahko povprašali o dodatnih informacijah. Povezavo do vprašalnika, ki je bil distribuiran preko spletne strani lka.si, smo preko elektronske pošte poslali vsem vodjem oddelkov v izbranem kliničnem okolju, vodje pa so ga poslali zaposlenim v zdravstveni negi. Podatke anketirancev in intervjujev smo v popolnosti anonimizirali.

Drugi del raziskave je bil izveden na podlagi intervjujev in je bil izveden po prvem delu raziskovanja. Z vsakim od posameznikov smo opravili uvodni pogovor, kjer smo udeleženca seznanili z namenom, cilji in različnimi delovnimi oziroma raziskovalnimi vprašanji. O terminu in kraju smo udeležence obvestili mesec dni pred predvidenim terminom zaradi lažje uskladitve delovnih obveznosti. Sedem dni pred predvidenim srečanjem smo jim poslali tudi izhodiščna vprašanja. Okvirni čas skupinskega intervjuja pri zaposlenih v zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju je bil približno 45 minut z vključenim uvodom in predstavitevjo izvedbe intervjuja. Pred pričetkom intervjuja smo udeležence seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov in prostovoljno vključenostjo v raziskavo ter pridobili vsa potrebna soglasja. Vsak udeleženec v skupinskem intervjuju

je podal pisno soglasje za sodelovanje in snemanje pogovora. Namreč, za lažjo analizo podatkov smo intervju snemali, posnetek pa pretvorili v pisno obliko, pri čemer je bila identiteta udeležencev ustrezno zaščitena. Med intervjujem smo postavljali vprašanja odprtega tipa, ki so udeležence vzpodbujala k poglobljenemu razmisleku. Prosili smo jih, da podrobneje razložijo svoje izkušnje in mnenja ter jim postavljali dodatna vprašanja za razjasnitev in poglobitev odgovorov. Skupinski intervju se je nadaljeval, vse dokler nismo prišli do točke zasičenosti podatkov, ko dodatno zbiranje podatkov ni več prinašalo novih informacij oz. vpogledov v raziskovalno temo.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za prvi del raziskave smo pridobili s pomočjo vprašalnika, sestavljenega iz petih sklopov. Vprašalnik smo sestavili na podlagi pregleda literature (Simpson, 2017; Guidry-Grimes, et al., 2019; Garratt, 2021; Nasir, 2023). Vprašalnik je bil namenjen zaposlenim v zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju. V prvem sklopu vprašalnika smo anketirance vprašali po njihovem mnenju, razlogih in sprejemljivosti uporabe prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih. Na 11 trditev so lahko anketiranci odgovarjali na 5-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer so ocene pomenile: ocena 1 – »popolnoma se ne strinjam«, ocena 2 – »ne strinjam se«, ocena 3 – »se niti ne strinjam se niti strinjam«, ocena 4 – »strinjam se« in ocena 5 – »popolnoma se strinjam« je predstavljala trditev, s katero so se anketirani najbolj strinjali. V drugem sklopu vprašalnika, ki je zajemal 7 trditev, smo anketirance povprašali o lastni opredeljenosti in sprejemljivosti do prikrite aplikacije zdravil, pri čemer smo uporabili enako 5-stopenjsko Likertovo mersko lestvico kot v prvem sklopu. V tretjem sklopu vprašalnika, ki je zajemal 3 trditve, smo anketirance povprašali o vlogi staršev pri uporabi prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih, v četrtem sklopu, ki je zajemal 12 trditev, pa o vlogi zdravnikov. Tudi tukaj smo uporabili 5-stopenjsko Likertovo mersko lestvico. Zadnji, peti del vprašalnika je vseboval vprašanja odprtega in zaprtega tipa o sociodemografskih podatkih (spol, starost, leta delovne dobe, stopnja izobrazbe itd.).

Zanesljivost vprašalnika smo izmerili s koeficientom Cronbach alfa, pri katerem je zanesljivost vprašalnika boljša, ko je Cronbach koeficient alfa bliže vrednosti števila 1.

Zanesljivost vprašalnika je slaba, če je koeficient manjši od 0,60, vprašalnik je zmerno zanesljiv, če je vrednost med 0,60 in 0,80, in zelo zanesljiv, če je vrednost koeficienta 0,80 ali več (Cho & Kim, 2022). Na podlagi vrednosti Cronbach alfa koeficienta sklepamo, da je naš vprašalnik zelo zanesljiv, saj je vrednost koeficienta Cronbach alfa presejala vrednost 0,8 pri vseh sklopih, razen pri sklopu trditev »Mnenje anketiranih o prikriti aplikaciji zdravil«. Pri omenjenem sklopu je vrednost koeficienta znašala 0,783, kar pomeni zmerno zanesljivost (tabela 1).

**Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika**

Posamezni sklop	Število trditev	Cronbach alfa
Pogostost uporabe prikrite aplikacije zdravil	4	0,902
Znanje anketiranih o prikriti aplikaciji zdravil	11	0,888
Mnenje anketiranih o prikriti aplikaciji zdravil	7	0,783
Pomen vloge staršev pri prikriti aplikaciji zdravil	3	0,952
Mnenje o vlogi zdravnikov pri uporabi prikrite aplikacije zdravil	12	0,898

V drugem, kvalitativnem delu raziskave smo podatke pridobili s skupinskim intervjujem, kar pomeni, da je intervju opravljen z več udeleženci hkrati. Takšen intervju pogosto imenujemo tudi fokusna skupina. Glavni cilj skupinskega intervjuja je zbiranje kvalitativnih podatkov. Podatki, pridobljeni s to metodo, so opisni in zagotavljajo globlji vpogled v čustva, motivacije in razloge za določena vedenja ali stališča (Banjac, 2020).

Skupinski intervju vključuje poglobljeno razpravo med več udeleženci, ki jih vodi moderator. V okviru kvalitativnega raziskovanja je tak način izvedbe intervjuja pogost, omogoča pa pridobivanje globljega vpogleda v izkušnje, mnenja in stališča posameznikov o določenem vprašanju ali temi. Skupinski intervju ima nekaj prednosti pred individualnim intervjujem. Med drugim, da raziskovalec (običajno z vsaj enim soizvajalcem) vodi pogovor med udeleženci intervjuja, ki prek debate izražajo svoja stališča, soočajo mnenja, izmenjajo prepričanja, strinjanja in nestrinjanja. Torej, ena izmed ključnih značilnosti skupinskega intervjuja je interakcija med udeleženci, ki spodbuja debato in omogoča, da udeleženci svoje odgovore gradijo na izjavah drugih. S tem se lahko odkrijejo globlji vpogledi in različni vidiki, ki jih v individualnem intervjuju morda ne bi izrazili. S tem raziskovalec pridobi vpogled v skupinsko dinamiko in pozicijo glede določenega vprašanja ali raziskovalnega problema (Cyr, 2019). Moderator ima

ključno vlogo v skupinskem intervjuju. Njegova naloga je, da usmerja razpravo, postavlja vprašanja in zagotavlja, da vsi udeleženci dobijo priložnost za izražanje svojih mnenj. Moderator mora biti nevtralen, spodbujati vključevanje vseh članov skupine in preprečevati prevlado posameznikov nad razpravo. Razprava je v skupinskem intervjuju dinamična in fleksibilna. Čeprav moderator usmerja razpravo, se teme lahko razvijajo na podlagi interesov in odzivov udeležencev. Ta fleksibilnost omogoča poglobljeno raziskovanje tem, ki morda v začetnem načrtu niso bile predvidene. Skupinski intervju poteka v sproščenem okolju, kar udeležence spodbuja k odprtemu in iskrenemu izražanju misli (Pyo, et al., 2023).

Okvirna vprašanja, ki smo jih zastavili udeležencem raziskave, so bila naslednja:

- Kakšne so njihove osebne izkušnje in praksa – ali so kdaj prikrili zdravilo otroku ali mladostniku?
- Kateri so razlogi, da se odločijo za prikrito aplikacijo zdravil?
- Kako gledajo na pojav oziroma na intervencijo, ki jo prikrivajo?
- Katere so dileme, ko se odločijo za prikrito aplikacijo zdravil?
- Kdaj se v njihovem delovnem okolju pojavlja potreba po prikriti aplikaciji zdravil?
- Kakšne spremembe in izboljšave bi predlagali v praksi prikritega dajanja zdravil otrokom in mladostnikom?

### 3.3.3 Opis vzorca

Ciljna statistična populacija, v kateri smo izvedli kvantitativni del raziskave, je zajemala vse medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege, zaposlene v zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju. Vprašalnike smo razdelili vsem zaposlenim. Od 305 zaposlenih smo prejeli 226 izpolnjenih vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 74,1 %.

V raziskavi je sodelovalo 184 (89,3 %) žensk in 22 (10,7 %) moških. Največ anketiranih je imelo višjo ali visokošolsko izobrazbo ( $n = 130$ ; 63,1 %), najmanj pa magisterij ali doktorat ( $n = 15$ ; 7,3 %). Večina anketiranih je bila zaposlenih na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika ( $n = 139$ ; 67,8 %). Največji

delež anketiranih je bil poročen (n = 72; 35,1 %), sledili so samski (n = 58; 28,3 %) in anketirani v izvenzakonski skupnosti (n = 54; 26,3 %). Najmanj je bilo vdov/vdovcev (n = 2; 1,0 %) (tabela 2).

**Tabela 2: Opis vzorca**

Demografski podatki		n	%
Spol	Ženski	184	89,3
	Moški	22	10,7
	Skupaj	206	100,0
Stopnja izobrazbe	Srednješolska izobrazba	61	29,6
	Višja in visokošolska izobrazba	130	63,1
	Magisterij ali doktorat	15	7,3
	Skupaj	206	100,0
Delovno mesto	Tehnik ZN/srednja medicinska sestra	66	32,2
	Diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra	139	67,8
	Skupaj	205	100,0
Zakonski stan	Samski	58	28,3
	Poročen	72	35,1
	Vdova/vdovec	2	1,0
	Razvezan/a ločen/a	19	9,3
	Izvenzakonska skupnost	54	26,3
	Skupaj	205	100
Starševstvo	Da	135	65,9
	Ne	70	34,1
	Skupaj	205	100,0

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež

V tabeli 3 so prikazani starost anketiranih, skupna delovna doba, delovna doba v izbranem kliničnem okolju in število otrok. Starost anketiranih je bila v razponu od najmlajšega anketiranca, starega 21 let, do najstarejšega, starega 61 let (PV = 38,5 leta; SO = 8,9 leta). Povprečna skupna delovna doba anketiranih je bila 14,3 (SO = 10,4) leta (v razponu od 1 do 42 let), medtem ko je bila povprečna delovna doba anketiranih v izbranem kliničnem okolju 11,9 (SO = 10,2) leta (v razponu od 1 do 42 let). Anketirani so imeli v povprečju 1,1 (SO = 1,0) otroka (v razponu od nič do največ treh otrok) (tabela 3).

**Tabela 3: Sociodemografski podatki anketiranih**

Demografija	min	maks	PV	SO
Starost (leta)	21	61	38,5	8,9
Skupna delovna doba (leta)	1	42	14,3	10,4
Delovna doba v izbranem kliničnem okolju (leta)	1	42	11,9	10,2
Število otrok	0	3	1,1	1,0

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon



Največ anketiranih je bilo zaposlenih na oddelku za nefrologijo ( $n = 23$ ; 11,7 %), sledita otroška psihiatrija ( $n = 19$ ; 9,6 %) in oddelek za intenzivno terapijo ( $n = 18$ ; 9,1 %). Le en (0,5 %) je bil zaposlen na oddelku za dietoterapijo (tabela 4).

**Tabela 4: Oddelek na katerem so anketirani zaposleni**

Oddelek	n	%
Neonatologija	15	7,6
Hemato-onkološki oddelek	15	7,6
Nevrologija	10	5,1
Otroška psihiatrija	19	9,6
Endokrinologija	7	3,6
Kardiologija	8	4,1
Alergološki oddelek	14	7,1
Nefrologija	23	11,7
Gastroenterologija	11	5,6
Intenzivna terapija	18	9,1
Triaža	6	3,0
Pulmologija	17	8,6
Radiologija	3	1,5
Dietoterapija	1	0,5
Ne želim se opredeliti	30	15,2

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež

Za skupinski intervju smo izbrali namenski vzorec, ki je vključeval medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege, zaposlene v zdravstveni negi. Pri samem izboru smo upoštevali triangulacijo po virih podatkov, zato smo sestavili tri skupine. V prvo skupino smo povabili srednje medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. V drugo skupino smo povabili diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, v tretjo skupino pa vodje oddelkov. Skupino smo uravnotežili glede na stopnjo izobrazbe in glede na spol, in sicer 4 diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike ter 4 srednje medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Med njimi je bil 1 diplomirani zdravstvenik in 1 tehnik zdravstvene nege, saj je sama sestava zaposlenih v zdravstveni negi v večini ženskega spola (14,5 % moških in 85,5 % žensk). Uravnotežena pa je bila tudi glede na delovno dobo zaposlenih. Na ta način smo dosegli večjo verodostojnost podatkov, ki jo v kvalitativno zasnovanih raziskavah lahko dosežemo tudi s triangulacijo po virih, kar smo izvedli v našem primeru. Prednosti triangulacije vključujejo bolj celovit vpogled v fenomen, zmanjšanje pristranskosti, večjo konsistentnost in poglobljeno razumevanje raziskovalnega problema (Carter, et al., 2014).

V kvalitativno zasnovanem delu raziskave je sodelovalo 13 zaposlenih v zdravstveni negi, in sicer 3 srednje medicinske sestre in 1 tehnik zdravstvene nege, 3 diplomirane medicinske sestre in 1 diplomirani zdravstvenik ter 5 glavnih medicinskih sester in vodij oddelkov (tabela 5).

**Tabela 5: Predstavitev intervjuvancev**

Oznaka intervjuvanca	Funkcija	Delovna doba (let)	Oddelek
I1	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	24	Služba za otroško psihiatrijo
I2	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	11	Endokrinologija
I3	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	8	Neonatologija
I4	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	9	Otroška hematologija in onkologija
I5	Diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik	6	Služba za otroško psihiatrijo
I6	Diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik	4	Endokrinologija
I7	Diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik	8	Sprejemno triažni oddelek
I8	Diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik	11	Služba za otroško psihiatrijo
I9	Vodja	12	Klinična imunologija
I10	Vodja	32	Gastroenterologija
I11	Vodja	40	Sprejemno triažni oddelek
I12	Vodja	36	Služba za otroško psihiatrijo
I13	Vodja	7	Služba za otroško psihiatrijo

### 3.3.4 Metode obdelave podatkov

Najprej smo kvantitativne empirične podatke vnesli v tabelo programa Excel (Microsoft Office – Windows, verzija 11). Nato smo te podatke obdelali s statističnim programom SPSS, različica 29.0 (IBM Corp., NY, ZDA). Za analizo raziskovalnih vprašanj smo uporabili deskriptivno statistiko, pri čemer smo prikazali frekvence in pripadajoče odstotke, povprečne vrednosti (PV), minimum (min), maksimum (maks) ter standardne odklone (SO) odgovorov. Rezultate smo predstavili v tabelah in slikah. Od metod bivariatne statistike smo uporabili hi-kvadrat test ( $\chi^2$ ) in enosmerno analizo variance (F). Kot statistično pomembne rezultate smo upoštevali le tiste, pri katerih je bila statistična značilnost  $p < 0,05$ .

Obdelavo kvalitativnih empiričnih podatkov smo izvedli z metodo analize vsebine, ki se osredotoča na sistematično, objektivno in kvantitativno opisovanje vsebine komunikacij. Analizo vsebine smo izvedli tako, da smo posnetke intervjujev poslušali, nato pa jih v celoti prepisali v pisno obliko (Kordeš & Smrdu, 2015).

Organiziranje in interpretiranje kvalitativnih podatkov z namenom identifikacije jasnih vzorcev ali konceptov smo kodirali po metodi, ki jo je predlagal Mesec (1998). Ta pristop je omogočil sistematično analizo zbranih podatkov in prepoznavanje ključnih tem in kategorij, ki so se pojavile med raziskovanjem. Postopek kodiranja se je začel z natančnim branjem transkriptov intervjujev, pri čemer smo poskušali vsebino razumeti v celoti. Nato smo identificirali in označili pomembne odlomke ter jim dodelili kode, ki so predstavljale določene koncepte ali teme. Te kode so bile izbrane tako, da so bile čim bolj opisne in specifične, kar je omogočilo natančno kategorizacijo podatkov. Po začetnem kodiranju smo kode organizirali v širše kategorije in teme. To je vključevalo iskanje vzorcev in povezav med različnimi kodami ter združevanje sorodnih kod v večje skupine. Ta faza je bila ključna za prepoznavanje glavnih tem in konceptov, ki so izhajali iz podatkov. Vsako temo smo natančno opisali in definirali, kar je omogočilo jasnejše razumevanje in interpretacijo raziskovalnih ugotovitev. Pri interpretaciji podatkov smo se osredotočili na iskanje povezav med različnimi temami in na identifikacijo morebitnih nasprotij ali posebnosti. S tem smo lahko oblikovali celovito sliko raziskovalnega področja in izpostavili ključne ugotovitve. Na ta način nam je metoda, ki jo je predlagal Mesec (1998), omogočila pridobivanje zanesljivih in veljavnih raziskovalnih rezultatov.

### 3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so najprej predstavljeni rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave in preverjanje hipotez, nato sledijo rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave.

### 3.4.1 Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave

Največji delež anketiranih ( $n = 110$ ; 48,7 %) je navedel, da so slišali in da imajo s prikrito aplikacijo zdravil nekaj izkušenj. Najmanjši delež anketiranih ( $n = 37$ ; 16,4 %) je navedel, da niso slišali ali brali o prikriti aplikaciji zdravil. Večinoma se prikrite aplikacije zdravil ne poslužujejo nikoli ( $n = 99$ ; 44,2 %) ali redko ( $n = 89$ ; 39,7 %). Najmanjši delež anketiranih se prikrite aplikacije zdravil poslužuje zelo pogosto ( $n = 3$ ; 1,3 %). Prikrita aplikacija zdravil predstavlja 10 % primerov zdravljenja pri večini anketirancev ( $n = 139$ ; 63,2 %). Največji delež anketiranih ( $n = 96$ ; 45,9 %) meni, da dobro razume namen prikrite aplikacije zdravil, delno razume namen prikrite aplikacije zdravil 45 (21,5 %) anketiranih, zelo dobro pa 41 (19,6 %). Največji delež anketiranih ( $n = 86$ ; 41,3 %) ima srednje zaupanje v učinkovitost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih, sledijo anketiranci z visokim zaupanjem v učinkovitost le-te ( $n = 57$ ; 27,4 %). Največji delež anketiranih ( $n = 88$ ; 42,3 %) meni, da se otroci odzivajo na prikrito aplikacijo zdravil običajno, da se odzivajo zelo dobro, meni 30 (14,4 %) anketiranih. Nadalje, 99 (47,6 %) anketiranih meni, da so dejavniki, ki najbolj vplivajo na odločitev za uporabo prikrite aplikacije zdravil, strah otroka pred injekcijami ali zaužitjem tablet, nekoliko manj ( $n = 75$ ; 36,1 %) jih meni, da na to odločitev vplivajo težave pri preprečevanju otrokovega zavračanja zdravil. Najmanj anketiranih ( $n = 2$ ; 1,0 %) meni, da so dejavniki, ki vplivajo na odločitev za uporabo prikrite aplikacije zdravil, težave s pravilnim odmerjanjem zdravila (tabela 6).

**Tabela 6: Poznavanje, mnenje in uporaba prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih**

Vprašanja	n	%
<b>Ali ste že kdaj slišali ali brali o prikriti aplikaciji zdravil pred tem vprašalnikom?</b>		
Ne, še nikoli nisem slišal/a ali bral/a o tem	37	16,4
Da, slišal/a sem, vendar nimam nobenih izkušenj	79	35,0
Da, slišal/a sem in imam nekaj izkušenj	110	48,7
<b>Kako pogosto uporabljate prikrito aplikacijo zdravil v vsakodnevni klinični praksi?</b>		
Nikoli	99	44,2
1-krat na mesec ali manj (redko)	89	39,7
1-krat na teden (včasih)	19	8,5
2–3-krat na teden (pogosto)	14	6,3
4-krat na teden in več (zelo pogosto)	3	1,3

Vprašanja	n	%
<b>Kolikšen delež pri medikamentoznem zdravljenju po vašem mnenju predstavlja prikrita aplikacija zdravil?</b>		
10 % primerov zdravljenja	139	63,2
20 % primerov zdravljenja	43	19,5
20–30 % primerov zdravljenja	24	10,9
30–50 % primerov zdravljenja	14	6,4
<b>Kako bi ocenili svoje razumevanje namena prikrite aplikacije zdravil?</b>		
Zelo slabo razumem	7	3,3
Slabo razumem	20	9,6
Delno razumem	45	21,5
Dobro razumem	96	45,9
Zelo dobro razumem	41	19,6
<b>Kako bi ocenili raven zaupanja v učinkovitost prikrite aplikacije zdravil?</b>		
Zelo nizko zaupanje	10	4,8
Nizko zaupanje	29	13,9
Srednje zaupanje	86	41,3
Visoko zaupanje	57	27,4
Zelo visoko zaupanje	26	12,5
<b>Kako se po vašem mnenju otroci odzivajo na prikrito aplikacijo zdravil?</b>		
Zelo slabo	5	2,4
Slabo	29	13,9
Običajno	88	42,3
Dobro	56	28,9
Zelo dobro	30	14,4
<b>Kateri dejavniki po vašem mnenju najbolj vplivajo na odločitev za uporabo prikrite aplikacije zdravil?</b>		
Težave pri preprečevanju otrokovega zavračanja zdravil	75	36,1
Strah otroka pred injekcijami ali zaužitjem tablet	99	47,6
Neprijeten okus ali vonj zdravila	26	12,5
Težave s pravilnim odmerjanjem zdravila	2	1,0
Zahteva staršev za uporabo prikrite aplikacije zdravila	6	2,9

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež

V tabeli 7 smo prikazali pogostost uporabe prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih. Ugotovili smo, da anketiranci zelo pogosto prikrito aplikacijo zdravil uporabljajo pri malčkih (n = 17; 7,6 %), nekoliko manj pri predšolskih otrocih (n = 13; 6,0 %), manj pri šolarjih (n = 8; 3,7 %) in najmanj pri mladostnikih (n = 1; 0,5 %).

**Tabela 7: Uporaba prikrite aplikacije zdravil glede na starost otroka in mladostnika**

Starost otroka	Nikoli		Redko		Včasih		Pogosto		Zelo pogosto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Malčki (0–2 leti)	123	57,2	33	15,3	27	12,6	15	7,0	17	7,6
Predšolski otroci (2–5 let)	99	46,0	45	20,9	41	19,1	171	7,9	13	6,0
Šolarji (6–12 let)	97	44,9	54	25,0	43	19,9	14	6,5	8	3,7
Mladostniki (13–18 let)	127	59,1	55	25,6	27	12,6	5	2,3	1	0,5

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež

V spodnjih tabelah so nanizane trditve, ki se nanašajo na stališča in osebne izkušnje anketiranih s prikrito aplikacijo zdravil pri otrocih in mladostnikih (tabela 8–11).

Anketirani so se najbolj strinjali (PV = 3,7; SO = 1,1), da se prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih izvaja zaradi neprijetnega okusa zdravil, nekoliko manj (PV = 3,6; SO = 1,1) so se strinjali, da se izvaja zaradi strahu otrok in mladostnikov pred injekcijami ter da je prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih sprejemljiva praksa, kadar otrok zavrača jemanje zdravil (PV = 3,5; SO = 1,1). Pri tem sklopu trditev so se najmanj strinjali (PV = 2,4; SO = 1,1), da je prikrita aplikacija zdravil v njihovem okolju pogost pojav (tabela 8).

**Tabela 8: Znanje anketiranih o prikriti aplikaciji zdravil**

Trditve	min	maks	PV	SO
Prikrita aplikacija zdravil je v vašem okolju pogost pojav.	1	5	2,4	1,1
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih je sprejemljiva praksa, kadar otrok zavrača jemanje zdravil.	1	5	3,5	1,1
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih se izvaja zaradi neprijetnega okusa zdravil.	1	5	3,7	1,1
Prikrita aplikacija zdravil se izvaja zaradi strahu otrok in mladostnikov pred injekcijami.	1	5	3,6	1,1
Prikrita aplikacija zdravil se pogosto uporablja zaradi pomanjkanja časa in hitrejše izvedbe postopka.	1	5	2,9	1,3
Prikrita aplikacija zdravil ima pomembno vlogo pri zagotavljanju učinkovitega zdravljenja otrok in mladostnikov.	1	5	3,0	1,1
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih je etično sprejemljiva.	1	5	3,1	1,1
Obstajajo pravni okvirji ali smernice, ki urejajo prikrito aplikacijo zdravil pri otrocih in mladostnikih.	1	5	2,6	1,0
Obstajajo standardi varne uporabe zdravil pri prikriti aplikaciji.	1	5	2,7	1,0
S prikrito aplikacijo zdravil omogočamo otroku boljše čustveno počutje.	1	5	3,4	1,1
Zaradi prikrite aplikacije zdravil se izboljša neposredna komunikacija in povezanost med terapevtom in otrokom.	1	5	3,0	1,1

Legenda: min = minimum, maks = maksimum; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, lestvica: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

Anketirani so se najbolj strinjali (PV = 4,2; SO = 1,0), da mora biti prikrita aplikacija zdravil otrokom in mladostnikom vedno zadnja možnost in mora biti izvedena ob upoštevanju najboljših interesov pacienta. Nekoliko manj so se strinjali (PV = 4,0; SO = 0,9), da je prikrita aplikacija zdravil lahko v nekaterih situacijah manj travmatična kot

prisilna aplikacija. Najmanj pa so se strinjali (PV = 2,4; SO = 1,1), da je uporaba prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih nesprejemljiva (tabela 9).

**Tabela 9: Mnenje anketiranih o prikriti aplikaciji zdravil otrokom in mladostnikom**

Trditve	min	maks	PV	SO
Prikrita aplikacija zdravil je pri otrocih in mladostnikih varna.	1	5	3,6	1,1
Uporaba prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih je nesprejemljiva.	1	5	2,4	1,1
Prikrita aplikacija zdravil je lahko v nekaterih situacijah manj travmatična kot prisilna aplikacija.	1	5	4,0	0,9
Prikrita aplikacija zdravil je v nekaterih primerih potrebna za zagotovitev, da otrok prejme potrebno zdravlilo.	1	5	3,8	1,0
V nekaterih primerih je prikrita aplikacija zdravil edina možnost za zagotovitev ustreznega zdravljenja otrok in mladostnikov.	1	5	3,4	1,2
Prikrita aplikacija zdravil otrokom in mladostnikom mora biti zadnja možnost in izvedena ob upoštevanju najboljših interesov pacienta.	1	5	4,2	1,0

Legenda: min = minimum, maks = maksimum; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, lestvica: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

Prav tako smo preverili mnenje anketiranih glede pomena vloge staršev pri uporabi prikrite aplikacije zdravil otrokom in mladostnikom. Ugotovili smo, da so se anketirani najbolj strinjali (PV = 3,9; SO = 1,2), da bi starši morali biti vedno informirani pred uporabo prikrite aplikacije zdravil pri otroku ali mladostniku. Najmanj so se strinjali (PV = 3,7; SO = 1,2), da bi starši morali imeti pravico do zavrnitve zdravljenja otroka s prikrito aplikacijo zdravil (tabela 10).

**Tabela 10: Pomen vloge staršev pri uporabi prikrite aplikacije zdravil otrokom in mladostnikom**

Trditve	min	maks	PV	SO
Starši bi morali biti vedno informirani pred uporabo prikrite aplikacije zdravil pri otroku ali mladostniku.	1	5	3,9	1,2
Starši bi morali imeti pravico do zavrnitve zdravljenja otroka s prikrito aplikacijo zdravil.	1	5	3,7	1,2
Prikrita aplikacija zdravil brez vednosti staršev je nesprejemljiva.	1	5	3,8	1,2

Legenda: min = minimum, maks = maksimum; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, lestvica: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

Preverili smo tudi mnenje anketiranih glede vloge zdravnikov pri uporabi prikrite aplikacije zdravil. Anketirani so se najbolj strinjali (PV = 4,1; SO = 0,9), da mora zdravnik oceniti, ali je prikrita aplikacija zdravil v določenem primeru res potrebna. Nekoliko manj so se strinjali (PV = 4,0; SO = 1,0), da mora biti zdravnik v stalni komunikaciji z

medicinsko sestro o načinu prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih ter da se morajo zdravniki posvetovati s starši in jim razložiti razloge za prikrto aplikacijo zdravila (PV = 4,0; SO = 1,0). Anketirani so se najmanj strinjali, da zdravnik vedno predpisuje prikrto aplikacijo zdravil (PV = 2,8; SO = 1,2) (tabela 11).

**Tabela 11: Mnenje o vlogi zdravnikov pri uporabi prikrite aplikacije zdravil**

Trditve	min	maks	PV	SO
Zdravnik vedno predpisuje prikrto aplikacijo zdravil.	1	5	2,8	1,2
Zdravniki poznajo potencialne nevarnosti prikrte aplikacije zdravil.	1	5	3,3	1,0
Zdravniki v primeru prikrte aplikacije vedno dajejo napotke o varni uporabi zdravil.	1	5	3,1	1,2
Zdravniki so odgovorni za morebitne posledice, ki jih povzročijo prikrta aplikacija zdravil.	1	5	3,2	1,3
Zdravnik mora oceniti, ali je prikrta aplikacija zdravil v določenem primeru res potrebna.	1	5	4,1	0,9
Zdravnik mora biti v stalni komunikaciji z medicinsko sestro o načinu prikrte aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih.	1	5	4,0	1,0
Zdravniki upoštevajo mnenje in vključujejo medicinske sestre v proces odločanja o uporabi prikrte aplikacije zdravil.	1	5	3,5	1,2
Zdravnik mora biti v stalni komunikaciji s farmacevti o ustrezni pripravi zdravila za prikrto aplikacijo.	1	5	3,7	1,1
Zdravnik mora predpisati, če je zdravilo primerno za drobljenje pri prikrto aplikaciji zdravila.	1	5	3,8	1,0
Zdravnik določi, če je zdravilo termostabilno, ko ga mešamo z drugimi živili za namen prikrte aplikacije.	1	5	3,7	1,1
Zdravnik se mora posvetovati s starši in jim razložiti razloge za prikrto aplikacijo zdravila.	1	5	4,0	1,0
Zdravnik bi moral pridobiti soglasje staršev za uporabo prikrte aplikacije zdravil.	1	5	3,9	1,0

Legenda: min = minimum, maks = maksimum; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, lestvica: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

Nazadnje smo preverili še, iz kakšnih razlogov bi anketirani zavrnilo prikrto aplikacijo zdravil. Največ anketiranih je navedlo pomanjkljivo znanje o tehnikah prikrte aplikacije (n = 121; 58,2 %) in pomisleke glede etičnosti (n = 118; 56,7 %). Najmanj anketiranih (n = 35; 16,8 %) bi zavrnilo prikrto aplikacijo zdravil zaradi pomanjkanja opreme za izvedbo (tabela 12).



**Tabela 12: Razlogi, zaradi katerih bi anketirani zavrnilo prikrivno aplikacijo zdravil**

Razlogi, zaradi katerih bi zavrnilo prikrivno aplikacijo zdravil	n	%
Strah pred morebitnimi stranskimi učinki	75	36,1
Pomisleki glede etičnosti	118	56,7
Pomanjkanje časa za izvedbo	76	36,5
Pomanjkljivo znanje o tehnikah prikrivne aplikacije	121	58,2
Pomanjkanje opreme za izvedbo prikrivne aplikacije	35	16,8

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež

Na koncu smo preverili še, ali zdravniki upoštevajo mnenje in vključujejo medicinske sestre v proces odločanja o uporabi prikrivne aplikacije zdravil. Pričakovali smo, da se bo večina anketiranih (n = 154; 70,0 %) strinjala, da zdravniki upoštevajo mnenje in vključujejo medicinske sestre v proces odločanja o uporabi prikrivne aplikacije zdravil. Ugotovili smo, da se je 106 (51,4 %) anketiranih strinjalo ali popolnoma strinjalo s tem, da zdravniki upoštevajo njihovo mnenje (tabela 13). Rezultati so bili statistično značilno pod našimi pričakovanji ( $\chi^2 = 49,870$ ; p = 0,001).

**Tabela 13: Upoštevanje medicinskih sester s strani zdravnikov pri uporabi prikrivne aplikacije zdravil**

		n	%	$\chi^2$	p
Zdravniki upoštevajo mnenje in vključujejo medicinske sestre v proces odločanja o uporabi prikrivne aplikacije zdravil.	Popolnoma se ne strinjam	17	8,3	49,870	0,001
	Ne strinjam se	29	14,1		
	Se niti ne strinjam se niti strinjam	54	26,2		
	Strinjam se	53	25,7		
	Popolnoma se strinjam	53	25,7		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež,  $\chi^2$  = hi-kvadrat test, p = statistična značilnost

### 3.4.2 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Pojavnost prikrivne aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih je bolj prisotna pri zaposlenih v zdravstveni negi z nižjo stopnjo izobrazbe.

Pri hipotezi 1 smo zaradi manjšega števila (n = 15; 7,3 %) zaposlenih v zdravstveni negi z najvišjo stopnjo izobrazbe (magisterij ali doktorat) slednjo kategorijo združili s tistimi, ki so imeli višjo ali visokošolsko izobrazbo. Iz tabele 14 je razvidno, da se nikoli ne poslužuje prikrivne aplikacije zdravil 25 (41,0 %) anketiranih s srednješolsko izobrazbo in 65 (44,8 %) anketiranih z višjo, visokošolsko izobrazbo oz. magisterijem ali doktoratom.

V podobnih odstotkih so se redko posluževali prikrite aplikacije zdravil anketirani s srednješolsko izobrazbo ( $n = 25$ ; 41,0 %) in anketirani z višjo, visokošolsko izobrazbo oz. magisterijem ali doktoratom ( $n = 56$ ; 38,6 %). Prav tako so se v podobnih deležih pogosto in zelo pogosto posluževali prikrite aplikacije zdravil anketirani s srednješolsko izobrazbo kot tisti z zaključeno višjo stopnjo izobrazbe. Rezultati so pokazali, da ne moremo trditi, da je prikrita aplikacija zdravil bolj prisotna pri zaposlenih v zdravstveni negi z nižjo stopnjo izobrazbe ( $\chi^2 = 0,353$ ;  $p = 0,986$ ) (tabela 14). Hipotezo 1 smo zavrnili.

**Tabela 14: Pogostost uporabe prikrite aplikacije zdravil glede na izobrazbo anketiranih**

			Izobrazba		Skupaj	Statistični test		
			Srednješolska izobrazba	Višja, visokošolska izobrazba, magisterij ali doktorat		$\chi^2$	p	
Pogostost uporabe prikrite aplikacije zdravil	Nikoli	n	25	65	90	0,353	0,986	
		%	41,0	44,8	43,7			
	Redko	n	25	56	81			
		%	41,0	38,6	39,3			
	Včasih	n	6	12	18			
		%	9,8	8,3	8,7			
	Pogosto	n	4	10	14			
		%	6,6	6,9	6,8			
	Zelo pogosto	n	1	2	3			
		%	1,6	1,4	1,5			
	Skupaj		n	61	145			206
			%	100,0	100,0			100,0

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež,  $\chi^2$  = hi-kvadrat test, p = statistična značilnost

Hipoteza 2: Pojavnost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih se razlikuje glede na starost otroka in mladostnika.

Iz tabele 15 je razvidno, da se uporaba prikrite aplikacije zdravil statistično značilno razlikuje glede na starost otroka ( $F = 7,291$ ;  $p < 0,001$ ). Pri predšolskih otrocih ( $PV = 2,69$ ;  $SO = 1,23$ ) so se anketirani pogosteje posluževali prikrite aplikacije zdravil kot pri drugih starostnih skupinah. Napravili smo še Bonferronijev test vseh povprečij (angl. post-hoc), ki je pokazal, da so bile pri mlajših skupinah otrok (malčki, predšolski otroci in šolarji), v primerjavi z mladostniki, opazovane statistično značilne pogostejše prikrite aplikacije zdravil ( $p = 0,014$ ,  $p < 0,001$  in  $p = 0,002$ ). Hipotezo 2 smo sprejeli.

**Tabela 15: Razlike v uporabi prikritih aplikacij zdravil glede na starost otroka**

Starostna skupina	n	PV	SO	F	p
Malčki (0–2 leti)	215	1,93	1,30	7,291	< 0,001
Predšolski otroci (2–5 let)	215	2,67	1,23		
Šolarji (6–12 let)	216	1,99	1,12		
Mladostniki (13–18 let)	215	1,59	0,82		

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = enosmerna analiza variance, p = statistična značilnost. Lestvica: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto

Hipoteza 3: Obstajajo različna stališča zaposlenih v zdravstveni negi do prikritih aplikacij zdravil pri otrocih in mladostnikih glede na delovno dobo.

Rezultati so pokazali, da se stališča anketiranih do prikritih aplikacij zdravil pri otrocih in mladostnikih niso statistično značilno razlikovala glede na delovno dobo pri nobeni izmed trditev ( $p > 0,05$ ) (tabela 16). Hipotezo 3 smo zavrnil.

**Tabela 16: Stališča anketiranih do prikritih aplikacij zdravil glede na delovno dobo**

Trditev	Delovna doba	n	PV	SO	F	p
Prikrita aplikacija zdravil je v vašem okolju pogost pojav.	< 5 let	45	2,36	1,25	1,236	0,297
	6–11 let	49	2,55	1,04		
	12–20 let	65	2,48	1,09		
	21–30 let	22	2,23	1,11		
	> 31 let	24	2,00	0,98		
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih je sprejemljiva praksa, kadar otrok zavrača jemanje zdravil.	< 5 let	45	3,40	0,96	0,389	0,817
	6–11 let	49	3,61	0,93		
	12–20 let	65	3,43	1,20		
	21–30 let	22	3,50	0,86		
	> 31 let	24	3,63	1,24		
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih se izvaja zaradi neprijetnega okusa zdravil.	< 5 let	45	3,47	1,18	0,874	0,481
	6–11 let	49	3,86	0,96		
	12–20 let	65	3,71	1,04		
	21–30 let	22	3,64	1,22		
	> 31 let	24	3,83	1,20		
Prikrita aplikacija zdravil se izvaja zaradi strahu otrok in mladostnikov pred injekcijami.	< 5 let	45	3,56	1,03	0,545	0,703
	6–11 let	49	3,82	1,07		
	12–20 let	65	3,66	1,05		
	21–30 let	22	3,45	1,10		
	> 31 let	24	3,71	1,43		
Prikrita aplikacija zdravil se pogosto uporablja zaradi pomanjkanja časa in hitrejše izvedbe postopka.	< 5 let	45	3,22	1,15	2,123	0,079
	6–11 let	49	3,18	1,35		
	12–20 let	65	2,74	1,25		
	21–30 let	22	2,55	1,34		
	> 31 let	24	2,67	1,52		

Trditev	Delovna doba	n	PV	SO	F	p
Prikrita aplikacija zdravil ima pomembno vlogo pri zagotavljanju učinkovitega zdravljenja otrok in mladostnikov.	< 5 let	45	2,82	1,11	1,806	0,129
	6–11 let	49	3,33	1,01		
	12–20 let	65	3,09	1,07		
	21–30 let	22	2,91	1,11		
	> 31 let	24	2,75	1,29		
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih je etično sprejemljiva.	< 5 let	45	3,00	1,00	1,087	0,364
	6–11 let	49	3,27	1,09		
	12–20 let	65	3,09	1,09		
	21–30 let	22	2,82	0,91		
	> 31 let	24	3,33	1,09		
Obstajajo pravni okvirji ali smernice, ki urejajo prikrito aplikacijo zdravil pri otrocih in mladostnikih.	< 5 let	45	2,69	0,90	0,559	0,693
	6–11 let	49	2,69	0,92		
	12–20 let	65	2,69	0,98		
	21–30 let	22	2,41	1,10		
	> 31 let	24	2,50	0,98		
Obstajajo standardi varne uporabe zdravil pri prikriti aplikaciji.	< 5 let	45	2,62	0,91	0,530	0,714
	6–11 let	49	2,69	1,00		
	12–20 let	65	2,74	0,92		
	21–30 let	22	2,41	1,05		
	> 31 let	24	2,58	1,10		
S prikrito aplikacijo zdravil omogočamo otroku boljše čustveno počutje.	< 5 let	45	3,38	1,01	0,331	0,857
	6–11 let	49	3,45	0,84		
	12–20 let	65	3,51	1,11		
	21–30 let	22	3,23	1,15		
	> 31 let	24	3,38	1,31		
Zaradi prikrite aplikacije zdravil se izboljša neposredna komunikacija in povezanost med terapevtom in otrokom.	< 5 let	45	2,98	0,99	0,523	0,719
	6–11 let	49	3,08	1,11		
	12–20 let	65	3,06	1,03		
	21–30 let	22	2,82	1,26		
	> 31 let	24	3,25	1,11		

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = enosmerna analiza variance, p = statistična značilnost

RV 1: V kakšnem deležu se pojavlja prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih?

Pričakovali smo, da bo velika večina anketiranih navedla (n = 154; 70,0 %), da uporabljajo prikrito aplikacijo zdravil pri otrocih in mladostnikih v več kot 10 % primerov zdravljenja.

Rezultati so pokazali, da večina anketiranih ( $n = 139$ ; 63,2 %) meni, da prikrita aplikacija zdravljenja predstavlja manj kot 10 % medikamentoznega zdravljenja. Manj anketiranih ( $n = 81$ ; 36,8 %) meni, da prikrita aplikacija zdravil predstavlja več kot 10 % zdravljenja (tabela 17). Rezultati so bili statistično značilno pod našimi pričakovanji ( $\chi^2 = 115,346$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tabela 17: Delež medikamentoznega zdravljenja, ki ga predstavlja prikrita aplikacija zdravil**

	Prikrita aplikacija zdravil kot delež medikamentoznega zdravljenja	n	Opazovani deleži (%)	Testni delež (%)	$\chi^2$	p
Skupina 1	več kot 10 % zdravljenja	81	36,8	70,0	115,346	< 0,001
Skupina 2	do 10 % zdravljenja	139	63,2			
Skupaj		220	100,0			

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež,  $\chi^2$  = hi-kvadrat test, p = statistična značilnost

### 3.4.3 Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave

Med analizo kvalitativnih empiričnih podatkov smo kode razvrstili v dve kategoriji, s katerima smo lahko podali odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja: RV1 – Kako zaposleni v zdravstveni negi gledajo na prikrito aplikacijo zdravil in RV2 – V kolikšni meri zdravniki upoštevajo mnenje in vključujejo medicinske sestre v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil s strani zdravnikov.

Prvo kategorijo »pogled zaposlenih v zdravstveni negi na prikrito aplikacijo zdravil« smo razdelili na dve podkategoriji, »pozitivna plat uporabe« in »negativna plat uporabe« (tabela 19). Prvo podkategorijo lahko pojasnimo s kodami, kot so strah, oteženo požiranje, okus zdravila, neprisebnost otroka/mladostnika, vznemirjenost, zavračanje terapije, nujna terapija, agresivni izpadi, življenjsko ogrožen pacient, izčrpane druge možnosti, otrokova korist. Vse te motive so intervjuvanci izpostavili kot razloge, zaradi katerih se poslužujejo prikrite aplikacije zdravil.

Intervjuvanci kot razloge za uporabo prikrite aplikacije zdravil navajajo strah otroka/mladostnika, nujno stanje ali stanje, v katerem je otrok/mladostnik (npr. agresija,

alkoholiziranost, vznemirjenost). Koda »strah« pojasnjuje prvi motiv za uporabo prikritih aplikacij zdravil in opisuje strah otrok pred jemanjem tablet.

*»Tokrat, ko je nujno, da vzame predpisano zdravilo, in v primeru, recimo, če ga je strah oz. da se ga boji vzeti [...]«*

Naslednja koda »oteženo požiranje« pojasnjuje težave, s katerimi se srečujejo otroci/mladostniki pri jemanju terapije. En intervjuvanec navaja:

*»Zdravnik predpiše, če otrok ne more vzeti, ima strah ali je tableta prevelika, ima težave s požiranjem, se poslužimo tudi tega, da ga zdrobimo in mu damo tako, da ne ve.«*

Kodo »okus zdravila« izpostavlja eden izmed intervjuvancev kot motiv za uporabo prikritih aplikacij zdravil, ki je včasih potrebna zaradi okusa zdravila:

*»[...] recimo Medrol, ki je grenak, smo, pa ne za to, da bi bil prikrit ali kakorkoli, smo zavili v čokolado, med, Pikovit. Vendar to zaradi okusa. Ni tu poanta tega, da otrok ne bi vedel, kaj je dobil.«*

Koda »neprisebnost otroka/mladostnika« pojasnjuje potrebo po prikriti aplikaciji zdravil zaradi stanja, v katerem je otrok/mladostnik:

*»[...] ali pa, da je recimo v nekem afektu in ne želi vzeti [...], takrat se mu da, vendar vedno pod nadzorom zdravnika.«*

Koda »vznemirjenost« prav tako opisuje stanje, v katerem je otrok/mladostnik in je posledično potrebna prikrita aplikacija zdravil. Kot en intervjuvanec opisuje situacijo, v kateri se poslužujejo prikritih aplikacij zdravil v klinični praksi:

*»Ali pa če je zelo vznemirjen pacient in takrat ne želi vzeti terapije z namenom, da se pomiri, se odločimo in mu damo prikrito aplikacijo,*

*torej mu damo sredstvo za pomiritev v namen, da preprečimo nadaljnji večji izbruh oz. raptus, dobi aplikacijo terapije v čaj. Terapijo sicer ima predpisano in bi jo moral načeloma vzeti sam po žlički.«*

*»Zelo vznemirjen pacient in takrat ne želi vzeti terapije.«*

Koda »zavračanje terapije« pojasnjuje dodaten razlog za posluževanje prikrite aplikacije zdravil. Kot številni intervjuvanci izpostavljajo:

*»[...] ne vem, če je otroku sploh važno v tistem momentu. Ne verjamem oz. dvomim, da on ne želi vzeti zdravila zaradi tega, ker bi zdaj hotel »kontrirati nam, ampak v tistem momentu ga ne vzame. On bi mogoče v drugi dani situaciji, ko bi bil razburjen, isto zdravilo čisto normalno vzela. Ne vem, če mu je to boljše ali slabše zaupanje.«*

*»Ko otrok noče vzeti zdravil, se po naročilu zdravnika da v čaj. S tem, da so starši obveščeni. To se tudi zabeleži in napiše v poročilu.«*

*»Ko otrok noče prejeti terapije. Vedno je napisano, da je treba zdravilo aplicirati prikrito. To vedno piše v opombi.«*

Koda »nujna terapija« pojasnjuje potrebo po prikriti aplikaciji zdravil. Številni intervjuvanci so ta motiv opisali:

*»Takrat, ko je nujno, da vzame predpisano zdravilo, in v primeru, ko ga je strah ali je razburjen.«*

*»Razlogi so, če pacient ne želi prejemati terapije, ki pa je zanj nujno potrebna.«*

*»Običajno gre za nujna stanja, kjer je potrebno takojšnje ukrepanje.«*

Koda »agresivni izpadi« pojasnjuje stanje, v katerem je otrok/mladostnik in ni sposoben vzeti terapije.

*»Tokrat, ko je nujno, da vzame predpisano zdravilo, in v primeru, recimo, da je recimo v agresivnem stanju, takrat se mu da, vendar vedno pod nadzorom zdravnika. Se pravi, da je zdravnik o tem obveščen.«*

*»Nikdar ne narediš tega zaradi tega, da bi mu škodoval, ampak zaradi tega, da se recimo (če gledamo agresivnega otroka, ki noče vzeti) v tistem času umiri, ki sigurno lažje bi mu pomagalo umiriti se, zato bolje, da dobi terapijo, kot da ga ti držiš eno uro. Sigurno je bolj humano za otroka.«*

Koda »življenjsko ogrožen pacient« opisuje dodaten motiv za posluževanje prikrite aplikacije zdravil. Več intervjuvancev je omenjen motiv izpostavilo:

*»Večinoma otroci vedo, katero terapijo dobijo. Običajno gre za majhne otroke in so starši poleg, zato se o terapiji pove staršem. Redkokdaj pride do primera, da je otrok pripeljan s terena, je opit ali konzumiral kakšno drugo substanco, takrat običajno ni poleg nikogar od svojcev. Takrat otroku damo zdravila, če je življenjsko ogrožen in zdravilo potrebuje. Takrat se jim o tem ne pove, če niso pri zavesti.«*

Eden izmed intervjuvancev se s prikrito aplikacijo zdravil ne strinja, vendar izpostavlja, da bi jo uporabil le v primeru življenjske ogroženosti pacienta: *»[...] le v primeru, da je otrok/mladostnik življenjsko ogrožen.«*

Koda »izčrpane druge možnosti« pojasnjuje, da bi se nekateri intervjuvanci posluževali prikrite aplikacije zdravil le v primeru, da ni več drugih možnosti za aplikacijo terapije.



Eden izmed intervjuvancev izpostavlja pomen alternativ in meni, da je prikrita aplikacija zadnja možnost za aplikacijo zdravila, ter nadaljuje:

*»Če je trda tableta, da je ne more pojesti, da probamo, če se jo sme zdrobiti, če se ne sme zdrobiti, da se zdravilo v tekoči obliki proba aplicirati. Na ta način, da se proba izbirati različne proizvajalce tablet, ker imajo različne okuse.«*

*»Obstaja sigurno kakšna alternativa, sedaj je veliko pri nas terapij, ki gredo preko i. v. ali drugih načinov aplikacije.«*

Koda »otrokova korist« pojasnjuje, da bi se tudi intervjuvanci, ki se načeloma ne strinjajo z uporabo prikrite aplikacije zdravil, strinjali z njeno uporabo, le če gre za jasno korist otroka.

*»Nimam pomislekov, kar se tega tiče, če je dobro za otroka. Se pa strinjam, da je absolutno potrebno, da so starši seznanjeni.«*

*»Ne poslužujemo se prikrite aplikacije zdravil. Nisem še delal na nobenem takem oddelku. Bi pa bil pripravljen prikriti terapijo, če bi dal zdravnik taka navodila in bi šlo v dobrobit otroka.«*

Drugo podkategorijo, negativno plat uporabe prikrite aplikacije zdravil, lahko pojasnimo s kodami, kot so: etične dileme, sporno, nestrinjanje, krivda, odgovornost, zapleti, transparentnost postopka, beleženje, dokumentiranje (tabela 18). Ugotavljamo, da so dileme bolj pogosto prisotne pri srednjih medicinskih sestrah in tehnikih zdravstvene nege. Koda »etične dileme« pojasnjuje pomisleke, ki jih imajo intervjuvanci pri prikriti aplikaciji zdravil.

*»Etične dileme so vedno, ko dajemo skrito aplikacijo terapije.«*

Koda »sporno« pojasnjuje stališče intervjuvancev do prikrite aplikacije zdravil. Ugotovili smo, da je prikrita aplikacija zdravil etično sporna za kar tretjino intervjuvancev.

*»Meni je to malo etično sporno. Jaz sem zagovornik, da vsaj starši morajo vedeti, in če otrok lahko odloči in sodeluje, ja, če ne, pa ne bi dala zdravila. Ampak starši pa morajo vedeti.«*

*»Absolutno istega mnenja, razen, če je res življenjsko ogrožujoče, potem mogoče ja, ampak pod pogojem, da so poznani stranski učinki te prikrite aplikacije (da so znani zdravniku in tudi staršem), na tak način bi bila pripravljena dati.«*

Koda »nestrinjanje« pojasnjuje nasprotovanje intervjuvancev uporabi prikrite aplikacije zdravil. Ugotovili smo, da sta mnenje intervjuvancev in prisotnost etičnih dilem odvisna od oddelka, na katerem so intervjuvanci zaposleni. Na primer, intervjuvanec I4 močno nasprotuje prikriti aplikaciji zdravil:

*»[...] jaz bi rekel samo to, da ne. Da se jaz s tem ne strinjam, sploh zaradi stanja pacientov, govorim za naš oddelek. Da ne tudi, če bi bilo življenje ogroženo, obstaja sigurno kakšna alternativa, sedaj je veliko pri nas terapij, ki gredo preko i. v. ali drugih načinov aplikacije. Jaz mislim, da so neke alternative, na katere se potem to reši na ta način. Tako tudi, če bi doktor zahteval, jaz ne bi od tega odstopil, predal bi delo nekomu drugemu.«*

Koda »krivda« pojasnjuje pomisleke intervjuvancev glede odgovornosti, ki jo imajo pri posluževanju prikrite aplikacije zdravil, v primeru, da pride do zapletov pri uporabi prikrite aplikacije zdravila. Že prvi intervjuvanec izraža pomisleke:

*»Kdo bi bil kriv v primeru zapleta? Sigurno bi bila kriva sestra, ampak je tudi podpisan zdravnik, tako da verjetno tudi zdravnik isto. Sestra, ki je aplicirala v skriti obliki, in tudi zdravnik, ki je predpisal.«*

Koda »zapleti« pojasnjuje pomisleke intervjuvancev glede možnih posledic uporabe prikrite aplikacije zdravil. Kot razlaga eden izmed intervjuvancev:

*»Meni je to etično zelo sporno, sploh ker smo si ljudje zelo različni in pride do različnih reakcij, tako da definitivno ne. Zaradi tega sem jaz proti temu, ker vem, da odgovornost je potem tistega, ki daje zdravilo, v končni fazi, ker je tudi sestra odgovorna in se lahko zgodi tudi, da zdravnik napiše napačno zdravilo in sestra mora poznati zadevo, in če ne pozna in da zdravilo, je sestra tudi soodgovorna, če pride do zapletov.«*

Koda »transparentnost postopka« pojasnjuje potrebo po jasnem vodenju postopka. Eden izmed intervjuvancev predlaga:

*»Več transparentnosti, kdo je predpisal aplikacijo na prikrit način, zakaj, na kakšen način naj bi se apliciralo ter kdo je apliciral ter tudi, ali so o tem bili obveščeni starši.«*

Drugi dodaja, da bi moralo biti tudi »natančno definirano, kaj se smatra za prikrto aplikacijo. Ali se zdravilo skriva, ali pa se zgolj kamuflira njegov okus, saj vemo, da so nekatera zdravila neprijetnega okusa in jih otroci ne marajo vzeti«.

*»Zdravnik je edini, ki bi lahko predpisal prikrto aplikacijo in bi to moral tudi ustrezno zabeležiti. Sama aplikacija in beleženje aplikacije pa transparentna, da se ne bi dogajale zlorabe.«*

Koda »beleženje« pojasnjuje potrebo po jasnem zapisovanju načina aplikacije zdravil. Na vprašanje, ali se kaj zabeleži, da je zdravilo aplicirano na prikrit način, odgovarja en izmed intervjuvancev:

*»Izboljšana verzija prikrte aplikacije zdravil bi bila to, da bi se tudi zdravnik podpisal, da je bilo z njegove strani odobreno, da je šlo kot*

*prikrita, da se drugače ni dalo. Ne, žal pa to ni zabeleženo, zabeleženo je samo, da je otrok dobil [...], ker zdravila ni želel sprejeti, smo mu ga dali v vodo ali v nekaj. Ampak da bi se zdravnik v uraden dokument (čeprav so tudi sestrška poročila uradni dokumenti), se zdravnik podpisal, pa žal ni. Čeprav so seznanjeni. Vedno.»*

Koda »dokumentiranje« pojasnjuje potrebo po jasnem zapisovanju načina aplikacije zdravil, vključno s prikrito aplikacijo. Intervjuvanec I4 pa izpostavlja, da je pomembno, da je postopek jasen in dokumentiran ter tudi podpisan s strani zdravnika, ki je naročil prikrito aplikacijo zdravil. Kot navaja:

*»Pomembno je, da sestra napiše, da je ta terapija dana prikrito in da nosi tudi odgovornost za to. Ampak bi moralo biti napisano, tako kot imamo način dajanja, količino, čas dajanja itd., bi moralo biti tudi napisano, če je treba prikrito, da je odredil zdravnik, da se podpiše.»*

*»V sestrsko poročilo se vedno zapiše, da je bila terapija dana, kako je bila dana (npr. v čaj).«*

Zanimivo pa je tudi mnenje enega izmed intervjuvancev, ki navaja, da se na njihovem oddelku vse pogosteje poslužujejo prikrite aplikacije zdravil. Kot navaja: *»V zadnjem času morda opažamo, da je trend tega na našem oddelku, da imamo vsako leto morda malo več otrok, ki tako dobijo terapijo.«*

**Tabela 18: Kategorije in podkategorije s pripadajočimi kodami za raziskovalno vprašanje 1**

Kategorija	Podkategorije in kode
Pogled zaposlenih v zdravstveni negi na prikrito aplikacijo zdravil	Pozitivna plat uporabe: strah, oteženo požiranje, okus zdravila, neprisebnost otroka/mladostnika, vznemirjenost, zavračanje terapije, nujna terapija, agresivni izpadi, življenjsko ogrožen pacient, izčrpane druge možnosti, otrokova korist.
	Negativna plat uporabe: etične dileme, sporno, nestrinjanje, krivda, odgovornost, zapleti, transparentnost postopka, beleženje, dokumentiranje.

Druga kategorija, ki smo jo oblikovali, je bila »vključevanje medicinskih sester v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil s strani zdravnikov«. Tudi drugo kategorijo »vključevanje medicinskih sester v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil s strani zdravnikov« smo razdelili na dve podkategoriji, »vključenost v proces« in »izključenost iz procesa« (tabela 19).

V prvi podkategoriji so združene kode, ki pojasnjujejo vključevanje medicinskih sester v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil s strani zdravnikov, in sicer: vključenost s strani zdravnika, mnenje, odločanje, ukrepanje. Ugotovili smo, da se uporaba prikrite aplikacije zdravil razlikuje glede na oddelek intervjuvancev. Na to zadnje vprašanje smo dobili najmanj odgovorov, kar je verjetno posledica dejstva, da prikrito aplikacijo zdravil na posameznih oddelkih le redko uporabljajo.

Koda »vključenost s strani zdravnika« pojasnjuje vključevanje medicinskih sester v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil pri pacientih. Ugotovili smo, da srednje medicinske sestre in zdravstveniki niso vključeni v proces odločanja. Eden izmed intervjuvancev navaja, da je bil v proces odločanja »večkrat vključen, vendar da je aplicirano zdravilo prikrito, pa ni nikjer zabeleženo«.

Drugi intervjuvanec navaja:

*»Redko se srečujem s prikrivanjem zdravila, sem pa vključena v odločanje, kako aplicirati zdravilo, ko je to nujno potrebno in pacient ni ali pa ne more biti seznanjen s tem. Običajno gre za nujna stanja, kjer je potrebno takojšnje ukrepanje.«*

Koda »mnenje« pojasnjuje dejstvo, da zdravniki upoštevajo mnenje zaposlenih v zdravstveni negi glede potrebe po uporabi prikrite aplikacije zdravil pri posameznem pacientu.

*»Vedno pa se pred prikrito aplikacijo posvetujemo z zdravnikom, ki nas vključuje v proces odločanja in vpraša za mnenje.«*

Koda »odločanje« pojasnjuje vključevanje zaposlenih v zdravstveni negi v proces odločanja o potrebi po uporabi prikrite aplikacije zdravil.

*»Sem pa bila vedno ob prikriti aplikaciji zdravila vključena v proces odločanja, na kakšen način bomo aplicirali zdravilo.«*

*»Če se zdravnik že odloči za prikrito aplikacijo, da zgolj ustno navodilo, pri nas se to ne beleži, nas pa vključi v odločanje, kako bomo to zdravilo aplicirali.«*

*»Redko se srečujem s prikrivanjem zdravila, sem pa vključena v odločanje, kako aplicirati zdravilo, ko je to nujno potrebno in pacient ni ali pa ne more biti seznanjen s tem.«*

V drugi podkategoriji, izključenost iz procesa odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil s strani zdravnikov, nimamo nobenih kod, saj noben izmed intervjuvancev ni navedel razlogov, zaradi katerih so izključeni iz procesa odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil (tabela 19).

**Tabela 19: Kategorije in podkategorije s pripadajočimi kodami za raziskovalno vprašanje 2**

Kategorija	Podkategorije in kode
Vključevanje medicinskih sester v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil s strani zdravnikov	Vključenost v proces: Vključenost s strani zdravnika, mnenje, odločanje.
	Izključenost iz procesa: -

### 3.5 RAZPRAVA

V Sloveniji je razširjenost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih slabo raziskana, zato smo z raziskavo mešanih metod omenjeno problematiko preučili na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju. V prvem, kvantitativno zasnovanem delu raziskave so desetino vzorca predstavljali moški, ostalo so bile ženske. Več kot polovica anketiranih je imela višjo ali visokošolsko izobrazbo,

slaba desetina pa magisterij ali doktorat (tabela 2). Kvantitativni podatki, pridobljeni s pomočjo vprašalnika, so razkrili stališča zaposlenih v zdravstveni negi in prakse glede posluževanja prikrite aplikacije zdravil. Ugotovili smo, da se prikrite aplikacije zdravil poslužujejo le redko, in sicer takrat, ko drugi načini aplikacije zdravila niso izvedljivi. Večina zaposlenih je izrazila zaskrbljenost zaradi morebitnih napak pri aplikaciji zdravil, pri čemer so tisti z višjo stopnjo izobrazbe kazali večjo samozavest. Prav tako so se prikrite aplikacije zdravil posluževali v podobnem deležu anketirani s srednješolsko izobrazbo in tisti z višjo, visokošolsko izobrazbo oz. magisterijem in doktoratom. Njihova stališča glede uporabe prikrite aplikacije zdravil se niso statistično značilno razlikovala. Pri predšolskih otrocih so se anketirani bolj posluževali prikrite aplikacije zdravil kot pri malčkih, šolarjih ali mladostnikih. Rezultati kvantitativnega dela raziskave so pokazali, da zdravniki mnenje zaposlenih v zdravstveni negi upoštevajo manj kot smo pričakovali. Dobra polovica anketiranih je navedla, da so bili vključeni v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil. V nadaljevanju bomo naše splošne ugotovitve podrobneje razložili in prikazali po ciljnih raziskave.

CILJ 1: Ugotoviti pojavnost uporabe prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih.

Naši rezultati so pokazali, da se anketirani v izbranem kliničnem okolju prikrite aplikacije zdravil večinoma ne poslužujejo nikoli ali pa le redko (tabela 6). Pri večini anketirancev predstavlja prikrita aplikacija zdravil manj kot desetino primerov medikamentoznega zdravljenja. Naši rezultati so v skladu z ugotovitvami raziskave Abdool (2017b), ki izpostavlja, da približno ena desetina uporabnikov zdravstvenih storitev prejema prikrto aplikacijo zdravil. Nasprotno pa je pri otrocih in mladostnikih s hudimi intelektualnimi motnjami, kjer je prikrita aplikacija zdravil razmeroma pogosta (Bergene, et al., 2017). Ramos, et al. (2015) so navedli, da je dajanje zdravil težavno zaradi izzivov, kot sta neprijeten okus zdravil in otrokova nepripravljenost sprejeti zdravilo. Otroci pogosto zavrnejo zdravilo, v tem primeru mu medicinska sestra v razumljivem, enostavnem jeziku razloži, zakaj je treba vzeti zdravilo. Naloga medicinske sestre je, da pacienta in starše seznanj s posledicami, ki jih odklonitev prinaša, in s tem seznanj zdravnika in zabeleži v pacientovo dokumentacijo (Potočnik & Jagodic Bašič, 2019). Po Abonehu & Chuiju

(2017) pa otroci in mladostniki s kompleksnimi zdravstvenimi potrebami pogosteje potrebujejo zdravila in so bolj dovzetni za zdravstvene težave, če se ne držijo predpisane terapije. Postopek uporabe zdravil je kompleksen in vključuje več korakov: predpisovanje, prepisovanje, dokumentiranje, izdajanje, dajanje in spremljanje. Upravljanje zdravil zahteva visoko stopnjo kognitivne obdelave, saj vključuje poglobljeno uporabo znanja o boleznih in zdravilih. Dajanje zdravil otrokom in mladostnikom s hudimi intelektualnimi motnjami je zaradi njihovih povečanih potreb po negi bolj kompleksen in večplasten del vsakodnevnega življenja. Zato je treba pri dajanju zdravil otrokom in mladostnikom upoštevati njihovo sposobnost, da sprejmejo zdravljenje, ter vpliv, ki ga bo imelo nanje (Carter & Bray, 2017).

V raziskavi Doyle (2020) je bilo med vključenimi v raziskavo manipuliranje z zdravili in prikrievanje aplikacije široko sprejeto. V primerih, ko zdravila niso na voljo v tekočih pripravkih, zdravila lahko prikrijejo z dodajanjem hrani. Bergene, et al. (2017) izpostavljajo, da to ni nenavadno pri otrocih in mladostnikih z ali brez intelektualnih težav. Kljub temu, da je prikrito dajanje zdravil neetično in ga ne bi smeli odobravati (Griffith, 2016a, 2016b), je včasih edini način za apliciranje terapije takšnim otrokom in mladostnikom. Doyle (2020) se v svoji raziskavi osredotoča na prakse mater, ki svojim otrokom z intelektualnimi težavami pogosto dajejo zdravila na prikrit način. Izpostavlja, da je treba uvesti formalno izobraževanje in usposabljanje za matere, ki zajema vse vidike dajanja zdravil, da bi matere pooblastili, da se počutijo samozavestne in kompetentne pri dajanju zdravil. To izobraževanje mora vključevati vrsto dejavnosti, kot so razvoj opazovalnih veščin, demonstracija kliničnih kompetenc, nasveti in učenje mater o različicah zdravil, opis morebitnih manipulacij ter informacije o stranskih učinkih zdravil v preprostem jeziku. Pomembno je tudi ustrezno strokovno vodenje pri manipulaciji in prikitem dajanju zdravil ter ustrezni intervenciji v domačem okolju, kar je ključno pri podpori materam, ki so prisiljene manipulirati z zdravili, ko ni drugih alternativ (Doyle, 2020).

V presečni raziskavi Hegde, et al. (2023) so ugotovili, da je pogostost prikrite aplikacije zdravil pri psihiatričnih pacientih 32 %. Vendar praksa prikritega dajanja zdravil nikakor ni omejena samo na področje psihiatrije. Pogosto se pojavlja tudi v pediatriji in geriatrici.



V slednjem primeru bi lahko šlo za uporabo zdravil proti visokemu krvnemu pritisku ali zdravil za sladkorno bolezen pri nekooperativnih in pozabljivih pacientih (Garratt, et al., 2024).

CILJ 2: Ugotoviti pojavnost prikrite aplikacije zdravil glede na starost otroka.

Naši rezultati so pokazali, da se uporaba prikrite aplikacije zdravil statistično značilno razlikuje glede na starost otrok, pri čemer so se pri predšolskih otrocih anketirani pogosteje posluževali prikrite aplikacije zdravil kot pri drugih starostnih skupinah (tabela 15). Ni določene starosti, pri kateri so otroci sposobni pogoltniti zdravila, saj je to večšina, ki se je je treba naučiti. Nekateri otroci morda lahko pogoltnejo tablete že od malih nog, čeprav je večina otrok običajno stara vsaj osem do deset let, preden lahko redno pogoltnejo zdravilo (Smith, et al., 2022). Vendar je dejstvo, da je treba mlajšim otrokom zdravilo bolj pogosto aplicirati prikrito in ga zamešati v hrano (Doyle, 2020). V raziskavi Smith s sodelavci (2022) izpostavljajo načine, kako se lahko neprijetni okusi zdravil prikrijejo z ustrezno hrano (npr. grenki okus antibiotika ali kortikosteroida s čokolado, jagodami, limono, malinami; sladki okus laktuloze s karamelom, pomarančo, vaniljo itd.).

Okus je pomemben dejavnik pri sprejemanju zdravil pri otrocih, zato se drobljene ali razpolovljene tablete ali vsebina kapsul pogosto meša s hrano ali pijačo, ki služita kot posrednik za lažje požiranje ali za maskiranje neprijetnega okusa, da otrok oz. mladostnik zdravilo sprejme (Kersten & Klein, 2016). Rezultati naše raziskave potrjujejo slednje ugotovitve, saj so anketiranci v naši raziskavi neprijeten okus zdravil navedli kot pogostejši motiv za posluževanje prikrite aplikacije zdravil (tabela 6). V raziskavi Akram & Mullen (2015) prikrivanje okusa zdravila izpostavljajo kot najpogostejši razlog za posluževanje prikrite aplikacije zdravil, sledita zavračanje celotne tablete/kapsule s strani otroka/mladostnika in nezmožnost požiranja zaradi velikosti zdravila. V naši raziskavi kot druge pomembne razloge za uporabo prikrite aplikacije zdravil navajajo strah otroka/mladostnika pred injekcijami, zavračanje jemanja zdravila, boljše čustveno počutje otroka/mladostnika, pomanjkanje časa in hitrejša izvedba postopka itd. (tabela 8). Tudi Griffith (2016c) navaja pomanjkanje časa kot dejavnik, zaradi katerega se poslužujejo prikrite aplikacije zdravil, saj je večasih za obširno prepričevanje in razlaganje potrebno veliko časa, kar bi pomenilo manj časa za druge potrebe ostalih pacientov na

oddelku. Če pacient zdravilo odklanja vsakodnevno, to predstavlja drugačno časovno razporeditev pozornosti in zdravstvene nege med ostalimi pacienti. Mnogi bi trdili, da ni pošteno, da se več časa namenja enemu pacientu, ko ga potrebujejo tudi drugi. Rešitev za ta problem bi lahko bila prikrita aplikacija zdravil in čas, ki so ga prej namenili pregovarjanju, bi se v tem primeru porazdelil med vse paciente. Poleg zavračanja jemanja zdravil Chaywan in sodelavci (2022) izpostavljajo tudi strah pred stranskimi učinki, duševne in vedenjske motnje, težave pri požiranju tablet, kritična zdravstvena stanja, kjer je nujno, da otrok ali mladostnik vzame zdravila za preprečitev poslabšanja stanja, itd. Guidry-Grimes in sodelavci (2019) navajajo, da je prikrito dajanje zdravil human način aplikacije zdravila zdravstveno krhkim pacientom, ki bi jim sicer zdravilo dali na neprostovoljen način, včasih z uporabo sile. Podobno se v naši raziskavi strinjajo, da je prikrita aplikacija zdravil lahko v nekaterih situacijah manj travmatična kot prisilna aplikacija, ne glede na starost. Simpson (2017) ugotavlja, da se včasih za uporabo prikrite aplikacije zdravil odloča prehitro, saj je lahko razlog za pacientovo zavrnitev zdravila preslabo informiranje in bi ta ob primerni obrazložitvi zdravilo sprejel.

Pomanjkanje navodil o dopustnosti teh praks povzroča, da je ob neavtoriziranem pojavu med negovalci težko najti krivca in nuditi postopke za popraviljanje situacije, če pride do zlorab ali če se prikrita aplikacija zdravil uporablja prekomerno. Svet zdravstvene in babiške nege v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske (angl. Nursing and Midwifery Council, NMC) je izrazil skrb, da se to, kar bi se moralo smatrati kot zadnja možnost, pogosto uporablja kot običajna praksa, ki se jo uporablja zaradi priročnosti in ne zaradi tega, ker bi bilo to v pacientovem najboljšem interesu (Griffith, 2016c). Garrat s sodelavci (2021) opisuje, da so drobljenje ali drugačne manipulacije zdravil z namenom prikrite aplikacije zdravil lahko avtorizirane ali neavtorizirane. Manipulacije zdravil z namenom prikrite aplikacije zdravil so avtorizirane takrat, ko se za to odloči in potrdi tisti, ki je zdravilo predpisal. S tem se mora strinjati tudi prejemnikov zakoniti zastopnik. Neavtorizirana prikrita aplikacija zdravil se zgodi, ko pacient ni sposoben ali noče vzeti zdravila in zdravstveno osebje zdravilo da, kljub zavrnitvi in brez kliničnega posveta ali odreditve tistega, ki je zdravilo predpisal. Sodba, da pacient ni kompetenten za odločanje in da je zdravilo v njegovem najboljšem interesu za ohranjanje zdravja, je razlog, da se zdravilo aplicira prikrito in brez avtorizacije. Ker je informirana

privolitev v zdravljenje, ki vsebuje tudi dajanje zdravil, zakonska obveza in pravica v zahodnem svetu, je neavtorizirana praksa dajanja zdravil etično sporna.

CILJ 3: Ugotoviti pojavnost prikrite aplikacije zdravil pri zaposlenih v zdravstveni negi glede na stopnjo izobrazbe.

Prikrita aplikacija zdravil otrokom in mladostnikom se uporablja le v izjemnih primerih, ko so vse druge možnosti izčrpane, in ob upoštevanju strogih etičnih smernic ter v soglasju z družino in zdravstvenim osebjem. Naše ugotovitve (tabela 10–13) so v skladu z ugotovitvami raziskave Knez s sodelavci (2021), ki izpostavljajo, da je pomembno tudi redno ocenjevanje potrebe po tej praksi in spremljanje dobrobiti otroka ali mladostnika (Knez, et al., 2021). Ugotovili smo, da se anketirani s srednješolsko izobrazbo v podobnem deležu poslužujejo prikrite aplikacije zdravil kot anketirani z višjo in visokošolsko izobrazbo, magisterijem in doktoratom (tabela 14). V literaturi nismo zasledili povezave med uporabo prikrite aplikacije zdravil in stopnjo izobrazbe medicinskih sester. Slednje je najverjetneje posledica tega, da način aplikacije zdravil običajno določajo zdravniki ali farmacevti glede na specifične potrebe in zdravstveno stanje posameznika, medtem ko aplikacijo zdravil izvajajo zdravstveni delavci, kot so medicinske sestre. Slednje imajo ključno vlogo pri prepoznavanju pacientov, ki morda nimajo sposobnosti za privolitev, in pri zagotavljanju, da se upoštevajo najboljši interesi pacienta. Vloga medicinske sestre pri aplikaciji zdravila je zagotoviti varno in učinkovito aplikacijo zdravila pacientom. To vključuje pripravo in dajanje zdravila v skladu s predpisi in zdravstvenimi smernicami, oceno pacientovega odziva na zdravilo, spremljanje morebitnih stranskih učinkov ter zagotavljanje informacij in podpore pacientom in njihovim svojcem glede zdravljenja (Mardani, et al., 2020).

CILJ 4: Ugotoviti stališča zaposlenih v zdravstveni negi do prikrite aplikacije zdravil glede na delovne izkušnje.

Medicinske sestre so označile ravnanje z zdravili kot ključno intervencijo pri delu z odraslimi in otroki s hudimi intelektualnimi motnjami ter izpostavile, da je dajanje zdravil in spremljanje stranskih učinkov časovno zelo zahtevna naloga, za katero potrebujejo

dobro razumevanje zdravil (tabela 12). Njihovo znanje o uporabi in namenu prikrite aplikacije zdravil je slabo (tabela 6). Vendar del vloge medicinskih sester v zdravstveni negi zahteva tudi obsežno znanje o zdravilih, da se zavedajo interakcij med zdravili in stranskih učinkov, poleg tega pa morajo obvladati tudi veščine naročanja, shranjevanja, spremljanja in dajanja zdravil (Gates & Mafuba, 2014). Visoka raven zdravstvene pismenosti medicinskih sester je ključnega pomena za učinkovito opolnomočenje pacientov, razumevanje navodil zdravstvenih delavcev in uporabo zdravstvenih storitev (Yang, 2022).

Ravnanje z zdravili, kot je npr. drobljenje, lahko pripelje do aplikacije neustrezne koncentracije zdravila pacientu in sodi med najpogostejše napake pri ravnanju in aplikaciji zdravil. Zdravljenje z zdravili je kompleksen proces, v katerem je veliko možnosti za napake. Slednje se lahko zgodijo v katerikoli izmed petih ključnih faz: predpisovanje zdravila, potrjevanje, priprave in aplikacije, odmerjanje ter nadzorovanje med in po aplikaciji zdravila (Škrab & Mlinar, 2021). Pri ravnanju z zdravili se zgodi 70 % napak, ki škodijo zdravstvenemu stanju pacienta in bi se jih v 90 % lahko preprečilo (Viela & Jericó, 2019). Iz tega razloga ni presenetljivo, da se zaposleni v zdravstveni negi zavedajo nevarnosti pri aplikaciji zdravila, še posebej pri prikriti aplikaciji zdravila. Namreč, v naši raziskavi se stališča anketiranih do prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih niso statistično značilno razlikovala glede na delovno dobo in delovne izkušnje (tabela 14 in 16). Tudi v literaturi (Abdool, 2017b; Martyn & Perry, 2019; Luokkamaki, et al., 2022) ni jasnih dokazov, da bi se mnenje zaposlenih v zdravstveni negi glede uporabe skrite aplikacije zdravil razlikovalo glede na delovno dobo in delovne izkušnje.

Dejstvo je, da se vse več govori o napakah pri zdravljenju. V zadnjih dveh desetletjih je opravljenih veliko raziskav, ki opisujejo napake pri predpisovanju in aplikaciji zdravil v kliničnih okoljih (Vrbnjak, et al., 2016; Sluggett, et al., 2022; Latimer, et al., 2017). Kljub temu so napake še vedno vseprisotne, o smrtih v bolnišnicah zaradi medicinskih napak pa se še vedno pogosto poroča po vsem svetu (Karande, et al., 2021). Prikrita aplikacija zdravil otrokom in mladostnikom je problematična iz več razlogov. Slednja pomeni dajanje zdravil brez vednosti ali soglasja pacienta, kar postavlja vprašanja glede etičnosti

in spoštovanja pacientovih pravic. Pri otrocih in mladostnikih, ki so še v razvoju, obstaja večje tveganje za neželene učinke kot pri odraslih, kar je še posebej težavno pri prikriti aplikaciji zdravila, ko se pacienta ne seznanijo glede apliciranega zdravila (Doyle, 2020). Ker je praksa prikritega predpisovanja vprašljiva tako z etičnega kot pravnega vidika, veliko psihiatrov, ki kljub temu, da zasebno priznavajo, da nimajo zadržkov pri uporabi te prakse, tega ne vpisuje v negovalno poročilo pacienta. Vsi to počnejo in o tem govorijo na skrivaj, a nihče ni pripravljen javno razpravljati o tem. Prav tako ti psihiatri ne vidijo nič slabega v predpisovanju potrebnega zdravljenja pacientu, dokler se stanje te osebe ne izboljša do te mere, da lahko sama skrbi za svoje zdravljenje. Pri tem jih močno podpirajo zakoniti zastopniki in sorodniki pacientov (Hegde, et al., 2023).

CILJ 5: Odkriti razumevanje zaposlenih v zdravstveni negi o pojavu prikrite aplikacije zdravil.

V naši raziskavi je slaba polovica anketiranih menila, da dobro razume namen prikrite aplikacije zdravil, slaba petina pa je navedla, da namen pozna zelo dobro (tabela 6). Izpostavljajo pa, da mora biti prikrita aplikacija zdravil vedno zadnja možnost in mora biti izvedena ob upoštevanju najboljših interesov pacienta ter da mora zdravnik oceniti, ali je prikrita aplikacija zdravil v določenem trenutku res potrebna (tabela 8). Iz teh odgovorov je razvidno, da obstaja pomanjkljivo razumevanje razvoja otrok in njihovih kognitivnih zmožnosti za odločanje. To lahko vpliva na sposobnost pravilne ocene, ali so takšni ukrepi primerni in potrebni v specifičnih situacijah. Glede na prebrano literaturo (Guidry-Grimes, et al., 2019; Doyle, 2020; Garratt, et al., 2024) smo ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi razumejo pomen prikrite aplikacije zdravil kot možnost za zagotavljanje zdravljenja v primeru, ko pacient ne sodeluje ali ne more samostojno sprejeti zdravil. Za mnoge zaposlene v zdravstveni negi je prikrito dajanje zdravil prijazen in human način za dajanje zdravil onemoglim in krhkim pacientom, katerim bi se zdravstveno stanje drugače lahko še bolj poslabšalo ali pa bi jim bila zdravila dana proti njihovi volji in morebiti celo s silo (Guidry-Grimes, et al., 2019; Doyle, 2020; Garratt, et al., 2024).

Svet zdravstvene in babiške nege v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske (NMC) meni, da prikrivanje zdravil v hrani in pijači ni dobra praksa. Kljub temu pa

priznava, da je uporaba prikrite aplikacije zdravil lahko sprejemljiva kot zadnja možnost, če je v najboljšem interesu pacienta. Nacionalni inštitut za zdravje in kakovost oskrbe v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske (NICE) trdi, da bi se prikrita aplikacija zdravil smela uporabljati le v izjemnih primerih, ko je vzpostavljen načrt o najboljšem interesu, po formalnem sestanku, na katerem so prisotni zdravstveno osebje, predpisovalec in farmacevt, kot tudi oseba, ki lahko posreduje mnenja in interese pacienta, na primer družinski člani, prijatelji ali neodvisni zagovornik sposobnosti odločanja (Griffith, 2016a). Zato Guidry-Grimes s sodelavci (2019) ugotavlja, da je prikrita aplikacija zdravil lahko način za ohranjanje osebne identitete osebe z duševno motnjo in njene osebnosti, da ne pride do dekompenzacije ali aplikacije zdravila na silo. Kot primer navaja bolnico s psihiatrično motnjo, ki brez zdravil ni več zmožna skrbeti sama zase v najosnovnejšem smislu, rutinsko se zateka na ulice mesta, kjer tudi prespi, in ima težave z vključevanjem v družbo. Njena družina in zdravniki so se naučili, da v primeru, da zdravila redno prejema, do teh težav ne prihaja, izraža lahko svoje potrebe in se dokaj funkcionalno vključuje v družbo ter ohranja podporo okolice. Prikrita aplikacija zdravil je v njeni situaciji boljša alternativa za ohranjanje identitete, kot če zdravila ne bi prejela ali bi ga prejerala na silo.

Kvalitativni podatki, zbrani prek intervjujev, so dodatno poudarili specifične izzive, s katerimi se soočajo zaposleni v zdravstveni negi. Za kvalitativno proučevanje razumevanja pojava prikrite aplikacije zdravil med zaposlenimi v zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih smo si zastavili dva cilja. Pri prvem smo želeli ugotoviti, kakšen je pogled intervjuvancev na prikrito aplikacijo zdravil. Iz odgovorov intervjuvancev je razvidno, da se izogibajo prikriti aplikaciji zdravil in jo uporabljajo zelo redko in le v primeru, ko so izčrpane vse druge možnosti. Kot navaja eden izmed intervjuvancev: *»Mogoče tudi, kadar so izčrpane vse druge somatske zadeve, se odločimo, da damo kakšno placebo. To se zgodi res redko, mogoče 3x na leto.«* Ugotovili smo, da bi se bili intervjuvanci pripravljene posluževati prikrite aplikacije zdravil v primeru koristi za otroka. Drugi intervjuvanec navaja: *»Ne poslužujemo se prikrite aplikacije zdravil. Nisem še delal na nobenem takem oddelku. Bi pa bil pripravljen prikriti terapijo, če bi dal zdravnik taka navodila in bi šlo v dobrobit otroka.«*

Kot pozitivno plat uporabe prikrite aplikacije zdravil intervjuvanci navajajo možnost aplikacije zdravil ali nujne terapije kljub strahu in vznemirjenosti otroka ali mladostnika, zavračanju terapije s strani otroka/mladostnika, težavam s požiranjem, alkoholiziranosti otroka/mladostnika, mentalni nerazvitosti otroka ali stanju, v katerem so (npr. koma). Prikrito aplikacijo uporabljajo na način, da dajo zdravilo v čaj ali v hrano, glede na navodila zdravnika. Intervjuvanci kot razloge za uporabo prikrite aplikacije zdravil navajajo nujno terapijo, strah otroka/mladostnika ali stanje, v katerem je otrok/mladostnik (npr. agresija, alkoholiziranost, vznemirjenost). En intervjuvanec izpostavlja: *»Ali pa če je zelo vznemirjen pacient, in takrat ne želi vzeti terapije z namenom, da se pomiri, se odločimo in mu damo prikrito aplikacijo, torej mu damo sredstvo za pomiritev v namen, da preprečimo nadaljnji večji izbruh oz. raptus, dobi aplikacijo terapije v čaj. Terapijo sicer ima predpisano in bi jo moral načeloma vzeti sam po žlički.«*

Zanimiva je raziskava Doyle (2020), v kateri raziskuje, s kakšnimi ovirami se srečujejo matere pri dajanju zdravil otrokom s hudimi intelektualnimi ovirami. Ugotovila je, da se le-te soočajo z mnogimi izzivi pri dajanju zdravil, od težav pri fizičnem dajanju, manipulaciji z zdravili, prikriti aplikaciji zdravil in iskanju alternativnih formulacij. Matere zelo pogosto uporabljajo prikrito aplikacijo zdravil in so priznale, da so zaradi svoje vloge in skrbi za otroka vedno na preži zaradi kompleksnosti oskrbe, ki jo njihov otrok zahteva, in nujnosti dajanja zdravil. Ena matera je opisala svoj dan, kako je dajanje zdravil otroku zelo časovno potratno, še posebej, ko so prisotni tudi drugi otroci:

*»Zdrobimo vse njene tablete in hkrati poskušamo pripraviti tudi ostale, obenem pa poskušamo tudi nekaj pojesti sami ... Razmišljali smo o razdelitvi zdravil na štiri obroke na dan, da bi imeli manjše količine za dajanje. Ampak to ni praktično ... Da bi štirikrat na dan sedeli z njo zaradi zdravil. Potem jih morate spraviti vanjo ... In poskrbeti, da je pripravljena in oblečena ter pripravljena za šolo.«*

Po drugi strani so pomisleke glede dajanja zdravil v hrano pacientom izrazili v raziskavi Pickering (2021):

»... Čeprav so lahko primeri, ko je uporaba hrane za prikrito aplikacijo zdravil etično upravičena zaradi pomanjkanja ustrežnejših alternativ, bi morala biti ta praksa v vsakem posameznem primeru nenehno preučevana v luči naraščajočih moralnih stroškov za osebo, ki jo zadeva.«

Intervjuji so razkrili, da imajo mnogi intervjuvanci etične dileme pri posluževanju prikrite aplikacije zdravil in izpostavljajo potrebo po večji transparentnosti postopka. Strinjajo se, da se prikrite aplikacije zdravil poslužujejo po navodilih zdravnika in ob seznanjenosti staršev. Izpostavljajo pa etične pomisleke glede prikrite aplikacije zdravil. Prikrita aplikacija zdravil je etično sporna za tretjino intervjuvancev. En izpostavlja: »Kdo bi bil kriv v primeru zapleta? Sigurno bi bila kriva sestra, ampak je tudi podpisan zdravnik, tako da verjetno tudi zdravnik isto. Sestra, ki je aplicirala v skriti obliki, in tudi zdravnik, ki je predpisal.« Intervjuvanci izpostavljajo tudi potrebo po transparentnosti postopka oz. da je v poročilu jasno navedeno, na kakšen način so aplicirali zdravilo. V raziskavi Sefidani Forough s sodelavci (2018) poročajo, da je prikrito aplikacijo zdravil prejelo do 17 % stanovalcev v domovih za ostarele, odločitve o prikritem dajanju zdravil pa so bile v praksi slabo dokumentirane (Sefidani Forough, et al., 2018).

Rezultati so pokazali, da so prisotni različni in mnogi pomisleki glede etičnosti. Zaradi etičnih dilem bi anketiranci zavrnilo prikrito aplikacijo zdravil. Pomanjkljivo znanje o tehnikah uporabe prikrite aplikacije zdravil je prav tako ocenjeno kot pomemben razlog za zavrnitev prikrite aplikacije zdravil (tabela 11). Zdravstveni poklici bi morali zagotavljati medicinsko oskrbo v sklopu kulture zaupanja in resnice. Etični konflikt se nanaša na spoštovanje pacientovih želja in željo zdravstvenih profesionalcev, da delajo v dobro pacienta, ta dva pojma sta si v primeru prikrite aplikacije zdravil pogosto nasprotujoča. Laganje in zavajanje lahko zaposlenim v zdravstveni negi pusti občutek, da delajo svojim pacientom nekaj napačnega in neprimernega. Laganje in zavajanje je v nasprotju z njihovo dolžnostjo, ki je v prvi vrsti zagovarjanje resnice, in lahko močno zaznamuje odnos in zaupanje med pacientom in osebjem (Abdool, 2017a).

Naši rezultati so pokazali, da je spreminjanje načina vnosa peroralnih zdravil z mešanjem v sadne sokove in jogurte pred dajanjem praksa, s katero so seznanjeni zaposleni v



zdravstveni negi v izbranem kliničnem okolju. Ob tem pa je treba izpostaviti, da v primeru, da se pacientu pove, da se bodo zdravila mešala s hrano in pijačo, ne gre za prikrito aplikacijo zdravil, prav tako to velja, če pacient to početje vidi s svojimi očmi, ali pa v primeru, da pacient s prikrito aplikacijo zdravil ni seznanjen, vendar so o njeni uporabi obveščeni in se s tako obravnavo strinjajo njegovi svojci (Munden, 2017). Pod oblike prikrite aplikacije zdravil spada tudi placebo. To je aplikacija nevtralne snovi, brez kemičnega učinka, ki pozitivno vpliva na pacientove bolezenske simptome in patološka stanja. Lahko je samostojen ali pa se ga uporablja ob drugih terapevtskih postopkih (Geers, et al., 2021).

Za medicinske posege je potrebno soglasje staršev, razen v posebej določenih okoliščinah (Zakon o pacientovih pravicah, 2008). Otroci so radovedni in jih zanima zdravljenje z zdravili, pri odgovorih mora biti zdravstveno osebje pozorno na otrokovo starost in sposobnost razumevanja, včasih bo otrok potreboval malo več razlage, pomembno pa je, da so odgovori in razlaga preprosti in pošteni. En intervjuvanec pravi, da mladostniki poznajo svojo terapijo in potem rečejo, »zakaj imam sedaj tole tabletko več ali kakšna je in kako vpliva?«. V naši raziskavi se anketirani strinjajo, da morajo biti starši vedno informirani pred uporabo prikrite aplikacije zdravil pri otroku ali mladostniku ter da jim mora zdravnik razložiti razloge za prikrito aplikacijo zdravil. Podobno so ugotovili tudi v raziskavi Smith s sodelavci (2015), pri čemer izpostavljajo pomembnost sodelovanja med starši in zdravstvenimi delavci. Uporaba prikrite aplikacije zdravil in komunikacija, vezana na njeno uporabo, je nekaj, o čemer se medicinske sestre med formalno izobrazbo ne učijo. Zato so ob soočanju z uporabo v poklicnem okolju postavljene v težek položaj negotovosti, ali s početjem kršijo zakon ali svoje lastno etično prepričanje. Jasna določila strokovnih teles o uporabi prikrite aplikacije zdravil bi odstranila te dvome (Munden, 2017).

V kvalitativnem delu raziskave smo skušali odkriti sodelovanje zdravnikov in zaposlenih v zdravstveni negi v procesu odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil.

Ugotovili smo, da srednje medicinske sestre in zdravstveniki niso vključeni v proces odločanja. En intervjuvanec navaja, da je bil v proces odločanja »večkrat vključen, vendar

*da je aplicirano zdravilo prikrito, pa ni nikjer zabeleženo*«. Dobra tretjina intervjuvancev je navedla, da so vključeni v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravila s strani zdravnika. Dodatno pa izpostavljajo potrebo po dokumentiranosti postopka. Vključenost medicinskih sester v proces odločanja o prikriti aplikaciji zdravil pri pacientu je odvisna od specifičnih postopkov in politik zdravstvene ustanove ter pravnih smernic, ki veljajo v posameznih državah. V nekaterih primerih so medicinske sestre vključene v proces odločanja, v drugih pa je odločitev v pristojnosti zdravnikov ali multidisciplinarnega tima (Kauser, et al., 2022). Najpomembnejše pri odločanju za prikrito aplikacijo zdravil je dokumentiranje. Obrazec mora biti podpisan s strani zdravnika, ki je zdravilo predpisal, kot tudi s strani medicinske sestre, ki je zdravilo aplicirala prikrito (Munden, 2017).

### 3.5.1 Omejitve raziskave

V naši raziskavi obstaja več omejitev, zaradi katerih moramo biti previdni pri interpretaciji rezultatov. Prva omejitev je predvsem pri raziskovalni zasnovi. Uporabili smo metodo presečnega raziskovanja v eni ustanovi, kar pomeni, da je bil osnovni namen raziskave opisati stanje, torej ugotoviti razširjenost pojava prikrite aplikacije zdravil med najboljčutljivejšo populacijo otrok in mladostnikov. Prikrita aplikacija zdravil je po dostopnih in številnih raziskavah dejstvo (Griffith, 2016a; Abdool, 2017b; Barreto, 2017; Guidry-Grimes, et al., 2019; Garratt, 2021; Doyle, 2022), ki tudi ni pravno urejeno (Abdool, 2017a; Munden, 2017; Kauser, et al., 2022). Ker je področje zdravstva odgovorno visokim standardom kakovosti in varnosti, mora tudi za tista področja, pri katerih strokovnjaki ugotovijo, da obstajajo velika tveganja za varnost in kakovost, najti najvarnejše procesne poti – pojava ne zanikamo in ne skrivamo, ampak ga čim prej uredimo na način, da uredimo protokole, klinične poti itd. Številne raziskave (Abdol, 2017a; Munden, 2017; Nasir, 2023; Hegde, et al., 2023) na področju zdravstva poudarjajo, da je zagotavljanje visokih standardov kakovosti in varnosti ključnega pomena, zlasti v primerih, kjer obstajajo pomembna tveganja, kar prikrita aplikacija zdravil vsekakor je. Ključni pristopi, ki jih predlagajo, so uvedba protokolov za varno izvajanje zdravstvenih postopkov in zmanjševanje možnosti napak in neželenih dogodkov, transparentnost postopkov in jasno poročanje, da se sprejmejo ustrezni ukrepi

za izboljšanje varnosti in kakovosti, ter izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi ter vseh ostalih, vključenih v delovne procese – kar povečuje njihovo sposobnost za pravilno izvajanje in sledenje smernicam. S presečno metodo raziskovanja ne moremo iskati vzrokov za določeno stanje oziroma odvisnost posameznih raziskovanih spremenljivk. Vsekakor gre za eno prvih, če ne sploh prvih raziskav v našem prostoru, s katero želimo opozoriti na stanje, da ga bomo po vzoru mednarodnih standardov uredili strokovno in pravno. Za verodostojnost podatkov raziskovalnega pojava smo izbrali mešani raziskovalni dizajn, ki smo ga uporabili v našem primeru z namenom, ker smo želeli kvantitativne empirične podatke dodatno in bolj poglobljeno razumeti tudi skozi kvalitativen raziskovalni vidik.

Druga omejitev raziskave je izbira vzorca. Čeprav je 226 udeležencev razmeroma velik vzorec, morda ni dovolj za popolno reprezentacijo vseh zaposlenih v zdravstveni negi v kliničnem okolju, še posebej glede na razlike v izobrazbi. Za bolj konkretne zaključke bi bil potreben večji in bolj uravnotežen vzorec. Naslednja omejitev raziskave je neravnovesje v izobrazbi. Udeleženci imajo različne stopnje izobrazbe (61 srednješolsko izobrazbo, 130 višješolsko, 15 magisterij ali doktorat), kar lahko vpliva na njihovo razumevanje in izvajanje prikrite aplikacije zdravil ter tudi na verodostojnost rezultatov, ki smo jih primerjali glede na izobrazbo. Treba bi bilo povečati delež tistih z magisterijem ali doktoratom oziroma uravnotežiti vse tri skupine po izobrazbi. Prav tako smo v raziskavi zajeli samo zaposlene v zdravstveni negi. Za kredibilne kvalitativne empirične podatke bi bilo koristno izvesti tudi triangulacijo po zaposlenih profilih.

Omejitev raziskave je tudi omejenost na eno samo klinično okolje. Raziskava, izvedena samo izbranem kliničnem okolju, ne omogoča posplošitve rezultatov. Raziskava je potekala v določenem časovnem obdobju, tako da so naši rezultati specifični za omenjen časovni okvir. Klinična praksa se tudi spreminja skozi čas.

Omejitev raziskave je uporaba lastnega vprašalnika, ki smo ga razvili za namene raziskave in prilagodili našim potrebam, zato vseh ugotovitev nismo mogli primerjati s tujimi raziskavami. Omejitev naše raziskave je tudi, da nismo upoštevali pravnih vidikov pri prikriti aplikaciji zdravil otrokom in mladostnikom. Osredotočili smo se le na

pojavnost in razumevanje raziskovanega problema. Slednje pomeni, da v delu niso obravnavane pravne regulative in pravne posledice, ki bi lahko vplivale na izvajanje prikrite aplikacije zdravil pri pediatrični populaciji. Vendar kot smo že poudarili, ključno sporočilo rezultata te raziskave je, da tako pravna kot zdravstvena znanost ter klinična praksa pojav v prihodnosti nujno uredita.

### 3.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

Raziskava nam je omogočila vpogled v uporabo prikrite aplikacije zdravil med zaposlenimi v zdravstveni negi. Doprinos za stroko je predvsem v kontekstu izboljšanja kakovosti zdravstvene nege in s tem celotne zdravstvene obravnave, varnosti in kakovosti pacientov in strokovnega razvoja zaposlenih v zdravstveni negi. Raziskava lahko pomaga prepoznati potencialna tveganja in napake, povezane s prikrito aplikacijo zdravil, ter pripomore k razvoju boljših praks in protokolov za zagotavljanje varnosti pacientov. Na podlagi ugotovitev raziskave lahko klinika razvije ali posodobi smernice/protokole za prikrito aplikacijo zdravil, kar pripomore k enotnemu in varnemu pristopu pri izvajanju le-te. Dodatno je raziskava osvetlila etična vprašanja in dileme zaposlenih v zdravstveni negi, povezane s prikrito aplikacijo zdravil. Raziskava je pokazala razlike v znanju in veščinah med zaposlenimi z različno stopnjo izobrazbe, kar omogoča prilagoditev izobraževalnih programov glede na specifične potrebe različnih skupin zaposlenih. Kljub zanimivim ugotovitvam bi bilo treba za bolj konkretne zaključke v prihodnosti opraviti raziskavo, v katero bi vključili več bolnišničnih okolij in povečali vzorec zaposlenih v zdravstveni negi na ravni celotne Slovenije. Zanimivo bi bilo raziskati tudi, kako na skrito aplikacijo zdravil gledajo zdravniki, ter izvesti poglobljeno analizo napak, povezanih s prikrito aplikacijo zdravil. Zanimive bi bile tudi primerjalne raziskave z drugimi ustanovami, da bi potrdili in razširili ugotovitve ter razvili najboljše prakse na področju prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih. V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno vključiti tudi druga znanstvena in strokovna področja, kot je področje prava, da bi natančno preučili pravne okvire, ki urejajo prikrito aplikacijo zdravil, ter njihove posledice na klinično prakso. Prav tako je treba vključiti starše in zdravnike, da bi preučili njihovo mnenje, glede na dejstvo, da so neposredno vključeni v dajanje zdravil in se pri

tem soočajo s številnimi izzivi. Ravno z vključitvijo vseh teh udeležencev bomo lahko klinično prakso prikrite aplikacije zdravil interdisciplinarno tudi uredili.

Na nacionalni ravni bi bilo treba izdelati protokol, ki bi omogočil varno prikrito aplikacijo tako pacientu kot tudi zaposlenim v zdravstveni negi. Sicer je Džamastagić (2019) v svojem diplomskem delu na osnovi pregleda literature pripravil predlog protokola za varno aplikacijo zdravil. Protokol je zasnovan tako, da zaposlenim, predvsem tistim v zdravstveni negi, olajša odločanje o prikriti aplikaciji zdravil. Vsebuje nabor obveznih postopkov, temelječih na tuji literaturi in priporočilih strokovnjakov, ki jih je treba upoštevati pred izvajanjem prikrite aplikacije zdravil. Pomemben del postopka je ocena zdravnika, ki predhodno pregleda pacienta, se z njim pogovori in mu predstavi morebitne zaplete pri zavrnitvi zdravljenja. Če ima pacient odvzeto poslovno sposobnost in je nesposoben tudi privolitvene sposobnosti, je treba vključiti njegove zakonite zastopnike. Protokol poudarja, da je treba zdravilo pacientu ponuditi pred prikrito aplikacijo. Pomembno je tudi dokumentiranje, kolikokrat je bilo določeno zdravilo ponujeno in zavrnjeno s strani pacienta. Protokol vključuje pregled zdravil, ki so primerna za prikrito aplikacijo. Obdelan je multidisciplinarno, vključuje vse strokovnjake v zdravstvenem timu, vključno s farmacevtom, ki zagotavlja varno izvajanje prikrite aplikacije zdravil. Celoten postopek je po protokolu odobren s strani zdravnika in vključuje obveščanje pacientovih svojcev ter posvet s pacientovim osebnim zdravnikom (Džamastagić, 2019).

## **4 ZAKLJUČEK**

Naša raziskava mešanih metod je omogočila celovit vpogled v mnenja zaposlenih v zdravstveni negi glede prikrite aplikacije zdravil v izbranem kliničnem okolju. Kvantitativni podatki, pridobljeni s pomočjo vprašalnika, so razkrili stališča zaposlenih v zdravstveni negi ter prakse glede posluževanja prikrite aplikacije zdravil. Ugotovili smo, da se prikrite aplikacije zdravil poslužujejo le redko, in sicer takrat, ko drugi načini aplikacije zdravila niso izvedljivi. Večina zaposlenih je izrazila zaskrbljenost zaradi morebitnih napak pri aplikaciji zdravil, pri čemer so tisti z višjo stopnjo izobrazbe kazali večjo samozavest. Prav tako so se prikrite aplikacije zdravil posluževali v podobnem deležu anketirani s srednješolsko izobrazbo in tisti z višjo, visokošolsko izobrazbo oz. magisterijem in doktoratom. Njihova stališča glede uporabe prikrite aplikacije zdravil se niso statistično značilno razlikovala. Pri predšolskih otrocih so se anketirani bolj posluževali prikrite aplikacije zdravil kot pri malčkih, šolarjih ali mladostnikih. Rezultati kvantitativnega dela raziskave so pokazali, da zdravniki mnenje zaposlenih v zdravstveni negi upoštevajo manj kot smo pričakovali. Dobra polovica anketiranih je navedla, da so bili vključeni v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil. Kvalitativni podatki, zbrani prek intervjujev, so dodatno poudarili specifične izzive, s katerimi se soočajo zaposleni v zdravstveni negi. Intervjuji so razkrili, da imajo mnogi zdravstveni delavci etične dileme pri posluževanju prikrite aplikacije zdravil in izpostavljajo potrebo po večji transparentnosti postopka.

Skupne ugotovitve raziskave kažejo na potrebo po večji podpori zaposlenim v zdravstveni negi in razvoju bolj jasnih in enotnih smernic za prikrito aplikacijo zdravil. Rezultati te raziskave lahko služijo kot osnova za nadaljnje raziskave in razvoj intervencij, ki bodo prispevale k izboljšanju praks prikrite aplikacije zdravil in s tem k večji varnosti ter kakovosti zdravstvene nege v izbranem kliničnem okolju.

## 5 LITERATURA

Abdool, R., 2017a. Covert Medication: Legal, Professional, and Ethical Considerations. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 168-169. 10.1177/1073110517720645.

Abdool, R., 2017b. Deception in caregiving: Unpacking several ethical considerations in covert medication. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 45(2), pp. 193-203. 10.1177/1073110517720648.

Aboneh, E.A. & Chui, M.A., 2017. Care coordination, medical complexity and unmet need for prescription medications among children with special healthcare needs. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 13(3), pp. 524-529. 10.1016/sapharm.2017.05.043.

Bergene, E.H., Baade, T. & Steinsbekka, A., 2017. Strategies parents use to give children oral medicine: A qualitative study of online discussion forums. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2), pp. 221-229. 10.1090/02813432.2017.1333308.

Barreto, S., 2017. Covert administration of medications in old age psychiatry: a reflection. *Journal of Geriatric Care and Research*, 4(1), pp. 28-31. 10.1111/j.1365-2850.2010.01613.x.

Banjac, M., 2020. Uvod v kvalitativne metode zbiranja podatkov: opazovanje, intervju in fokusna skupina. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Berdot, S., Roudot, M., Schramm, C., Katsahian, S., Duriex, P. & Sabatier, B., 2016. Interventions to reduce nurses medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and metaanalysis. *International Journal of Nursing Studies*, 53(7), pp. 342-350. 10.1016/j.ijnurstu.2015.08.012.

Bucknall, T., Fossum, M., Hutchinson, A.M., Botti, M., Considine, J., Dunning, T., Hughes, L., Weir-Phylnd, J., Digby, R. & Manias, E., 2018. Nurses decision-making, practices and perceptions of patient involvement in medication administration in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 19(75), pp. 1316-1327. 10.1111/jan.13963.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. & Neville, A.J., 2014. The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), pp. 545-547. 10.1188/14.ONF.545-547.

Carter, B. & Bray, L., 2017. Parenting a child with complex health care needs: A stressful and imposed "clinical career". *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(4), pp. 219-222. 10.1080/24694193.2017.1383089.

Chaywan, K., Durkin, A., Huynh, C. & Coleman, M., 2022. P45 MPharm undergraduate knowledge, understanding and perceptions of covert administration of medicines in children. *Archives of Disease in Childhood*, 108(5), pp. 24-25. 10.1136/archdischild-2023-NPPG.43.

Cho, E. & Kim, S., 2022. Cronbach's Coefficient Alpha: Well Known but Poorly Understood. *Organizational Research Methods*, 18(2), pp. 107-125. 10.1177/109442811455599.

Cyr, J., 2019. *Focus Groups for the Social Science Researcher*. Cambridge: Cambridge University Press.

Doyle, C., 2022. Mothers' experiences of giving medicines to children with severe and profound intellectual disabilities - The impact on time. *Child: Care, Health and Development*, 48(4), pp. 558-568. 10.1111/cch.12960.

Džamastagić, D., 2019. *Prikrita aplikacija zdravil v zdravstvenem varstvu*. Diplomsko delo: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.



Džamastagić, D., Živič, Z. & Bregar, B., 2019. Prikrita uporaba zdravil. *Utrip*, 27(4), pp. 30-32.

Garcia-Vasquez, S.L., Gonzalez-Barranco, P., Comacho-Mora, I.A., Gonzales-Santiago, O. & Vasquez-Rodriguez, S.A., 2017. Medications that should not be crushed. *Medica Universitaria* 30(20), pp. 1-14. 10.1016/j.rmu.

Garratt, S.M., 2021. To crush or not to crush? Unauthorised covert administration of medication in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 16(5), pp. 12-29. 10.1111/opn.12393.

Garratt, S., Dowling, A. & Manias, E., 2024. Medication administration in aged care facilities: A mixed-methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 15(9), pp. 1-20. 10.1111/jan.16318.

Gates, B. & Mafuba, K., 2014. *Learning disability nursing: Modern day practice*. Boca Raton: CRC Press.

Gauvain, M., 2023. *Cognitive Development in Infancy and Childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Geers, A., Faase, K., Guevarra, D.A., Clemens, K.S., Helfer, S.G. & Colagiuri, B., 2021. Affect and emotions in placebo and nocebo effects: What do we know so far? *Social and Personality Compass*, 15(1), pp. 1-19. 10.1111/spc3.12575.

Griffith, R., 2016a. Can covert administration of medicines be in patients best interests? *British Jour of Nursing*, 25(15), pp. 872-873. 10.12968/bn.2016.25.15.872.

Griffith, R., 2016b. Covert administration of medicines: a contentious issue. *Journal of Community Nursing*, 21(5), pp. 261-263. 10.12968/bjcn.2016.21.5.261.

Griffith, R., 2016c. Deprivation of liberty and covert medicines: practice implications. *British Journal of Nursing*, 25(17), pp. 17-25. 10.12968/bjon.2016.25.17.988.

Grissinger, M., 2015. Medication Errors Affecting Pediatric Patients: Unique Challenges for This Special Population. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*, 12(3), pp. 96-102.

Grootens-Wiegers, P., Hein, I.M., van den Broek, J.M. & de Vries, M.C., 2017. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(120), p. 120. 10.1186/s12887-017-0869-x.

Guidry-Grimes, L., Dean, M. & Kaye Victor, E., 2019. Covert administration of medication in food: a worthwhile moral gamble? *Journal of Medical Ethics*, 14(1), pp. 57-63. 10.1136/medethics-2019-105763.

Hassan, Z., 2021. Rational and irrational drug use: Factors, impacts and strategies to combat irrational drug use: A narrative review. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Clinical Pharmacy*, 2(1), pp. 6-17.

Hegde, M., Claggett, B. & Udell, A.J., 2023. Temporal Association Among Influenza-Like Illness, Cardiovascular Events, and Vaccine Dose in Patients With High-Risk Cardiovascular Disease. *JAMA Network Open*, 6(9), pp. 233-248. 10.1001/jamanetworkopen.2023.31284.

Hein, I.M., De Vries, M.C., Troost, P.W., Meynen, G., Van Goudoever, J.B. & Lindauer, R.J., 2015. Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research. *BMC Medical Ethics*, 16(1), pp. 76-81. 10.1186/s12910-015-0067-z.

Ignieszewski, M. & Waslick, B., 2018. Update on randomized placebo-controlled trials in the past decade for treatment of major depressive disorder in child and adolescent patients: A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(10), pp. 1-8. 10.1089/cap.2017.0174.

Jacobs, S., Davies, N., Butterick, K.L., Oswell, J.L., Siapka, K. & Smith, C.H., 2023. Shared decision-making for children with medical complexity in community health services: a scoping review. *BMJ Paediatrics Open*, 7(5), p. 1866. 10.1136/bmjpo-2023-001866.

Karande, S., Marraro, G.A. & Spada, C., 2021. Minimizing medical errors to improve patient safety: An essential mission ahead. *Journal of Postgraduate Medicine*, 67(1), pp. 1-3.

Kauser, R., Saeed, M., Marson, E., Asad, S., Mohamed, A. & Knowles, G., 2022. Looking at Current Practices Regarding Implementation of Covert Administration of Medication Policy. *British Journal of Psychology Open*, 8(1), pp. 159-160. 10.1192/bjo.2022.451.

Ke, T., 2023. The development of children's autonomy and reasonable paternalistic intervention. *Humanities & Social Sciences Communications*, 10(8), p. 874. 0.1057/s41599-023-02395-2.

Kersten, E. & Klein, A.B., 2016. Physicochemical characterisation of fluids and soft foods frequently mixed with oral drug formulations prior to administration to children. *Die Pharmazie*, 71(3), pp. 122-127. 10.1691/ph.2016.5145.

Kirsch, I., 2019. Placebo effect in the treatment of depression and anxiety. *Front Psychiatry*, 13(10), pp. 389-407. 10.3389/fpsy.2019.00407.

Knez, M., Sladojević, B., Oblak, N., Gorenc, A. & Novak, A., 2021. Vloga medicinske sestre pri obravnavi otrok z nesamomorilnim samopoškodbenim vedenjem in spektroavtistično motnjo ter posebnosti dajanja zdravil na oddelku za otroško psihiatrijo. *Slovenska pediatrija*, 28(3), pp.223-227.

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

Kumar, R., 2019. *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. 5th ed. Los Angeles: Sage.

Latimer, S., Hewitt, J., Stanbrough, R. & McAndrew, R., 2017. Reducing medication errors: Teaching strategies that increase nursing students' awareness of medication errors and their prevention. *Nurse Education Today*, 52(14), pp. 7-9.

Lin, M., 2021. Who Should Implement Force When It's Needed and How Should It Be Done Compassionately? *AMA Journal of Ethics*, 23(4), pp. 311-317. 10.1001/amajethics.2021.311.

Locher, C., Koechlin, H., Zion, S., Werner, C., Pine, D.S., Kirsch, I., Kessler, R.C. & Kossowsky, J., 2017. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents. *JAMA Psychiatry*, 74(10), pp. 1011-1020. 10.1001/jamapsychiatry.2017.2432.

Luokkamaki, S., Harkanen, M., Saano, S. & Vehvilainen-Julkunen, K., 2020. Registered nurses medication administration skills: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), pp. 37-54. 10.1111/scs.12835.

Mannan, A., Jabeen, A., Mubeen, H. & Nasiha, A.W., 2018. Challenges and advances in pediatric pharmaceutical dosage forms. *International Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 8(1), p. 5.

Mardani, A., Griffiths, P. & Vaismoradi, M., 2020. The Role of the Nurse in the Management of Medicines During Transitional Care: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 30(13), pp. 1347-1361. 10.2147/JMDH.S276061.

Martyn, J.A. & Perry, C., 2019. The safe administration of medication: Nursing behaviours beyond the five-rights. *Nurse Education in Practice*, 2019(37), pp.109-114. 10.1016/j.nepr. 2019.05.006.

Mesec, B., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za socialno delo.

Munden, L.M., 2017. The Covert Administration of Medications: Legal and Ethical Complexities for Health Care Professionals. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 182-192. 10.1177/1073110517720647.

Nasir, S., 2023. Ethical perspective of covert medication in Psychiatry. *Journal of the Pakistan Medical association*, 73(1), pp. 150-152. 10.47391/JPMA.5236.

Naraločnik, K., Donik, B., Kmetec, S. & Fekonja, Z., 2020. Etični konflikti med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), pp. 289-296. 0.14528/snr.2020.54.4.3021.

Nguyen, D., Secretan, P.H., Auvity, S., Vidal, F., Postaire, M., Cisternino, S. & Schlatter, J., 2020. Assessment of practices for suspended oral drugs by tablet crushing in pediatric units. *European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics*, 220(157), pp. 57-182. 10.1016/j.ejpb.2020.10.013.

National Health Service Hearfordshire and West Essex, 2022. *Guidance on the Use of Covert Medication Administration in Care Homes*. [pdf] NHS. Available at: <https://www.hweclinicalguidance.nhs.uk/all-clinical-areas-documents/download?cid=488&checksum=c3c59e5f8b3e9753913f4d435b53c> 308 [Accessed 20 September 2024].

National Health Service, 1983. *Mental Health Act, 1983*. [Online] NHS. Available at: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>. [Accessed 5 June 2024].

National Health Service, 2005. *Mental Capacity Act, 2005*. [Online] NHS. Available at: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>. [Accessed 5 June 2024].

Pakpahan, F.H. & Saragih, M., 2022. Theory Of Cognitive Development By Jean Piaget. *Journal of Applied Linguistics*, 2(1), pp. 55-60. 10.52622/joal.v2i2.79.

Pickering, N.J., 2021. Covert medication and patient identity: placing the ethical analysis in a worldwide context. *Journal of Medical Ethics*, 47(4), pp. 11-36. 10.1136/medethics-2020-106695.

Pishgooie, A.H., Barkhordari-Sharifabad, M., Atashzadeh-Shoorideh, F. & Falco-Pegueroles, A., 2018. Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing Ethics*, 26(7/8), pp.2225-2238. 10.1177/0969733018796686.

Potočnik, S. & Jagodic Bašič, V., 2019. Posebnosti aplikacije zdravil pri otroku. In: V. Jagodic Bašič, ed. *Zdravstvena nega bolnika, ki prejema protimikrobna zdravila*. Rimske toplice, 19.-20. marec 2019. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na internistično - infektološkem področju, pp. 47-50.

Pyo, J., Lee, W., Choi, E.Y., Jang, S.G. & Ock, M., 2023. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(1), pp. 12-20. 10.3961/jpmp.22.451.

Racaniello, G.F., Silvestri, T., Pistone, M., D'Amico, V., Arduino, I., Denora, N. & Lopodota, A.A., 2024. Innovative Pharmaceutical Techniques for Paediatric Dosage Forms: A Systematic Review on 3D Printing, Prilling/Vibration and Microfluidic Platform. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 113(7), pp. 1726-1748. 10.1016/j.xphs.2024.04.001.

Ramos, L.D.C., Moraes, J., Silva, L. & Goes, F., 2015. Maternal care at home for children with special needs. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 33(3), pp. 492-499.

Rehn, C., Odouard, E., Poncet, F., Cochat, P., Breant, V. & Dode, X., 2018. Factors influencing the acceptability of pediatric galenic formulations. *Annales Pharmaceutiques Francaises*, 76(3), pp. 163-171. 10.1016/j.pharma.2018.01.004.

Remškar, D., 2017. Pravilen način in pot aplikacije zdravil. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina - izbrana poglavja*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 290-294.

Rohde, E. & Domm, E., 2017. Nurses clinical reasoning practice that support safe medication administration: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), pp. 402-411. 10.1111/jocn.14077.

Sefidani-Forough, A.S., Lau, E.T.L., Steadman, K.J., Cichero, J.A., Kyle, G.J., Serrano-Santos, J.M. & Nissen, L.M., 2018. A spoonful of sugar helps the medicine go down? A review of strategies for making pills easier to swallow. *Patient Preference and Adherence*, 20(12), pp. 1337-1348. 10.2147/PPA.S164406.

Sheldon, C.T., 2017. The Value of a Rights Based Approach to Understanding the Covert Administration of Psychotropic Medication to Adult Inpatients Determined to Be Decisionally-Incapable in Ontario's Psychiatric Settings. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 170-181. 10.1177/1073110517720646.

Simpson, C., 2017. Covering It Up? Questions of Safety, Stigmatization, and Fairness in Covert Medication Administration. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 204-211. 10.1177/1073110517720649.

Sluggett, K., Caughey, G.E., Air, T., Moldovan, M., Lang, C., Carter, S., Jackson, S., Stafford, A.C. & Wesselingh, L., 2022. Provision of a comprehensive medicines review is associated with lower mortality risk for residents of aged care facilities: a retrospective cohort study. *Age & Aging*, 51(7), pp. 149-157. 10.1093/ageing/afac149.

Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I., 2015. Involving parents in managing their child's long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), pp. 143-159. 10.1016/j.pedn.2014.10.014.

Smith, L., Leggett, C. & Borg, C., 2022. Administration of medicines to children: a practical guide. *Australian Prescriber*, 45(6), pp. 188-192. 10.18773/austprescr.2022.067.

Strawn, J.R., Dobson, E.T., Mills, J.A., Cornwall, G.J., Sakolsky, D., Birmah, B., Compton, S.N., Piacentini, J., McCracken, J.T., Ginsburg, G.S., Kendall, P.C., Walkup, J.T., Albano, A.M. & Rynn, M.A., 2017. Placebo response in pediatric anxiety disorders: Results from the child/adolescent anxiety multimodal study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27(6), pp. 501-508. 10.1089/cap.2016.0198.

Škrab, K. & Mlinar, S., 2021. Napake pri ravnanju z zdravili in strategije za njihovo zmanjševanje. *Journal of Health Sciences*, 8(2), pp. 44-64.

UNICEF, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. [pdf] UNICEF. Available at: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf> [Accessed 25 August 2024].

Viela, R.P.B. & Jericó, M.C., 2019. Implementing technologies to prevent medication errors at a high-complexity hospital: analysis of cost and results. *Einstein*, 17(1), p. 4.

Vrbnjak, D., Denieffe, S., O'Gorman, C. & Pajnkihar, M., 2016. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63(1), pp. 162-178.

Wheeler, 2024. Covert medication in children: an extrapolation from adult practice. *Archives of Disease in Childhood*, 5(4), p. 2. 10.1136/archdischild-2024-327417.

Welsh, S. & Deahl, M., 2018. Covert medication – ever ethically justifiable? *Psychiatric Bulletin*, 26(4), pp. 123-126. 10.1192/pb.26.4.123.



World Health Organization, 2019. *Mental Health, disability and human rights*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2021. *Health promotion glossary and terms 2021*. Geneva: World Health Organization.

Yan, X., Yong, X., Huang, W. & Ma, Y., 2018. Placebo treatment facilitates social trust and approach behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 155(22), pp. 5732-5737. 10.1073/pnas.1800779115.

Yang, Y., 2022. Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC Health Service Research*, 22(1), p. 1172. 10.1186/s12913-022-08550-w.

Zahn, J., Hoerning, A., Trollmann, R., Rascher, W. & Neubert, A., 2021. Manipulation of medicinal products for oral administration to pediatric patients at a German University Hospital: An observational study. *Pharmaceutics*, 13(7), pp. 939. 10.3390/pharmaceutics13070939.

*Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2017. Uradni list Republike Slovenije, št. 3.

*Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 77.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

Spoštovani,

Sem Darko Laljek, študent podiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Ker se pri svojem kliničnem delu srečujem tudi s prikrito aplikacijo zdravil pri otrocih, želim to področje podrobneje raziskati. V sklopu magistrskega dela bom opravil raziskavo z naslovom »Pojavnost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih – raziskava mešanih metod«, pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja.

Vaše znanje in izkušnje so neprecenljivi v procesu skrbi za zdravje otrok in mladostnikov, še posebej ko gre za uporabo in administracijo zdravil. Naprošam vas, da sodelujete v naši anketi, ki ima namen raziskati in izboljšati prakso prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih. Vaše sodelovanje bo prineslo dragocene vpoglede v trenutne prakse, morebitne izzive in možnosti za izboljšanje na tem občutljivem področju. Anketni vprašalnik je oblikovan tako, da oceni vaše mnenje in osebne izkušnje ter vaša stališča do prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih.

Zavedamo se občutljivosti in etičnega vidika te tematike, zato vam zagotavljamo, da bodo vsi podatki že na začetku anonimizirani. Niti raziskovalcu ne bo razkrita lokacija, s katere bo prihajal posamezen anketiranec. Vsi podatki bodo obravnavani s strokovno skrbnostjo in v skladu z načeli zaupnosti in anonimnosti. Podatki bodo uporabljeni zgolj za namen raziskave. Vaši odgovori bodo imeli ključno vlogo pri oblikovanju smernic in izboljšanju praks na tem področju. Za izpolnjevanje vprašalnika boste potrebovali približno 10 minut. Za morebitne dodatne informacije in pojasnila sem vam na voljo na elektronskem naslovu: [dlaljek@gmail.com](mailto:dlaljek@gmail.com).

Za sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.

Ali ste že kdaj slišali ali brali o prikriti aplikaciji zdravil pred tem vprašalnikom?

Označite ustrezen odgovor.

Ne, še nikoli nisem slišal/a ali bral/a o tem	Da, slišal/a sem, vendar nimam nobenih izkušenj	Da, slišal/a sem in imam nekaj izkušenj
1	2	3

**1. Kako pogosto uporabljate prikrito aplikacijo zdravil v vsakodnevni klinični praksi?**

- Nikoli
- 1-krat na mesec ali manj (redko)
- 1-krat na teden (včasih)
- 2–3-krat na teden (pogosto)
- 4-krat na teden in več (zelo pogosto)

**2. Kolikšen delež pri medikamentoznem zdravljenju po vašem mnenju predstavlja prikrita aplikacija zdravil?**

- 10 % primerov zdravljenja
- 20 % primerov zdravljenja
- 20–30 % primerov zdravljenja
- 30–50 % primerov zdravljenja

**3. Kako pogosto prikrito aplicirate zdravila glede na starost otroka in mladostnika?**

Starost otroka	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Zelo pogosto
Malčki (0–2 leti)					
Predšolski otroci (2–5 let)					
Šolarji (6–12 let)					
Mladostniki (13–18 let)					

V spodnjih tabelah so nanizane trditve, ki se nanašajo na vaša stališča in osebne izkušnje s prikrito aplikacijo zdravila pri otrocih in mladostnikih.

**4. Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in ustrezno obkrožite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu stališču.**

<b>Trditve</b>	<b>Popolnoma se ne strinjam</b>	<b>Ne strinjam se</b>	<b>Se niti ne strinjam, se niti strinjam</b>	<b>Strinjam se</b>	<b>Popolnoma se strinjam</b>
Prikrita aplikacija zdravil je v vašem okolju pogost pojav.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih je sprejemljiva praksa, kadar otrok zavrača jemanje zdravil.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih se izvaja zaradi neprijetnega okusa zdravil.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil se izvaja zaradi strahu otrok in mladostnikov pred injekcijami.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil se pogosto uporablja zaradi pomanjkanja časa in hitrejše izvedbe postopka.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil ima pomembno vlogo pri zagotavljanju učinkovitega zdravljenja otrok in mladostnikov.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil pri otrocih in mladostnikih je etično sprejemljiva.	1	2	3	4	5
Obstajajo pravni okvirji ali smernice, ki urejajo prikrito aplikacijo zdravil pri otrocih in mladostnikih.	1	2	3	4	5
Obstajajo standardi varne uporabe zdravil pri prikriti aplikaciji.	1	2	3	4	5
S prikrito aplikacijo zdravil omogočamo otroku boljše čustveno počutje.	1	2	3	4	5
Zaradi prikrite aplikacije zdravil se izboljša neposredna komunikacija in povezanost med terapevtom in otrokom.	1	2	3	4	5

**5. Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in ustrezno obkrožite odgovor, ki najbolj opisuje vaše mnenje o prikriti aplikaciji zdravil otrokom in mladostnikom.**

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Ne strinjam se	Se niti ne strinjam, se niti trinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Prikrita aplikacija zdravil je pri otrocih in mladostnikih varna.	1	2	3	4	5
Uporaba prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih je nesprejemljiva.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil je lahko v nekaterih situacijah manj travmatična kot prisilna aplikacija.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil je v nekaterih primerih potrebna za zagotovitev, da otrok prejme potrebno zdravilo.	1	2	3	4	5
V nekaterih primerih je prikrita aplikacija zdravil edina možnost za zagotovitev ustreznega zdravljenja otrok in mladostnikov.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil otrokom in mladostnikom mora biti vedno zadnja možnost in mora biti izvedena ob upoštevanju najboljših interesov pacienta.	1	2	3	4	5
Prikrite aplikacije zdravil se poslužuje zdravstveno osebje, ki ne more vzpostaviti dobrega odnosa z pacientom.	1	2	3	4	5

**6. Kako bi ocenili svoje razumevanje namena prikrite aplikacije zdravil?**

Zelo slabo razumem	Slabo razumem	Delno razumem	Dobro razumem	Zelo dobro razumem
1	2	3	4	5

**7. Kako bi ocenili raven zaupanja v učinkovitost prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih?**

Zelo nizko zaupanje	Nizko zaupanje	Srednje zaupanje	Visoko zaupanje	Zelo visoko zaupanje
1	2	3	4	5

**8. Kako se po vašem mnenju otroci odzivajo na prikrito aplikacijo zdravil?**

Zelo slabo	Slabo	Običajno	Dobro	Zelo dobro
1	2	3	4	5

**9. Kateri dejavniki po vašem mnenju najbolj vplivajo na odločitev za uporabo prikrite aplikacije zdravil?**

Težave pri preprečevanju otrokovega zavračanja zdravil	Strah otroka pred injekcijami ali zaužitjem tablet	Neprijeten okus ali vonj zdravila	Težave s pravilnim odmerjanjem zdravila	Zahteva staršev za uporabo prikrite aplikacije zdravila
1	2	3	4	5

**10. Kateri so razlogi, zaradi katerih bi zavrnilo prikrito aplikacijo zdravil (možnih je več odgovorov)?**

- a) Strah pred morebitnimi stranskimi učinki
- b) Pomisleki glede etičnosti
- c) Pomanjkanje časa za izvedbo
- d) Pomanjkljivo znanje o tehnikah prikrite aplikacije
- e) Pomanjkanje opreme za izvedbo

**11. Na 5-stopenjski Likertovi lestvici označite odgovor, ki po vašem mnenju najbolj ustreza vašemu mnenju o pomembnosti vloge staršev pri uporabi prikrite aplikacije zdravil.**

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Ne strinjam se	Se niti ne strinjam, se niti strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Starši bi morali biti vedno informirani pred uporabo prikrite aplikacije zdravil pri otroku ali mladostniku.	1	2	3	4	5
Starši bi morali imeti pravico do zavrnitve zdravljenja otroka s prikrito aplikacijo zdravil.	1	2	3	4	5
Prikrita aplikacija zdravil brez vednosti staršev je nesprejemljiva.	1	2	3	4	5

**12. Na 5-stopenjski Likertovi lestvici označite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu mnenju o vlogi zdravnikov pri uporabi prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih.**

<b>Trditve</b>	<b>Popolnoma se ne strinjam</b>	<b>Ne strinjam se</b>	<b>Se niti ne strinjam, se niti strinjam</b>	<b>Strinjam se</b>	<b>Popolnoma se strinjam</b>
Zdravnik vedno predpisuje prikrito aplikacijo zdravil.	1	2	3	4	5
Zdravniki poznajo potencialne nevarnosti prikrite aplikacije zdravil.	1	2	3	4	5
Zdravniki v primeru prikrite aplikacije vedno dajejo napotke o varni uporabi zdravil.	1	2	3	4	5
Zdravniki so odgovorni za morebitne posledice, ki jih povzročijo prikrita aplikacija zdravil.	1	2	3	4	5
Zdravnik mora oceniti, ali je prikrita aplikacija zdravil v določenem primeru res potrebna.	1	2	3	4	5
Zdravnik mora biti v stalni komunikaciji z zaposlenimi v zdravstveni negi o načinu prikrite aplikacije zdravil pri otrocih in mladostnikih.	1	2	3	4	5
Zdravniki upoštevajo mnenje in vključujejo zaposlene v zdravstveni negi v proces odločanja o uporabi prikrite aplikacije zdravil.	1	2	3	4	5
Zdravnik mora biti v stalni komunikaciji s farmacevti o ustrezni pripravi zdravila za prikrito aplikacijo.	1	2	3	4	5
Zdravnik mora predpisati, če je zdravilo primerno za drobljenje pri prikriti aplikaciji zdravila.	1	2	3	4	5
Zdravnik določi, če je zdravilo termostabilno, ko ga mešamo z drugimi živili za namen prikrite aplikacije.	1	2	3	4	5
Zdravniki se mora posvetovati s starši in jim razložiti razloge za prikrito aplikacijo zdravila.	1	2	3	4	5
Zdravniki bi morali pridobiti soglasje staršev	1	2	3	4	5

za uporabo prikrite aplikacije zdravil.					
---	--	--	--	--	--



## **SOCIODEMOGRAFSKI PODATKI**

Obkrožite črko pred ustreznim odgovorom.

### **1. Spol:**

1. Ženski
2. Moški

**2. Starost:** (ustrezno napišite): \_\_\_\_\_ let.

**3. Skupna delovna doba:** (ustrezno napišite): \_\_\_\_\_ let.

**4. Delovna doba v izbranem kliničnem okolju:** (ustrezno napišite): \_\_\_\_\_ let.

### **5. Stopnja izobrazbe:**

1. srednješolska izobrazba
2. višja in visokošolska izobrazba
3. magisterij, doktorat

**6. Na katerem oddelku ste zaposleni?** (ustrezno napišite): \_\_\_\_\_

### **7. Delovno mesto:**

1. Bolničar, negovalec
2. Zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra
3. Diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra

### **8. Zakonski stan:**

1. Samski
2. Poročen
3. Vdova/vdovec
4. Razvezan/a / ločen/a
5. Izvenzakonska skupnost

### **7. Starševstvo:**

1. Da
2. Ne

**8. Število otrok:** (ustrezno napišite): \_\_\_\_\_.

Hvala za vaše sodelovanje in iskrene odgovore, ki bodo pomagali pri razumevanju mnenj in stališč glede uporabe prikrite aplikacije zdravil pri otrocih. Vaš prispevek je zelo dragocen za našo raziskavo.