

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Ines Voščun

**UPORABA KOMPLEMENTARNIH IN
ALTERNATIVNIH METOD ZDRAVLJENJA MED
BOLNIKI Z INTERNISTIČNIMI BOLEZNIMI**

Ljubljana, 2017

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Ines Voščun

**UPORABA KOMPLEMENTARNIH IN
ALTERNATIVNIH METOD ZDRAVLJENJA MED
BOLNIKI Z INTERNISTIČNIMI BOLEZNIMI**

Poročilo o raziskavi

**USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE
TREATMENT METHODS AMONG PATIENTS WITH
INTERNAL DISEASES**

Research report

**Mentorica: viš. pred. mag. Albina Bobnar, viš. med. ses., prof.
defekt.**

Recenzentka: doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici viš. pred. mag. Albini Bobnar, viš. med. ses., prof. defekt., za strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela in hvala za napotke, ki so me usmerjali k boljšemu pisanju.

Mama, Ati, Tadeja, Nino: *Give thanks for all the special things you do.*

With a grateful heart.

IZVLEČEK

Uvod: Komplementarne (dopolnilne) in alternativne (nadomestne) metode zdravljenja so avtonomne zdravstvene prakse, ki jih uporabljajo ljudje po vsem svetu za ohranjanje in promocijo zdravja ter preprečevanje in zdravljenje bolezni. Vse vrste zdravljenj delujejo za zdravje in zadovoljstvo državljanov, malo pa je znano o tem, koliko jih uporabljajo bolniki z različnimi kroničnimi boleznimi. **Namen:** Namen diplomskega dela je ugotoviti uporabo komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja med bolniki z internističnimi boleznimi, in sicer: kolikšen delež jih uporablja, kakšne so njihove izkušnje ter če je o tem seznanjen njihov zdravnik. **Metode dela:** Narejena je bila kvantitativna retrospektivna raziskava, ki temelji na podatkih, pridobljenih iz dokumentacij zdravstvene nege namensko izbranih polnoletnih bolnikov z internističnimi boleznimi, ki so jih izpolnili študenti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju v študijskem letu 2013/14 in 2014/15. Rezultati so v opisni obliki ter numerični, predstavljeni v tabelah. **Rezultati:** V raziskavo je bilo vključenih 228 bolnikov z internističnimi boleznimi. Od tega je bilo 59 % žensk, starih nad 60 let 66 %, živečih v mestu 52 %, v osrednji Sloveniji 68 % in s srednjo šolo ali manj 83 %. Največ bolnikov je imelo bolezni srca in žilja (46 %), bolezni presnove (13 %), bolezni krvi in krvotvornih organov (13 %) ter bolezni dihal (11 %). Zdravnik je vprašal 43 % bolnikov, če uporabljajo komplementarne in alternativne metode zdravljenja. V zadnjih 12-ih mesecih jih je uporabljalo 22 % in od teh jih je 31 % obiskalo zdravlilca. Polovica se jih je za to odločila sama, 58 % jih meni, da so učinkovite, 54 % da se ujemajo s konvencionalnim zdravljenjem, zdravnika pa jih je o tem seznanilo 44 %. **Razprava in sklep:** Menimo, da je uporaba teh metod med bolniki z internističnimi boleznimi majhna. Informacij in nasvetov o varni uporabi komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja bolniki niso prejeli. Odgovornost za to bi morali prevzeti zdravstveni delavci, vendar bi za to potrebovali dodatna znanja. Z uporabo teh metod v zdravstveni negi bi se zagotovilo celostno zdravljenje ter s tem več zadovoljstva, ugodja in dobre komunikacije med bolniki in zdravstvenimi delavci.

Ključne besede: konvencionalna medicina, celostna oskrba, odgovornost bolnika, seznanjenost zdravstvenih delavcev

ABSTRACT

Introduction: Complementary (supplementary) and alternative (substitutive) treatment methods are autonomous healthcare practices that are being used by people throughout the world to preserve and promote health, and to prevent and treat diseases. All of these types of treatment work towards the health and satisfaction of citizens, but little is known about how much they are being used by patients with various chronic diseases. **Purpose:** The purpose of this bachelor's thesis is to determine the use of complementary and alternative treatment methods among patients with internal diseases, namely: how many of them are using such methods, why they are using them and what their experiences were like, and whether their doctor has been informed of this. **Work methods:** A quantitative retrospective research study has been conducted, based on data obtained from the nursing documentation of intentionally selected adult patients with internal diseases, which was filled out by nursing students during clinical training in the 2013/14 and 2014/15 academic years. The results are presented in tables in descriptive form and numerically. **Results:** The research study encompassed 228 patients with internal diseases. 59% of them were women, 66% were over 60 years old, 52% were living in a town, 68% were living in central Slovenia, and 83% have finished secondary school or less. Most of the patients had cardiovascular diseases (46%), followed by metabolic diseases (13%), diseases of the blood and blood-forming organs (13%) and respiratory diseases (11%). The doctor asked 43% of the patients whether they were using complementary and alternative treatment methods. In the past 12 months, a quarter of them were using such methods, 31% of whom had seen a healer. Half of them decided to do so on their own and believe that the methods are effective, and that they go well with the conventional treatment; 44% of them have informed the doctor of this. **Discussion and conclusion:** We consider that the use of these methods, among patients with internal diseases, is low. The patients have not received any information or advice on the safe use of complementary and alternative treatment methods. Healthcare professionals should take on the responsibility for informing them, but would need additional knowledge to do that. The use of such methods in nursing would ensure greater satisfaction, comfort and good communication between the patients and healthcare professionals.

Keywords: conventional medicine, holistic care, patient responsibility, familiarity of healthcare professionals

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
1.1	Teoretična izhodišča	2
1.1.1	Uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja	3
1.1.2	Vzroki za uporabo komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja	5
1.1.3	Izkušnje bolnikov s komplementarnimi in alternativnimi metodami zdravljenja	6
1.1.4	Seznanjenost bolnika in zdravnika z uporabo komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja	8
2	NAMEN	10
3	METODE DELA	11
3.1	Opis instrumenta	11
3.2	Opis vzorca	12
3.3	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	13
4	REZULTATI	14
5	RAZPRAVA	18
6	ZAKLJUČEK	22
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI	23
7.1	Dokumentacijski viri	27
8	PRILOGA	
8.1	Zbirni list podatkov za bolnike z internističnimi boleznimi	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti bolnikov z internističnimi boleznimi in uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih	15
Tabela 2: Vrsta internističnih bolezni in uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih pri bolnikih z internističnimi boleznimi.....	16
Tabela 3: Podatki o bolnikih z internističnimi boleznimi, ki so v zadnjih 12-ih mesecih uporabljali komplementarne in alternativne metode zdravljenja	16
Tabela 4: Vprašanje lečečega zdravnika bolniku z internističnimi boleznimi o uporabi komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih	17

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

KAM	Komplementarne in alternativne metode
WHO	World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)
NCCAM	National center for complementary and alternative medicine (Nacionalni center za komplementarno in alternativno medicino)
HIV	human immunodeficiency virus (virus humane imunske pomanjkljivosti)
KONAZ	Društvo komplementarnega in naravnega zdravilstva Slovenije
ZIMS	Združenje za integrativno medicino Slovenije

1 UVOD

Komplementarne in alternativne metode (KAM) oz. zdravilstvo je skupno ime za skupino zelo raznolikih metod in sistemov zdravljenja in diagnostike ter izdelkov, ki jih uporabljajo bolniki z različnimi boleznimi. Kljub neverjetnemu napredku tako imenovane uradne medicine, so po svetu KAM zdravljenja še vedno v porastu. Alternativne metode so oblike zdravljenja, ki se uporabljajo namesto konvencionalnega medicinskega pristopa, komplementarne metode pa v kombinaciji ali dodatno s konvencionalnim zdravljenjem (Ivetić et al., 2013). Na splošno bi lahko rekli, da se konvencionalne metode zdravljenja uporabljajo za preprečevanje in lajšanje simptomov, komplementarne metode pa pri posamezniku obravnavajo tudi življenjski slog ter fizično in čustveno zdravje. S komplementarnimi metodami se obravnava bolnika kot celoto (Zaloker, Zaloker, 2010). Vse večja je tudi težnja po tem, da posamezniki postanejo v čim večji meri odgovorni za svoje zdravje (Turk, 2011).

Ljudje so že nekdaj verjeli, da je bolezen posledica organskih in psihosocialnih dejavnikov. Naturalistični pogled na bolezen je stališče, ki pomaga razložiti trend za uporabo KAM zdravljenja. Razlogi za uporabo KAM zdravljenja so lahko tudi kulturno pogojeni, kot na primer v Indiji, Aziji in na Kitajskem (Goldbas, 2012). V mnogih državah v razvoju ali na ruralnih področjih so KAM zdravljenja glavno ali edino zdravstveno varstvo v skupnosti (WHO – World Health Organization, 2013).

Pri odločitvi posameznika za KAM zdravljenja je pomemben njegov odnos do zdravja, ki v primeru bolezni zdravstvenega stanja ne pripisuje drugim zunanjim dejavnikom, ampak se zaveda, da je to lahko tudi posledica osebnega vedenja (McFadden et al., 2010). Prepričanje posameznika o celostnem zdravju, ki poudarja povezanost uma, telesa in duha ter zavedanje, da so fizični in duševni vidiki življenja povezani in da so pomembni za splošno zdravje in dobro počutje, ga privede do iskanja informacij ter posledično tudi do uporabe KAM zdravljenja (Erci, 2007). Tako so na primer McFadden in sodelavci (2010) ugotovili, da so posamezniki, ki se ukvarjajo z aerobno vadbo, bolj odprti za KAM zdravljenja in menijo, da takšna filozofija življenja in pogled na zdravje povečujeta možnost uporabe teh metod zdravljenja v prihodnosti.

1.1 Teoretična izhodišča

Svetovna zdravstvena organizacija je definirala KAM kot širok nabor zdravljenj v klinični praksi, ki niso del tradicije in niso vključena v prevladujoč sistem zdravstvenega varstva (WHO, 2013). KAM zdravljenja predstavljajo pestro paleto avtonomnih zdravstvenih praks, ki se uporabljajo za ohranjanje in promocijo zdravja ter preprečevanje in zdravljenje bolezni. Temeljijo na holističnem pristopu do posameznika in spodbujajo promocijo lastne odgovornosti za zdravje ter povečujejo zmogljivost samozdravljenja (NCCAM – National center for complementary and alternative medicine, 2011). KAM zdravljenja uporabljajo po vsem svetu, vendar se praksa od države do države razlikuje glede na kulturno ozadje, razumevanje in dostopnost teh metod. Za več milijonov ljudi po vsem svetu so KAM zdravljenja zdravila rastlinskega izvora in zdravilci glavni vir zdravstvenega varstva in včasih edini vir oskrbe (WHO, 2013).

KAM zdravljenja obsegajo ukrepe in aktivnosti, ki temeljijo na zdravilskih sistemih in metodah ter se izvajajo na način, ki ne škoduje zdravju. Obstajajo številni pristopi KAM zdravljenja, ki so v Sloveniji v Zakonu o zdravilstvu glede na temeljni način izvajanja opredeljeni kot:

- zdravilski sistemi: tradicionalno kitajsko zdravilstvo, ayurveda – tradicionalno indijsko zdravilstvo, homeopatija, druga zdravilstva;
- metode interakcije med umom in telesom;
- biološko osnovane metode;
- manipulativne in telesne metode, ter
- energijske metode (ZZdrav, 2007).

Borko in Turk (2016) navajata, da začetki KAM zdravljenja pri nas segajo v leto 1993, ko se je Slovenija priključila projektu Evropske komisije "Nekonvencionalna medicina". Leta 2000 so zagovorniki dopolnilnega načina zdravljenja v okviru Slovenskega ekološkega gibanja pripravili prvi kongres komplementarnega in naravnega zdravilstva. Po kongresu so zdravilci ustanovili Društvo komplementarnega in naravnega zdravilstva Slovenije (KONAZ). Leta 2001 je bil organiziran drugi kongres, ki je sprejel Pravilnik o zdravilstvu in Kodeks zdravilske etike. Konec decembra 2002 je bil v Sloveniji ustanovljen še »Iniciativni odbor za odprt dialog zdravnikov o komplementarni medicini«, katerega cilj je

bil združiti medicinske postopke konvencionalne medicine s komplementarnimi metodami zdravljenja.

Oktober 2007 je v veljavo stopila deseta različica Zakona o zdravilstvu, s katerim je bila postavljena meja med KAM in konvencionalnim zdravljenjem. To določilo zdravnikom prepoveduje zdraviti bolnike s KAM. Leta 2012 je ustanovljeno Združenje za integrativno medicino Slovenije (ZIMS), ki ga sestavljajo zdravniki, med katerimi so tudi zdravniki konvencionalne medicine, ki se zavzemajo za integrirano zdravstvo. Namen tega združenja je predvsem ugotoviti, katera KAM zdravljenja so prisotna v našem prostoru in koliko ljudi jih uporablja (Borko, Turk, 2016).

1.1.1 Uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja

Najpogosteje uporabljene KAM zdravljenja se od države do države razlikujejo. V nekaterih državah so tradicionalne in avtohtone oblike zdravljenja trdno zakoreninjene v kulturi in zgodovini. Tako bi lahko uporabo KAM opredelili glede na dejavnike, kot so: uporaba v državah, kjer so KAM zdravljenja primarni vir zdravstvenega varstva (Afrika in države v razvoju); uporaba v državah (npr. Singapur, Koreja), kjer je konvencionalni sistem zdravstvenega varstva dobro uveljavljen, KAM zdravljenja pa zaradi kulturnih in zgodovinskih vplivov, še vedno uporablja 76 do 86 % populacije; uporaba KAM kot dopolnilne terapije, ki je pogosta v razvitih državah, kjer je struktura zdravstvenih sistemov običajno dobro razvita (Severna Amerika in mnoge Evropske države) (WHO, 2013).

Na različne metode uporabe KAM zdravljenja vpliva več dejavnikov, raziskave pa kažejo na podobnosti med uporabniki. Uporaba KAM zdravljenja s strani bolnikov je povezana s holističnim pristopom ter odnosom zdravnika do bolnika, ki temelji na zaupanju, podpori, razumevanju in empatiji (Barnett, 2007). Erci (2007) ugotavlja, da imajo zdravi ljudje bolj negativen odnos do KAM kot bolni in s tem je tudi manjša verjetnost, da bi se te metode uporabljale med zdravo populacijo. V veliki večini ljudje začnejo uporabljati KAM zdravljenja ob pojavu zdravstvenih težav, ob postavitvi medicinske diagnoze in ne takoj ob pojavu simptomov (Aydin Avci et al., 2011).

Najpogosteje uporabljene KAM zdravljenja so naravni izdelki, vadba joge, kiropraktika, meditacija, masaža in homeopatija (NCCAM – National center for complementary and alternative medicine, 2014).

V Združenih Arabskih Emiratih pa ljudje najbolj poznajo homeopatsko in ayurvedsko zdravljenje, uporabljajo pa ga najpogosteje starejše ženske z rakavimi obolenji. Najbolj pogosto jo uporabljajo starejše osebe in ženske, ki so tudi bolj nezadovoljne s konvencionalno medicino. Več uporabljajo KAM zdravljenja še bolniki, ki so bili v zadnjem letu hospitalizirani, kot pa tisti, ki niso bili (Mathew et al., 2013). Avtorji (McFadden et al., 2010) menijo, da ima populacija v starosti od 30 do 65 let več zdravstvenih težav, kroničnih bolezni, ki jih je težko zdraviti s konvencionalno medicino, kot so npr. bolečine v hrbtu. V Indiji, kjer so KAM zdravljenja običajna praksa, jih uporabljajo bolniki z mišičnoskeletnimi obolenji, kroničnimi bolečinami v hrbtu, vratu in sklepih, bolniki s sladkorno boleznijo, boleznimi prebavil in virusom humane imunskopomanjkljivosti – HIV. Uporabljajo jih pogosteje bolniki s kroničnimi boleznimi, ki so se predhodno že zdravili s konvencionalno medicino (Jaiswal et al., 2015) in ljudje z višjo izobrazbo (Roy et al., 2015).

V Švici so KAM zdravljenja priljubljena, zato so Simoes-Wüst in sodelavci (2014) naredili raziskavo med uporabniki in neuporabniki teh metod zdravljenja. Ugotovili so, da so pogosti uporabniki KAM zdravljenja bolniki z migrenami, alergijami, artritisom, depresijo in zaprtjem. To so bolezni, ki se lahko večkrat ponovijo, zato je večja verjetnost, da bolniki uporabljajo KAM zdravljenja in se v povprečju zdravijo daljše časovno obdobje, to je več kot 1 leto (Barnett, 2007). Bolniki s sladkorno boleznijo, povišanim krvnim tlakom, boleznimi srca in žilja ter povišanim holesterolom pa jih uporabljajo manj pogosto. To so dejansko bolniki s kroničnimi boleznimi, ki se ves čas zdravijo z zdravili za vzdrževanje zdravstvenega stanja. V takih primerih v večini zdravilci ne nudijo določenih KAM zdravljenj in se sklicujejo na konvencionalno zdravljenje (Simoes-Wüst et al., 2014).

V Sloveniji je bila narejena raziskava o uporabi KAM zdravljenja med polnoletnimi prebivalci (Ivetić et al., 2013), ki je potrdila porast uporabnikov KAM zdravljenja. Vključeni so bili polnoletni državljani Slovenije iz območja Celja, Novega Mesta, Kranja, Maribora, Kopra in Ljubljane. Intervjuvanci so bili vprašani, če se poslužujejo kiropraktike, homeopatije in uporabljajo še druge alternativne prakse, niso pa bili vprašani, če uporabljajo akupunkturo, ki je od leta 1976 del konvencionalne medicine v Sloveniji. Rezultati so pokazali, da se je večina polnoletnih Slovencev odločila za uporabo KAM, namenjenih

samozdravljenju. Najpogosteje so uporabili zdravilne čaje ter vitamine in minerale. Za zdravljenje s homeopatijo in kiropraktiko se jih je odločilo zelo malo, saj je raziskava pokazala, da intervjuvanci ne zaupajo zdravilcem. Podobne izsledke je potrdila tudi raziskava Sekcije farmacevtov javnih lekarn, ki je pokazala, da 76,2 % polnoletnih prebivalcev Slovenije uporablja zdravila brez recepta, 61,7 % zdravilna zelišča, sledijo prehranska dopolnila in homeopatski pripravki. Pogosto uporabljajo tudi zeliščne čaje, mazila, kreme in gele. 14,8 % anketirancev se je posluževalo masaž in nekaj manj vadbe joge (Pisk et al., 2011).

1.1.2 Vzroki za uporabo komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja

Zanimanje za KAM zdravljenje narašča, saj so ljudje v današnjem času pripravljene prevzeti veliko osebne odgovornosti za svoje zdravje. Imajo lastne interese, veliko časa in denarja namenijo tudi za ustrezno zdravstveno oskrbo (Danell, 2015). Tušek-Bunc (2014) navaja, da se njihova priljubljenost veča zaradi vedno večjega števila na dokazih temelječih raziskav s tega področja. Ker so bolniki v stiski, se velikokrat počutijo zapuščene in so pripravljene plačati tudi velike vsote denarja tistemu, ki obljublja ozdravitev.

Poleg tega se bolniki želijo čim bolj informirati o možnostih kakovostne zdravstvene oskrbe in samoiniciativno iščejo informacije o KAM zdravljenjih (Trail-Mahan et al., 2013). Življenjska filozofija, vrednote posameznika in osebni pogled na svet so v prvi vrsti razlogi za iskanje informacij in uporabo KAM zdravljenja (Barnett, 2007). Najpogostejši razlog za uporabo KAM pa je nezadovoljstvo s konvencionalno medicino (Roy et al., 2015). Shorofi (2011) navaja možne razloge za informiranje in uporabo KAM zdravljenja, kot so: priporočila družinskih članov, dodatne možnosti za izboljšanje zdravstvenega stanja, dokazana učinkovitost za določena zdravstvena stanja, samonadzor nad boleznijo in mnenje bolnikov, da njihov problem ni dovolj resen za obisk zdravnika. Čebren Lipovec (2015) pa ugotavlja, da so odločitve za KAM zdravljenja pogosto tudi posledica odnosov med bolniki in zdravstvenimi delavci. To je podcenjujoč odnos, ki ne dopušča avtonomije pri izbiri zdravljenja, premalo osebni odnos ter premalo časa, ki ga zdravnik nameni bolniku. Nekatere pa pritegne le radovednost oziroma poskusijo še z drugačnim načinom zdravljenja.

Razlog za uporabo KAM zdravljenja je pogosto tudi prenos informacij od ust do ust. V prvi vrsti informacije in nasveti prihajajo od družinskih članov, prijateljev in znancev, saj so ti najpomembnejša socialna podpora struktura za bolnike. Nekateri informacije pridobivajo tudi preko spleta, iz revij, časopisov, knjig ali televizije (Čebren-Lipovec, 2015; Aydin Avci et al., 2011). Najmanj pa se uporabniki KAM zdravljenja posvetujejo z zdravniki (Jaiswal et al., 2015).

1.1.3 Izkušnje bolnikov s komplementarnimi in alternativnimi metodami zdravljenja

Bishop in sodelavci (2013) navajajo štiri glavne dimenzije odražanja uporabnikov s KAM zdravljenji. Medosebna dimenzija odraža odnos bolnika z zdravilcem in komunikacijo med njima. Fizična dimenzija predstavlja občutke, ki jih bolniki doživljajo med zdravljenjem, kot sta dotik in bolečina. Afektivna ali čustvena dimenzija se osredotoča na izkušnje z zdravljenjem, občutke veselja, pomirjenja in občutek moči. Zadnja, kognitivna dimenzija, vključuje spremembe v spoznavanju in predstavlja pomen pridobljenega novega znanja. Predvsem fizična in medosebna dimenzija sta tisti, ki prispevata k ocenjevanju učinkovitosti KAM zdravljenja in odločitvi posameznika za ohranitev in nadaljevanje zdravljenja.

Medosebna dimenzija je najpogosteje tista, o kateri bolniki govorijo kot o pozitivni lastnosti KAM zdravljenja. V prvi vrsti prihaja zadovoljstvo zaradi odnosa zdravilca do bolnika (Schmacke et al., 2014). Obisk pri zdravilcu traja v povprečju dlje časa kot pri zdravniku, kar je zadosten razlog, da je bolniku z neznancem prijetno in se vzpostavi določena mera zaupanja (Lee, Orman, 2012). Bolniki navajajo, da se počutijo boljše že po prvem obisku, saj so presenečeni nad tem, da si je vzel zdravilec toliko časa za njih in preiskal vse zorne kote in vidike njihovega zdravstvenega problema. Bolniki se na ta način počutijo kot del procesa zdravljenja, saj celotno zgodbo o bolezni delijo z zdravilcem, ki si vzame čas in je empatičen (Jakes et al., 2014).

Raziskava v Angliji, v katero so bili vključeni bolniki, hospitalizirani na različnih oddelkih bolnišnice, je pokazala, da več kot polovica bolnikov, ki so uporabljali KAM zdravljenja, meni, da so te metode bolj učinkovite kot konvencionalno zdravljenje (Watjana-Winit et al., 2012). V raziskavi iz Indije pa je 25 % bolnikov odgovorilo, da so KAM zdravljenja varnejša od zdravljenj, ki se jih uporablja v konvencionalni medicini (Jaiswal et al., 2015). Tudi v

Sloveniji je bila narejena raziskava med prebivalci, večinoma osrednjeslovenske regije, ki so imeli vsaj eno kronično bolezen in izkušnjo z uporabo vsaj enega ali več KAM zdravljenj. Rezultati so pokazali, da 62 % bolnikov zagotavlja, da jim je zdravljenje pri zdravilcu pomagalo bolj kot pri zdravniku (Čebren Lipovec, 2015).

Bolniki pred uporabo KAM zdravljenja o njegovi učinkovitosti še niso prepričani, vendar dajejo prednost uporabi teh metod, če menijo, da je vredno poizkusiti, tudi v najslabšem primeru neučinkovitosti (Lee, Orman, 2012). Rezultate KAM zdravljenja predstavljajo bolj celostno in ne nujno povezano s predstavitvijo prvotnega zdravstvenega problema. Večinoma navajajo dodatne učinke teh zdravljenj, da se jim izboljša počutje, spanje, da imajo več energije in živijo manj stresno (Jakes et al., 2014). Več pozitivnih rezultatov navajajo bolniki, ki se s KAM zdravijo več kot šest mesecev. Kljub temu, da imajo mnogi homeopatski pripravki neprijeten okus, so bolniki mnenja, da je učinek pozitiven in ima manj stranskih učinkov kot zdravila, ki jih predpisujejo zdravniki konvencionalne medicine. Nekateri navajajo pozitivne učinke med zdravljenjem, npr. sproščujoč občutek in uživanje med akupunkturo, ne pa tudi zelenih končnih rezultatov (Bishop et al., 2013).

KAM zdravljenja lahko povečajo raven udobja in izboljšajo zadovoljstvo bolnikov z zdravljenjem tudi v bolnišnicah (Trail-Mahan et al., 2013). Nefarmakološke oblike, kot so: glasba, masaža in terapije z živalmi, lahko pomagajo pri zmanjševanju bolezenskih znakov in simptomov, kot so izboljšanje spanja, zmanjšanje občutka strahu in nelagodja, znižanje srčnega utripa, frekvence dihanja, krvnega tlaka, znižanje ravni stresnih hormonov, zmanjšanje potreb po analgetikih in sedativih. V paliativni oskrbi so se KAM zdravljenja pokazala kot učinkovita za bolnike (Kramlich, 2014). Uporablja se jih kot dopolnilno zdravljenje. DiStasio (2011) je raziskoval vpliv joge na bolnike z rakom. V času zdravljenja je joga pri njih pozitivno vplivala na zmanjšanje utrujenosti, kakovost spanja, razpoloženje, stres in kakovost življenja. Po zdravljenju raka pa so s pomočjo vadbe joge obvladovali depresivna in anksiozna stanja, nespečnost, bolečine in utrujenost.

Negativno izkušnjo s KAM zdravljenjem bolniki večinoma navajajo kot zdravljenje, ki je bilo neučinkovito. Ljudje z negativnimi izkušnjami so mnenja, da zdravljenje s KAM ni bilo primerno za njih kot posameznika, za njihov zdravstveni problem, mogoče zdravilec ni imel pravih način zdravljenja in dovolj izkušenj. Kljub negativnim izkušnjam so bolniki mnenja, da so še pripravljene poizkusiti in raziskati različne načine KAM zdravljenja in s

tem sprejeti tudi tveganja. Pravijo, da nekatere stvari moraš preizkusiti – ene stvari pač delujejo, druge pa ne (Danell, 2015).

V veliki večini KAM zdravljenja niso škodljiva za posameznika. V primerih, ko pa imajo posamezniki določena kulturna prepričanja o zdravju in bolezni, se zaradi tega upočasnijo dostop do potrebne zdravstvene oskrbe, ki se lahko konča tudi s katastrofalnim izidom. Nekateri vidijo bolezen kot rezultat neravnovesja različnih energij in prosijo za nasvet zdravilce in uporabljajo KAM zdravljenja za ponovno vzpostavitev ravnovesja kot prvo izbiro zdravljenja kroničnih bolezni. Na ta način zavlačujejo potencialno možnost za reševanje zdravstvenih težav s konvencionalno medicino (Kramlich, 2014).

1.1.4 Seznanjenost bolnika in zdravnika z uporabo komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja

Bolniki na Norveškem si želijo, da bi se o možnostih uporabe KAM zdravljenja posvetovali z zdravnikom in da se o tem ne bi odločali sami (Salamonsen, 2012). Poglavitni problem, ki se pojavi pri uporabi KAM zdravljenja je v tem, da so bolniki premalo seznanjeni, informacij ne pridobivajo na pravi način ter tako ne poznajo kompatibilnosti z drugimi metodami zdravljenja (O'Regan et al., 2010). Večina bolnikov uporablja KAM zdravljenja dopolnilno, sočasno z zdravljenji konvencionalne medicine brez posveta z zdravnikom. Prav iz tega razloga bi zdravstveni delavci potrebovali ustrezno znanje o KAM zdravljenja. Zdravstveni delavci bi morali poznati celotno zgodovino zdravljenja bolnika, vključno z uporabo KAM, da bi se zmanjšala nevarnost interakcij med zdravljenji ter interakcijami med zdravili, predpisanimi s strani zdravnika ter zdravilca (Jaiswal et al., 2015). Se pravi, da lahko s sočasno uporabo konvencionalne medicine in alternativnih metod pride do nepredvidenih stranskih učinkov, ki so lahko kot kontraindikacija za predpisano konvencionalno zdravljenje (Roy et al., 2015). Bolniki bi morali biti seznanjeni o trenutni učinkovitosti KAM zdravljenja, da bi na ta način zmanjšali tveganje zaradi njihove uporabe (Wattjana-Winit et al., 2012).

Chang in Chang (2015) ugotavljata, da večina zdravstvenih delavcev nima celovitega razumevanja in poznavanja teh vrst teorij in z njimi povezanih tveganj in koristi, kljub pozitivnemu odnosu do KAM zdravljenja in dopuščanju možnosti uporabe v kliničnem okolju. Potrebna bi bila dodatna izobraževanja, da bi premagali komunikacijske ovire med

zdravstvenimi delavci in bolniki na tem področju. Čebren Lipovec (2015) ugotavlja, da je razlog pri bolnikih – strah pred neodbravanjem zdravnika za to vrsto zdravljenja in posledična slabša obravnava.

Raziskava Roya in sodelavcev (2015) je pokazala, da je 19 % bolnikov prostovoljno obvestilo zdravnika o uporabi KAM zdravljenja, 93 % bolnikov, ki so to metodo zdravljenja uporabljali, pa je odgovorilo, da jih zdravniki tekom obravnave o tem niso vprašali. Koren in sodelavci (2015) navajajo nekoliko večji delež bolnikov, ki so o uporabi KAM zdravljenja obvestili zdravnika, vendar je bilo to le pri 15 % primerov zabeleženo v zdravstveno dokumentacijo. Zdravstveni delavci bi tako s pridobitvijo ustreznega znanja, kompetenc, usposabljanja, institucionalne podpore, opreme in podpore sodelavcev, bolnikom omogočili razpravljanje o njihovih vprašanjih in podali morebitne rešitve (Chang, Chang, 2015).

Tudi študentje zdravstvenih smeri menijo, da bi bilo potrebno vključiti izobraževanje o KAM zdravljenja v učni načrt že v srednji šoli (Loh et al., 2013). Yldirim in sodelavci (2010) so v raziskavi ugotovili, da imajo študentje zdravstvene nege v primerjavi s študenti medicine bolj pozitiven odnos do KAM zdravljenja. V Združenih državah Amerike je imelo v študijskem letu 2002/2003 98 fakultet za medicino na voljo izbirne predmete s področja KAM zdravljenja. Študentje, ki v izobraževanju nimajo vključenih teh tem, se večinoma izobražujejo iz knjig, interneta in televizije ali se udeležijo seminarjev.

Integracija KAM zdravljenja s konvencionalno medicino predstavlja izziv za vse na področju zdravstvene nege. Predvsem zdravstveni delavci, ki največ časa preživijo z bolnikom, so zadolženi za podajanje informacij in poučevanje (O'Regan et al., 2010).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je predstaviti razširjenost uporabe KAM zdravljenja med bolniki z internističnimi boleznimi. Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti, koliko bolnikov z internističnimi boleznimi uporablja KAM zdravljenja;
- ugotoviti, kakšne izkušnje imajo bolniki z internističnimi boleznimi z uporabo KAM zdravljenja;
- ugotoviti, ali so zdravniki seznanjeni z uporabo KAM zdravljenja med bolniki z internističnimi boleznimi.

3 METODE DELA

V diplomskem delu smo uporabili opisno metodo dela in izvedli kvantitativno retrospektivno raziskavo. Podatke, potrebne za raziskavo, smo pridobili iz že izpolnjene dokumentacije zdravstvene nege, ki jo študentje zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani uporabljajo za učenje izvajanja procesne metode dela pri bolnikih na kliničnem usposabljanju. Dokumentacija zdravstvene nege (Šušteršič et al., 2006) z dodatnimi vprašanji o KAM zdravljenja, je bila izpolnjena v letih 2013/2014 in 2014/2015 s strani študentov 2. letnika zdravstvene nege. Študentje so jo izpolnjevali v okviru kliničnega usposabljanja pri predmetu Zdravstvena nega internističnega bolnika. Podatki so bili pridobljeni od namensko izbranih bolnikov, ki so se v času kliničnega usposabljanja zdravili na internističnih oddelkih. Izključeni so bili bolniki, ki se niso bili pripravljani pogovarjati ali so imeli motnje zavesti. Na ta način smo dobili nabor bolnikov različnih starosti, spola, bolezni in kraja bivanja. Anonimnost je bila zagotovljena, saj v dokumentacijo zdravstvene nege študenti ne vpisujejo nobenih osebnih podatkov, na osnovi katerih bi bila možna prepoznavnost bolnikov z internističnimi boleznimi.

3.1 Opis instrumenta

Pripravili smo Zbirni list podatkov (Priloga 1) za potrebe raziskovanja uporabe KAM zdravljenja med bolniki z internističnimi boleznimi. Zbirni list smo naredili na podlagi dokumentacije zdravstvene nege, ki so jo pripravili Šušteršič in sodelavci (2006). Dokumentacija zdravstvene nege je razdeljena po fazah procesne metode dela v zdravstveni negi in omogoča celovito obravnavo bolnika. Vsebuje nabor vseh življenjskih aktivnosti. S pomočjo individualnih načrtov zdravstvene nege študentje v okviru kliničnega usposabljanja v vseh treh letih študija izvajajo zdravstveno nego po procesni metodi dela.

Zbirni list podatkov, pripravljen za potrebe raziskovanja, vsebuje demografske podatke bolnikov z internističnimi boleznimi: spol (moški, ženski), starost (18–59 let, 60 let in več), status (zaposlen, nezaposlen, upokojen), izobrazba (nedokončana osnovna šola, osnovna šola, poklicna šola, srednja šola, višja šola, visoka strokovna šola, univerzitetna izobrazba, magisterij/doktorat), kraj bivanja (mesto, primestje, vas), zdravstveno območje (vzhodno, osrednjeslovensko, zahodno).

Internistične bolezni bolnikov, smo razdelili v sedem večjih skupin: bolezni srca in žilja, dihal, presnove, krvi in krvotvornih organov, prebavil, mišičnoskeletne bolezni in nevrološke bolezni. V času zbiranja podatkov je vsak bolnik lahko navedel več medicinskih diagnoz, vendar smo v statistično obdelavo vključili le prvo navedeno diagnozo pri vsakem bolniku.

Podatke o uporabi KAM med bolniki z internističnimi boleznimi smo prav tako zbrali v zbirni list podatkov iz dokumentacije zdravstvene nege teh bolnikov. Sprejemni dokumentaciji je bilo dodano vprašanje o uporabi KAM zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih (DA, NE) in če so na to odgovorili z da, so odgovarjali še na naslednja vprašanja: uporabo KAM zdravljenja je svetoval (nihče, sam/a sem se odločil/a, svojci, prijatelji, zdravnik, zdravstveni delavec), obisk zdravlilca v zadnjih 12-ih mesecih (DA, NE), obisk je bil učinkovit (DA, NE), zdravljenje se ujema s predpisanim zdravljenjem od zdravnika (DA, NE), o uporabi KAM sem seznanil lečečega zdravnika (DA, NE), zdravnik me je vprašal o uporabi dodatnega zdravljenja, jemanju prehranskih dodatkov, zeliščnih tablet, drugih naravnih preparatov (DA, NE).

3.2 Opis vzorca

Izpoljenih je bilo 234 dokumentacij zdravstvene nege za bolnike z internističnimi boleznimi. Šest je bilo nepopolnih, zato smo jih izločili. V raziskavo je bilo tako vključenih 228 bolnikov z internističnimi boleznimi. Podatke so študentje individualno pridobivali od namensko izbranih bolnikov z internističnimi boleznimi, ki so v času kliničnega usposabljanja bili hospitalizirani na kliničnih oddelkih, ki so bili učne baze za študente zdravstvene nege Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Ker je bil namenski izbor ni statistično reprezentativen vzorec in se rezultati ne morejo posploševati na celotno populacijo bolnikov z internističnimi boleznimi. Dokumentacija zdravstvene nege je bila izpolnjena s privolitvijo bolnikov in možnostjo vpogleda. V tabeli 1 so predstavljene sociodemografske značilnosti bolnikov z internističnimi boleznimi. V tabeli 2 so predstavljene internistične bolezni bolnikov.

3.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za potrebe raziskave so bili podatki izpisani marca 2016 v prostorih Zdravstvene fakultete, Univerze v Ljubljani. Dokumentacija zdravstvene nege od posameznih bolnikov z internističnimi boleznimi je hranjena pri šolskem mentorju za klinično usposabljanje za področje zdravstvene nege internističnega bolnika. Etična odobritev ni bila potrebna s strani Komisije republike Slovenije za medicinsko etiko, saj so bili podatki za sekundarno analizo pridobljeni iz anonimnih listov dokumentacij zdravstvene nege, ki so bili izpolnjeni po prostovoljni ustni privolitvi bolnikov z internističnimi boleznimi.

Podatki o bolnikih z internističnimi boleznimi in njihovi uporabi KAM zdravljenja so bili vneseni v Microsoftov program Excel 2013 in obdelani s programom Excel 2013. Glede na celoten vzorec so rezultati predstavljeni opisno in numerično ter v odstotkih. Deleži o uporabi KAM zdravljenja med bolniki z internističnimi boleznimi so prikazani v tabelah, narejenih v Microsoftovem programu Excel 2013.

4 REZULTATI

Za analizo podatkov je bilo zbranih 234 dokumentacij zdravstvene nege, od namensko izbranih bolnikov z internističnimi boleznimi, hospitaliziranih na internističnih oddelkih. Od teh jih je bilo 228 izpolnjenih pravilno. V tabeli 1 so prikazane sociodemografske značilnosti bolnikov z internističnimi boleznimi, v tabeli 2 pa njihove internistične bolezni po skupinah obolenj. V raziskavo je bilo vključenih 134 (59,3 %) dokumentacij zdravstvene nege, ki so bile pridobljene od bolnic z internističnimi boleznimi, 172 (76,8 %) upokojenih in 150 (66,4 %) starejših nad 60 let. 118 (51,8 %) jih je živel v mestu, 56 (24,6 %) na vasi in 54 (23,7 %) v primestju. Iz osrednjeslovenskega zdravstvenega območja jih je bilo 154 (68,4 %). Manj kot 12 let izobraževanja je imelo 185 (83,0 %) bolnikov z internističnimi boleznimi, 38 (17,0 %) pa več kot 13.

Največ bolnikov (n=92, 45,8 %), je bilo s srčnožilnimi boleznimi in boleznimi presnove (n=27, 13,4 %). Bolezni krvi in krvotvornih organov je imelo 26 (12,9 %) bolnikov in bolezni dihal 22 (10,9 %). Najmanj (n=7, 3,5 %) je bilo bolnikov z mišičnoskeletnimi boleznimi, boleznimi prebavil (n=16, 8,0 %) in nevrološkimi boleznimi (n=11, 5,5 %) (Tabela 2).

V tabelah 1 in 2 je navedena tudi uporaba KAM zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih med bolniki z internističnimi boleznimi. Od skupno 228 bolnikov z internističnimi boleznimi jih je v zadnjih 12-ih mesecih KAM zdravljenja uporabljalo 51 (22,4 %), 163 (71,5 %) ne, v 14-ih dokumentacijah zdravstvene nege pa ni bilo podatka. Uporaba je prikazana glede na spol, status, starost, kraj bivanja, zdravstveno območje in stopnjo izobrazbe. Večje razlike glede uporabe KAM zdravljenja so pri spolu (ženske jih uporabljajo v večjem številu) in starosti (mlajši od 59 let jih uporabljajo v večjem številu) (Tabela 1). Glede na uporabo KAM zdravljenja med bolniki po skupinah internističnih bolezni jih je uporabljalo od 2 do 17 bolnikov v posamezni skupini internističnih bolezni. Delež uporabe KAM zdravljenja je večji pri bolnikih z nevrološkimi boleznimi (Tabela 2).

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti bolnikov z internističnimi boleznimi in uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih

SOCIODEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI			UPORABA KAM DA (n = 51)	
	n	%	n	%
SPOL (n=226)				
Ženske	134	59,3	36	26,9
Moški	92	40,7	15	16,3
STATUS (n=224)				
Zaposlen	39	17,4	7	17,9
Nezaposlen	13	5,8	6	46,2
Upokojen	172	76,8	38	22,1
STAROST (n=226)				
18–59 let	76	33,6	21	27,6
60 let in več	150	66,4	30	20,0
KRAJ BIVANJA (n=228)				
Mesto	118	51,8	24	20,3
Vas	56	24,6	14	25,0
Primestje	54	23,7	13	24,1
ZDRAVSTVENO OBMOČJE (n=225)				
Zahodno	34	15,1	6	17,6
Osrednjeslovensko	154	68,4	35	22,7
Vzhodno	37	16,4	10	27,0
STOPNJA IZOBRAZBE (n=223)				
Nedokončana osnovna šola	7	3,1	2	28,5
Osnovna šola	35	15,7	5	14,3
Poklicna šola	72	32,3	13	18,1
Srednja šola	71	31,8	18	25,4
Višja šola	12	5,4	4	33,3
Visoka strokovna šola	10	4,5	5	50,0
Univerzitetna izobrazba	15	6,7	4	26,6
Magisterij/doktorat	1	0,4	/	/

Legenda: n = število, % = odstotek

Tabela 2: Vrsta internističnih bolezni in uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih pri bolnikih z internističnimi boleznimi

VRSTA INTERNISTIČNE BOLEZNI (n = 201)	SKUPAJ		UPORABA KAM DA (n = 44)	
	n	%	n	%
Bolezni srca in žilja	92	45,8	17	18,5
Bolezni dihal	22	10,9	2	9,1
Bolezni presnove	27	13,4	10	37,0
Bolezni krvi in krvotvornih organov	26	12,9	3	11,5
Mišičnoskeletne bolezni	7	3,5	1	14,3
Bolezni prebavil	16	8,0	3	18,8
Nevrološke bolezni	11	5,5	8	72,7

Legenda: n = število, % = odstotek

Tabela 3: Podatki o bolnikih z internističnimi boleznimi, ki so v zadnjih 12-ih mesecih uporabljali komplementarne in alternativne metod zdravljenja

NASVETI O UPORABI KAM OD (n = 51)	n	%
Svojcev	12	23,5
Prijateljev	7	13,7
Zdravnika	5	9,8
Zdravstvenih delavcev	1	2,0
Sam se je odločil	26	51,0
OBISK ZDRAVILCA (n = 51)		
Da	16	31,4
Ne	35	68,6
KAM ZDRAVLJENJA SO UČINKOVITA (n = 36)		
Da	21	58,3
Ne	15	41,7
KAM ZDRAVLJENJA SE UJEMAJO S KONVENCIONALNIMI (n=39)		
Da	21	53,8
Ne	18	46,2
BOLNIK JE SEZNANIL ZDRAVNIKA O UPORABI KAM (n = 50)		
Da	22	44,0
Ne	28	56,0

Legenda: n = število, % = odstotek

V tabeli 3 so predstavljeni podatki o bolnikih z internističnimi boleznimi, ki so v zadnjih 12-ih mesecih uporabljali KAM zdravljenja. Od teh se jih je 26 (51,0 %) samih odločilo za uporabo KAM zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih, 16 (31,4 %) jih je obiskalo zdravlilca, 21 (58,3 %) bolnikov z internističnimi boleznimi, ki so jih uporabljali, je odgovorilo, da so KAM zdravljenja učinkovita in 21 (53,8 %), da se ujemajo s konvencionalnim zdravljenjem. 22 (44,0 %) bolnikov z internističnimi boleznimi, je o uporabi KAM zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih prostovoljno seznanilo lečečega zdravnika (Tabela 3).

Tabela 4: Vprašanje lečečega zdravnika bolniku z internističnimi boleznimi o uporabi komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih

ZDRAVNIK JE O UPORABI KAM VPRAŠAL BOLNIKA (n=204)	SKUPAJ		UPORABA KAM DA (n = 47)	
	n	%	n	%
Da	88	43,1	25	28,4
Ne	116	56,8	22	18,9

Legenda: n = število, % = odstotek

V tabeli 4 so prikazani rezultati vseh 228 bolnikov z internističnimi boleznimi, ki so sodelovali s študenti zdravstvene nege za potrebe izpolnjevanja dokumentacij zdravstvene nege. Zdravnik je 88 (43,1 %) bolnikov z internističnimi boleznimi vprašal o uporabi KAM zdravljenja in od teh jih je bilo 25 (28,4 %), ki so KAM zdravljenja uporabljali.

5 RAZPRAVA

Zaključimo lahko, da so bolniki z internističnimi boleznimi v majhnem številu uporabljali KAM zdravljenja, tako kot so ugotovili tudi Ivetić in sodelavci (2013). To je morda zaradi namenskega izbora bolnikov z internističnimi boleznimi, ki so imeli kronične bolezni, ki zahtevajo stalno neprekinjeno zdravljenje samo za to, da se določeno zdravstveno stanje vzdržuje. V takih primerih bolniki bolj pogosto preizkušajo različne metode zdravljenja (Lee, Orman, 2012). V raziskavo so bili vključeni tudi le posamezniki na podlagi ustne privolitve, ki so se v času kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege zdravili na internističnih oddelkih in so bili morda bolj pripravljeni povedati svoje izkušnje s kronično boleznijo. Na podlagi tega je bil vzorec bolj homogen, saj je bil omejen le na bolnike z internističnimi boleznimi. Prevladovali so bolniki z boleznimi srca in žilja ter boleznimi presnove in krvi ter krvotvornih organov. Vključenih je bilo več žensk kot moških, starejših od 60 let, s končano poklicno ali srednješolsko izobrazbo. Te značilnosti so tudi po podatkih drugih raziskav, najbolj značilne za uporabnike KAM zdravljenja (Čebren-Lipovec, 2015; NCCAM, 2011). Ne moremo, pa trditi, da so starejši nad 60 let večkrat uporabljali KAM zdravljenja, ker bi imeli tudi več kroničnih bolezni in zdravstvenih težav (Mathew et al., 2013).

Bolniki so o KAM zdravljenju vedno bolj informirani zaradi vse večje dostopnosti informacij na spletu, povečan pa je tudi stik z drugimi kulturami, ki tradicionalno uporabljajo KAM zdravljenja (Ventola, 2010). V raziskavi smo ugotovili, da večino informacij bolniki pridobijo sami. Samostojno iskanje informacij o KAM zdravljenja je povezano z vedno večjim zavedanjem posameznikov o lastni odgovornosti za zdravje (McFadden et al., 2010). V drugi vrsti so svojci in prijatelji glavni vir informiranja in svetovanja o KAM zdravljenja.

Najmanj informacij in nasvetov so bolniki z internističnimi boleznimi prejeli s strani zaposlenih v zdravstvu. V samo petih primerih je bilo to od zdravnika. Zdravniki so mnenja, da pogovori o KAM zdravljenju zanje niso enostavni, saj jim primanjkuje ustreznega znanja, usposobljenosti glede komunikacije in znanstvenih dokazov o neželenih učinkih in učinkovitosti KAM zdravljenja. Vsi ti dejavniki zdravnikom preprečujejo sodelovanje z bolniki o uporabi KAM zdravljenja. Razlogi za to, lahko izvirajo iz njihovih osebnih prepričanj in stališč. Večinoma pa zadržanost zdravstvenega osebja za svetovanje o teh metodah zdravljenja izhaja iz nezadostnega poznavanja KAM zdravljenja in strahu pred neželenimi učinki, ki bi se lahko pojavili (Verhoef et al., 2008). Podatki so zaskrbljujoči, saj

je zdravstveno osebje, ki je usposobljeno za podajanje informacij o možnostih zdravljenja bolnikov in za podporo pri svetovanju glede zdravljenja, to storilo redko.

Med uporabniki KAM zdravljenja so najpogosteje uporabljene metode samozdravljenja z zdravili rastlinskega izvora in zeliščnimi pripravki (Argüder et al., 2012; Watjana-Winit et al., 2012). Steinsbekk in sodelavci (2009), ki so ugotavljali uporabo KAM zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih med populacijo v Združenih državah Amerike in na Norveškem, so ugotovili, da je izmed vseh uporabnikov KAM zdravljenja, le 7,4 % Američanov in 8,7 % Norvežanov obiskalo zdravilca, kar je morda lahko tudi zaradi visokih cen obiskov pri zdravilcih (Nahin et al., 2009). Večina se jih je posluževala drugih KAM zdravljenja, namenjenih samozdravljenju (Steinsbekk et al., 2009). Medtem, ko je tretjina bolnikov z internističnimi boleznimi, vključenimi v raziskavo, obiskala zdravilce.

Ne glede na to, ali je do stika z zdravilci prišlo po naključju, ali je to odraz nezadovoljstva s konvencionalno medicino, ali pa posledica družinske tradicije, je bil verjetno pomemben prvi stik, da so bolniki upali na njihovo učinkovitost. Uporabniki KAM zdravljenja kot pozitivno stran tega zdravljenja navajajo dober odnos med bolnikom in zdravilcem. Čas trajanja posvetovanja je zadosten, v povprečju eno uro, da lahko zdravilec dobi bolj celovit pogled o bolniku. Zdravilec s podrobnimi vprašanji ter svojim odnosom do bolnika postopoma zgradi zaupanje. Bolniki pri obisku nimajo nobenih zadržkov o čem razpravljati, so odkriti in nimajo strahu pred nesprejemanjem njihovih težav s strani zdravilca (Schmacke et al., 2014).

Zadovoljstvo, ki se pojavi med starejšo populacijo uporabnikov KAM zdravljenja, predvsem pri obisku zdravilca, izhaja iz odnosov, ki se pri obisku vzpostavijo. Starejši, ki imajo večinoma ozek socialni krog, dajejo velik pomen časovni neomejenosti, ki jo imajo na razpolago pri obisku zdravilca. Zadovoljni so z zdravilcem, ki jih pozorno posluša, upošteva vse njihove tegobe, jim je dosegljiv osebno ter preko telefona. V večini primerov je to oseba, na katero se osamljen starostnik lahko zanese, mu zaupa in mu daje občutek, da je nekdo zanj odgovoren (Danell, 2015). Trend uporabe KAM zdravljenja narašča tudi med mlajšo populacijo. Po podatkih NCCAM je leta 2007 12 % Američanov mlajših od 18 let uporabljalo KAM zdravljenja. Uporaba teh metod je bila pogostejša pri otrocih in mladostnikih, ki so večkrat potrebovali zdravstveno oskrbo in hospitalizacijo za kronične bolezni. Uporaba je bila večja pri otrocih starih od 12 do 17 let, katerih starši z višjo izobrazbo uporabljajo KAM zdravljenja. Uporabniki so predvsem tisti s šestimi ali več

zdravstvenimi težavami, vzrok za uporabo pa so tudi dolge čakalne vrste ter stroški obravnave bolnika (NCCAM, 2008).

Prav zaradi starosti populacije, ki se večinoma poslužuje KAM zdravljenja, se pojavijo omejitve pri pravilnem informiranju. Kot smo ugotovili, jih večina informacije pridobiva od sorodnikov in prijateljev, pri tem pa se pojavi vprašanje o verodostojnosti teh informacij. Ali so uporabniki pravilno seznanjeni z vsemi tveganji in neželenimi učinki zdravljenja ter kombiniranjem KAM zdravljenja in konvencionalne medicine (O'Regan et al., 2010).

Koren in sodelavci (2015) so navedli, da je izmed vseh uporabnikov KAM zdravljenja v 73 % prišlo do interakcije med zdravili pri bolnikih, ki so jemali rastlinske pripravke in zdravila, predpisana od zdravnika. Ravno zaradi pogostih kombiniranj različnih zdravljenj bi bilo potrebno bolnikom zagotoviti prave informacije. Uporabnikom KAM zdravljenja se zdi pomembna kombinacija konvencionalne in alternativne medicine (Schmacke et al., 2014). Z raziskavo smo ugotovili, da slabi dve tretjini bolnikov z internističnimi boleznimi, ki uporabljajo KAM zdravljenja meni, da so te metode učinkovite, dobra polovica pa je mnenja, da se ujemajo s predpisanim zdravljenjem od zdravnika. Ni pa določeno iz katerih virov izhajajo njihova prepričanja o učinkovitosti in kompatibilnosti teh dveh načinov zdravljenja.

Zdravniki imajo etične in pravne obveznosti do svojih bolnikov. To pomeni, da spoštujejo bolnikovo avtonomijo, kar pri izbiri zdravljenja predstavlja bolnikovo vlogo pri odločanju glede zdravljenja. Da se lahko bolnik sam odloči o primernem načinu zdravljenja, mu morajo biti s strani zdravstvenih delavcev predstavljene vse možnosti, ki so na voljo. Čeprav so bolniki tisti, ki imajo pravico odločati o zdravljenju, so zdravniki tisti, ki imajo dolžnost, da obveščajo bolnike o vseh terapevtskih možnostih, vključno s KAM zdravljenja. To pomeni, da morajo biti zdravniki pripravljene posredovati informacije o prednostih in verjetnih rezultatih zdravljenja, neželenih učinkih, povezanih z zdravljenjem, možnimi in verjetnimi zapleti, stranskimi učinki in alternativnimi možnostmi (Verhoef et al., 2008). Izmed bolnikov z internističnimi boleznimi, ki so uporabljali KAM zdravljenja v zadnjih 12-ih mesecih, jih je o tem le tretjina seznanila lečečega zdravnika. Bolniki kot možne razloge, da ne poznajo zdravnika o uporabi KAM zdravljenja navajajo, da ne vedo, da bi to morali sporočiti svojemu zdravniku, zdravnik jih o tem ni vprašal in posledično sami tudi niso spraševali o tem (Xue et al., 2007). Nekateri bolniki ne razpravljajo o KAM zdravljenja iz strahu, da se ne bi zdravnik odzval negativno (Shelly et al., 2009). Veliko je tudi takih, ki so

mnenja, da zdravniki nimajo dovolj znanja o KAM zdravljenja in jim prav zaradi tega razloga sploh ne omenijo uporabe (Natan et al., 2016). Rezultati raziskave ne kažejo na to, da bi pogovore glede KAM zdravljenja začeli bolniki z internističnimi boleznimi, prav tako se za nasvet glede njihove uporabe niso pozanimali pri zdravnikih. Medtem, ko so Argrüder in sodelavci (2012) ugotovili ravno obratno.

V več kot tretjini primerov, od 228-ih bolnikov z internističnimi boleznimi, pa jih je zdravnik sam vprašal, če uporabljajo KAM zdravljenja. Zdravniki bolj redko svetujejo KAM zdravljenja, razen takrat, ko tudi sami uporabljajo katero od KAM zdravljenja (Barnett, 2007). V ostalih primerih do komunikacije med zdravnikom in bolnikom z internističnimi boleznimi o uporabi KAM zdravljenja ni prišlo. Čeprav zdravniki menijo, da nimajo pri posamezniku dovolj časa, da raziščejo celotno uporabo KAM zdravljenja, je pomembno, da se o tem vsaj pozanimajo in zagotovijo splošne nasvete. Predlog za lažje zbiranje podatkov o KAM zdravljenja bi bila tudi vključitev vprašanja o uporabi teh metod v medicinsko dokumentacijo (Long, 2011).

Omejitve predstavljene raziskave so predvsem nepreverjenost pravilnega pridobivanja informacij. Dokumentacije zdravstvene nege so namreč izpolnjevali študentje zdravstvene nege po natančno prejetih navodilih s strani mentorjev zdravstvene fakultete, vendar kljub temu ni zagotovljena njihova doslednost pri izvajanju in pravilnem izpolnjevanju. Zaradi etičnega vidika zagotavljanja bolnikove zasebnosti se ni bilo možno poglobiti v podrobnosti in ozadje pridobljenih informacij ter podati dodatnih vprašanj, saj je bila v prvi vrsti pomembna zagotovitev anonimnosti bolnika. Slabost pri izvajanju je bilo veliko število spraševalcev, saj je vsak študent zdravstvene nege izpolnil dokumentacijo zdravstvene nege le za enega bolnika z internističnimi boleznimi.

6 ZAKLJUČEK

Komplementarne in alternativne metode zdravljenja obstajajo že tisočletja saj se prenašajo iz roda v rod, tako so obstale tudi do danes. Prisotne so tudi v Sloveniji. Priljubljenost komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja izvira iz obravnave bolnika na psihični, fizični in duševni ravni hkrati, in ne le bolezni pri bolniku. Uporaba teh metod v bolnišničnem okolju je nekoliko bolj v ozadju v primerjavi z drugimi državami. Povezovanje KAM zdravljenja s konvencionalno medicino lahko predstavlja samo pozitivne učinke za bolnika, predvsem pa varno uporabo teh metod.

Zdravstveni delavci, ki bi v tem primeru bili odgovorni za pravilno podajanje informacij in zagotavljanje nasvetov o uporabi KAM zdravljenja, o tveganjih, interakciji s konvencionalno medicino, se teh tem izogibajo. Iz tega razloga bi bilo potrebno uvesti dodatna izobraževanja s področja KAM zdravljenja med zaposlenimi v zdravstvu, zato bi bilo potrebno razmisliti o uvedbi dodatnih izobraževanj o KAM zdravljenja v okviru formalnega izobraževanja za zdravstvene delavce.

Pozitivne vidike KAM zdravljenja bi lahko prenesli tudi v zdravstveno nego in na ta način povečali udobje bolnikov. Dodatne raziskave o integraciji KAM zdravljenja v zdravstveno nego bolnikov z internističnimi boleznimi bi lahko spodbudile njihovo uporabo v okviru zdravstvene nege, da bi se zagotovilo celostno oskrbo ter s tem več zadovoljstva, ugodja in dobre komunikacije med bolniki in zdravstvenimi delavci.

7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Argüder E, Yilmaz I, Ateş C, Misirligil Z, Bavbek S (2012). Self-reported knowledge and approaches toward complementary and alternative medicine among physicians dealing with allergic diseases. *Am J Chin Med* 40(4): 671–83. doi: 10.1142/S0192415X12500504.

Aydin Avci I, Koc Z, Sağlam Z (2011). Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer in northern Turkey: analysis of cost and satisfaction. *J Clin Nurs* 21(5-6): 677–88. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03732.x.

Barnett H (2007). Complementary and alternative medicine and patient choice in primary care. *Qual Prim Care* 15(4): 207–12.

Bishop FL, Yardley L, Lewith GT (2013). Why consumers maintain complementary and alternative medicine use: a qualitative study. *J Altern Complement Med* 16(2): 175–82. doi: 10.1089=acm.2009.0292.

Borko E, Turk Z (2016). Zdravstvo in zdravilstvo. *ISIS* 25(7): 15–8.

Chang HY, Chang HL (2015). A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs* 24(11): 1466–78. doi: 10.1111/jocn.12790.

Čebren Lipovec U (2015). Razdvojeni med uradno in komplementarno medicino: predstavitev medicinsko antropološke raziskave med kroničnimi bolniki. In: Kočevar–Glavač N, Zvonar–Pobirk A, eds. *Znanstveno-kritičen pogled na komplementarno in alternativno medicino*. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo, 16–24.

Danell JA (2015). From disappointment to holistic ideals: a qualitative study on motives and experiences of using complementary and alternative medicine in Sweden. *J Public Health Res* 4(2): 125–31.

DiStasio SA (2011). Integrating yoga into cancer care. *Clin J Oncol Nurs* 12(1): 125–30. doi: 10.1188/08.CJON.125-130.

Erci B (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *J Clin Nurs* 16(4): 761–8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01655.x.

Goldbas A (2012). An introduction to complementary and alternative medicine (CAM). *Int J Childbirth Educ* 27(3): 16–20.

Ivetić V, Čreslovník B, Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J (2013). Uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Acta medico-biotechnica* 6(1): 51–8.

Jaiswal K, Bajait C, Pimpalkhute S, Sontakke S, Dakhale G, Magdum A (2015). Knowledge, attitude and practice of complementary and alternative medicine: a patient's perspective. *Int J Med Public Health* 5(1): 19–23. doi: 10.4103/2230-8598.151243.

Jakes D, Kirk R, Muir L (2014). A qualitative systematic review of patients' experiences of acupuncture. *J Altern Complement Med* 20(9): 663–71. doi: 10.1089/acm.2013.0446.

Koren R, Lerner A, Rirosh A et al. (2015). The use of complementary and alternative medicine in hospitalized patients with type 2 diabetes mellitus in Israel. *J Altern Complement Med* 21(7): 395–400. doi: 10.1089/acm.2015.0019.

Kramlich D (2014). Introduction to complementary, alternative, and traditional therapies. *Crit Care Nurse* 34(6): 50–6.

Lee N, Orman C (2012). Complementary and alternative medicine – what's the attraction? *Int J Childbirth Educ* 27(3): 92–4.

Loh KP, Ghorab H, Clarke E, Conroy R, Barlow J (2013). Medical students' knowledge, perceptions, and interest in complementary and alternative medicine. *J Altern Complement Med* 19(4): 360–6. doi: 10.1089/acm.2012.0014.

Long A (2011). Complementary and alternative medicine: what physicians should know. *Public Health* 2(9): 1–11.

Mathew E, Muttappallymyalil J, Sreedharan J et al. (2013). Self-reported use of complementary and alternative medicine among the health care costumers at a tertiary care center in Ajman, United Arab Emirates. *Ann Med Health Sci Res* 3(2): 215–9. doi: 10.4103/2141-9248.113665.

McFadden KL, Hernández TD, Ito TA (2010). Attitude towards complementary and alternative medicine influence its use. *Explore* 6(6): 380–8.

doi:10.1016/j.explore.2010.08.004.

Nahin RL, Barnes PM, Stussman BJ, Bloom B (2009). Costs of complementary and alternative medicine (CAM) and frequency of visits to CAM practitioners: United States, 2007. *Natl Health Stat Report* 30(18): 1–14.

Natan MB, Perelman M, Ben-Naftali G (2016). Factors related to the intention of Israelis to use complementary and alternative medicine. *J Holist Nurs* 34(4): 361–8.

doi: 10.1177/0898010115619088.

NCCAM – National center for complementary and alternative medicine (2008). The use of complementary and alternative medicine in the United States. Dostopno na: https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm#children <5.7.2017>

NCCAM – National center for complementary and alternative medicine (2011). Complementary and alternative medicine: what people aged 50 and older discuss with their health care providers. Dostopno na:

https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/news/camstats/2010/NCCAM_aarp_survey.pdf <2. 1. 2017>.

NCCAM – National Center for complementary and alternative medicine (2014). Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name. Dostopno na: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> <26. 9. 2016>.

O'Regan P, Wills T, O'Leary A (2010). Complementary therapies: a challenge for nursing practice. *Nurs Stand* 24(21): 35–9.

Pisk N, Pal M, Pavšar H (2011). Raziskava javnega mnenja prebivalcev Slovenije o izdelkih za samozdravljenje ter načinu informiranja glede njihove uporabe. *Farm Vestn* 64(4): 184–90.

Roy V, Gupta M, Ghosh RK (2015). Perception, attitude and usage of complementary and alternative medicine among doctors and patients in a tertiary care hospital in India. *Indian J Pharmacol* 47(2): 137–42. doi: 10.4103/0253-7613.153418.

Salamonsen A (2013). Doctor–patient communication and cancer patients choice of alternative therapies as supplement or alternative to conventional care. *Scand J Caring Sci* 27(1): 70–6. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01002.x

Schmacke N, Müller V, Stamer M (2014). What is it about homeopathy that patients value? And what can family medicine learn from this? *Qual Prim Care* 22(1): 17–24.

Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF (2009). ‘They don’t ask me so I don’t tell them’: patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine. *Ann Fam Med* 7(2): 139–47.

Shorofi SA (2011). Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalised patients: reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalisation, and the socio-demographic determinants of CAM users. *Complement Ther Clin Pract* 17(4): 199–205. doi:10.1016/j.ctcp.2011.05.001.

Simoes-Wüst AP, Rist L, Dettling M (2014). Self-reported health characteristics and medication consumption by CAM users and nonusers: a Swiss cross-sectional survey. *J Altern Complement Med* 20(1): 40–7. doi: 10.1089/acm.2012.0762.

Steinsbekk A, Rise M, Aickin M (2009). Cross-cultural comparison of visitors to CAM practitioners in the United States and Norway. *J Altern Complement Med* 15(11): 1201–7. doi: 10.1089/acm.2009.0163

Trail-Mahan T, Chia-Ling M, Bawel-Brinkley K (2013). Complementary and alternative medicine: nurses’ attitudes and knowledge. *Pain Manag Nurs* 14(4): 277–86. doi:10.1016/j.pmn.2011.06.001

Turk Z (2011). Integrativna medicina – da ali ne?. *Zdrav Vestn* 80(1): 1–5.

Tušek-Bunc K (2014). Meje med družinsko medicino ter samozdravljenjem in alternativno medicino. In: Cedilnik-Gorup E, ed. *Omejitve in razsežnosti družinske medicine: učno gradivo za 31. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 13–23.

Ventola CL (2010). Current issues regarding complementary and alternative medicine (CAM) in the United States. *Pharm Ther* 35(8): 461–7.

Verhoef MJ, Boon HS, Page SA (2008). Talking to cancer patients about complementary therapies: is it the physician's responsibility? *Curr Oncol* 15(2): 88–93.

Watjana-Winit W, Bello N, Baqir W, Worsley A (2012). Prevalence and perceived outcomes of complementary and alternative medicine use in hospitalized British patients. *Arch Pharm Pract* 3(4): 265–73. doi: 10.4103/2045-080X.106242.

WHO – World Health Organization (2013). WHO traditional medicine strategy: 2014- 2023. Dostopno na:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1 <15. 12. 2016>.

Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF (2007). Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *J Altern Complement Med* 13(6): 643–50. doi: 10.1089/acm.2006.6355.

Yldirim Y, Parlar S, Eyigor S et al. (2010). An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). *J Clin Nurs* 19(7): 1157–66. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03188.x.

Zaloker A, Zaloker U (2010). Komplementarna in integrativna medicina. *Zdrav Vestn* 80(1): 33–8.

ZZdrav – Zakon o zdravilstvu, Ur L RS 94/07.

7.1 Dokumentacijski viri

Šušteršič O, Lednik L, Milavec Kapun M et al. (2006). Dokumentacija zdravstvene nege. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

8 PRILOGA

8.1 Zbirni list podatkov za bolnike z internističnimi boleznimi

