



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO
PACIENTOV S PREKOMERNO TELESNO
TEŽO**

**ATTITUDE OF HEALTH CARE
PROFFESIONALS TOWARDS OVERWEIGHT
PATIENTS**

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Danijela Đurić

Jesenice, januar, 2019

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorici, doc. dr. Saša Kadivec, za namenjen čas, usmerjanje, vodenje, nasvete in popravke.

Zahvaljujem se tudi recenzentki izr. prof. dr. Maji Sočan, za strokovno pomoč ter pravilne usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Zahvala gre tudi lektorici Kristini Lindav, za lektoriranje diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Prekomerna telesna teža in debelost v svetovnem merilu prispevata k večji stopnji umrljivosti kot podhranjenost. Okoli ena desetina odraslih po celem svetu je prekomerno težkih ali debelih. Debelost je povezana s pomembnimi socialnimi posledicami, pri čemer so posamezniki, ki so prekomerno hranjeni, pogosto tarče stigmatizacije, povezane z njihovo telesno težo.

Cilj: Cilj diplomskega dela je raziskati odnos med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo.

Metoda: V diplomskem delu smo uporabili kvalitativna tehnika zbiranja podatkov. Podatke za raziskovalni del diplomskega smo pridobili s pomočjo polstrukturiranega intervjuja, ki smo ga opravili med zaposlenimi v zdravstveni negi, v obliki fokusnih skupin. Besedilo intervjujev smo analizirali z metodo odprtega kodiranja. Oblikovane kode smo združili v podkategorije in nato umestili v glavne kategorije.

Rezultati: Na podlagi kvalitativne paradigme smo oblikovali štiri glavne kategorije: odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo, obremenitev medicinskih sester pri delu s pacienti s povečano telesno težo, načrtovanje pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih in vključevanje pacienta v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti. Nekatero tehniko zdravstvene nege skrbijo morebitne poškodbe in napor, ki ga bodo ob zdravstveni negi doživeli. Diplomirane medicinske sestre navajajo spoštljiv odnos do pacientov s prekomerno telesno težo, kljub temu se v medsebojnem pogovoru pojavijo posmehljivi komentarji.

Razprava: Na podlagi rezultatov raziskave, smo ugotovili, da diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege v večini sprejemajo paciente s prekomerno telesno težo, vendar se še pojavljajo predsodki. Izboljšati bi se moralo indirektno vedenje do pacientov s prekomerno telesno težo.

Ključne besede: debelost, odnos do debelosti, medicinske sestre, zdravstvena nega, fokusna skupina

SUMMARY

Background: On a global scale, overweight and obesity contribute to a higher mortality rate than malnutrition. About one in ten adults around the world is overweight or obese. Obesity is associated with significant social consequences, where individuals who are overweight are often targets of stigmatization associated with their body weight.

Aims: The aim of the research was to investigate the relationship between nurses and overweight patients.

Methods: A qualitative technique of data collection was employed. Data for the research part of the diploma thesis were obtained by means of a semi-structured interview, conducted among nursing employees in the form of focus groups. The texts of the interviews were analyzed using the open encoding method. Designed codes were grouped into subcategories and then placed in the main categories.

Results: Based on the qualitative paradigm, four main categories were formed: the attitude of nurses towards overweight patients, the burden on nurses while working with patients with increased body weight, planning assistance in activities of daily living, and the inclusion of patients in the implementation of activities of daily living. Some nurses are worried about injuries and strains that could occur during the provision of nursing interventions. Registered nurses revealed a respectful attitude towards overweight patients; however, mocking comments do occur in conversations they hold among themselves.

Discussion: Based on research results, we found out that overweight patients were in general accepted by registered nurses, but prejudices still occur. Registered nurses should improve in their indirect behavior towards overweight patients.

Key words: obesity, attitudes towards obesity, nurses, nursing, focus group

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 RAZSEŽNOSTI POJAVA DEBELOSTI V SVETU	3
2.2 VZROKI ZA DEBELOST	4
2.3 VPLIV DEBELOSTI NA ZDRAVJE	6
2.4 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO PACIENTOV S PREKOMERNO TELESNO TEŽO	7
2.5 OVIRE, KI SE POJAVLJAJO PRI ZDRAVSTVENI NEGI PACIENTOV S PREKOMERNO TELESNO TEŽO	10
3 EMPIRIČNI DEL	12
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	12
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	12
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	13
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	13
3.3.2 Opis merskega instrumenta	13
3.3.3 Opis vzorca	14
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	14
3.4 REZULTATI	15
3.5 RAZPRAVA	28
4 ZAKLJUČEK	34
5 LITERATURA	35
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT1	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Glavne kategorije analize besedila s pripadajočimi podkategorijami	15
Tabela 2: Odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo.....	16
Tabela 3: Obremenitev medicinskih sester pri delu s pacienti s povečano telesno težo	20
Tabela 4: Načrtovanje pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih.....	23
Tabela 5: Vključevanje pacienta v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti.....	26

SEZNAM KRAJŠAV

SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
ITM	Indeks telesne mase
DMS	Diplomirana medicinska sestra
TZN	Tehnik zdravstvene nege
ZN	Zdravstvena nega
i.v. kanal	Intravenski kanal
WHO	World health organization

1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) definira debelost kot večfaktorsko bolezen s kompleksno etiologijo, pri kateri se pojavi pretirano oziroma abnormalno kopičenje maščobe v telesu, kar vodi v številne posledice za zdravje. Kadar govorimo o vplivu debelosti je bistvenega pomena razločevati med rahlo ali zmerno prekoračeno normalno telesno težo in med močno prekoračeno težo oziroma debelostjo, ki je povezana z različnimi obolenji. Stopnjo hranjenosti ali indeks telesne mase (ITM) izračunamo s preprostim izračunom med telesno težo in višino, ki se običajno uporablja za razvrstitev telesne mase, prekomerne telesne teže in debelosti pri odraslih. Opredeljen je kot masa v kilogramih, deljena s kvadratom višine v metrih. Če je ITM manj kot 18,5, pomeni podhranjenost, če je ITM od 18,5 do 25, je normalna hranjenost, ITM od 25,0 do 30 pomeni prekomerno težo in če je ITM 30,0 ali višja, spada v debelost (WHO, 2012). Poznamo več vzrokov, ki pripomorejo k nastanku debelosti. Navadno gre za kombinacijo slabih človeških navad, genetsko predispozicijo in vpliv dejavnikov iz okolja. Običajno se prekomerna telesna teža prične razvijati, kadar energijski vnos presega količino dnevne porabe energije, nismo dovolj telesno aktivni, velik vpliv ima dostopnost nizkocenovne hrane z bogato energijsko vrednostjo in visoke cene sadja in zelenjave (WHO, 2012).

Debelost je epidemiološko razširjen problem, ki se pojavlja po vsem svetu. Raziskave kažejo, da je v svetu 937 milijonov odraslih s prekomerno telesno maso, kar 396 milijonov ljudi pa je debelih (Tanner, et al., 2012). Po podatkih SZO, naj bi bilo v Evropi več kot 50% prebivalstva prekomerno hranjenih, odstotek debelih pa naj bi znašal več kot 20%. V svetu, se je delež odraslih s prekomerno telesno težo, od leta 1980 do leta 2013, povečal za 8,1% pri moških in 8,2% pri ženskah, med otroci in mladostniki je odstotek debelih pri fantih zvišan za 4,8%, pri deklicah pa za 5% (Ng, et al., 2014).

Debelost je povezana s pomembnimi socialnimi posledicami, pri čemer so posamezniki, ki so prekomerno hranjeni, pogosto tarče stigmatizacije, povezane z njihovo telesno težo. Oseba, ki je stigmatizirana, ima atribut, ki je povezan z razvrednoteno socialno identiteto in je pripisan stereotipom ali drugim deviantnim nalepkam, ki lahko privedejo

do neenakovredne obravnave, predsodkov in celo diskriminacije. Stigmatizacija, povezana s telesno težo ima več oblik, vključno z ponavljajočim se ustrahovanjem, nadlegovanjem in sovražnostjo (Puhl, 2009). Huizinga in sodelavci (2009), so v svoji raziskavi ugotavljali negativno pristranskost s strani zdravstvenega osebja, vključno z zdravniki, do oseb s prekomerno telesno težo.

V diplomskem delu se bomo osredotočili na raziskavo odnosa med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo, na obremenitve medicinskih sester, ki se pojavijo pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in kako debelost vpliva na načrtovanje temeljnih življenjskih aktivnosti.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 RAZSEŽNOSTI POJAVA DEBELOSTI V SVETU

Prekomerna telesna teža in debelost v svetovnem merilu prispevata k večji stopnji umrljivosti kot podhranjenost. Okoli ena desetina odraslih po celem svetu je prekomerno težkih ali debelih (Povhe Jemec, 2011). V vseh socialno-ekonomskih skupinah se je v zadnjem desetletju delež prekomerno težkih in debelih posameznikov povečal, najbolj v skupini posameznikov z nižjo stopnjo izobrazbe. Zmanjšana telesna aktivnost in neuravnovešena prehrana pripomoreta k nastanku debelosti, katero se da učinkovito preprečiti s preventivnimi ukrepi. Za vzpostavitev okolja za razvoj zdravih gibalnih in prehranskih navad so potrebni ukrepi na več področjih (zdravje, kmetijstvo, transport, urbanizem, okolje, živilska industrija, marketing in izobraževanje) (Povhe Jemec, 2011).

V svetu debelost obravnavajo kot globalno epidemijo. V razvitih delih sveta je v skupni prekomerni prehranjenosti (ITM > 25) 50 % odraslih posameznikov. Debelih je 25 % (ITM > 30). Odstotek se z leti viša. Celotna prekomerna prehranjenost (ITM > 25) je v ZDA 65 %, debelih posameznikov (ITM > 30) je 30 % (Grmek Košnik, 2011). V Sloveniji je po podatkih iz leta 2013, 67,6% moških in 55,2% žensk s prekomerno telesno težo (WHO, 2017). Delež prekomerno hranjenih in debelih v zadnjih desetletjih narašča, ne glede na socialno-ekonomsko skupino v kateri se posamezniki nahajajo. Odstotek je nekoliko nižji v skupini z višjim socialno-ekonomskim statusom, medtem ko delež debelih zaseda višji odstotek, v skupini z nižjo izobrazbo (Hlastan Ribič, et al., 2010). Raziskave kažejo, da je v svetu 937 milijonov odraslih, s prekomerno telesno maso, kar 396 milijonov ljudi pa je debelih (Tanner, et al., 2012). Po podatkih SZO, naj bi bilo v Evropi več kot 50% prebivalstva prekomerno hranjenih, odstotek debelih pa naj bi znašal več kot 20%. V svetu, se je delež odraslih s prekomerno telesno težo, od leta 1980 do leta 2013, povečal za 8,1% pri moških in 8,2% pri ženskah, med otroci in mladostniki je odstotek debelih pri fantih zvišan za 4,8%, pri deklicah pa za 5% (Ng, et al., 2014).

Debelost lahko delimo glede na zadrževanje maščobnih celic v telesu. Ločimo tri skupine debelosti in sicer ginoidno, viscelarno in androidno debelost. Značilno za ginoidno debelost je, da se maščoba kopiči okoli zadnjice, bokov, v stegnih in spodnjem delu trebuha, medtem ko je za androidni tip značilno, da se maščobne celice nabirajo v predelu prsnega koša in pasu. Viscelarni tip ponavadi ne zaznamo po zunanem videzu, saj se maščoba kopiči v okolici notranjih organov (Tchernof & Després, 2013).

2.2 VZROKI ZA DEBELOST

Pomanjkanje telesne aktivnosti je najpogostejši vzrok za nastanek debelosti, saj telesna aktivnost največ prispeva k porabi energije v telesu. Dnevno človek pri normalni aktivnosti porabi 25 do 30 % celotne porabljene energije za mišično delo, ta delež se poveča pri fizičnih delavcih na 60 do 70 %. Vnos energije s hrano pri premajhni telesni aktivnosti presega potrebe po energiji in posledično se razvije debelost. Telesna aktivnost je najučinkovitejši način zmanjševanja maščobnih zalog v telesu (Potočnik, 2011).

Drugi najpogostejši vzrok za nastanek debelosti je nenormalen način hranjenja, ki se vzpostavi kljub mnogim zaviralnim dejavnikom, ki naj bi vplivali na vnos hrane. Nenormalni vzorec hranjenja je običajno povezan s psihološkim vzrokom (stres) (Ribarič, 2011).

Z razvojem debelosti pri odraslem posamezniku je povezana tudi prehranjenost v otroštvu. Posameznik predvsem ohrani navade neprekinjenega hranjenja, ki je bila vzpostavljena s strani staršev v strahu, da otrok ne bi bil dobro hranjen. Posebej hitro je nastajanje novih maščobnih celic v prvih dveh letih življenja. Pediatri zato svetujejo staršem, naj se izogibajo pretiranega hranjenja novorojenčkov, ker lahko vodi v doživljenjsko hiperplastično debelost (Hall, 2011).

Redko so za nastanek debelosti nevrogeni vzroki (poškodba za uravnavanje hranjenja v hipotalamus), vendar so med njimi najpogostejši motnja v organizaciji in povezavi nevronov med centri za hranjenje in gensko spremenjeni receptorji in neurotransmiterji (Ribarič, 2009).

Debelost se v družini pogosto ponavlja, zato pri družinski debelosti težko razlikujemo ali gre za družinske navade ali za podedovane genske anomalije. Le 30 % družinske debelosti naj bi bile dedne, vse ostale družinske debelosti so povezanem z življenjskim načinom družine (Ribarič, 2009).

Zelo malo je gensko pogojene debelosti, pri kateri ločimo (Potočnik, 2011, str. 54):

- »debelost zaradi anomalij v uravnavnih mehanizmih v hipotalamusu,
- debelost zaradi metabolnih motenj, tako da prevlada anabolizem nad katabolizmom maščob. Možen vzrok za to je encim lipoproteinska lipaza (LPL), ki ga izločajo adipociti, njegova aktivnost pa je pri debelih ljudeh povečana. Encim se pritrdi na endotel kapilar in poveča hidrolizo trigliceridov iz plazemskih lipoproteinov do maščobnih kislin. Te lahko prehajajo iz kapilar v adipocite, ki iz njih sintetizirajo nove zaloge maščob. Zaenkrat poznamo tri tipe genetskih vzrokov debelosti, ki jih pogojuje sprememba na enem samem genu.

To so:

- mutacija gena za MCR-4, ki je najpogostejši genski vzrok za nastanek gensko pogojene debelosti in zavre vnos hrane ter preko simpatika poveča porabo energije v telesu,
- mutacija gena OB (obese gene), ki povzroči prirojeno pomanjkanje leptinov,
- mutacija gena DB (diabetise gene) povzroči zmanjšano sintezo receptorjev za letine.«

Z debelostjo ni direktno povezana nobena hormonska motnja. Ščitnični hormoni in hormoni nadledvične žleze imajo vpliv na metabolizem v telesu. Hipofunkcijo ščitnice občasno povežujemo z debelostjo. Tedaj se poraba energije v telesu zmanjša, debelost se razvija, če pacient ne zmanjša vnosa hrane (Hall, 2011).

Predhodne študije so povezale socioekonomske, kulturne, prehranske in družinske rutinske dejavnike z raso oziroma etničnimi razlikami, pri visokem indeksu telesne mase. Dohodki in izobraženost naj bi bili zaščitni dejavniki pri preprečevanju debelosti, saj so višje ravni obeh povezani z znanjem o zdravi prehrani, primerno izbiri hrane in

telesno dejavnostjo. Te aktivnosti pripomorejo k manjšemu tveganju za prekomerno telesno težo ali debelost (Chugh, et al., 2013).

2.3 VPLIV DEBELOSTI NA ZDRAVJE

Presnovno drugače aktivno, kot maščobne celice, ki se nalagajo v podkožju, je maščobno tkivo, ki se nabira okrog notranjih organov. Maščobno tkivo je parakrini in endokrini organ, kar pomeni, da izloča molekule, ki delujejo na bližnje celice oziroma se izločajo v kri in modulirajo presnovne procese izven maščevja. Trebušna debelost, ki je povezana s povečanim obsegom trebuha, je najbolj nevarna. Povezujejo jo tudi z odlaganjem maščob v tkiva in celice, kjer običajno maščobe ni (celice trebušne slinavke, miociti, hepatociti, skeletne mišice) (Ferris in Crowther, 2011).

Zaradi debelosti je pospešen razvoj aterosklerotičnih procesov na ožilju in tudi druge bolezni žilja in srca. Debelost povzroča tudi nekatere oblike raka in sladkorno bolezen tipa 2. Med učinkovite dejavnike preprečevanja in širjenja sladkorne bolezni tipa 2 ter drugih bolezni srca in ožilja spada zmanjševanje telesne teže (Ferris in Crowther, 2011). Posamezniki s prekomerno telesno težo imajo 5-krat pogosteje zvišan krvni tlak v primerjavi z vitkimi posamezniki. Pri debelih posameznikih se opaža porast prototrombotičnih dejavnikov, s čimer se večja verjetnost za nastanek tromboze globokih ven ter pljučne tromboembolije (Ray, et al., 2009). Debelost vpliva tudi na (Kalan, 2011):

- endokrinološki sistem (odpornost tkiv na učinke insulina ter hiperperinsulinemija – sladkorna bolezen tipa 2 in hipertenzija),
- gastrointestinalni sistem in jetra (gastroezofagealne refluksne bolezni, obolenja žolčnika in žolčnih vodov, nealkoholna jetrna bolezen),
- reproduktivni sistem (motnje menstrualnega cikla, komplikacije v nosečnosti, neplodnost, prirojene napake, intrauterirana smrt ploda, hipogonadizem, erektilne motnje),
- živčni sistem (depresija, demenca, migrenski glavoboli, sindrom karpalnega kanala, idiopatska intrakranialna hipertenzija, povečana incidenca multiple skleroze),

- dihala (obstruktivna apneja med spanjem, hipoventilacijski sindrom, astma in komplikacije med splošno anestezijo),
- izločala (kronična ledvična odpoved, pogostejša urinska inkontinenca pri ženskah),
- skeletni aparat (degenerativna obolenja sklepov, osteoartritis, putika),
- koža (celjenje ran, kožne infekcije, limfedem, strije).

Z debelostjo povezujejo povečano umrljivost zaradi malignih bolezni. Raziskave (Renehan, et al., 2008) kažejo na zvišano pojavnost raka ščitnice, požiralnika, ledvic in kolona pri moških ter žolčnika, endometrija, ledvic in požiralnika pri ženskah. Sočan (2011) v raziskavi ugotavlja, da je bilo na podlagi imunoloških študij ugotovljeno, da debelost neugodno vpliva na imunski odziv posameznika. Ljudje s prekomerno telesno težo pogosteje zbolijo za bolnišničnimi okužbami, kot so pljučnica, sepsa, bakteriemija, okužbe povezane s katetri in okužbe ran. Tudi tveganje za pridobitev pljučnice v domačem okolju, je za debele posameznike višje. Kot neodvisen dejavnik za težek in zapleten potek pandemske gripe se je izkazala morbidna debelost, posledici pa sta dolgotrajna oskrba v enoti intenzivne terapije ali celo smrtni izid. Več raziskav (Ortonne, 2008; Duarte, et al., 2010; Gerdes, et al., 2011) tudi potrjuje povezavo med debelostjo in luskavico. Med njima nastaja značilna korelacija, debelost pa vpliva tudi na učinkovitost sistemsko uvedene terapije in postopek zdravljenja luskavice. Tudi druge sistemske bolezni, kot so hipertenzija, sladkorna bolezen, hiperlipidemija in ishemična srčna bolezen so povezane z nastankom luskavice (Virnik Kovač, 2011).

2.4 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO PACIENTOV S PREKOMERNO TELESNO TEŽO

Huizinga in sodelavci (2009), so v svoji raziskavi ugotavljali negativni odnos s strani zdravstvenega osebja, vključno z zdravniki, do oseb s prekomerno telesno težo. V anketi, v kateri so sodelovali zdravstveni delavci, je bila debelost opredeljena kot značilnost, ki je povzročila negativna občutja. Ugotovili so tudi, da se z debelostjo povezujejo negativni izrazi, kot so nevednost, lenoba in nesposobnost, poleg tega so poročali o ambivalentnosti pri zdravljenju debelosti. S tem so tako kot druge raziskave dokazali, da debelost povzroča negativen odnos med pacientom in zdravstvenim

osebje. Med glavnimi ugotovitvami so izpostavili, da se zdravstveno osebje izogiba delu z bolniki s prekomerno telesno težo, saj jim to predstavlja prevelik telesni napor. Ne podpirajo pa vse raziskave trditev, da medicinske sestre negativno zaznajo paciente s prekomerno telesno težo. Zuzelo in Seminara (2006) ugotavljata pozitivne odnose medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo. Raziskava je potekala med zaposlenimi, ki so delali v isti ustanovi, v kateri se izvaja zdravstveno varstvo na vseh treh nivojih. S pomočjo vprašalnika, so ugotavljali zdravstveni vidik debelosti, način življenja in osebnostne značilnosti posameznika, odnos med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo. Anketiranci v raziskavi so poudarili pomen enakovredne zdravstvene obravnave pacientov s prekomerno telesno težo, večkrat so komentirali, da so medicinske sestre dolžne skrbeti za paciente z dostojanstvom in spoštovanjem. Zavedali so se, da je pomembno razviti dobro komunikacijsko strategijo, ki vključuje prijazne pristope, dostopnost, toplo mimiko obraza in vključevanje pacientov v pomirjujoče pogovore. Kljub zagotavljanju dosledne zdravstvene oskrbe pacientov s prekomerno telesno težo, so se anketiranci zavedali edinstvenih potreb po zdravstveni oskrbi, ki jih zahteva ta skupina pacientov. Nekatero medicinske sestre v interakcijah s pacientom s prekomerno telesno težo poudarjajo pomen spremljanja obrazne mimike in telesnega izražanja, saj se s tem izognejo nelagodnim situacijam s strani bolnikov. Anketirani so izražali sočutje do pacientov s prekomerno telesno težo, v času hospitalizacije so jim svetovali o primerni stopnji dnevne telesne aktivnosti. Ugotovitve kažejo, da imajo medicinske sestre na splošno pozitiven odnos pacientov s prekomerno telesno težo in jih motivirajo za čim večjo samooskrbo (Zuzelo & Seminara, 2006).

Nasprotno sta v svoji raziskavi ugotavljala Shea in Gagnon (2015), da se v povezavi s populacijo prekomerno hranjenih pacientov, poroča o nespoštljivem zdravljenju, negativnem odnosu, izpostavljenosti situacijam, ki jim povzročajo občutek zadrege in nezaželeno svetovanje pri izgubi teže iz strani medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Ta raziskava je bila izvedena v dveh enotah intenzivne terapije, v terciarni zdravstveni ustanovi, ki se nahaja v velikem mestnem središču v vzhodnem Ontariju v Kanadi. Udeleženci v raziskavi so bili zaposleni v enoti intenzivne terapije, razdeljeni v dve skupini. Opravljenih je bilo 11 intervjujev z enajstimi medicinskimi sestrami. Med

samim intervjujem so bili udeleženci pozvani, da opišejo svoje izkušnje, ki jih imajo kot medicinske sestre, ki delajo s pacienti s prekomerno telesno težo. Poseben poudarek so namenili vsakodnevnim rutinam, intervencijam v zdravstveni negi in izzivom, ki se pojavljajo v praksi. Intervjuvance so prosili tudi, da si izmenjuje osebne izkušnje z zagotavljanjem zdravstvene oskrbe pri pacientih s prekomerno telesno težo in razmišljajo o pozitivnih in negativnih izkušnjah pri delu s temi pacienti. Analiza je pokazala, da medicinske sestre, ocenjujejo paciente s prekomerno telesno težo kot drugačne, menijo, da so drugačni od pacientov, ki so normalno hranjeni, ter da potrebujejo zahtevnejšo zdravstveno nego. Ob številnih priložnostih so medicinske sestre izjavile, da ne morejo skrbeti za prekomerno hranjene v enaki meri kot to počnejo za druge bolnike na oddelku, zaradi fizičnega napora in sredstev, potrebnih za higiensko oskrbo in gibanje pacienta. Analiza članka je pokazala, da so medicinske sestre doživljale občutke empatije do debelih, pojavljali so se tudi občutki odpuščanja, gnusa, jeze, frustracije, krivde in strahu (Shea & Gagnon, 2015).

Poon in Tarrant (2009) sta v raziskavi ugotovila, da so medicinske sestre imele do prekomerno težkih in debelih pacientov negativno percepcijo in so debelim pacientom pripisovale negativne značajske lastnosti. Raziskavo so izvedli na vzorcu 198 diplomiranih medicinskih sester in 352 študentov zdravstvene nege.

Na kakovost zdravstvene nege prekomerno težkih in debelih pacientov po spoznanju Zhu in sodelavcev (2011) močno vplivajo strokovno znanje, klinične izkušnje in spol zdravstvenih delavcev. Razlagajo, da se problemi pri zdravstveno negovalni oskrbi debelih pacientov pojavijo pri nenadnih poškodbah v pooperativnem obdobju. Menijo, da je v bolnišničnem okolju pacientov potrebno razviti primernejšo oskrbo in interdisciplinarni pristop ter da je v kliničnem okolju potrebno poskrbeti za ustrezen bivalni standard debelih pacientov, v kar je vključeno upoštevanje priporočil za izvajanje bariatrične zdravstvene oskrbe.

V raziskavi, ki so jo izvedli Sallis in sodelavci (2012) v Washingtonu, so prikazali rezultate anketiranih zdravnikov in medicinskih sester. Ugotovili so, da ima v povprečju večina anketiranih odpor delati z debelimi pacienti, porajajo se celo predsodki, zaradi

katerih bi lahko imeli debeli pacienti slabšo zdravstveno obravnavo. V raziskavi je sodelovalo 4000 posameznikov, od tega polovica zdravnikov. Zdravniki imajo več predsodkov, kot zdravnice, prav tako imajo več predsodkov zelo vitki. Podobno raziskavo so izvajali od leta 2000 do 2008 na univerzi Yale (Gearhardt, et al., 2009), kjer je bilo intervjuvanih 621 zdravnikov, ki so za svoje paciente s prekomerno telesno težo oz. debele paciente uporabili pridevnike »čudaški«, »neprivlačen«, »grd«, »len«. Ugotovili so, da paciente stigmatizirajo tako študentje medicine, kot zdravstveni delavci in zdravniki. Nobena od raziskav ni pokazala dejanske slabše zdravstvene obravnave debelih pacientov.

2.5 OVIRE, KI SE POJAVLJAJO PRI ZDRAVSTVENI NEGI PACIENTOV S PREKOMERNO TELESNO TEŽO

Težave se pojavijo pri nameščanju pacientov v posteljno enoto, saj jim težko zagotovijo dovolj veliko ležišče. Podobno je tudi pri osebni higieni, saj potrebujejo več izvajalcev, nameščanje pacienta v ustrezen položaj, v primeru negibljivosti in zagotavljanje primernih obrokov v času hospitalizacije. Medicinske sestre v kliničnem okolju ugotavljajo, da debelost precej vpliva na mobilnost, varnost pacientov ter na ohranjanje integritete kože (Zuzelo & Seminara, 2006).

Udeleženci raziskave, ki sta jo izvedla Shea in Gagon (2015) so opisali, da delo s pacienti s prekomerno telesno težo povzroča dodaten telesni napor, intenzivno delo in na splošno težjo oskrbo pri osebni higieni. Ugotovili so, da je zaradi večje zahtevnosti zdravstvene oskrbe in zapletenosti pacientov potrebno več časa za kvalitetno izvedbo zdravstvene nege. Prav tako so se počutile nekoliko omejene pri izvajanju določenih postopkov kot so avskultiranje, palpacija in podobno, saj le to pri debelih zahteva več časa in truda. Medicinske sestre se srečujejo s fizičnimi težavami pri sami zdravstveni negi pacientov s prekomerno telesno težo, kar pa vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe.

Za obravnavo pacientov s kritično prekomerno telesno težo je v enoti intenzivne terapije znotraj multidisciplinarnega tima potrebno pripraviti posebno organizacijo dela. Velik problem predstavljajo ustrezne dihalne podpore in odvajanje od umetnega predihavanja.

Oteženo intubacijo v predelu vratu lahko pri pacientih s prekomerno telesno težo povzročijo maščobne obloge, saj je pacienta zelo težko pripraviti v ustrezen položaj za intubacijo (Zhu, et al., 2011). Prilagojena oprema je potrebna pri spremembi položajev in lege v postelji zelo debelega pacienta. Potrebno je preprečevati poškodbe zdravstvenih delavcev, zato morajo zdravstveno-negovalno oskrbo debelega pacienta izvajati na poseben način (Galinsky, et al., 2010). Veliko pozornosti in natančnosti medicinskih sester zahteva izvajanje ustrezne nege kože pri prekomerno debelih pacientih, saj je pogosto ogrožena za prekinitev celovitosti, poseljena z glivičnimi povzročitelji bolezni in pojav celulitisa (Harris, 2008).

Kalender Smajlović in Pivač (2011) navajata, da je zdravstvena nega prekomerno težkega in debelega pacienta zahtevna. Medicinske sestre potrebujejo bogate klinične izkušnje, ustrezno strokovno znanje in zavzemati morajo pozitivna stališča. Pri izvajanju preventivnih programov, pri zdravstveni oskrbi pacienta v pooperativnem obdobju debelosti in pri pomoči pri zniževanju telesne teže, zdravstvena nega temelji na zdravstveno-vzgojnem delu. Avtorici ugotavljata, da mednarodna zdravstvena politika spodbuja razvoj zdravstvene nege na primarni ravni za spodbujanje zdravja in podpore debelih pacientov. Osvetljujejo, da morajo zdravstveni delavci ustrezno poskrbeti za spremembo položajev v postelji, integriteto kože in preprečevati nadaljnje probleme, ki so lahko posledica fekalne in urinske inkontinence. V raziskavi sta prišli do zaključka, da so problemi, ki se pojavijo v procesu zdravstvene nege in zdravstveni obravnavi debelih pacientov, največkrat povezani z zdravstveno oskrbo dihalnega sistema, spremembo lege v postelji, skrbjo za učinkovito gibanje, ohranitev integritete kože in preventivno skrb razjede zaradi pritiska. Ustrezna namestitev pacienta mora biti poskrbljena s strani zdravstvenega osebja, hkrati morajo pacientom zagotoviti potrebne medicinsko tehnične pripomočke.

3 EMPIRIČNI DEL

Naloga je sestavljena iz dveh medsebojno povezanih delov, in sicer teoretičnega uvoda in analitičnega nadaljevanja. V teoretičnem uvodnem delu smo s pomočjo strokovne in znanstvene literature predstavili obravnavano tematiko s področja odnosa zdravstvenih delavcev do pacientov s prekomerno telesno težo. V tem delu je večinoma uporabljen deskriptivni pristop. Vključena je tudi metoda kompilacije.

V analitičnem delu smo preko fokusnih skupin, v kateri so sodelovale diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, kritično analizirali rezultate na podlagi zastavljenih raziskovalnih vprašanj.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati odnos med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo.

V diplomskem delu smo postavili naslednje cilje:

- 1 Ugotoviti odnos med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo.
- 2 Ugotoviti dodatne obremenitve medicinskih sester, ki se pojavijo pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti.
- 3 Pomen debelosti na načrtovanje temeljnih življenjskih aktivnosti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane literature smo si zastavili štiri raziskovalna vprašanja:

1. Kakšen odnos ustvarjajo medicinske sestre do pacientov s prekomerno telesno težo?
2. Kakšno obremenitev predstavljajo pacienti s povečano telesno težo medicinskim sestram?
3. Kako medicinske sestre načrtujejo pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnosti?
4. Kako aktivno medicinske sestre vključujejo paciente s prekomerno telesno težo v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za teoretični del smo pregledali strokovno znanstveno literaturo iz podatkovnih baz CINAHL, ProQuest, COBISS, MEDLINE, PubMed in Google Učenjak. Iskanje člankov je potekalo s ključnimi besedami »debelost«, »odnos do debelosti«, »epidemija debelosti«, »obesity«, »obesity and stigma«, »obesity prevention«, »body mass index«, »overweight« in »epidemiology of Obesity«.

Za empirični del smo uporabili kvalitativno tehniko zbiranja podatkov - intervju, s katerim smo si pripomogli k pridobivanju podatkov, kakšen pogled ima zdravstveno osebje na paciente s prekomerno telesno težo, kakšno obremenitev predstavljajo pacienti s prekomerno telesno težo in v kolikšni stopnji jih je možno aktivirati v procesu zdravljenja. Oblikovali smo dve manjši fokusni skupini, v katerih je bilo zajetih šest diplomiranih in šest srednjih medicinskih sester. Manjša fokusna skupina je primerna, ko se udeleženci zanimajo za obravnavano tematiko in so strokovnjaki na proučevanem področju (Nyumba, et al., 2018), kar v našem primeru so.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Med zaposlenimi v zdravstveni negi smo opravili polstrukturiran intervju v obliki fokusnih skupin. Ti podatki predstavljajo osnovo za raziskovalni del diplomske naloge. Fokusna skupina je kvalitativna tehnika zbiranja podatkov za interpretacijo, zbiranje in analizo. Uporabljajo se nestandardizirane tehnike anketiranja, ki se izvajajo v skupinskih diskusijah. Gre za pogovor skupine ljudi, ki se usmerjeno pogovarjajo na vnaprej znano temo, pogovor pa poteka po določenem načrtu (Nyumba, et al., 2018). S pomočjo pregledane literature (Chugh, et al., 2013; Bacchini, et al., 2015; Shea & Gagnon, 2015) smo sestavili nestandardiziran polstrukturiran intervju, ki vsebuje 9 glavnih vprašanj in 6 podvprašanj.

3.3.3 Opis vzorca

Namenski vzorec diplomskega dela je vključeval 6 diplomiranih medicinskih sester in 6 tehnikov zdravstvene nege zaposlenih v Kliniki Golnik, kar je bila naša ciljna populacija. Intervjuvanci so se med seboj razlikovali po spolu, dolžini delovne dobe, delovišču in delovnem mestu, ki ga zasedajo. Intervjuvali smo diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege iz vseh oddelkov: Oddelka za intenzivno terapijo in nego, bolniškega oddelka 100, 200, 300, 600 in 700. Realizacija vzorca je bila 100%.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Intervjuje smo izvedli po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in soglasja Kolegija Službe zdravstvene nege in oskrbe Klinike Golnik, v mesecu januarju 2018.

Intervjuji so potekali v prostorih, kjer je bila zagotovljena zasebnost, pogovor je bil ves čas sneman, kar nam je omogočilo ponovno poslušanje in pravilen zapis pogovora. Pred pričetkom intervjuja, so sodelujoči podpisali soglasje, v katerem jim je bila zagotovljena anonimnost.

Analiza pridobljenih podatkov je potekala po metodi kvalitativne vsebinske analize. Osnovo za kvantitativno vsebinsko analizo so predstavljali dobesedni transkripti opravljenih intervjujev. Transkripte smo analizirali in kvalitativno obdelali ter določili enote kodiranja, oblikovali in definirali kategorije ter oblikovali zaključne oblike (Vogrinc, 2008, str. 61). Zaradi zagotavljanja varnosti osebnih podatkov sodelujočih smo sklenili, da transkripcije intervjujev ne bodo priložene diplomskemu delu, hranili jih bomo v osebni arhivu avtorja. Fokusni skupini sta označeni s številkami (1 in 2). Označili smo osebe, ki so sodelovale v fokusni skupini, in sicer diplomirane medicinske sestre so dobile oznako »DMS« in zaporedno številko od 1-6, tehniki zdravstvene nege pa oznako »TZN« in zaporedno številko od 1-6. Primer sestavljene šifre, ki se pojavlja v diplomskem delu »1-DMS1«:

1 – zaporedna oznaka fokusne skupine

DMS – diplomirana medicinska sestra

1 – zaporedna številka posameznika, ki je sodeloval v fokusni skupini.

3.4 REZULTATI

Na podlagi analiziranega besedila smo oblikovali štiri glavne kategorije. Za vsako kategorijo so predstavljene podkategorije (tabela 1) in v nadaljevanju značilne kode, ki spadajo vanjo (tabele 2 do 5). Kode smo posebej oblikovali za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Pod vsako tabelo smo navedli reprezentativne izjave sodelujočih, na podlagi katerih smo določili kode.

V tabeli 1 so prikazane glavne kategorije analize besedila in pripadajoče podkategorije.

Tabela 1: Glavne kategorije analize besedila s pripadajočimi podkategorijami

	Kategorija	Podkategorije
1	Odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo	Zadržki pri obravnavi pacienta Zdravstvena nega Odnos sodelavcev
2	Obremenitev medicinskih sester pri delu s pacienti s povečano telesno težo	Ovire pri nujenju pomoči Skrb za lastno zdravje
3	Načrtovanje pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih	Posebne intervencije Pomoč in pripomočki
4	Vključevanje pacienta v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti	Spodbujanje pacienta k sodelovanju pri ZN Uspešnost zdravljenja

Rezultate kvalitativne raziskave smo v nadaljevanju prikazali po zastavljenih raziskovalnih vprašanjih.

RVI: Kakšen odnos ustvarjajo medicinske sestre do pacientov s prekomerno telesno težo?

Tabela 2: Odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo

Kategorija	Podkategorija	Kode	
		DMS	TZN
Odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo	Zadržki pri obravnavi pacienta	Brez zadržkov Enakopravna obravnava Sočutje do pacientov	Brez zadržkov Enakopravna obravnava Sočutje do pacientov Empatični pristop Predsodki Strah pred poškodbo Neenakopravna obravnava Posvečanje pozornosti Občutek žalosti
	Zdravstvena nega	Pozornost Težje izvajanje intervencij Izogibanje Nedоследno obračanje Prilagajanje glede na stanje pacienta Preprečevanje razjed zaradi pritiska Enakovredna obravnava Sočustvovanje Preverjanje Spoštovanje Izvedba intervencij Želja po orodju	Pozornost Preskrbljenost Težje izvajanje intervencij Izogibanje Nedоследno obračanje Zavedanje posledic Korektno izvajanje ZN Pojav razjed zaradi pritiska Ogroženost pacientov Enakovredna obravnava Podaljševanje hospitalizacije Poostrena nega Različna obravnava Vpliv vzgoje Vpliv mentalitete Tveganje zdravja
	Odnos sodelavcev	Zaničevanje Predsodki Vpliv vzgoje Vpliv trenda Odnos do pacientov Brez pogovarjanja Občutki Brez diskriminacije Samokritičnost pacientov Spoštljivi do pacientov	Stigmatizacija Predsodki Utrujenost Preference do pacientov Vpliv karakterja Brez pozitivnih komentarjev Preferenca pacientov s prekomerno telesno težo Spoštljivi do pacientov Težja ZN

DMS do pacientov s prekomerno telesno težo ne gojijo posebnih občutkov in nimajo zadržkov, ko začnejo izvajati zdravstveno nego (ZN). Obravnavajo jih, kot ostale paciente – enakovredno in sočutno. Na drugi strani ena izmed tehnikov zdravstvene

nege (TZN) izrazi nelagodje, že ob samem sprejemu, saj se zaveda morebitne dodatne obremenitve pri izvajanju samih intervencij. Skrbijo jo poškodbe in napor, ki ga ob ZN doživlja. Večina TZN je brez zadržkov, pacientom s prekomerno telesno težo posvečajo vso pozornost in enakovredno obravnavo, kot ostalim. Pacientov ne obsojajo, saj ne poznajo njihovega ozadja, zato ne obsojajo njihovega življenjskega stila in spoštujejo vse paciente enako.

1-DMS1: *»Ne, res nobenih posebnih občutkov, paciente tretiram tako kot vsakega drugega pacienta.«*

1-DMS5: *»Ne, kot so ostali povedali, so pacienti obravnavani z enako mero sočutja«*

2-TZN3: *»No, jaz se pa s sodelavci ne strinjam. Prvo na kar pomislim je »joj no kot, da jih nimamo že dosti na oddelku«, to je prva misel. Enostavno po poškodbi razviješ en obrambni mehanizem veš, da se boš spet matral, kar vidiš, da te bo spet hrbet bolel. Ni enako, kot sprejem nekega suhca.«*

2-TZN5: *»Absolutno nimam zadržkov, niti ne gojim nekih posebnih občutenj. Tako kot delam z normalno hranjenimi, tako delam z debelimi in pika. Ne smemo obsojat, če ne vemo, kaj je v ozadju. Ti kot zdravstveni delavec se moraš zavedat, da do tega pripeljejo različne stvari.«*

2-TZN6: *»V današnjih časih ni taka tema, ki bi mogla zbujať kakršnakoli občutenja. Ljudje smo si različni in treba je to spoštovat. Če se je nekdo odločil, da bo imel sto kil, je to njegova stvar.«*

Večinoma se DMS ne izogibajo intervencijam s prekomerno težkimi pacienti. Zavedajo se, da morajo biti na intervencijah še posebno pozorne, da paciente obračajo, saj z nedoslednim obračanjem lahko pojavijo razjede zaradi pritiska, na podlagi česar se podaljša hospitalizacija pacienta. DMS-1 je izrazila željo po orodju, s katerim bi si lahko pomagali pri zdravstveni negi pacienta s prekomerno telesno težo. Nekatere se intervenciji izognejo, kadar so preutrujene in si ne želijo dodatnega dela oz. jih ne

obračajo dosledno in samo preverjajo kožo, vendar večina DMS ne odklanja intervencij, saj spoštujejo paciente, kot so bile naučene. Večina TZN, razen ene (nedosledno obračanje, izogibanje intervencijam), posvečajo pacientom s prekomerno telesno težo več pozornosti in se ne izogibajo intervencijam. Dosledno jih obračajo, ker se zavedajo posledic, ki lahko nastanejo (RZP). Ena navaja, da je zaradi nedoslednega nočnega dela SMS, pacient razvil začetno stanje RZP. Menijo, da na njihovo delo vplivata vzgoja in mentaliteta, večinoma se zavedajo posledic in če pacient potrebuje dodatno oskrbo, to tudi naredijo. Za paciente tvegajo tudi svoje zdravje (bolečine v hrbtu, ipd.) in pacienta vedno postavijo na prvo mesto.

1-DMS4: *»Edino v primeru, da stanje ne dopušča, recimo pred smrtjo ali pa smo mel primer, k se je začel dušit, če si ga na bok obrnil, poj sam tok pogledaš, če je koža lepa in ga pač pustiš na hrbtu.«*

1-DMS5: *»Jaz se pa tut izognem kakšnemu postopku, če smo čist iskreni, če cel dan delam in garam, mi na misel ne pade, da delam dodatno delo.«*

1-DMS6: *»Ne, ne odklanjam intervencij, ker je to nespoštljivo. To so nas naučili in tega se držim.«*

2-TZN2: *»Če smo čisto iskreni, ja. Sigurno se izognemo, predvsem je to pri pacientih, ki stalno lezejo po postelji, ga naštimaš, pa je čez dve minuti zlezel dol, pa ga obrneš na bok, pa se zrita na hrbet. Za take se sigurno ne matraš, da jih na 2 minuti povrneš v položaj, v katerem bi moral ležat.«*

2-TZN3: *Ma ne, jaz se ne strinjam, oprost, ampak res jih vedno nameščamo v položaje, se mi zdi, da se je potrebno zavedati posledic. Mi smo imeli primer, ko je gospa iz DSOja bila sprejeta zaradi dispneje, tako da je samo prenočila pri nas. Ob sprejemu ni imela nobene rane, res lepo negovana, med jutranjo nego pa so medicinske sestre opazile na boku mehurje po koži. se pravi v nočni izmeni, so zaradi ne obračanja pridelali RZP prve stopnje.«*

2-TZN5: *»Mi se poglobljamo, od poostrene nege, do vseh intervencij za preprečevanje razjed in podobnih ran. Drugače smo vzgojeni, drugačno mentaliteto imamo, kot mlajši. Se mi zdi, da se zavedamo posledic zanemarjanja, preveč smo videli in doživeli.«*

DMS navajajo, da imajo pred pacienti s prekomerno telesno težo vse spoštljiv odnos do njih, v ozadju se občasno pojavljajo neprimerni komentarji, ki so posledica preutrujenosti. Nekaj jih samo komentira stanje pacienta, brez posmehovanja oz. se ne pogovarjajo o pacientih in se jim ne posmehujejo. Menijo, da so tudi pacienti samokritični. Štiri TZN navajajo, da pacientov s prekomerno telesno težo nikoli niso vesele in vedno komentirajo njihovo stanje, še vedno pa ohranjajo spoštljiv odnos do pacienta. Dve TZN razlagata, da sta veseli tovrstnih pacientov, saj so pozitivni in se znajo pošaliti na svoj račun.

1-DMS1: *»Se mi zdi da čisto brez tega zaničevanja lih ne gre no, sej ko vidiš ali je kakšen gib bolj grobo narejen, ali pa so bolj ostro rečene besede.«*

1-DMS2: *»No čist tko, sej če imaš nekoga k je lahek si ga bolj vesel, kot če ima pol tone. Mislim, da se med sabo o tem ne menimo. Pa tut osebnostno smo drugače vzgojeni, ker v naših časih ni bilo fitnesa in so bili vsi mal bolj obilnejši. Zdaj je trend drugačen, se mi zdi bolj tukaj problem.«*

1-DMS4: *»Malo pokomentiramo, pa nič tko posmehljivega.«*

2-TZN-1: *»Včasih se reče no, spet smo tistega debeluha spet po postelji gor vlekli, ampak to si pač v tistem trenutku utrujenosti, je pa res, da nikoli in nikdar pred pacientom.«*

2-TZN-3: *»Mi jih mamó pa radi, sploh te pozitivne, ki se pošalijo na svoj račun.«*

2-TZN-6: *»Nismo jih veseli, to je dejstvo. Največkrat je to ob sprejemu, ko je pogosto komentar, da ga je težko obrnit na bok, ker je postelja preozka, ali pa ob iskanju pižame ker težko najdemo primerno velikost.«*

RV2: Kakšno obremenitev, predstavljajo pacienti s povečano telesno težo medicinskim sestram?

Tabela 3: Obremenitev medicinskih sester pri delu s pacienti s povečano telesno težo

Kategorija	Podkategorija	Kode	
		DMS	TZN
Obremenitev medicinskih sester pri delu s pacienti s povečano telesno težo	Ovire pri nujenju pomoči	Telesna teža Osebna higiena Intubacija Odvzem krvi Nastavljanje i.v. terapije Zamudna intervencija Čakanje pomoči Nepokretnost Vključevanje osebja Načrtovanje ob sprejemu Načrtovanje ZN Zagotavljanje bolniških sredstev Prostorska stiska Pomanjkanje osebja	Telesna teža Organizacija Poraba časa Posedanje Nameščanje na postelje Nesodelovanje pacienta Dvigovanje Nepokretnost Evalvacija ZN Dodatna ogroženost Neustrezni pripomočki Prostorska stiska Pomanjkanje osebja Bolečine hrbtenice Bolniški stalež
	Skrb za lastno zdravje	Dodatna obremenitev Izpostavljena skrb Brez hitenja Bolečine v križu Poškodbe Bolniški stalež Brez skrbi Organizacija Medsebojna pomoč	Dodatna obremenitev Izpostavljanje skrbi Dolgotrajen napor Potreba po dodatnem osebju Poškodbe Ogroženost Izmučenost Izgorelost Izpostavljena skrb

DMS razlagajo, da se pri pacientih s prekomerno telesno težo velikokrat pojavijo ovire pri nujenju temeljnih življenjski aktivnosti (osebna higiena, drugi posegi – intubacija, odvzem krvi, nastavljanje i.v. kanala). ZN jim vzame več časa, še posebej ko morajo čakati pomoč za zdravstveno nego nepokretnih pacientov. Problem je tudi posedanje pacientov, za kar je potrebno več osebja. Poudarjajo, da je treba ZN načrtovati že ob prihodu pacienta in prilagoditi ležalno mesto ter bolniški material (pižame) glede na njihove potrebe, kar dostikrat ni mogoče in se pacienti počutijo nelagodno. Izpostavljajo

prostorsko stisko in pomanjkanje zaposlenih. TZN razlagajo, da je potrebno pri pacientih s prekomerno telesno težo več organizacije in za nego porabijo več časa. Treba je spremljati dodatne dejavnike, ki jih pri ostalih pacientih ni potrebno. Navajajo, da je nego treba načrtovati in dosledno izvajati. Tudi njim posedanje (za obroke in na invalidski voziček) in premeščanje pacientov na posteljne enote (stare postelje) predstavlja problem. Še posebej težko negujejo nepokretne in ob tem ne skrbijo za svojo držo, se obremenjujejo. Izpostavljajo, da je premalo zaposlenih, ki bi lahko vzajemno negovali pacienta s prekomerno telesno težo.

1-DMS1: *»Da, velikokrat se pojavi težava pri osnovni oskrbi, kot so osebna higiena. Problem so tudi drugi posegi, kot so intubacija, odvzem krvi, nastavljanje iv. kanala. Večkrat se zamudimo s temi stvarmi. Pa čakanje na pomoč pri nepokretnih, da te paciente dvignemo višje po postelji, problem je pri posedanju teh pacientov, samo jih lih tko posedeš kot vse ostale...«*

1-DMS5: *»Problem je tudi, če je manjša soba, recimo pri nas na oddelku je gospa padla, zvečer, problem jo je bilo pobrati, ker zvečer ni na oddelku dosti oseb in ji je pač medicinska sestra postlala na tleh, gospa je to lepo sprejela, zjutraj so se pa potem vključili tudi zunanji delavci, da so jo pomagali dvignit, pa so se štirje matrali, ker za več oseb ni bilo prostora.«*

2-TZN-2: *»Na oddelku imaš že tko dodatno obremenitev, če imaš prekomerno težke paciente, sploh če imaš nepokretnega pa je treba to negovat, vzame ti velik časa. Treba je spremljat gube, k se večkrat vnamejo, pa jih to boli, pa imaš ti slab občutek, pa se on ne počuti dobro... V glavnem, treba je načrtovat nego, zajet res vsako malenkost, ker so že zaradi pritiskov telesa dodatno ogroženi.«*

2-TZN-4: *»Problem se mi zdi predvsem pri nepokretnih, ki so priklenjeni na posteljo, ker imajo svoje momente. Zastopiš nekoga, ki nekaj ne zmore, ne moreš pa zastopit nekoga, ki lahko, pa noče. Takih je velik in oni so tisti problem, ki ti večkrat dvigne pokrov.«*

2-TZN-6: *»Ja logično, že samo dvigovanje, jih rabiš štiri, pet, šest, da se enega viši po postelji dvigne, to hrbtenica trpi... na dolgi rok maš verjetno potem tut več bolniških. Saj bi pomagali, pa ne zmorejo.«*

Večina DMS skrbi za lastno zdravje (bolečine v križu, poškodbe), zaradi dodatne telesne obremenitve, ki jim jo predstavlja nega pacienta s prekomerno telesno težo. Nekatere za lastno zdravje ne skrbi. Navajajo, da delajo počasneje – ne hitijo, da imajo delo dobro organizirano in si med seboj pomagajo. Vsem SMS pacienti s prekomerno telesno težo predstavljajo dodatno obremenitev in jih skrbi za lastno zdravje (razne poškodbe). Zopet izpostavljajo pomanjkanje osebja pri negi prekomerno težkih pacientov.

1-DMS3: *»Me skrbi, velikokrat grem iz službe domov, pa imam bolečine v križu in si mislim ,a mi je treba tega.«*

1-DMS4: *»Mene pa ne skrbi, ker se mi zdi da imamo delo dobro organizirano in si med sabo pomagamo.«*

1-DMS5: *»Seveda me skrbi, ker vemo da je poškodba hrbtenice med medicinskimi sestrami zelo pogosta, velik je bolniških.«*

2-TZN2: *»Seveda me skrbi, za lastno zdravje, po drugi strani, ti je pa neumno, ker ne zaposlijo dodatnega osebja.«*

2-TZN3: *»Se strinjam, da te dodatno obremenijo, po koncu izmene si bolj utrujen. Se mi zdi, da smo kar ogroženi, kar se zdravja tiče.«*

2-TZN-5: *»Se strinjam s povedanim, resnično smo preobremenjeni.«*

RV3: *Kako medicinske sestre načrtujejo pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnosti?*

Tabela 4: Načrtovanje pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih

Kategorija	Podkategorija	Kode	
		DMS	TZN
Načrtovanje pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih	Posebne intervencije	Nega kožnih gube Sodelovanje več oseb Klinični dietetik Prilagajanje obroka Dvigovanje Spremstvo Osebna nega Zaščita ogroženih delov Primerna velikost oblačil Obhodi Spremstvo Nadzor Pomoč Fizioterapija	Nega kožnih gub Vlaženje kože Klinični dietetik Prilagajanje obroka Preventivno načrtovanje Realizacija načrta Razporejanje dela Osebna nega Samooskrba Prilagoditev okolja Spremstvo Omejeno gibanje Pomoč Natančnost Nevarnost padca Primerni pripomočki Preprečevanje ran pri nepokretnih Pogosto obračanje Osebj Načrt zdravstvene nege
	Pomoč in pripomočki	Podloga Oteževanje dela Potenje Splošna pomoč Neokretnost Osnovni pripomočki Neustrezni pripomočki Veliko pomoči Spodbujanje samostojnosti Omejen prostor	Podloga Oteževanje dela Potenje Odvisni od pomoči Pomoč sodelavcev Uporaba podlog Lažje obračanje

DMS navajajo, da je pri pacientih s prekomerno telesno težo pomemben poudarek na negi kožnih gub (koža se hitro vname). Vključiti se mora kliničnega dietetika, ki prilagaja obroke za paciente, vendar tudi DMS nadzirajo količino zaužite hrane in tekočine. Za lažje obračanje uporabljajo zeleno obračalno podlogo, ki se namesti pod pacienta, vendar se jim zdi, da jim dela ne olajša, pacient pa se na ta račun bolj poti, saj ni iz naravnega materiala. Pri negi pacienta je potrebno večje število oseb, da ga lahko dvignejo in umijejo. Skrbijo, da imajo pacienti dovolj velika oblačila in jim ni neugodno. Če so pacienti manj pokretni, TZN naredijo več obhodov in preverijo stanje pacienta, jih spremijo na stranišče oz. stranišče pripeljejo v sobo. DMS dajejo poudarek

na planiranje zdravstvene nege pacientov s prekomerno telesno težo. Pravijo, da morajo ZN preventivno načrtovati in jo realizirati. Vse se strinjajo s posebno nego kožnih gub. Če je na oddelku več pacientov s prekomerno telesno težo, si morajo delo razporediti in se najprej lotijo ZN pokretnih, na koncu pa obravnavajo še težje primere, saj jim vzamejo več časa. Poudarjajo, da pacientom omogočajo čim višjo stopnjo samooskrbe, zato jim prilagodijo okolje (prostor ob postelji, blizu sanitarij). Za izgubo teže pacientov vključijo kliničnega dietetika in jim obroke prilagajajo. TZN razlagajo, da je paciente s prekomerno telesno težo potrebno stalno nadzorovati, da se preprečijo padci. Pri nepokretnih je izziv preprečevanje razjed zaradi pritiska, zato je nujno pogosto obračanje in nanašanje preventivne zaščite, saj se na podlagi ran lahko podaljša hospitalizacija in nevarnost za bolnišnične okužbe zviša. Za nego pacienta potrebujejo več kot dve osebi.

1-DMS1: *»Pomemben je poudarek na kožne gube, kjer je koža lahko hitro vneta, pri negi vključimo več oseb. za prehrano se občasno vključuje kliničnega dietetika, prilagajamo jim velikost obroka.«*

1-DMS4: *»Pri osebni negi smo pozorni da jih lepo umijemo in zaščitimo ogrožene predele. Skrbimo da imajo primerno velika oblačila, da jih s tem ne spravljamo v zadrego. Če so slabo gibljivi ali nevarni za padec delamo več obhodov oziroma pravočasno nudimo pomoč v smislu da pripeljemo sobno stranišče ali pa jih pospremimo do stranišča. Pri prehrani je potreben nadzor nad zaužito hrano in tekočino.«*

1-DMS5: *»Pri osebni higieni definitivno rabijo več pomoči, se mi zdi da vsi sodijo med delno odvisne, saj se ne morejo umiti po hrbtu, tudi po odvajanju ne vem kako se obrišejo, tako da načrtujemo spremstvo na stranišče, ni dovolj da mu daš hojco in gre sam.«*

2-TZN3: *»Pri osebni higieni moraš biti res pozoren, tudi pri tistih, ki ti zagotavljajo, da se uredijo sami. Nekaterim je nerodno, če jih kdo umiva, spet drugim se ti smiliš, ker imaš že tako preveč dela, tako da je pisanje načrtov za osebno higieno res natančno. Pri*

prehrani je pomembno, da se jim prilagodi obrok, običajno več pojedjo, potrebujejo dodatne obroke, malice, tako da se vse to že vnaprej splanira. Pri gibanju so omejeni, bolj nerodni, neokretni, nestabilni, večja je nevarnost padca. Pomembno je, da jih stalno nadzorujemo, da preprečimo padce, da jim nudimo pravočasno pomoč in spremstvo na stranišče in da jim priskrbimo ustrezno obutev in pripomočke.»

2-TZN6: »Načrt zdravstvene nege je res pomemben, in res je treba stvari preverjat, da vsi izvajajo planirane stvari, da ne pišemo nekaj zastonj, na koncu se pa noben ne drži tega.»

DMS razlagajo, da nekateri pacienti potrebujejo več pomoči pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti, kot drugi. Pri delu uporabljajo le podloge za obračanje, navajajo, da so pripomočki neustrezni (dvigalo, ne paše v sobo pacienta). V primerjavi z drugimi pacienti, potrebujejo pacienti s prekomerno telesno težo neprimerno več pozornosti in pomoči. Nekateri TZN menijo, da podloge niso priročen pripomoček, druge se jih redno poslužujejo, saj na podlagi tega lažje obračajo paciente in preprečujejo poškodbe pri delu. Za pacienta se jim zdijo podloge neugodne, ker se zelo potijo. Drugi pripomočkov se pri obravnavi pacienta s prekomerno telesno težo ne poslužujejo. Večkrat gredo s sodelavci na intervencijo, da pacienta lažje posedijo/dvignejo in poskrbijo za osebno higieno.

1-DMS1: »Kakšni malo več, kakšni malo manj, pri nas se ta dvigala ne uporabljajo, je pa tista zelena podloga, ki naj bi olajšala delo, pa se mi zdi, da imaš s tem še več dela.»

1-DMS3: »Taki potrebujejo velik pomoči, se mi zdi, da so na splošno manj okretni, ker jih trebih ovira. Pripomočke uporabljamo tiste osnovne, se naštimajo te obračalke in take stvari, kaj drugega pa ne vem če imamo na oddelku.»

1-DMS4: »Rabijo več pomoči, dalj časa se mu posvetiš, več pozornosti rabijo, pripomočkov pa nimamo ustreznih.»

2-TZN2: »Pri nas kar uporabljamo te podloge, samo je res, da je to kot en najlon in se potem potijo, jih je pa lažje obračat, z vidika preprečevanja lastnih poškodb je dobra zadeva, če pa gledam z vidika bolnika je pa slabše zanj.»

2-TZN3: »Večinoma so nepokretni oziroma močno omejeni, tako da jim je potrebno v veliki meri pomagati. Edino česar se poslužujemo je, da si s sodelavci pomagamo pri dvigovanju, obračanju in ostalih intervencijah.«

RV4: Kako aktivno medicinske sestre vključujejo paciente s prekomerno telesno težo v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti

Tabela 5: Vključevanje pacienta v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti

Kategorija	Podkategorija	Kode	
		DMS	TZN
Vključevanje pacienta v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti	Spodbujanje pacienta k sodelovanju pri ZN	Samooskrba Enakovredna obravnava Brez posebnosti	Motiviranje Projiciranje vzdušja Podajanje izzivov Dosega rezultatov Fizioterapija Pohvala Zahvala Spoštljiv odnos
	Uspešnost zdravljenja	Daljša doba ležanja Manj uspešno Pridružene bolezni Volja pacienta	Daljša doba zdravljenja Manj uspešno Slabša kvaliteta življenja Težje okrevanje Podaljševanje hospitalizacije Neuspešno

Ena DMS meni, da je potrebno pacienta pustiti, naj čim več sam stori, četudi mu je nelagodno, vendar naj bi to storil za svoje dobro. Ostale se s tem ne strinjajo in menijo, da je potrebno vse paciente obravnavati enakopravno. Konkretnih spodbud za paciente DMS niso podale. TZN menijo, da ja najpomembneje, da paciente motivirajo in na ta način spodbudijo k sodelovanju pri ZN. Pomembno je tudi vzdušje, če je zdravstveni tim dobre volje, potem so tudi pacienti. Še bolj motivirani postanejo, ko dosežejo rezultate (izgubijo kilograme). Pomembno se jim zdi vključevanje fizioterapevta v ZN, za dobro počutje in lažje posedanje. Paciente obravnavajo spoštljivo in jih za sodelovanje pohvalijo in se jim zahvalijo.

1-DMS1: »Tisto kar lahko naredijo sami, naj naredijo sami, nobenega ujčkanja, saj so včasih užaljeni, samo je za njihovo dobro in mu to tut razložiš.«

1-DMS2: »Ne strinjam se s predhodnim odgovorom, vse je potrebno obravnavati enakovredno.«

2-TZN1: »Aktiviramo jih na več načinov. Pri debelih je predvsem potrebno delovati kot motivator, saj bi sami najraje sedeli in jedli do smrti. Žal je v večini primerov tako.«

2-TZN3: »Res se mi zdi, da dobra volja celotnega zdravstvenega tima dodatno vpliva na njihovo sodelovanje. Lepo je, če se malo pošalimo z njimi, oziroma jim dajemo izzive. Zanimivo je videti, ko dosežejo neke rezultate, kako so še dodatno motivirani, to se nanaša na izgubo kilogramov.«

2-TZN5: »Za sodelovanje jih pohvalimo in se jim zahvalimo. Pomembno je imeti dobre in spoštljive odnose, ker jim je to največja motivacija.«

DMS menijo, da je zdravljenje manj uspešno pri pacientih s prekomerno telesno težo, tudi zaradi pridruženih bolezni, dobe ležanja in pomanjkanja volje pacienta. Tudi TZN se strinjajo, da je zdravljenje pacientov s prekomerno telesno težo manj uspešno. Večina jih ponoči ne more dihati brez ventilatorja. Po reanimaciji okrevajo počasneje, so bolj občutljivi. Končni rezultat, je za paciente s prekomerno telesno težo, v večini primerov, neuspešen.

1-DMS1: »Doba ležanja je daljša, uspešnost pa tudi temu primerna.«

1-DMS5: »Meni se zdi predvsem volja pacienta, če ma kdo voljo se še kaj da, če pa nima volje je pa to najhujša diagnoza.«

2-TZN1: »Stvari se podaljšajo, tudi če so na kisiku, dokler se začne nižat kisik, ko vse pritiska na prsni koš, pa težje prilagajanje terapije. Se mi zdi, da bi lahko rekli, da je manj uspešno.«

2-TZN2: »Definitivno imajo slabšo kvaliteto življenja, če samo pomislimo, da je malo tistih, ki so ponoči lahko brez ventilatorja, zaradi apnej. V bistvu se zadušijo v lastni telesni teži.«

2-TZN4: »Poleg daljše hospitalizacije, se mi ne zdi, da je zdravljenje manj uspešno«

3.5 RAZPRAVA

Čeprav se vedno bolj poudarjajo smernice zdravega načina življenja, je v svetu še ogromno posameznikov, ki imajo težave s prekomerno telesno težo (ITM višji od 25) ali debelostjo (ITM nad 30). SZO (WHO, 2017) navaja, da se je delež debelih posameznikov od leta 1975 potrojil. Leta 2016 je bilo na svetu več kot 1,9 milijarde posameznikov prekomerno težkih, od tega jih je bilo 650 milijonov debelih. Večinoma ti ljudje živijo v delih sveta, kjer debelost ubije več ljudi, kot podhranjenost. Vsekakor pa prekomerno hranjeni ljudje predstavljajo izziv za zdravstveno nego, zato moramo skozi promocijo zdravja širiti zavedanje, da je debelost preprečljiva. Miller in Alpert (2008) razlagata, da morajo medicinske sestre pri obravnavi pacientov s prekomerno telesno težo imeti znanje o debelosti in znanje o tveganjih, ki so povezani z debelostjo. Navajajo, da so medicinske sestre pomembne pri izobraževanju pacientov glede debelosti, zato se morajo o tej temi pogosto pogovarjati in paciente ozaveščati. V diplomskem delu smo se osredotočili na odnos zdravstvenih delavcev do pacientov s prekomerno telesno težo.

Za namen raziskave, so bila zastavljena štiri raziskovalna vprašanja, na katera smo v nadaljevanju podali odgovore, na podlagi oblikovanih kod in teoretičnih spoznanj različnih avtorjev.

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo. Ugotovili smo, da imajo DMS spoštljiv in enakovreden odnos do pacientov, medtem ko nekatere TZN občutijo nelagodje pri obravnavi pacientov s prekomerno telesno težo. Skrbi jih za poškodbe in napor pri delu. Večinoma se DMS ne izogibajo intervencijam s prekomerno težkimi pacienti, razen ene, ki kot razlog za izogibanje navaja utrujenost. Ena TZN je povedala, da nedosledno

obrača pacienta in se intervencijam s prekomerno težkimi pacienti izogiba, vendar so vse ostale tovrstno obravnavo zanikale in diskreditirale, saj se vse ostale intervencijam ne izogibajo in se pacientom celo še bolj posvečajo. Dosledno jih obračajo, saj se zavedajo posledic in grajajo nevestno opravljene intervencij. Kakovost opravljenega dela pripisujejo vzgoji in mentaliteti. Lumley in ostali (2015) so v raziskavi ugotovili, da medicinske sestre ne nudijo vedno kakovostno ZN pacientom s prekomerno telesno težo, vendar se občasno izognejo kateri izmed intervencij. Tudi Dixon (2010) je v raziskavi ugotovil, da zdravstveni delavci ob zdravstveni negi zelo debelih pacientov čutijo nelagodje in se intervenciji, če imajo le možnost, izognejo. Izvedel je kvantitativno raziskavo, kjer je kar 30 % anketiranih odgovorilo, da do pacientov s prekomerno telesno težo čutijo nelagodje. Tudi več drugi avtorjev (Huizinga, et al., 2009; Poon & Tarrant, 2009; Sallis, et al., 20012; Shea & Gagnon, 2015) je v raziskavah navedlo, da se zdravstveni delavci do pacientov s prekomerno telesno težo obnašajo zadržano, imajo predsodke in imajo negativno percepcijo. Edino raziskavo, ki opisuje pozitiven odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo, opisujeta v članku Zuzelo in Seminarara (2006).

DMS navajajo, da imajo pred pacienti s prekomerno telesno težo spoštljiv odnos, v ozadju pa so še vedno pojavljajo negativni komentarji, kar potrjujejo tudi nekatere izmed TZN. V nasprotju z njimi, sta jih dve TZN veseli, saj so pacienti večinoma pozitivni in se pošalijo na svoj račun. Phelan in ostali (2015) so v raziskavi preučevali odnos in stigmatizacijo pacientov s prekomerno telesno težo s strani zdravstvenega osebja. Številni zdravstveni delavci imajo močno negativno stališče in stereotipe o ljudeh z debelostjo. Obstajajo precejšnji dokazi, da takšni odnosi vplivajo na zaznavanje, presojo, medosebno vedenje in odločanje (Phelan, et al., 2015). Ti odnosi lahko vplivajo na zdravstveno oskrbo, ki jo nudijo. Izkušnje ali pričakovanja, zaradi slabega zdravljenja, lahko povzročijo stres in izogibanje zdravstveni oskrbi, nezaupanje do zdravnikov in slabše zdravljenje pri debelih pacientov. Stigma lahko zmanjša kakovost oskrbe debelih pacientov, kljub najboljšim namenom izvajalcev zdravstvenega varstva, da zagotovijo visoko kakovostno oskrbo (Phelan, et al., 2015).

Drugo raziskovalno vprašanje je bilo zastavljeno, da bi ugotovili obremenitev, ki jo za medicinske sestre predstavljajo pacienti s povečano telesno težo. DMS razlagajo, da se pri pacientih s prekomerno telesno težo velikokrat pojavijo ovire pri nujenju temeljnih življenjskih aktivnosti, zdravstvena nega je dolgotrajnejša, težje jih posedejo, potrebno je prilagoditi ležalno mesto. Navajajo, da je ZN potrebno načrtovati in realizirati. Tudi SMS menijo, da je potrebno več časa, organizacije in načrtovanja za ZN pacientov s prekomerno telesno težo. Posedanje pacientov in premeščanje na druge postelje enote jim predstavlja težavo, saj so pacienti težje pokretni, tako da je večje breme preloženo na zdravstvene delavce, prav tako navajajo premalo zaposlenih v izmeni. Tudi Lumley in ostali (2015) so v raziskavi ugotovili, da ZN prekomerno težkih pacientov za medicinske sestre predstavlja obremenitev, še posebej pri oblačenju pacientov. Flint in drugi (2017) razlagajo, da je prevalenca debelosti globalni zdravstveni problem, vendar večina zdravstvenih ustanov ni popolnoma prilagojenih, za ZN pacientov s prekomerno telesno težo. Medicinske sestre pogosto nimajo primernih pripomočkov za oskrbo tovrstnih pacientov, zato se pogosto srečujejo s poškodbami pri delu, ki vodijo v bolniški stalež.

Večina DMS in TZN skrbi za lastno zdravje (bolečine v križu, poškodbe), zaradi dodatne telesne obremenitve, ki jim jo predstavlja zdravstvena nega pacienta s prekomerno telesno težo. Zopet izpostavljajo pomanjkanje osebja pri zdravstveni negi prekomerno težkih pacientov. Do podobnega spoznanja so v raziskavah prišli tudi drugi avtorji – zdravstveno osebje je v skrbeh za lastno zdravje, ko delajo s pacienti s prekomerno telesno težo (Huizinga, et al., 2009; Poon & Tarrant, 2009; Sallis, et al., 20012; Shea & Gagnon, 2015).

S tretjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli izvedeti, kako DMS načrtujejo pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih. Ugotovili smo, da je potrebna posebna nega kožnih gub, potrebno je prilagajanje obroka s kliničnim dietetikom, potrebni so pripomočki za obračanje, vendar jim podloga, ki jim je na voljo, ne ustreza. Izpostavili so, da je pri zdravstveni negi potrebno večje število ljudi in ustrezni pripomočki. Paciente morajo nenehno nadzirati pri gibanju in osebni higieni, prav tako jim nudijo pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih. Najprej obravnavajo pokretne paciente in šele nato

nepokretne, ki jim vzamejo več časa. Tudi Lumey in ostali (2015) so ugotovili, da ZN medicinskim sestram za paciente s prekomerno telesno težo vzame več časa. Zavedajo se, da je nujno obračanje pacientov, za preprečevanje razjed zaradi pritiska. Lumley in drugi (2015) so ugotovili, da pacienti, ki so prekomerno hranjeni, predstavljajo izziv za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege. Podatki raziskave so pokazali, da niti bolnišnične storitve niti storitve skupnosti niso ustrezno prilagojene splošnih potrebam teh pacientov. Glede na to, da je pacientov s prekomerno telesno težo vedno več, so v raziskavi predlagali boljšo organizacijo dela ter več strateško bolje načrtovanih sestankov, da ugotovijo potrebe po zahtevnosti zdravstvene nege pacientov s prekomerno telesno težo.

Tako DMS kot TZN pri ZN pacientov uporabljajo podloge, s pomočjo katerih paciente obračajo. Nekaterim DMS in večini TZN se zdi podloga nesmiselna in jim delo otežuje, le dve TZN podlogo uporabljata. Pri posedanju pacientov jim pomagajo sodelavci. Drugih pripomočkov ne uporabljajo, obenem omenijo prostorsko stisko. Rudavsky (2013) v raziskavi opisuje, da so zaradi pacientov s prekomerno telesno težo, zdravstvene ustanove vedno bolj dosledne pri izbiri in nabavi ustrezne opreme in pripomočkov. Stoli za čakalnice so zgrajeni s kovanim železom, za težke bolnike. Invalidski vozički in ležišča so narejeni za vzdrževanje dodatne teže. Stranišča se pritrdijo na tla, ne na steno. Nekateri zdravniki razvijajo metode zdravljenja pacientov s prekomerno telesno težo. Uporabljajo daljše igle ali posebne kirurške pripomočke, ki omogočajo kirurgu doseči globlje v trebušno votlino.

Četrto raziskovalno vprašanje smo zastavili, da bi izvedeli kako medicinske sestre vključujejo paciente v izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti. Večina DMS je mnenja, da je potrebno paciente s prekomerno telesno težo obravnavati enakopravno. TZN paciente motivirajo in spodbujajo k sodelovanju pri vseh življenjskih aktivnostih, želijo, da so pacienti sposobni samooskrbe. Pomagajo jim tako, da jim prilagodijo okolico (posteljo, sanitarije). Zaposleni skrbijo za pozitivno delavno klimo, ki se reflektira na paciente. Pravtako do pacientov izražajo spoštovanje in jih za sodelovanje pohvalijo. Na nacionalnem inštitutu za sladkorno bolezen ter bolezni prebavil in ledvic (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, n.d.) navajajo, da

morajo medicinske sestre paciente s prekomerno telesno težo obravnavati spoštljivo in razumevajoče, ter jih motivirati, da začnejo postopno izgubljati težo, tudi če nimajo želje. Podpirati morajo zdravo vedenje in pacientovo soočanje s težavo.

Tako DMS, kot TZN menijo, da je zdravljenje pacientov s prekomerno telesno težo manj uspešno. Razloge pripisujejo debelosti, pridruženim boleznim, počasnejšemu okrevanju in brezvoljnosti. Lumley in drugi (2015) razlagajo, da je za zagotavljanje strokovne podpore in usklajevanja potrebnih aktivnosti za debele, potrebna primerna zdravstvena nega. Medicinske sestre morajo nuditi pomoč pacientom in izvajati promocijo zdravja. Navajajo, da bi morale ozaveščene medicinske sestre spodbujati ostale k podpori debelih pacientov.

Na podlagi rezultatov raziskave, smo ugotovili, da DMS in TZN v večini sprejemajo paciente s prekomerno telesno težo, vendar se še pojavljajo predsodki in ukrepi bi morali biti sprejeti na naslednjih področjih:

- Potrebno je izboljšati odnos medicinskih sester, ki imajo pri pacientih s prekomerno telesno težo občutek nelagodja in ki se intervencijam izogibajo ter dela na intervencijah ne opravljajo dosledno. V namen ozaveščanja medicinskih sester bi se lahko organizirala izobraževanja, kjer bi se medicinske sestre naučile natančne zdravstvene nege pacientov s prekomerno telesno težo. Predavanja bi lahko vodile tudi izkušenejše medicinske sestre, ter na predavanjih osvetlile problematiko, ki spremlja paciente s prekomerno telesno težo. Potrebno bi bilo dosledno spremljanje napredka medicinskih sester in ob ugotovitvi, da je zdravstvena nega za paciente s prekomerno telesno težo neprimerna, izobraževanja ponoviti.
- Izboljšati bi se moralo tudi indirektno vedenje do pacientov s prekomerno telesno težo. Medicinske sestre ne bi smele biti obsojajoče, posmehljive ali zaničevalne do pacientov. Delo s pacienti bi morale sprejeti in se bolje organizirati, da bi intervencijo lahko izpeljale brez prevelikega napora in kar se da hitro.
- Medicinske sestre pogosto naletijo na ovire pri dvigovanju pacientov in osebni negi. Za ZN pacientov s prekomerno telesno težo bi morale vse DMS oblikovati

natančen načrt ZN, ki bi se ga morale vse medicinske sestre držati. Klinika mora poskrbeti za primernejše pripomočke za zdravstveno oskrbo in zdravstveno nego pacientov s prekomerno telesno težo oziroma bi za financiranje ali sofinanciranje prosila državo. Medicinske sestre naj še naprej delujejo v timu in se na ta način izognejo poškodb pri delu. Paciente naj spodbujajo k samooskrbi in jim pomagajo na področjih, kjer le-te niso zmožni.

Omejitev kvalitativne raziskave je relativno majhno število sodelujočih, zato ne moremo posplošiti naših ugotovitev na celotno populacijo DMS in TZN. Omejitev predstavlja tudi subjektivni izbor sodelujočih, saj z vsemi dvanajstimi sodelujočimi delujemo na isti ustanovi. Omejitev lahko predstavlja neresničnost odgovarjanja sodelujočih, zaradi približanju odgovoru, ki je po njihovem mnenju ustrezen (Vogrinc, 2008).

4 ZAKLJUČEK

Izvajalci zdravstvene nege si prizadevajo zagotoviti najkakovostnejšo zdravstveno oskrbo za svoje paciente. Ta prizadevanja se kažejo s tem, da pacientom omogočajo čimvečjo možnost samooskrbe, s čimer ohranjajo vitalnost pacientov s prekomerno telesno težo. DMS in TZN posvečajo veliko pozornost za splošno dobro počutje, trudijo se vzpostavljati sproščeno vzdušje. Odnos do debelosti, kot faktorja tveganja za zdravje, lahko poslabša in prikrije negativen odnos do pacientov s prekomerno telesno težo. Ponudniki zdravstvenega varstva pogosto gledajo na debelost kot dejavnik tveganja, ki se ga je mogoče izogniti, kar ovira njihovo sposobnost zdravljenja in preprečevanja bolezni.

Namen diplomskega dela je dosežen. Raziskali smo odnos med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo, opredelili dodatne obremenitve medicinskih sester, ki se pojavijo pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti ter opisali pomen debelosti na načrtovanje temeljnih življenjskih aktivnosti.

Ugotovili smo, da je odnos medicinskih sester do pacientov s prekomerno telesno težo dober, zdravstvena nega pa je primerna, vendar so izjeme, ki morajo izboljšati svoj odnos do tovrstnih pacientov in prilagoditi delo z njimi in natančno izvajati zdravstveno nego, po načrtu. Predlagamo, da se medicinske sestre udeležijo izobraževanj, kjer se bodo natančno opredelile intervencije in pripomočki, ki se uporabljajo pri delu s prekomerno težkimi pacienti.

Vsekakor se priporočajo nadaljnja raziskovanja odnosov med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo ter nivoja kakovosti, ki jo le-ti prejmejo. Za boljše raziskanost področja, priporočamo kombinacijo kvalitativne in kvantitativne paradigme (triangulacija). Na ta način bi prišli do bolj poglobljenih rezultatov, izsledke pa bi lahko primerjali z dognanji naše raziskave. Rezultati bi prikazali dejansko stanje in bi lahko veljali za celotno preučevano populacijo.

5 LITERATURA

Bacchini, D., Licenziati, M.R., Garrasi, A., Corciulo, N., Driul, D., Tanas, R. & Valerio, G., eds. 2015. Bullying and victimization in overweight and obese outpatient children and adolescents: an italian multicentric study. *PloS One*, 10(11).

Chugh, M., Friedman, A.M., Clemow, L.P. & Ferrante, J.M., 2013. Women weight in: obese african-american and white woman's perspectives on physicians' roles in weight management. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(4), pp. 421-423.

Dixon, J.B., 2010. The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316(2), pp. 104-108.

Duarte, G.V., Follador, I., C., AVALHEIRO, C.A., SILVA, T.S. & OLIVEIRA, F., 2010. Psoriasis and obesity: literature review and recommendations for management. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 85(3), pp. 355-360.

Ferris, W.F., Crowther, N.J., 2011. Once fat was fat and that was: our changing perspectives on adipose tissue. *Cardiovascular Journal of Africa*, 22(1), pp. 147-154.

Flint, S.W, Oliver, E.J. & Copeland, R.J., 2017. Editorial: Obesity stigma in healthcare: Impacts on policy, practice, and patients. *Frontiers in Psychology*, 8(1), pp. 21-27.

Galinsky T., Hudock, S. & Streit, J., 2010. Addressing the need for research on bariatric patient. *Rehabilitation Nursing*, 35(6), pp. 242-247.

Gearhardt, A.N, Corbin, W.R. & Brownell, K.D., 2009. Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), pp. 430-436.

Gerdes, S., Rostami-Yazdi, M. & Mrowietz, U., 2011. Adipokines and psoriasis. *Experimental Dermatology*, 20(2), pp. 81-87.

Grmek Košnik, I., 2011. Epidemiologija prekomerne prehranjenosti in debelosti. In: I. Avberšek Lužnik, B. Skela Savič & K. Skinder Savič, eds. *Etiologija in patologija debelosti. 2. simpozij Katedre za temeljne vede*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 23-27.

Hall, J.E., 2011. *Guyton and Hall textbook of medical physiology*. Philadelphia: Saunders Elsevier.

Harris, H., 2008. Nursing care of the morbidly obese patients. *Nursing made incredibly easy*, 6(3), pp. 34-43.

Hlastan Ribič, C., Djomba, J.K., Zaletel Kragelj, L., Maučec Zakotnik, J., & Fras, Z., 2010. *Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije*. [pdf] Inštitut za varovanje zdravja RS. Available at: <http://cindislovenija.net/images/stories/cindi/raziskave/CHMS2008.pdf> [Accessed 22 November 2017].

Huizinga, M.M., Cooper, L.A., Bleich, S.N., Clark, J.M. & Beach, M.C., 2009. Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), pp. 1236-1239.

Kalan, G., 2011. Debelosti pridružena obolenja. In: Avberšek Lužnik, I., Skela Savič, B. & Skinder Savič, K., eds. *Etiologija in patologija debelosti. 2. simpozij Katedre za temeljne vede*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 82-85.

Kalender Smajlović, S. & Pivač, S., 2011. Pričakovani aktualni problemi v zdravstveni negi pri debelem pacientu. In: I. Avberšek Lužnik, B. Skela Savič & K. Skinder Savič, eds. *Etiologija in patologija debelosti. 2. simpozij Katedre za temeljne vede*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 133-139.

Lumley, E., Homer, C.V., Palfreyman, S., Shackley, P. & Tod, A.M., 2015. A qualitative study to explore the attitude of clinical staff to the challenges of caring for obese patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1), pp. 3594-3604.

Miller, S.K. & Alpert, P.T., 2008. Overweight and obesity in nurses, advanced practice nurses, and nurse educators. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(5), pp. 35-39.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, n.d. *Medical Care for Patients with Obesity* [pdf]. Available at: https://www.niddk.nih.gov/health.../Files/.../medical_care_508.pdf [Accessed 21 May 2018].

Ng, M. & Fleming, T., eds. 2014. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 384(9945), pp. 766-781.

Nyumba, T.O., Wilson, K., Derrick, C.J. & Mukherjee, N., 2018. The use of focus group discussion methodology: insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1), pp. 20-32.

Ortonne, J.P., 2008. Psoriasis, metabolic syndrome and its components. *Annales de dermatologie et de venerologie*, 135(4), pp. 235-242.

Phelan, S.M., Burgess, D.J., Yazel, M.W., Hellerstedt, W.L., Griffin, J.M. & Ryn, M., 2015. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), pp. 319-326.

Poon, M.Y. & Tarrant, M., 2009. Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 39(1), pp. 146-152.

Potočnik, N., 2011. Patofiziologija debelosti. In: Avberšek Lužnik, I., Skela Savič, B. & Skinder Savič, K., eds. *Etiologija in patologija debelosti. 2. simpozij Katedre za temeljne vede*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 45-54.

Povhe Jemec, K., 2011. Debelost – izziv javnega zdravja. In: Avberšek Lužnik, I., Skela Savič, B. & Skinder Savič, K., eds. *Etiologija in patologija debelosti. 2. simpozij Katedre za temeljne vede*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 17-12.

Puhl, R.M. & Heuer, C.A., 2009. The stigma of obesity: A review and update. *North American association for the study of obesity*, 14(5), pp. 941-64.

Ray, M., Raimayer Sundaram, K., Paul, M. & Kumar, R.K., 2009, Blood Pressure Distriburion in Indian Children. *Indian Pediatrics*, 47(1), pp. 477-485.

Renehan, A.G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R.F., Zwahlen, M., 2008. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observation studies. *Lancet*, 371(9612), pp. 569-78.

Ribarič, S., 2009. *Temelji patološke fiziologije*. Ljubljana: Inštitut za patološko fiziologijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani.

Rudavsky, S., 2013. *Hospitals super-sizing equipment for obese patients*. [online] Available at: <https://eu.usatoday.com/story/news/nation/2013/01/21/hospitals-doctors-obesity-equipment/1851299/> [Accessed 25 May 2018].

Sallis, J.F., Floyd, M.F., Rodríguez, D.A. & Saelens, B.E., 2012. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*, 125(5), pp. 729-737.

Shea, J.M. & Gagnon, M., 2015. Working with patients living with obesity in the intensive care unit. *Advances in Nursing Science*, 38(3), pp. 17-37.

Sočan, M., 2011. Debelost in infekcijske bolezni. In: I. Avberšek Lužnik, B. Skela Savič, K. Skinder Savič, eds. *Etiologija in patologija debelosti. 2. simpozij Katedre za temeljne vede*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 100-107.

Tanner, R.M., Brown, T.M. & Munter, P., 2012. Epidemiology of obesity, metabolic syndrome, and chronic kidney disease. *Current hypertension reports*, 14(2), pp. 152-159.

Tchernof, A. & Després, J.P., 2013. Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *American Physiological Society: Physiological Reviews*, 93(1), pp. 359-404.

Virnik Kovač, L., 2011. Debelost kot rizični dejavnik za luskavico. In: Avberšek Lužnik, I., Skela Savič, B. & Skinder Savič, K., eds. *Etiologija in patologija debelosti. 2. simpozij Katedre za temeljne vede*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 108-114.

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

WHO, 2012. *Childhood obesity prevention*. [pdf] WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf [Accessed 22 November 2017].

WHO, 2017. *Obesity and overweight*. Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Accessed 27 April 2018].

Zhu, D., Norman, J.J. & While A.E., 2011. The relationship between health professionals' weight status and attitudes towards weight management: a systematic review. *Obesity Review*, 12(5), pp. 324-327.

Zuzelo, P.R. & Seminara, P., 2006. Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(2), pp. 65-73.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VODILNA VPRAŠANJA ZA INTERVJU

Izjava o prostovoljni privolitvi k sodelovanju v raziskavi

Sem Danijela Đurić, absolventka na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Naprošam Vas za sodelovanje v raziskavi z naslovom Odnos zdravstvenih delavcev do pacientov s prekomerno telesno težo, pod mentorstvom doc. dr. Saše Kadivec. Namen diplomskega dela je raziskati odnos med medicinskimi sestrami in pacienti s prekomerno telesno težo, katerih indeks telesne mase presega 25.0 kg/m² in več.

Intervju bo trajal približno eno uro. Za nemoten potek intervjuja, bo intervju sneman in kasneje prepisan. Podatki, ki jih bomo zbrali v raziskavi, bodo popolnoma anonimni.

Spodaj podpisani _____ dajem privolitev za sodelovanje v raziskavi.

Ime in priimek intervjuvanca:

Ustanova:

Izobrazba:

Leta del. dobe v trenutni ustanovi:

Del. mesto :

Leta del. dobe:

Leta del. dobe na trenutnem delovnem mestu:

Datum in podpis intervjuvanca:

1. Ali imate zadržke do pacientov s prekomerno telesno težo?

- Kaj občutite pri zdravstveni negi takih pacientov?

2. Ali vam pacienti s prekomerno telesno težo predstavljajo oviro pri nudenju pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih?

- V kakšnem obsegu?

3. Ali vam pacienti s prekomerno telesno težo predstavljajo dodatno telesno obremenitev?
 - Vas skrbi za lastno zdravje?

4. Kako planirate pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih (osebna nega, prehranjevanje, gibanje)?
 - Ali načrtujete posebne intervencije (več oseb)?

5. Koliko pomoči potrebujejo pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti?
 - Ali si med izvajanjem nege poslužujete pripomočkov, ki bi vam olajšali delo?

6. Ali so ti pacienti bolj zapostavljeni iz strani zdravstven nege, kot normalno hranjeni?
 - Ali se kateri izmed intervencij namenoma izognete, v smislu preprečevanja lastne preobremenitve?

7. Kako spodbujate paciente k boljšemu sodelovanju pri zdravstveni negi?

8. Ali se vam zdi zdravljenje pri takih pacientih manj uspešno?

9. Kakšen odnos, do pacientov s prekomerno telesno težo, imajo po vašem mnenju sodelavci?

Zaključek:

Najlepša hvala za vaše sodelovanje pri intervjuju.