

ZDRAVSTVENA NEGA V JAVNEM ZDRAVJU
NURSING IN PUBLIC HEALTH

DRUGA ZNANSTVENA
KONFERENCA
Z MEDNARODNO
UDELEŽBO

SECOND SCIENTIFIC
CONFERENCE WITH
INTERNATIONAL
PARTICIPATION

Zbornik prispevkov
Proceedings





ZDRAVSTVENA NEGA V JAVNEM ZDRAVJU
NURSING IN PUBLIC HEALTH



Univerza na Primorskem FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU
Università del Litorale FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA SALUTE
University of Primorska FACULTY OF HEALTH SCIENCES

ZDRAVSTVENA NEGA V JAVNEM ZDRAVJU

NURSING IN PUBLIC HEALTH

DRUGA ZNANSTVENA KONFERENCA Z MEDNARODNO UDELEŽBO
SECOND SCIENTIFIC CONFERENCE WITH INTERNATIONAL
PARTICIPATION

Zbornik prispevkov
Proceedings



KOPER, 2014

Zbornik prispevkov z recenzijo
Zdravstvena nega v javnem zdravju / Nursing in Public Health
Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014

Uredniki izdaje

Tamara Štemberger Kolnik, David Ravnik, Katarina Babnik, Mariza Bulič

Glavni urednik, oblikovanje knjižnega bloka in prelom

Jonatan Vinkler

Recenzenti

Katarina Babnik, Darja Barlič Maganja, Maja Čemažar, Vesna Čuk, Melita Peršolja Černe, Nadja Plazar, Tamara Poklar Vatovec, Mirko Prosen, David Ravnik, Tamara Štemberger Kolnik, Vesna Zadnik, Boštjan Žvanut

Lektorica

Tea Štoka

Izdala in založila

Založba Univerze na Primorskem

Titov trg 4, 6000 Koper

Koper 2014

Za založnika

Dragan Marušič

Izdelava zgoščenke

K2 PLUS d.o.o., Berčomova pot 10, Ljubljana-Polje

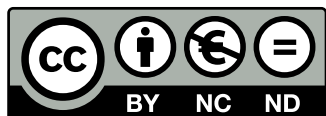
ISBN 978-961-6832-58-8 (zgoščenska)

Naklada ■ 150 izvodov

ISBN 978-961-6832-59-5 (www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-59-5.pdf)

ISBN 978-961-6832-60-1 (www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-60-1/index.html)

© 2014 Založba Univerze na Primorskem



CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)(0.034.2)

ZDRAVSTVENA nega v javnem zdravju [Elektronski vir] = Nursing in public health : druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, [Izola, 31. januar 2014] = second scientific conference with international participation : zbornik prispevkov = proceedings / [uredniki Tamara Štemberger Kolnik ... et al.]. - El. knjiga. - Koper : Založba Univerze na Primorskem, 2014

Način dostopa (URL): www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-59-5.pdf

Način dostopa (URL): www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-60-1/index.html

ISBN 978-961-6832-59-5 (pdf)

ISBN 978-961-6832-60-1 (swf)

1. Vzp. stv. nasl. 2. Štemberger Kolnik, Tamara

271773440

Vsebina

UVOD	13
Imamo znanje, imamo voljo – kaj pa dejanske možnosti? <i>Majda Šlajmer Japelj, Tamara Lubi</i>	15
VABLJENAPREDAVANJA	19
Čuječnost v zdravstveni negi: komplementarna metoda za zdravstvene delavce in paciente <i>Tamara Ditrich</i>	21
Zdravje mladih v Sloveniji: analiza empiričnih podatkov iz raziskav Mladina 2010 in Youth 2013 <i>Marina Tavčar Krajnc, Andrej Kirbiš</i>	29
Sodobni koncepti spremljanja in uporabe populacijskih kazalnikov zdravstvenega stanja <i>Vesna Zadnik</i>	43
ZDRAVJE ŽENÀ V VSEH ŽIVLJENJSKIH OBDOBJIH	51
Vloga diplomirane medicinske sestre v procesu genetskega svetovanja v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani <i>Alenka Vrečar, Nina Kastelic, Mateja Krajc</i>	53
Povezovanje podatkovne zbirke Registra raka Republike Slovenije z ostalimi zdravstvenimi in upravnimi zbirkami <i>Andrej Krašovec, Maruška Ferjančič</i>	59

SLORA – Slovenija in rak, interaktivni spletni portal <i>Polona Škulj, Barbara Babuder, Vesna Zadnik</i>	67
Vloga medicinske sestre v državnem programu ZORA <i>Mojca Florjančič, Mojca Kuster</i>	75
Pristojnosti diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji iz onkološke epidemiologije v Registru raka Republike Slovenije <i>Frančiška Škrlec, Nataša Šturm</i>	83
Vpetost zdravja žensk v kolesje medikalizacije <i>Mirko Prosen</i>	93
Pomen preventivnih obiskov babice v času nosečnosti <i>Nataša Kumer, Teja Škodič Zakšek, Ana Polona Mivšek, Metka Skubic</i>	101
Kontinuirana babiška obravnava – prihodnost za zdravje žensk in njihovih družin <i>Metka Skubic, Petra Petročnik, Ana Polona Mivšek, Anita Jug Došler, Tita Stanek Zidarič, Teja Škodič Zakšek</i>	107
Presejanje za raka materničnega vratu doma pri neodzivnicah programa ZORA <i>Urška Ivanuš, Maja Primic Žakelj</i>	115
Seznanjenost operacijskih medicinskih sester s pravilno higieno tekstilij <i>Sabina Fijan, Slavko Založnik, Sonja Šostar Turk</i>	127
Pomen cepljenja proti ošpicam v Sloveniji <i>Anamarija Zore, Karmen Kobe</i>	135
Bakterijska vaginoza <i>Katja Hrustel, Anamarija Zore</i>	143
INFORMACIJE, ZNANJE IN VEŠČINE V OSKRBI PACIENTA	151
Kulturna raznolikost: komunikacija s pacienti iz različnih etničnih, kulturnih in jezikovnih okolij <i>Katarina Babnik, Majda Šavle</i>	153
Problematika izražanja spolnosti med starostniki v institucionalnem varstvu <i>Igor Karnjuš, Sabina Ličen, Doroteja Rebec</i>	161
Raziskovanje študentov zdravstvene nege na področju javnega zdravja <i>Andreja Kvas, Vesna Čuk, Tamara Štemberger Kolnik</i>	169
Zdravstvena pismenost in zaznana kompetentnost na področju zdravja med študenti zdravstvene nege <i>Dejan Hozjan, Katarina Babnik, Tamara Štemberger Kolnik</i>	179
Predstavitev klicnega centra Programa in registra DORA, državnega presejalnega programa za raka dojke <i>Firdeusa Firi Purič, Mateja Krajc, Cveto Šval</i>	187

Razumevanje duhovnosti v kontekstu paliativne oskrbe in njen pomen <i>Klelija Štrancar</i>	193
Upoštevanje duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju – pilotna študija <i>Igor Karnjuš, Gordana Ratoša, Katarina Babnik</i>	199
Odnos zdravih odraslih do umiranja in smrti: načela paliativne oskrbe <i>Albina Bobnar</i>	209
Elementi in pomen priprave na »dobro smrt« pri starostnikih <i>Melita Peršolja, Ester Benko, Helena Skočir, Mirko Prosen</i>	217
Zdravstvena vzgoja pacientov v Trombotični ambulanti Ajdovščina <i>Monika Tratnik, Andreja Kvas</i>	225
Z delavnico zdravega hujšanja do spremembe življenjskega sloga pacientov <i>Polona Krajnc, Nataša Vidnar, Boris Miha Kaučič</i>	235
Vpliv promocije zdravja na zdravje ljudi z vidika zdravstvene nege <i>Diana Koren, Tamara Štemberger Kolnik</i>	243
DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SRČNO-ŽILNE BOLEZNI – IZZIV ZDRAVSTVENE NEGE	251
Antiedematozna uporabnost kineziotaping trakov po vstavitvi totalnih protez kolka in kolena <i>Kim Trobec, Boštjan Žvanut, David Ravnik</i>	253
Komplementarne in alternativne metode zdravljenja: priložnosti za zdravstveno in babiško nego <i>Mirko Prosen, Igor Karnjuš</i>	261
Čuječnost in ustvarjalnost: na čuječnosti temelječe umetnostne terapije in celostna zdravstvena nega <i>Aleksandra Schuller</i>	269
Komplementarne tehnike medicinski (zdravstveni) rehabilitaciji in fizioterapiji <i>David Ravnik</i>	279
Pregled vključitve Splošne bolnišnice Brežice v projekt WHO-HPH <i>Robert Sotler</i>	287
Programi zmanjševanja škode in vloga zdravstvene nege <i>Milan Krek</i>	295
Alkohol in mladi: način pitja med študenti zdravstvene nege <i>Urška Bogataj, Nadja Plazar</i>	307
Vpliv zdravstvene vzgoje na ozaveščenost in zavzetost pacientov pri varni rabi zdravil: evalvacija zdravstveno vzgojnih delavnic na Oddelku za zdravljenje odvisnosti <i>Aleksandra Ferfolja, Nataša Hvala</i>	313

Psihiatrično zdravljenje v skupnosti – primer dobre prakse: Psihiater na domu – dodana vrednost <i>Katalin Tubić, Klavdija Širaj Mažgon</i>	325
Elementi zdravega življenjskega sloga <i>Ruža Pandel Mikuš, Blaž Jelenc</i>	333
Uživanje sadja in zelenjave ter telesna dejavnost med učenci Osnovne šole Lucija <i>Romana Čuk, Ester Benko, Tamara Poklar Vatovec</i>	343
Prehranjevalne navade osmošolcev v Mestni občini Koper <i>Gordana Kremenovič, Tamara Poklar Vatovec</i>	351
AVTORJI IN AVTORICE PRISPEVKOV	359
DONATORJI IN SPONZORJI	367

Zdravstvena nega v javnem zdravju

Nursing in Public Health

2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo
Izola, 31. januar 2014

Programski odbor / Programme Committee

Darja Barlič Maganja, UP Fakulteta za vede o zdravju
Maja Čemažar, UP Fakulteta za vede o zdravju
Vesna Čuk, UP Fakulteta za vede o zdravju
Melita Peršolja Černe, UP Fakulteta za vede o zdravju
Nadja Plazar, UP Fakulteta za vede o zdravju
Tamara Poklar Vatovec, UP Fakulteta za vede o zdravju
Mirko Prosen, UP Fakulteta za vede o zdravju
Doroteja Rebec, UP Fakulteta za vede o zdravju
Majda Šavle, UP Fakulteta za vede o zdravju
Tamara Štemberger Kolnik, UP Fakulteta za vede o zdravju
Irena Trobec, UP Fakulteta za vede o zdravju
Vesna Zadnik, Inštitut za varovanje zdravja RS
Boštjan Žvanut, UP Fakulteta za vede o zdravju

Organizacijski odbor / Organising Committee

Katarina Babnik, UP Fakulteta za vede o zdravju
Ester Benko, UP Fakulteta za vede o zdravju
Urška Bogataj, UP Fakulteta za vede o zdravju
Mariza Bulič, UP Fakulteta za vede o zdravju
Igor Karnjuš, UP Fakulteta za vede o zdravju
Martina Kocbek, UP Fakulteta za vede o zdravju
Sabina Ličen, UP Fakulteta za vede o zdravju
David Ravnik, UP Fakulteta za vede o zdravju
Andreja Semolič, UP Fakulteta za vede o zdravju

Helena Skočir, UP Fakulteta za vede o zdravju
Maja Šumanski, UP Fakulteta za vede o zdravju

Recenzenti

Katarina Babnik
Darja Barlič Maganja
Maja Čemažar
Vesna Čuk
Melita Peršolja Černe
Nadja Plazar
Tamara Poklar Vatovec
Mirko Prosen
David Ravnik
Tamara Štemberger Kolnik
Vesna Zadnik
Boštjan Žvanut

Uvod

Imamo znanje, imamo voljo – kaj pa dejanske možnosti? Nursing and Public Health – We Have the Knowledge and the Will – But Do We Have Also All the Possibilities?

Majda Šlajmer Japelj, Tamara Lubi

Povzetek

Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije je v septembru 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora usmeril ponovno pozornost javnemu zdravju ter sprejel Akcijski načrt dela, ki ga naj države članice uresničijo do leta 2020.

V pripravah na zasedanje so organizatorji konference preverjali tudi organizacijo in vsebino dejavnosti na področju javnega zdravja v državah članicah, v kar so bile vključene tudi medicinske sestre. Vprašanja so zadevala predvsem dejanske možnosti medicinskih sester za vključevanje v aktivnosti na področju javnega zdravja in so bila zasnovana na osnovi definicije, vloge ter funkcije medicinskih sester v javnem zdravju.

Vprašanja in odgovori nanje lahko dobro zrcalijo situacijo v vsaki državi in so zato pomemben okvir za vse nadaljnje objektivne razprave ter aktivnosti medicinskih sester na področju javnega zdravja.

Ključne besede: Svetovna zdravstvena organizacija, javno zdravje, medicinske sestre

Abstract

European Office of World Health Organization has once again concentrated on Public Health and has put it on the agenda for the the 62th meeting of Regional Committee in September 2012. The Action plan was accepted for the time till the year 2020.

The organizers of the meeting have checked before this meeting the organization and the contents of Public health activities in member states, also on the basis of questionnaires for nursing, which were based on the definition of the Public Health nurse.

The questions and answers to them can optimally reflect the real situation in each country and are therefore offering an important platform for further objective discussions and activities on Public health nursing.

Key words: World Health Organization, public health, nursing

Teoretična izhodišča

Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije je v septembru 2012 na 62. zasedanju Regionalnega odbora usmeril ponovno pozornost javnemu zdravju ter sprejel Akcijski načrt dela, ki ga naj države članice uresničijo do leta 2020.

V pripravah na zasedanje so organizatorji konference preverjali tudi organizacijo in vsebino dejavnosti na področju javnega zdravja v državah članicah, v kar so bile vključene tudi medicinske sestre. Vprašanja so zadevala predvsem dejanske možnosti medicinskih sester za vključevanje v aktivnosti na področju javnega zdravja in so bila zasnovana na osnovi definicije, vloge ter funkcije medicinskih sester v javnem zdravju.

Vprašanja in odgovori nanje lahko dobro zrcalijo situacijo v vsaki državi in so zato pomemben okvir za vse nadaljnje objektivne razprave ter aktivnosti medicinskih sester na področju javnega zdravja.

V septembru leta 2011 smo se srečali na konferenci Javno zdravje v 21. stoletju na današnji Fakulteti za vede v zdravju, ki je nastala primarno kot visoka šola za izobraževanje medicinskih sester, kar nam je vzbudilo upanje, da bo tako dobila zdravstvena nega dejanske možnosti za smiselno delovanje na področju javnega zdravja in bo vključena v nacionalni sistem javnega zdravstva z jasno opredeljenimi nalogami in funkcijo.

Enako kot vsi delavci na področju javnega zdravja smo pričakovali intenzivne aktivnosti ob pripravah nove zdravstvene zakonodaje in zdravstvenih reform.

Danes je naša zaskrbljenost usmerjena k dvema osnovnima vprašanjema:

- Ali bo ob spoznanju, da niti premožnejše države ne morejo dohitevati stroškov sodobnih diagnostičnih procesov in zdravljenja ter da število ogroženih in bolnih narašča zaradi novih groženj nacionalnemu in globalnemu zdravju, javno zdravje vendar dobilo podporo in bo s svojim medsektorskim in multidisciplinarnem delovanjem ter z močno službo primarnega zdravstva lahko zmanjševalo negativne zdravstvene trende?
- Ali bo zdravstvena nega dejansko sprejeta kot enakovredna partnerica v javnem zdravju, od načrtovanja njegove mreže do političnega in strokovnega odločanja.

Slovenija je polnovredna in odgovorna članica Svetovne zdravstvene organizacije in je sprejela njeno strategijo. Tako nas to zavezuje v našem delovanju doma in v sodelovanju z drugimi državami.

V času od prve konference v Izoli leta 2011 je Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije ponovno usmeril intenzivno pozornost javnemu zdravju in ga je v septembru leta 2012 obravnaval kot osrednjo temo na svojem 62. zasedanju. V priprave na to zasedanje smo bili vključeni vsi sodelavci SZO s področja javnega zdravja, tudi medicinske sestre. Vprašanja, ki so pripravljalce srečanja zanimala, so zadevala predvsem dejanske možnosti medicinskih sester za vključevanje v skrb in soodgovornost za zdravje celotne populacije na osnovi definicije nalog medicinskih sester v javnem zdravju (1). Naloge medicinskih sester v javnem zdravju so:

- spremljajo zdravstvene trende, prepoznajo specifična tveganja za zdravje v lokalnih skupnostih,
- določajo prednostne naloge v svojem delu tako, da lahko delajo za večino ljudi,

- sodelujejo z lokalnimi in nacionalnimi predstavniki oblasti, da bi zagotovile zdravstveno varstvo vsem skupnostim,
- načrtujejo in izvajajo zdravstveno vzgojne programe ter sodelujejo v preventivnih programih (npr. v programih cepljenja in izvajanja sistematskih pregledov),
- informirajo ljudi o lokalno dostopnih zdravstvenih programih in službah ter tako zmanjšujejo fizično in socialno distanco do teh institucij,
- nudijo neposredno pomoč ranljivim in marginalnim skupinam prebivalstva (1).

Medicinske sestre v javnem zdravju delujejo v vladnih organizacijah, v zdravstvenih domovih in so vključene v multidisciplinarne time ter delujejo samostojno v okviru svojih specifičnih strokovnih nalog.

- Ali ne bi bila ta vprašanja aktualna tudi za naše razprave?
- V čem smo uspeli in v čem ne in če ne, kje je vzrok?

Regionalni komite SZO za Evropo je na svojem 62. zasedanju septembra 2012 sprejel načrt aktivnosti za krepitev javnega zdravja (WHO/EURO 2013).

Države članice so načrt podprle in se zavezale, da bodo revidirale službe javnega zdravja ter vključile posodobljene aktivnosti v svoje nacionalne strategije in zdravstveni sistem.

Poziv k zaključkom

Zaključki današnje konference bi lahko bili zelo koristna informacija temu delu.

Zaradi sprememb, ki močno vplivajo na zdravje v 21. stoletju - globalizacija, staranje prebivalstva, klimatske spremembe, se spreminjajo in širijo tudi žarišča delovanja v javnem zdravju. Ob vsem tem pa je tudi pomembno, da v skrbi za nacionalno zdravje dosežemo kar najboljše rezultate ob vedno bolj omejenih finančnih sredstvih.

Časovni okvir za vzpostavitev izboljššanega javnega zdravstvenega varstva je leto 2020.

Akcijski načrt vključuje 10 najpomembnejših procesov v javnem zdravstvu:

1. Nadzor nad javnim zdravjem.
2. Spremljanje rizičnih zdravstvenih situacij in izrednih stanj.
3. Varovanje zdravja, kar vključuje skrb za okolje, varstvo pri delu, zdravo prehrano.
4. Promocijo zdravja z upoštevanjem socialnih determinant zdravja, enakost pravic do zdravja.
5. Zgodnje odkrivanje bolezni, preprečevanje obolevanja.
6. Podpora zdravju in dobremu počutju.
7. Zagotavljanje primerne števila kompetentnih zdravstvenih delavcev.
8. Zastopanje pravic v zvezi z zdravjem, socialna mobilizacija.
9. Raziskovalno delo na področju javnega zdravstva za prakso in za argumentirane razprave z odgovornimi politikami (2).

Sklepno vprašanje

Spoštovane kolegice in kolegi, bi mogli reči, da katera od tem ne zadeva tudi nalog zdravstvene nege v javnem zdravstvu?

Literatura

- 1 Explore Health CarrersPublic. Health Nurse. 2013. Dostopno na: http://explorehealthcareers.org/en/Career/149/Public_Health_Nurse/ (11.12.2013).
- 2 World health organization. Public health. 2012. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health/> (11.12.2013).

Vabljena predavanja

Čuječnost v zdravstveni negi: komplementarna metoda za zdravstvene delavce in paciente

Mindfulness in Health Care: Complementary Method for Health Professionals and Patients

Tamara Ditrich

Povzetek

Čuječnost (ang. mindfulness) je meditacijska metoda, ki se v zadnjih desetletjih nadvse uspešno uvaja in integrira v nova družbena okolja, zlasti na terapevtskih področjih. Prispevek najprej predstavi, kaj je čuječnost, kakšni so njeni cilji, etična izhodišča, glavne metode in prakse in oriše izsledke dosedanjih znanstvenih raziskav prakse čuječnosti, predvsem v sodobnih terapevtskih kontekstih. Nato raziskuje aplikativne metode čuječnosti, ki so najbolj primerne za specifično okolje zdravstvene nege, tako za osebe kot tudi za paciente, ter nakuže smernice za bodoči razvoj uvajanja čuječnosti kot alternativnega in komplementarnega pristopa v zdravstvo. Prispevek poudarja, da čuječnost ni le terapevtsko sredstvo, temveč tudi preventivna metoda za ohranjanje duševnega zdravja, čustvenega in duhovnega ravnovesja, torej večšina, ki se je lahko vsakdo priuči in aplicira v vsakdanjem življenju. Raziskava temelji na dolgoletnih teoretičnih raziskavah in praktičnih izkušnjah avtorice, ki v zadnjem času raziskuje čuječnost v povezavi z etiko in sodeluje pri uvajanju čuječnosti kot življenjske večšine med mladostniki v Avstraliji.

Ključne besede: čuječnost, meditacija, alternativno zdravstvo, preventiva za stres

Abstract

Mindfulness is a meditation method which has been in the last decades successfully introduced and integrated into new social environments, predominantly as a therapeutic tool. This paper firstly introduces mindfulness, its aims, ethical foundations and main methods, and outlines the outcomes of current research of mindfulness. Then it explores practical methods of mindfulness that are most suitable for the specific needs of health professionals as well as patients, and indicates directions for future integration of mindfulness as a complementary alternative component of health care. The paper emphasizes that mindfulness is not only a therapeutic tool but also a preventative method for maintaining mental health,

emotional and spiritual well-being and hence, it is a skill that can be learned and applied in everyday life. This paper is founded on the author's research of mindfulness which has been recently introduced as a life skill in high schools in Australia.

Key words: mindfulness, meditation, alternative health care, stress prevention

Uvod

Čuječnost (pali *sati*,¹ ang. *mindfulness*) je meditacijska metoda, ki se v zadnjih desetletjih izredno hitro in uspešno uvaja in integrira v nova družbena okolja, zlasti na terapevtskih področjih. Vendar čuječnost ni neka nova metoda, temveč ima več kot 2500 let stare budistične korenine: vseskozi zgodovino budizma je bila bistvena komponenta duhovne prakse, ki naj bi vodila do duhovnega prebujenja (*nirvana, nibbana*), do osvoboditve od negativnih stanj, nezadovoljstva in trpljenja. Poleg soteriološke funkcije je bila čuječnost predstavljena tudi kot osnova za kultivacijo pozitivnih duševnih stanj (*kusala*), ki so izhodiščno in posledično povezana z etičnim ravnanjem. Vse glavne budistične tradicije govorijo o čuječnosti kot potrebnem pogoj za razvoj modrosti in sočutja, ki sta glavna cilja meditativne prakse. Čuječnost torej integrira etične, soteriološke in pragmatične aspekte budistične prakse, ki se osredotočajo na problem nezadovoljivosti človeškega življenja (*dukkha*) ter načine, kako trpljenje preseči (1, 2).

Stara budistična besedila, n.pr. Māgandiya Sutta (3), pogosto metaforično primerjajo meditacijsko prakso z zdravljenjem:

1. diagnoza: trpljenje, nezadovoljivost življenja (*dukkha*), bolnik je vsakdo, ki je vpet v strahove, pohlep in druga negativna stanja;
2. vzrok bolezni: navezanost (*tanha*), nevedna vpetost v strasti in averzije;
3. ozdravitev: osvoboditev od trpljenja (*nibbana*);
4. zdravilo: osmeročlena pot (*atthangikamagga*) do osvoboditve od trpljenja, ki vključuje kot bistveni komponenti etiko in meditacijo.

Čuječnost naj bi prepoznala trpljenje, razumela vzroke zanj (npr. strahovi, pohlep) ter jih z modrostjo transcendirala; predstavlja potreben pogoj za trajno, globoko transformacijo človeške zavesti, ki postopoma pozdravi duhovno slepoto in trpljenja. Cilj budistične prakse je popolno duševno zdravje, ki ga enačijo s preseganjem pohlepa, strahov in drugih negativnih stanj; le-te naj bi nadomestilo sočutje, dobrohotnost, modrost in holistično razumevanja življenja in smrti (2,4,5).

Pri tem si moramo zastaviti vprašanje: kateri aspekti prakse čuječnosti presegajo njene budistične korenine in ali se lahko aplicirajo v drugih okoljih? Preden poskusimo na to odgovoriti, si na kratko oglejmo meditacijske metode same.

Meditacijske metode

Vse glavne budistične tradicije nudijo bogato zakladnico besedil o meditaciji, ki jo vedno predstavljajo v tesni povezavi z etiko kot edinim merilom duhovnega napredka. Običajno delimo meditacijske metode na dva osnovna tipa, ki pa sta medsebojno tesno povezana in soodvisna (6). Prvi tip (*samatha*) razvija osredotočeno zbranost na en sam izbrani objekt,

1 Ker so moderne interpretacije in aplikacije čuječnosti osnovane na starih budističnih besedilih theravedske tradicije, so v tem prispevku nekateri osnovni tehnični termini podani (v oklepaju) v jeziku pali, tj. jeziku zgodnjega budističnega kanona, vendar so, zaradi tehničnih težav, zapisani brez diakritičnih znakov.

najbolj pogosto na dihanje, na katerega naj bi meditator za daljši čas usmerjal vso svojo pozornost, se pri tem umiril in tako, vsaj začasno, ustavil ali preprečil negativna duševna stanja. Poleg dihanja je zelo pomemben objekt tega tipa meditacije tudi razvijanje ljubeznive naklonjenosti in ljubezni (*metta*). Pri tej praksi meditator zavestno goji občutke ljubezni in naklonjenosti, ki jih usmerja najprej nase in potem na vse druge ljudi in širše okolje ter tako razvija brezpogojno ljubezen do samega sebe in vseh živih bitij (2). Drugi tip meditacije (*vipassana*) je osnovan na razvoju čuječnosti, to je zavedanju stalno spreminjajočega se toka psihofizičnih procesov in zaznav, iz trenutka v trenutek, ki vodi v razumevanje vzrokov in narave zaznav ter same strukture delovanja telesnih in duševnih procesov. Številni sodobni znanstveniki in raziskovalci trdijo, da praksa čuječnosti vodi do globokih uvidov in transformacije zavesti ter osvoboditve od trpljenja (1,7). Kot pričajo budistična besedila, meditatorji ponavadi začnejo z vadbo osredotočene zbranosti, in ko do neke stopnje razvijejo notranji mir in zbranost, nadaljujejo s prakso čuječnosti (2 str. 48–56). Ker je vadbi osredotočene zbranosti potrebno posvetiti daljša obdobja, v čim bolj mirnih okoliščinah, je bila takšna meditacija prvotno namenjena predvsem menihom in nunam. Tudi čuječnost so prvotno vadili večinoma v samostanih, vendarle pa se je, zlasti v zadnjih sto letih, začela širiti v najrazličnejša nova okolja, kajti pozorno zavedanje psihofizičnih procesov in zaznav iz trenutka v trenutek se lahko aplicira na katerokoli situacijo vsakdanjega življenja.

Stara besedila opisujejo čuječnost kot jasno kognicijo, ki jo spremljajo budnost, jasnost in pozorno zavedanje psihofizičnih procesov in pojavov, ter zatorej služi kot zaščita pred nepotrebni ali škodljivimi odzivi (8 str.141). Čuječnost vadi meditator tako, da se pozorno zaveda vseh telesnih in duševnih procesov, ki se pojavljajo v sedanjosti, iz trenutka v trenutek, ne da bi se nanje odzival, jih presojal, vrednotil ali hotel spreminjati. Vse pojave in procese naj bi poskušal opazovati nereaktivno in nepristransko, pa naj so prijetni ali ne. Z vztrajno prakso naj bi postopoma uvidel, da se vsi pojavi, telesni in duševni, stalno spreminjajo, da imajo vzroke in posledice, in da se z njimi ni potrebno identificirati. Takšno razumevanje budizem imenuje modrost, ki naj bi meditatorja postopoma vodila do globljega razumevanja minljivosti, človeškega trpljenja, in posledično sprožilo sočutje in naklonjenost do vseh bitij ter na koncu pripeljalo do duhovne svobode ali razsvetljenja. Čuječnost je torej predstavljena kot osnova za moralni in etični razvoj posameznika in družbe in kot osnovni pogoj za duhovno svobodo. Praksa pozornega zavedanja je podrobno opisana v številnih delih, tako v starih budističnih besedilih, n.pr. *Visuddhimagga* (8) kot tudi v sodobnih (2,4,7). Od 20. stol. dalje se je praksa čuječnosti začela hitro širiti zunaj samostanskih zidov, najprej v Aziji in od sedemsetih let prejšnjega stoletja dalje tudi na Zahodu ter pri tem vstopati v povsem nove paradigme.

Nove interpretacije in aplikacije čuječnosti

Praksa čuječnosti v zadnjih dveh desetletjih eksponentno narašča po vsem svetu: že brskanje po internetu ali bežen pregled znanstvene in poljudne literature priča o njenem izjemnem širjenju na najrazličnejša področja. Čuječnost ni več le glavna komponenta budistične meditacije, temveč vstopa v nove kontekste, dobiva nove vloge in funkcije. Najbolj pogosto nastopa kot terapevtsko sredstvo v različnih oblikah psihoterapije, n.pr. pri anksioznosti, stresu, zasvojenosti, depresijah, partnerskih in družinskih terapijah. Ob novih aplikacijah nastajajo nove interpretacije čuječnosti; najpogosteje jo definirajo kot pozornost

zavedanje in popolno sprejemanje procesov ali doživljanja sedanjega trenutka, brez vsakršnega presojanja (9). V razliko, stara budistična besedila vključujejo v definicijo čuječnosti etično komponento: pogosto primerjajo čuječnost z mestnim vratarjem, ki dovoli v mesto le dobrim ljudem, a slabe pusti zunaj obzidja (10). S pomočjo čuječnosti naj bi jasno razločevali, ali so psihološki procesi pozitivni in vešči ali ne, torej prepoznali in vzpodbujali naj bi le pozitivna stanja, kot so ljubezen, dobrohotnost, radost, modrost ter odvrnili negativna stanja, in sicer tako, da se nanje ne odzivamo, niti z vzpodbudo niti z averzijo.

Ker je čuječnost usmerjena na sedanjost, zmanjšuje ruminacije, vpetost v običajne ali obsesivne odzive na svet, in s tem prinaša, že po nekaj tednih vadbe, večji notranji mir, zbranost, radost in zadovoljstvo. Prav ti učinki vadbe čuječnosti so sprožili veliko zanimanje med psihoterapevti in znanstveniki; med njim gre omeniti Kabat-Zinna (11), ki je veliko pripomogel k izjemni popularizaciji čuječnosti preko svojega programa »Mindfulness-based stress reduction«, uvedenega leta 1979 v univerzitetnem zdravstvenem centru v Massachusettsu. To je osemtedenski tečaj vadbe čuječnosti, ki je že v zgodnjih raziskavah pokazal odlične rezultate – zmanjšanje stresa, večje čustveno ravnovesje, lažje obvladovanje psihičnih in psihosomatskih obolenj in boljše splošno počutje (12). Sledile so številne študije, ki kažejo pozitivne učinke čuječnosti pri različnih tipih psihoterapije (13) in pozitivni vpliv na imunski sistem (14). Kot opozarjajo nekateri raziskovalci, tovrstne raziskave odpirajo problem ustrezne metodologije (15): znanstveniki v svojih študijah večinoma uporabljajo raziskovalne metode medicine in družboslovja (11) in šele v novejšem času, odkar je čuječnost začela proučevati kognitivna znanost, nekateri raziskovalci (ki pa so v manjšini) pristopajo k čuječnosti s fenomenološko metodo (16). Ker gre za zelo novo znanstveno področje, je razumljivo, da zaenkrat ostaja veliko metodoloških vprašanj še odprtih.

V terapevtskih kontekstih je čuječnost definirana kot »zavestno usmerjena pozornost, v sedanjem trenutku, brez vrednotenja« (17) ali »sposobnost delati ustrezne odločitve v težkih okoliščinah, kakor tudi povečan užitek v prijetnih trenutkih« (18 str. 10). Moderne interpretacije torej vidijo v čuječnosti predvsem sredstvo za izboljšanje psihičnih, psihosomatskih in fizioloških obolenj, boljše prilagodljivost v novih situacijah ali izzivih in s tem večji uspeh v družbi; odsevajo torej cilje današnje družbe – osebno zadovoljstvo, individualizem, samoizpolnitev, iskanje sreče itd. Praksa čuječnosti namreč že v kratkem času prinese občutke večje svobode, sreče in lahkotnosti, vendar so le-ti v budizmu predstavljeni kot stranski pojavi ob vadbi čuječnosti, ne pa njeni cilji: čuječnost ne išče zadovoljitev želja, temveč svobodo od želja. V budističnem kontekstu je cilj čuječnosti predvsem etični: razumevanje pogojenosti vseh psihofizičnih pojavov, razvijanje pozitivnih stanj in odzivov (n.pr. modrost in sočutje) in kot končni cilj, osvoboditev od pohlepa, jeze in drugih negativnih stanj, ki prinašajo trpljenje.

Čuječnost kot komplementarna metoda za zdravstvene delavce in paciente

Kot smo že omenili, je bila čuječnost najprej uvedena v nova okolja prav na področju zdravstva, z osemtedenskim »Mindfulness-based stress reduction« programom, prvotno namenjenim pacientom s kroničnimi bolečinami. V tem programu se pacienti v manjših skupinah, enkrat ali dvakrat na teden, učijo tehnike čuječnosti, ki naj bi jo potem redno vadili v svojem domačem okolju. Glavni poudarek je na vaji čuječnosti sede, pri hoji in leže, pri

tem naj bi se postopoma čimbolj nepristransko zavedali vseh telesnih in duševnih izkušenj, ne da bi nanje reagirali, se jih skušal znebiti ali jih zadržati. Ker čuječnost prinaša notranjo odprtost in mir ter s tem nov odnos do bivanja in uvid v minljivost vseh izkušenj in življenja samega, je lahko v veliko pomoč ne le pacientom, ki se soočajo s težkimi boleznimi in umiranjem, temveč tudi njihovim skrbnikom in zdravstvenim delavcem. Zato ni slučajno, da so začeli čuječnost najprej uvajati v paliativni negi, kjer so se pokazali pozitivni učinki tako na umirajoče kot na osebje hospica, n.pr. večje sočutje, naklonjenost, globlje razumevanja življenja in smrti (19).

Obstajajo številne raziskave, ki pričajo o pozitivnih učinkih čuječnosti na zdravstvene delavce in vse druge, ki so v profesionalnem stiku z bolniki (20). Irving in sod. (21) v pregledu obstoječih raziskav ugotavljajo, da čuječnost učinkovito služi kot zaščita in preventiva za zdravstvene delavce, ki so zaradi dolgega delavnika in nepredvidljivih okoliščin še posebej v nevarnosti, da podležejo stresu, izčrpanosti in izgorelosti. Berceci and Napoli (22) priporočata čuječnost zlasti zaposlenim na urgentnih oddelkih in pri delu z duševnimi bolniki. Vadba čuječnosti prinaša, poleg večje umirjenosti, tudi uvid, da so vsi miselni odzivi minljivi, nestalni, in da se ni treba z njimi istovetiti. Raziskovalci ugotavljajo, da praksa čuječnosti pozitivno vpliva na odnose med zdravstvenim osebjem in pacienti (20), kajti čuječnost pogojuje uvid, da smo vsi globoko povezani in stalno vplivamo drug na drugega, da vsak odziv v nas samih vpliva na vse v naši okolici – kar vzpodbuja sočutje do sočloveka in vseh živih bitij.

Kot pričajo tradicionalni budistični meditacijski priročniki (8), je poleg čuječnosti pomembna tudi vadba ljubeznive naklonjenosti (*metta*) – to je zavestno razvijanje ljubezni do samega sebe in drugih, ki prinaša pomiritev, sprejetje in brezpogojno ljubezen, tako do sebe kot tudi do soljudi (2). Metoda ljubeznive naklonjenosti je zelo enostavna, vsem dostopna, in je še posebej primerna za bolniška okolja. Obe osnovni meditacijski metodi, čuječnost in ljubezniva naklonjenost, se odlično komplementirata: ponavadi meditator najprej začne s prakso ljubeznive naklonjenosti in nato vadi čuječnost ter ju postopoma integrira v vsakodnevno življenje. Seveda meditator potrebuje vsaj na začetku vodstvo učitelja in jasna navodila; lahko si pomaga s knjigami ali audio vizualnimi sredstvi, ki sicer začetnika uvajajo v tehnike meditacije, vendar ne morejo povsem nadomestiti učitelja.

Čuječnost lahko prakticirajo pacienti, njihovo skrbniki in medicinsko osebje ne glede na to, iz kakšnega verskega ali sekularnega okolja izhajajo. Metoda je izredno adaptabilna in presega svoje budistične korenine, čeprav ne gre pozabiti njenih etičnih in duhovnih razsežnosti. Čuječnost ne pelje le do obvladovanja stresa in do čustvene pomiritve, temveč tudi do duhovnega ravnovesja in novega, holističnega dojemanja in sprejemanja življenja in smrti, ter prinaša notranji mir in srečo, ki nista odvisna od zunanjih pogojev.

Zaključek

Sodobne znanstvene raziskave nudijo evidenco o učinkovitosti metode čuječnosti kot alternativnega in komplementarnega pristopa v zdravstvu. Prispevek priporoča za specifično okolje zdravstvene nege kombinacijo dveh glavnih meditacijskih praks, t.j. čuječnosti in ljubeznive naklonjenosti. Obe metodi sta že zelo dobro raziskani, tako s strani večtisočletne budistične tradicije, kot tudi v sodobnih znanstvenih študijah: osnovne tehnike za obe metodi so dobro poznane, relativno enostavne, in se jih lahko vsakdo nauči v razmeroma krat-

kem času. Pri tem pa velja poudariti, da čuječnost ni le terapevtsko sredstvo, temveč tudi preventivna metoda za ohranjanje duševnega zdravja, čustvenega in duhovnega ravnovesja, torej večina, ki se je lahko vsakdo priučil in apliciral v vsakdanjem življenju.

Čeprav čuječnost danes uspešno uvajajo zunaj njenega duhovnega okvirja, predvsem v kliničnih okoljih kot metodo za obvladovanje stresa, prispevek priporoča, da se ne obide njenih duhovnih in etičnih komponent. Praksa čuječnosti je namreč tesno povezana z vprašanjem minljivosti in umiranja, kajti eden od njenih ciljev je, kako živeti (in umreti) z modrostjo, ljubeznijo in sočutjem. Prispevek ugotavlja, da bi veljalo globlje raziskati čuječnost v zdravstveni negi, ne le v terapevtski vlogi, temveč tudi kot nov prestop do trpljenja in minljivosti in kot nov, bolj pozitiven odziv na svet – z manj strahu, jeze in drugih negativnih stanj, ki prinašajo trpljenje.

Literatura

1. Harvey P. *An Introduction to Buddhism*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990: 47–72.
2. Pečenko P. *Pot pozornosti: osnove budistične meditacije*. Ljubljana: Domus, 1990.
3. Nanamoli, Bodhi, ur. *The Middle Length Discourses of the Buddha: A translation of Majjhima Nikāya*. Somerville, Mass.: Wisdom Publications, 1995: 607–617.
4. Nanaponika. *The Heart of Buddhist Meditation*. London: Rider, 1975.
5. Ditrich T. Budizem v sodobnem svetu: novi pristopi k meditaciji. V: Lamberger Kha-tib M, ur. *Sožitje med kulturami — poti do medkulturnega dialoga*. Maribor: Pivec, 2011: 127–135.
6. Sujato. *A history of mindfulness: how insight worsted tranquility in the Satipatthana Sutta*. Taipei: The Corporate Body of the Buddha Educational Foundation, 2005.
7. Analayo. *Satipatthana: the direct path to realization*. Selangor: Buddhist Wisdom Centre, 2006.
8. Buddhaghosa. *The path of purification (Visuddhimagga)*. Nanamoli, prev. Singapore: Singapore Buddhist Meditation Centre, 1956.
9. Kornfield J. *Bringing home the Dharma: awakening right where you are*. Boston and London: Shambala, 2012: 2.
10. Bodhi, prev. *The connected discourses of the Buddha: a new translation of the Sa-myutta Nikaya*. Boston: Wisdom Publications, 2000: 1252–1253.
11. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte, 1990.
12. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R, Sellers W. Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *The Clinical Journal of Pain* 1986; 2: 159–173.
13. Eifert G, Forsyth JP. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2005.
14. Davidson R in sod. Alterations in brain and immune functions produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 564–570.
15. Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine* 2002; 64: 71–83.

16. Petitmengin C. Describing one's subjective experience in the second person: an interview method for the Science of Consciousness. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2006; 5(3-4): 229-269.
17. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10(2): 144-156.
18. Baer RA, ur. Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence base and applications. Burlington, MA: Academic Press, 2006.
19. Ditrich T. Vzpostavlanje čustvenega in duhovnega ravnovesja s prakso pozornega zavedanja. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, ur. Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2009: 126-134.
20. Richards C, Campenni C, Muse-Burke JL. Self-care and well-being in mental health professionals: the mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling* 2010; 32(3): 247-264.
21. Irving JA in sod. Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2009; 15(2): 61-66.
22. Berceli D, Napoli M. A proposal for a mindfulness-based trauma prevention program for social work professionals. *Complementary Health Practice Review* 2006; 11 (3): 153-165.

Zdravje mladih v Sloveniji: analiza empiričnih podatkov iz raziskav Mladina 2010 in Youth 2013

Health of Slovenian Youth: A Comparative Analysis of 2010 and 2013 National Youth Studies

Marina Tavčar Krajnc, Andrej Kirbiš

Povzetek

Izbodišča Zdravje in z zdravjem povezana vedenja v obdobju otroštva, adolescence in mladosti so ključnega pomena za zdravje in vedenjske vzorce v odraslosti. Namen pričujoče raziskave je bil preučiti stopnje, distribucijo in sociodemografske dejavnike zdravstvenih izidov slovenske mladine na treh subjektivnih indikatorji zdravja.

Metode Uporabljeni so bili nacionalni anketni vzorci slovenske mladine iz let 2010 in 2013, analizirali pa smo naslednje indikatorje: samoocenjeno zdravje, samoporočane kronične zdravstvene težave (bolezen, invalidnost, duševne težave) in pogostost samozazanega stresa.

Rezultati V 2013 je 16,8 % respondentov svoje zdravje ocenilo kot odlično, 71,6 % kot (zelo) dobro, 11,5 % pa kot slabo/zadovoljivo (slabo/zadovoljivo zdravje je bilo pogostejše med ženskami in respondenti z manj izobraženimi materami). V povprečju je približno vsak deseti respondent poročal kronične zdravstvene težave; v obdobju 2002–2013 je bil trend relativno stabilen. V letu 2013 je 40,2 % slovenske mladine doživljalo stres »vsaj tedensko«, nekoliko manjši delež kot v letu 2010 (41,1 %). Pogostost samozazanega stresa je bila višja med ženskami in starejšo mladino.

Diskusija in zaključki V obdobju 2010–2013 ni prišlo do bistvenih sprememb subjektivnega zdravstvenega stanja slovenske mladine, kljub neugodnim makro-razmeram v Sloveniji in Evropi, ki še posebej slabo vplivajo na položaj mladih (npr. naraščanje stopnje brezposelnosti mladih). Z raziskavo smo poskušali deloma zapolniti raziskovalno vrzel, saj v Sloveniji primanjkuje raziskav o zdravju postadolescentne mladine in mladih na prehodu v odraslost. *Ključne besede:* samoocenjeno zdravje, samozazan stres, kronične zdravstvene težave, neenakosti v zdravju, dejavniki zdravja, mladi

Abstract

Introduction Health and health-related behaviours in childhood, adolescence and youth are crucial for health and behavioural patterns in adulthood. The purpose of this study was to examine the levels, distribution and socio-demographic determinants of health outcomes among Slovenian youth using three subjective health indicators.

Methods We used national survey samples of Slovenian youth from studies in 2010 and 2013 and analyzed three single-item indicators: self-rated health, self-reported chronic health problems (illness, disability, mental health problems) and perceived stress.

Results In 2013 16.8 % of respondents rated their health as excellent, 71.6 % as (very) good, and 11.5 % as poor/fair; poor/fair health was more often reported by women and respondents with less educated mothers. On average about every tenth respondent reported chronic health problems in six surveys covering the period 2002–2013. In 2013, 40.2 % of Slovenian youth experienced stress »at least weekly«, a slightly smaller proportion than in 2011 (41.1 %). The frequency of perceived stress was higher among women and older youth.

Discussion and conclusions In the 2010–2013 period there were no significant changes in subjective health status of Slovenian youth, despite the unfavourable macro-conditions in Slovenia and Europe, which had especially negative impact on the objective situation of young people (e.g., increases in the youth unemployment rates, etc.). Our study aimed to partially fill the research gap, since there is a lack of studies on health of Slovenian post-adolescent youth and young adults.

Key words: self-rated health, perceived stress, chronic health problems, inequalities in health, determinants of health, youth

Uvod

Raziskovanje zdravja mladih je pomembno iz številnih razlogov; mnoge raziskave so npr. pokazale, da so zdravje in z zdravjem povezana vedenja v obdobju otroštva, adolescence in mladosti ključnega pomena za zdravje in vedenjske vzorce na prehodu v odraslost in v kasnejšem življenju (1-6). Ker imajo mladostniki pogosto svojevrstno razumevanje zdravja, navad in sveta, je še posebej pomembno sprotno raziskovanje in tako dobro razumevanje zdravja in zdravjem povezanega vedenja mladih (7 str. 71). Drugič, zdravje je najpomembnejša vrednota slovenske mladine, kot sta pokazali obe pretekli nacionalni raziskavi slovenske mladine (gl. 8 str. 397); po pomembnosti je mladim zdravje kot vrednota pomembnejše od prijateljstva, družine in svobode. Tretjič, na agregatni (makro) ravni primerjave držav se zdravstveno stanje populacij pojmuje kot eden izmed kazalnikov socioekonomske razvitosti države. Npr. indeks človekovega razvoja (angl. *Human Development Index*), ki je eden izmed pokazateljev socioekonomske razvitosti držav in ga v svojih letnih poročilih objavlja OZN (npr. 9), je sestavljen iz treh elementov: 1) bruto nacionalnega dohodka države, 2) izobrazbene ravni prebivalstva, in 3) *pričakovane življenjske dobe* ob rojstvu, pri čemer je slednja pomemben kazalnik zdravstvenega stanja prebivalcev neke države.

Čeprav se v znanstveni literaturi pojavljajo številne definicije zdravja, pa je ena izmed klasičnih definicij zdravja, ki jo je leta 1948 podala Svetovna zdravstvena organizacija, še vedno aktualna: »Zdravje ni samo odsotnost bolezni, temveč stanje popolnega fizičnega, mentalnega ter socialnega blagostanja« (10). Gre za široko zastavljeno definicijo, ki poudarja različne dimenzije zdravstvenega stanja. Raziskave kažejo, da razumevanje zdravja s stra-

ni mladih v veliki meri sovpađa z omenjeno definicijo. Zdravje mladim npr. pomeni to, da uresničijo lastne potenciale, da funkcionirajo v fizičnem, duševnem in socialnem/družbenem smislu, da doživljajo pozitivna afektivna stanja, ipd. (11 str. 98).

Raziskovanje problematike zdravja mladih se je mogoče lotiti na različne načine, vse pogostejše pa so raziskave, ki vključujejo subjektivne indikatorje zdravja, ki praviloma odražajo razumevanje zdravja s strani mladih (11–13). Cilj naše raziskave je tako bil preučiti tri indikatorje subjektivnega zdravstvenega stanja mladih v Sloveniji obdobju 2010–2013.

Prvi izmed indikatorjev subjektivnega zdravja in blagostanja, ki smo ga analizirali v naši raziskavi, je bil spremenljivka samoocenjenega (samoporočanega) zdravja (angl. *self-rated health, SRH*). Številne pretekle tuje empirične raziskave so pokazale, da je SRH močan napovedovalec bodoče obolevnosti, umrljivost, funkcionalne (ne)spodobnosti in drugih kazalnikov zdravja in kakovosti življenja, tudi ob kontroli objektivnih indikatorjev zdravstvenega stanja in drugih fizičnih, sociodemografskih in psihosocialnih zdravstvenih kazalnikov (14–17; za pregled raziskav samocoene zdravja kot napovedovalca umrljivosti gl. 18); za meta-analizo gl. 19). SRH je bil preučen tudi v številnih slovenski raziskavah, na odrasli populaciji (npr. 20–26) kot tudi na populaciji adolescentov (7, 27), raziskan pa tudi v okviru primerjalnih analizah postkomunističnih družb (28).

Fosse in Haas (2) sta v sedem let trajajoči kohortni raziskavi ameriških adolescentov ugotovila, da je indikator samoocenjenega zdravja v preučevanem obdobju izkazal veliko stopnjo stabilnosti; da je samoocenjeno zdravje adolescentov močno koreliralo z oceno zdravja adolescentov, ki so ga podali njihovi starši; da je samoocenjeno zdravje povezano s številnimi drugimi indikatorji zdravja in blagostanja mladih. Avtorja skleneta, da je SRH veljaven in zanesljiv pokazatelj zdravstvenega stanja in subjektivnega blagostanja adolescentov (gl. tudi 3). Longitudinalna mednarodna raziskava o zdravstvenem stanju in z zdravjem povezanih vedenjih mladostnikov HBSC (*Health Behaviour of School-aged Children*; 12) je samoocenjeno zdravje prav tako prav tako vključila med svoje indikatorje zdravja mladih (o rezultatih raziskave v Sloveniji med drugim gl. 13).

Drugi indikator zdravstvenega stanja, ki smo ga uporabili v naši raziskavi, je bil indikator samoporočane kronične zdravstvene težave (bolezni, invalidnost, duševne težave). Uporabili smo indikator, ki je bil uporabljen v vseh dosedanjih valovih Evropske družboslovne raziskave (European Social Survey; 44–48), empirično analiziran pa je bila tudi v nekaterih preteklih raziskavah (npr. 29). Evropska raziskava EHIS (*European Health Interview Survey*) je npr. pokazala, da je med prebivalci starimi 15 let in več imelo v Sloveniji leta 2006 dolgotrajno bolezen ali dolgotrajno zdravstveno težavo 36,4 % oseb (34,1 % moških in 38,6 % žensk; gl. 30 str. 16). Skladno s pričakovanji se je tudi starost izkazala za pomemben dejavnik dolgotrajnega bolezenskega stanja (ibid.).

Tretji preučen indikator subjektivnega zdravja v naši raziskavi pa je bila stopnja samozaznanega stresa. »Stres« je ena izmed najpogostejše uporabljenih besed v modernih družbah, postala pa je tudi »ena izmed prodornih metafor za osebno in kolektivno trpljenje« (31 str. 288). V prvotnih modelih je stres predstavljal generaliziran odziv organizma na okoljske zahteve, definirati pa ga je mogoče kot fiziološki mehanizem, ki organizem pripravi na delovanje. Vsakršen stres seveda ni škodljiv, a visoke stopnje stresa lahko imajo negativne zdravstvene posledice (ibid.; g. tudi 32). White (33) poudarja, da je fokus v sodobnih raziskavah stresa predvsem na subjektivno zaznanih *stresorjih*, tj. dejavnikih, ki povzročā-

jo stres, obenem pa poudari pomen preučevanja subjektivne *percepcije* stresa, saj se posamezniki na stresne dogodke (stresorje) lahko različno odzivajo. V tem oziru fokus raziskav ni zgolj na dejanskih stresorjih, temveč na posameznikovi *zaznavi* in odzivu na stresorje.

Podobno kot pri ostalih dveh spremenljivkah, smo tudi pri merjenju stresa uporabili eno samo spremenljivko samoznave stresa. Elo in sodelavci (34) so ugotovili, da samoocenjeni stres korelira s kompleksnejšimi merami stresa; npr. z večjo čustveno izčrpanostjo, s slabšim duševnim zdravjem, s slabšim samoocenjenim zdravjem in slabšim diagnosticiranim zdravjem. Isti avtorji so preučili tudi diskriminatorno moč indikatorja samoocenjenega stresa in ugotovili enake vzorce povezanosti med stresom ter spolom in starostjo kot med slednjimi in lestvico čustvene izčrpanosti (*Maslach Burnout Inventory*). Elo in sodelavci glede na rezultate svojih analiz sklenejo, da spremenljivka stresa kaže zadovoljivo vsebinsko, konstruktno in kriterijsko veljavnost za analizo na ravni skupin ter da je pri proučevanju stresa na delovnem mestu in v anketnem raziskovanju mogoče sestavljene spremenljivke (lestvice), ki se uporabljajo za merjenje nespecifičnih simptomov stresa, nadomestiti z eno samo spremenljivko (34 str. 450). Podobne rezultate glede samoocenjenega indikatorja stresa so poročali tudi Littman in sodelavci (35), ki so ugotovili, da je spremenljivka povezana s tremi kompleksnejšimi sestavljenimi lestvicami. Littman in sodelavci poročajo tudi o zadostni stopnji test-retest zanesljivosti in sklenejo, da »eno-itemska postavka meri stres podobno dobro kot daljši vprašalniki« (35 str. 401).

Izhajajoč iz zgornjega krajšega pregleda je namen pričujoče raziskave na vzorcu slovenske mladine v letih 2010 in 2013 preučiti stopnje in distribucije zdravstvenih izidov na treh subjektivnih indikatorjih zdravja, ob tem pa preučiti še povezanost med njimi in nekaterimi sociodemografskimi spremenljivkami (spol, starost in izobrazba respondenta, izobrazba matere in izobrazba očeta). Z raziskavo poskušamo deloma zapolniti raziskovalno vrzel, saj v Sloveniji primanjkuje raziskav o zdravju postadolescentne mladine in mladih odraslih.

Metode

Vzorec

Raziskava mladine v letu 2010 je zajemala reprezentativni slučajnostni vzorec. Ciljno populacijo raziskave Mladina 2010 so predstavljali vsi prebivalci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so bili na dan 26. 7. 2010 stari med 15 in 29 let ($N = 1257$; $M_{\text{starost}} = 22,90$; $SD = 4,25$; 48,3 % žensk). Anketiranje je potekalo med 27. julijem in 24. septembra v obliki osebnega anketiranja na terenu. Ciljna populacija raziskave je bila predhodno stratificirana glede na 12 statističnih regij in 6 tipov naselja (za podrobnosti o vzorčenju, zbiranju podatkov ipd. gl. 36).

Raziskava mladine v letu 2013 je zajemala statificiran kvotni vzorec. Ciljna populacija raziskave Youth 2013 je bila slovenska mladina v starosti od 16 do 27 let. Prestavljali so jo vsi prebivalci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so bili na dan 28. 5. 2013 stari med 16 in 27 let. V vzorec je bilo zajetih 907 respondentov ($N = 907$; $M_{\text{starost}} = 21,90$; $SD = 3,25$; 48,3 % žensk). Anketiranje je potekalo med 29. majem in 20. julijem 2013 v obliki osebnega anketiranja na terenu, praviloma znotraj gospodinjstev (za podrobnosti o vzorčenju, zbiranju podatkov ipd. gl. 37).

V obeh raziskavah sta bila vprašalnika sestavljena iz dveh delov: ustnega in pisnega dela. Ustni del vprašalnika je izvedel anketar tako, da je prebral vprašanja na glas in izpolnjeval anketo glede na odgovore, ki jih je dobil od anketiranca. Po končanem ustnem delu vprašalnika je anketar izročil anketirancu še pisni del vprašalnika in ga prosil, da odgovore izpolni sam. Pisni del vprašalnika so zajemala vprašanja, ki so bila v večji meri osebne in intimne narave.

Vse primerjalne analize, ki jih za obe leti prikazujemo v nadaljevanju so bile izvedene na vzorcu mladih med 16. in 27. letom starosti. Korelacijske analize povezanosti sociodemografskih spremenljivk in zdravstvenih izidov, ki jih prikazujemo v nadaljevanju, smo izvedli na vzorcu mladih iz leta 2013.

Merski instrument

Samoocenjeno zdravje smo v raziskavi Youth 2013 merili s kazalnikom, ki je v znanstveni literaturi široko uporabljen. Respondente smo vprašali: »Kako bi na splošno ocenil/a svoje zdravje? Bi rekel/a, da je ...?« (1 = slabo; 2 = zadovoljivo; 3 = dobro; 4 = zelo dobro; 5 = odlično). Čeprav se v literaturi pojavlja postavka samoocene zdravja z različnimi verzijami ponujenih odgovorov, smo se v naši raziskavi odločili za verzijo, ki jo priporočajo Jürges in sodelavci (38). Raziskave prav tako kažejo, da različne verzije indikatorja samoocenjenega zdravja predstavljajo vzporedne ocene subjektivnega zdravja (39).

Kronične zdravstvene težave (bolezen, invalidnost, duševne težave) smo merili z naslednjim vprašanjem: »Ali te pri vsakdanjih opravilih kakorkoli ovira kakšna kronična bolezen, invalidnost ali psihična težava? Če da, koliko te ovira?« (1 = da, precej; 2 = da, do neke mere; 3 = ne). V okviru naših analiz smo sledeč Gasiorju in Zaidiju (29) sešteli odgovore »da, precej« in »da, do neke mere« in tako seštevek pojmovali kot delež mladih, ki poročajo dolgotrajne kronične zdravstvene težave.

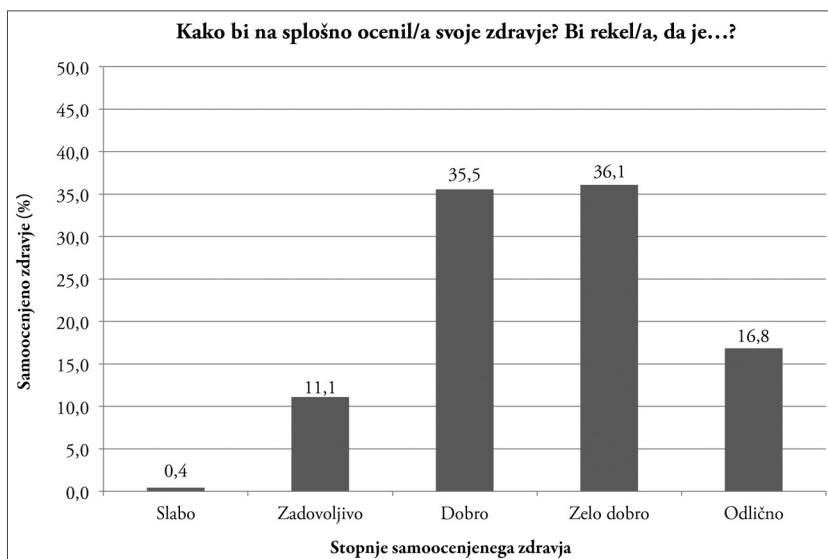
Samozaznan stres smo v raziskavah Mladina 2010 in Youth 2013 preučevali z naslednjim vprašanjem: »Kako pogosto čutiš stres? Stres je situacija, ko se počutiš napeto, nemirno, nervozno, zaskrbljeno in se ne moreš osredotočiti.« (1 = nikoli oz. nekajkrat v letu; 2 = vsak mesec; 3 = vsak teden; 4 = nekaj dni v tednu; 5 = večino dni v tednu), ki je bilo privzeto po raziskavi Ele in sodelavcev (34). V naši raziskavi, podobno kot v nekaterih drugih, nismo analizirali stresnih dogodkov (stresorjev), temveč *perceptijo* doživljanja stresa (samozaznavanje stresa).

Rezultati

Samoocenjeno zdravje

V skladu z zastavljenimi raziskovalnimi cilji v nadaljevanju najprej predstavljamo rezultate analize samoocenjenega zdravja slovenske mladine v letu 2013 (longitudinalna primerjava tega indikatorja z letom 2010 ni bila mogoča, saj je bilo takrat uporabljen nekoliko drugačen indikator, in sicer »zadovoljstvo z zdravjem«).

Slika 1 prikazuje distribucijo samoocenjenega zdravja med mladimi v Sloveniji (16–27 let) v letu 2013. 16,8 % respondentov je svoje zdravje ocenilo kot odlično, 36,1 % kot zelo dobro in 35,5 % kot dobro. Na drugi strani je 11,1 % respondentov svoje zdravje ocenilo kot zadovoljivo, manj kot odstotek (0,4 %) pa kot slabo.



Slika 1: Samooceanjeno zdravje med mladimi (16–27 let) v Sloveniji (%).

Vir: CEPYUS-FES Slovenian 2013 Youth Study (40).

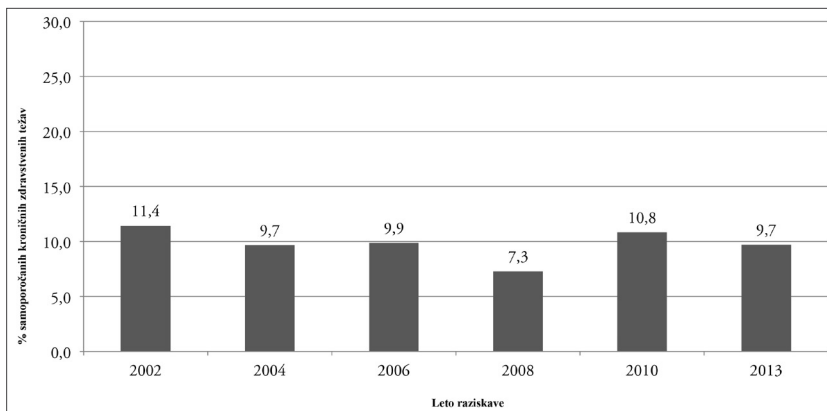
Odgovore smo nato rekodirali v dve skupini: »slabo/zadovoljivo« zdravje in »dobro/zelo dobro/odlično« zdravje. Skupaj je 11,5 % slovenskih mladih ocenilo svoje zdravje kot slabo/zadovoljivo, kar je manjši delež kot v raziskavah iz nekaterih drugih držav: Chaney in sodelavci (41) na vzorcu ameriške populacije poročajo o 16,2 % respondentov, ki so svoje zdravje ocenili s »slabo/zadovoljivo« (ker gre pri omenjeni raziskavi za odraslo populacijo je večji delež respondentov s slabšim zdravjem pričakovan); Ismail (42) na starostno primerljivem vzorcu mladih (15–29 let) poroča o 11,6 % mladih s slabim/zadovoljivim zdravjem med dekleti in 13,8 % med fanti. Medtem ko ti rezultati kažejo na relativno ugodno sliko zdravja mladih v Sloveniji, pa, če primerjamo rezultate na vzorcu slovenske mladine z raziskavami *manj starih* mladostnikov iz drugih držav, tam praviloma (pričakovano) najdemo nižje deleže mladih s slabim/zadovoljivim zdravjem; Vingilis in sodelavci (43) npr. poročajo o deležu 4,2 % mladih s slabim/zadovoljivim zdravjem na vzorcu kanadske mladine stare med 12 in 19 let; Foosse in Haas (2) poročata o deležu 5,1 % takih na vzorcu kanadske mladine stare med 12 in 18 let. Foti in Eaton (44) sta na vzorcu ameriških srednješolcev (14–18 let) poročala o deležu 15,0 % s slabim/zadovoljivim zdravjem (13,4 % mladih s slabim/zadovoljivim zdravjem znotraj populacije belcev), kar je, zanimivo, višji delež mladih s slabim/zadovoljivim zdravjem kot v Sloveniji, kljub nižji starosti njunega vzorca.

Primerjalno z navedenimi raziskavami se mladi v Sloveniji pri pokazatelju samoocejenega zdravja uvrščajo relativno visoko glede na podobne starostne skupine drugod po svetu. Podobne rezultate so dale tudi nekatere pretekle raziskave. V raziskavi adolescentov HBSC (12) so slovenski mladostniki poročali relativno visoke stopnje zdravja, vendar pa je v omenjeni raziskavi bila primerjalna »prednost« najvišja pri slovenskih 11-letnikih, najnižja pa pri 15-letnikih. To sovпада z ugotovitvami slovenske raziskave HBSC (7), kjer je pogostost samoocejenega slabega/zadovoljivega zdravja naraščalo s starostjo (višji delež 15-letnikov je ocenilo svoje zdravje kot slabo/zadovoljivo kot med 11-letniki). Čeprav ni

šlo za identične ponujene odgovore, je zanimivo, da je v slovenski HBSC v letu 2010 50,2 % mladih svoje zdravje ocenilo kot »odlično« (7 str. 73), na našem vzorcu pa le 16,8 % (kot rečeno, so bili v vzorec HBSC zajeti zgolj adolescenti).

Korelacijska analiza sociodemografskih dejavnikov je pokazala, da so bile višje ravni samoocenjenega zdravja ugotovljene pri moških ($\rho = 0,16$; $p < 0,001$; svoje zdravje je kot slabo/zadovoljivo ocenilo 9,0 % moških in 14,2 % žensk) in pri respondentih z bolj izobraženimi materami ($\rho = 0,11$; $p < 0,01$; med mladimi, ki imajo matere z več kot srednješolsko izobrazbo, jih je 8,1 % poročalo slabo/zadovoljivo zdravje, 12,8 % med mladimi z materami s srednješolsko izobrazbo in 11,9 % med mladimi z materami z (ne)dokončano osnovnošolsko izobrazbo. Že omenjena HBSC raziskava je podobno pokazala, da je povezanost med socioekonomskim statusom (SES) družine in samoocenjenim zdravjem mladostnikov v Sloveniji relativno majhna; natančneje, v HBSC raziskavi je povezava med samoocenjenim zdravjem mladih in SES družine druga najnižja v Evropi in statistično neznačilna (12 str. 68). Vendar pa je potrebno poudariti, da bi bilo potrebno v prihodnjih raziskavah preučiti in poglobljeno analizirati še druge kazalnike SES in blagostanja posameznika in družine (npr. dohodek posameznika/družine, bivalne razmere, ipd.; gl. tudi Diskusijo in zaključke).

Kronične zdravstvene težave



Slika 2: Pogostost poročanah dolgotrajnih zdravstvenih težav (bolezen, invalidnost, duševne težave) med mladimi (16–27 let) v Sloveniji (%) (40, 44–48).¹

Kot že omenjeno, smo kronične zdravstvene težave (bolezen, invalidnost in duševne težave) merili z vprašanjem: »Ali te pri vsakdanjih opravilih kakorkoli ovira kakšna kronična bolezen, invalidnost ali psihična težava? Če da, koliko te ovira?« (1 = da, precej; 2 = da, do neke mere; 3 = ne) in v okviru pričujoče raziskave sešteli odgovore »da, precej« in »da, do neke mere«, kjer smo seštevek obravnavali kot delež mladih, ki poročajo dolgotrajne kronične zdravstvene težave. Zaradi longitudinalnih podatkov iz Evropske družboslovne raz-

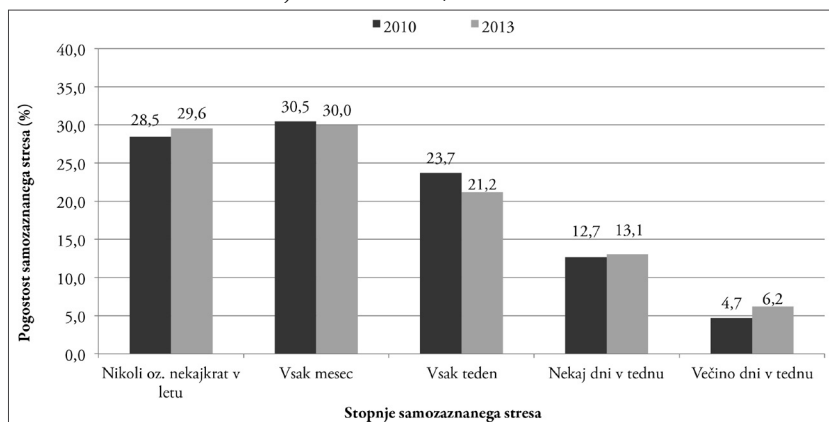
1 Opomba: Odstotki prikazujejo seštevek odgovorov mladih, ki so na vprašanje »Ali te pri vsakdanjih opravilih kakorkoli ovira kakšna kronična bolezen, invalidnost ali psihična težava? Če da, koliko te ovira?« odgovorili z »da, precej« in »da, do neke mere«. Analize za obdobje 2002–2010 so narejene na vzorcu mladih, starih med 15 in 29 let.

iskave, ki so nam bili na voljo (za obdobje 2002–2010), na Sliki 2 predstavljamo delež mladih s kroničnimi zdravstvenimi težavami v obdobju 2002–2013.

Rezultati na Sliki 2 kažejo, da v povprečju približno vsak deseti respondent poroča neke vrste kronične zdravstvene težave. Nadalje, v obdobju 2002–2008 je nekoliko upadel delež mladih, ki so poročali o kronično slabem zdravstvenem stanju (iz 11,4 % na 7,3 %), v letu 2010 se je delež takšnih mladih ponovno povečal, in sicer na 10,8 %, leta 2013 (podatki raziskave Youth 2013) pa je ponovno prišlo do rahlega upada (9,7 % mladih je poročalo kronične zdravstvene težave). V letu 2013 se nobena izmed preučenih sociodemografskih spremenljivk ni izkazala za statistično značilen dejavnik pogostosti poročanih kroničnih bolezni.

Samozaznani stres

Slika 3 prikazuje samozaznani stres slovenske mladine (16–27 let) v letih 2010 in 2013. V letu 2013 je največji delež mladih (30 %) poročalo doživljanje stresa »vsak mesec«, drugi najvišji delež mladih pa je poročal doživljanje stresa »nikoli ali nekajkrat na leto« (29,6 %). Dobra petina mladih (21,2 %) doživlja stres »tedensko«, več kot desetina vprašanih doživlja stres »nekajkrat na teden« (13,1 %), 6,2 % pa »večino dni na teden«. Seštevek deležev pokaže, da 40,2 % slovenske mladine doživlja stres »vsaj tedensko«, kar je rahel upad v primerjavi z letom 2010, ko je »vsaj tedensko« doživljalo stres 41,1 % mladih. Razlike v samozaznanem stresu med obe letoma so minimalne in statistično neznačilne ($p > 0,05$). Zanimivo je tudi, da sta v 2013 nekoliko narasla deleža mladih, ki najpogosteje doživljajo stres (»večino dni v tednu« in »nekaj dni v tednu«).



Slika 3: Stopnje samozaznanega stresa slovenske mladine (16–27 let) v letih 2010 in 2013 % (50, 40).

V okviru analize standardnih sociodemografskih dejavnikov so bile višje ravni samozaznanega stresa, skladno s preteklimi študijami (npr. 51, 52), ugotovljene pri ženskah ($\rho = 0,14$; $p < 0,001$; vsaj tedensko zaznava stres 46,0 % žensk in 35,2 % moških). Prav tako je pogostejše doživljanje stresa poročala starejša mladina ($\rho = 0,09$; $p < 0,01$); vsaj tedensko zaznava stres 44,6 % mladih v starosti 24–27 let, 37,8 % mladih v starosti 20–23 let in 38,4 % mladih v starosti 16–19 let.

Diskusija in zaključki

Namen pričujoče raziskave je bil preučiti zdravje slovenske mladine s pomočjo treh subjektivnih pokazateljev zdravja: samoocenjenega zdravja, samoporočanimi kroničnimi zdravstvenimi težavami in samozaznanim stresom. Vsi trije indikatorji so se v preteklih raziskavah izkazali za veljavne in zanesljive pokazatelje subjektivnega zdravja in blagostanja mladostnikov in odraslih. Dve izmed analiziranih mer smo analizirali v longitudinalni perspektivi. Prav tako nas je zanimal vpliv sociodemografskih spremenljivk na tri indikatorje zdravja (spol, starost in izobrazba respondenta, izobrazba matere in izobrazba očeta).

Rezultati so pokazali, da večina slovenskih mladih starih med 16 in 27 let ocenjuje svoje zdravje kot zelo dobro in dobro (skupaj 71,6 %), kot slabo/zadovoljivo pa 11,5 %. V povprečju približno vsak deseti poroča kronično bolezen, invalidnost ali duševno težavo. V obdobju 2002–2013 je bil ugotovljen upad pogostosti kroničnih zdravstvenih težav; v letu 2013 znaša ta delež 9,7 %. V letu 2013 40,2 % slovenske mladine poroča doživljanje stresa »vsaj tedensko«, kar predstavlja minimalen, a statistično neznačilen upad v primerjavi z letom 2010. V letu 2013 6,2 % mladih poroča o doživljanju stresa »večino dni na teden«.

Upoštevajoč rezultate longitudinalnih analiz smo ugotovili, da v primerjavi z 2010 v 2013 ni prišlo do bistvenih sprememb na analiziranih indikatorjih zdravja. Analiza vpliva sociodemografskih spremenljivk na tri indikatorje zdravja v 2013 je pokazala 1) na vpliv ženskega spola in nižje izobrazbe matere na nižje samoocenjeno zdravje; 2) na vpliv ženskega spola in višje starosti na pogostejše poročanje stresa; in 3) da se nobena izmed preučeni sociodemografskih spremenljivk ni izkazala za statistično značilen dejavnik poročanih kroničnih zdravstvenih težav. Glede na ugotovljeno menimo, da bi bilo potrebno v prihodnje preučiti tudi vliv drugih dimenzij SES posameznika in njegove družine na zdravje mladostnikov, še posebej pa je potrebno preučiti mehanizme, ki na prehodu v odraslost in v času odraslosti vodijo k slabšemu povprečnemu zdravstvenemu stanju ljudi z nižjim SES, torej tistih iz nižjih družbenih razredov, z nižjimi stopnjami izobrazbe, nižjimi dohodki ipd. (22, 24–26).

Naj omenimo še nekatere izmed omejitev pričujoče raziskave, ki bi jih bilo potrebno odpraviti v prihodnjih študijah. Analizirali smo le tri indikatorje zdravja, medtem ko bi subjektivno zdravje mladih lahko preučili še z drugimi indikatorji zdravja in subjektivnega blagostanja. Zato bi prihodnje študije lahko npr. analizirale tudi samoocenjeno duševno zdravje, samoocenjeno depresivnost, zadovoljstvo z življenjem, predvsem pa z zdravjem povezana vedenja (pogostost uživanja sadja in zelenjave, pogostost uživanja alkohola, tobaka in nedovoljenih drog, ipd.). Nadalje, štiriletno obdobje, ki smo ga preučili, je nekoliko prekratko za ugotavljanje pomembnejših trendov, zato bi bilo potrebno v prihodnje razširiti obdobje analiz. Kljub temu pa je mogoče reči, da so rezultati stabilnosti oz. minimalnega izboljšanja zdravstvenega stanja skladni z ugotovitvami Kirbiša (53), ki je za enako obdobje (2010–2013) preučil nekatera z zdravjem povezana vedenja med slovenskimi mladimi in zaznal porast deleža nekadilcev (iz 54 % v 2010 na 60 % v 2013) in porast mladih, ki nikoli/redko uživajo alkohol (iz 47 % na 50 %). Prihodnje raziskave bi prav tako morale preučiti katera z zdravjem povezana vedenja oz. sklope vedenj (t. i. življenjski stili; gl. 54–56), ki so pomembni dejavniki subjektivnega zdravja mladih. Kljub navedenim omejitvam pa naša raziskava poskuša delno zapolniti raziskovalno vrzel, saj v Sloveniji praviloma primanjkuje raziskav o zdravju postadolescentne mladine in mladih odraslih (za izjeme med drugim gl. 51; 53).

Sklenemo lahko, da v obdobju 2010–2013 ni prišlo do bistvenih sprememb subjektivnega zdravstvenega stanja slovenske mladine, kljub neugodnim makrorazmeram v Sloveniji in Evropi oz. kljub neugodnemu objektivnemu položaju, v katerem so se znašli mladi v Sloveniji (npr. naraščanje stopnje brezposelnosti mladih; gl. 57). Zdravje mladih je potrebno poglobljeno raziskovalno spremljati tudi v prihodnje, iz več razlogov: 1) ker bo družbeno-ekonomska kriza trajala še nekaj časa tudi po najbolj optimističnih predvidevanjih; 2) ker se lahko negativne posledice neugodnih ekonomskih razmer na zdravje mladih pojavijo s časovnim zamikom; 3) ker je potrebno preučiti mehanizme, ki vodijo v družbenoekonomske neenakosti v zdravju v času odraslosti.

Literatura

1. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998; 101 (3 Pt 2), 518–25.
2. Fosse NE, Haas SA. Validity and stability of self-reported health among adolescents in a longitudinal, nationally representative survey. *Pediatrics* 2009; 123(3): 496–501.
3. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen, S. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur J Public Health* 2009; 19 (1): 73–78.
4. Guimaraes J, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health* 2012; 12: 676.
5. Larson N, Laska MN, Story M, Neumark-Sztainer D. Predictors of fruit and vegetable intake in young adulthood. *J Acad Nutr Diet* 2012; 112 (8): 1216–1222.
6. Sanchez ZM, Santos MG, Pereira AP, Nappo SA, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Childhood Alcohol Use May Predict Adolescent Binge Drinking: A Multivariate Analysis among Adolescents in Brazil. *J Pediatr* 2013; 163 (2): 363–368.
7. Jeriček Klanšček H. Samoocena zdravja. V: Jeriček Klanšček H et al., ur. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja v Sloveniji, 2011: 71–86.
8. Musil B, Lavrič M. Values, sustainable social functioning and visions of the future. V Lavrič M, ur. Youth 2010: The social profile of young people in Slovenia. Ljubljana: Ministry of Education and Sports, Office for Youth; Maribor: Aristej, 2011: 419–448.
9. HDR. Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. New York: United Nations Development Programme (UNDP). 2013. Retrieved from: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_EN_complete.pdf (09.09.2013).
10. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. 1948. Retrieved from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (09.09.2013).
11. Millstein SG. A View of Health from the Adolescent's Perspective. V: Millstein S et al., ur. Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century. New York: Oxford University Press, 1993: 97–118.

12. Currie C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). 2010. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf (09.09.2013).
13. Jeriček Klanšček H. et al., ur. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. 2011. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja v Sloveniji.
14. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES- epidemiologic follow-up study. *Am J Public Health* 1990; 80: 446–52.
15. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995; 50 (6): 344–353.
16. Idler EL, Russell LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 874–883.
17. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 292–304.
18. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21–37.
19. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21 (3): 267–275.
20. EHIS. European Health Interview Survey. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 2007. Retrieved from: https://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ivz.si%2Fpodatkovne_zbirke%3Fpi%3D5%26_5_Filename%3D422.xls%26_5_MediaId%3D422%26_5_AutoResize%3Dfalse%26pl%3D46-5.3.&ei=owEqUtvoB-eI4gSkIYC0BQ&usg=AFQjCNFRoU_gUmyVlkcjOVKdRDGN5c7-GQ&sig2=BGcvVeI-pdZwbe7aHSJefA (09.09.2013).
21. Farkas J, Nabb S, Zaletel-Kragelj L, Cleland JG, Lainscak M. Self-rated health and mortality in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2009; 11: 518–524.
22. Farkas J, Zaletel-Kragelj L. Self-rated health and social classes in Slovenia: is there any relationship? *Anali PAZU* 2011; 1 (1): 67–75.
23. Kamin T, Kolar A, Steiner PM. The role of cultural capital in producing good health: a propensity score study. *Zdrav Var* 2013; 52 (2): 108–118.
24. Malnar B, Kurdija S. Trends in subjective health assessment between 1981 and 2011 as an indicator of persistent social inequalities. *Zdrav Var* 2012; 51: 11–20.
25. Tomšič S, Orožen K. Samoocena zdravja. V: Maučec Zakotnik J et al., ur. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012: 15–30.
26. Ule M, Kurdija S. Self-rated health among women and their assessment of the health care system. *Zdrav Var* 2013; 52: 87–98.
27. Jeriček Klanšček H, Žiberna J. Trendi v samooceni zdravja. V: Jeriček Klanšček H et al., ur. Spemembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012: 67–77.

28. Pikhart H. Social and Psychosocial Determinants of Self-rated Health in Central and Eastern Europe. 2002. Boston: Kluwer Academic Publishers.
29. Gasior K, Zaidi A. Social Well-being of Disabled Older Persons An Evidence of Unequal Ageing in Europe. Vienna, 2010, Policy Brief October 2010. 2010. Retrieved from: http://www.euro.centre.org/data/1287734853_702226.pdf (09.09.2013).
30. Božič A, Zupanič T. Health and health care in Slovenia. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije [Statistical Office of the Republic of Slovenia]. 2009.
31. Helman CG. Culture, Health and Illness: An introduction for professionals. London: Butterworth-Heinemann. 2000.
32. Mahoney C. Stress: Sham Epidemic or Pathway to Ill Health? A Sociological Analysis of a Contested Concept. *J Soc Psych Sci* 2009; 2 (1): 73–78.
33. White K. An Introduction to the Sociology of Health and Illness (2nd Edition). Los Angeles: Sage. 2009.
34. Elo AL, Leppänen A, Jahkola A. A Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29 (6): 444–451.
35. Littman AJ, White E, Satia JA, Bowen DJ, Kristal AR. Reliability and Validity of 2 Single-Item Measures of Psychosocial Stress. *Epidemiology* 2006; 17 (4): 398–403.
36. Lavrič M et al. Research Methods. V: Lavrič M, ur. Youth 2010: The social profile of young people in Slovenia. Ljubljana: Ministry of Education and Sports, Office for Youth; Maribor: Aristej, 2011: 45–64.
37. Flere S, Divjak M. The study and its operationalization. V: Flere S, Klanjšek R, ur. Slovenian Youth: Living in times of disillusionment, risk and precarity: First CEPYUS – Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Youth Survey: Research Report. Maribor: Faculty of Arts & Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) 2013: 18–28.
38. Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol* 2008; 23 (12): 773–781.
39. Eriksson I, Undén AL, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* 2001; 30 (2): 326–333.
40. Flere S et al. CEPYUS-FES Slovenian 2013 Youth Study. Slovenian Youth: Living in times of disillusionment, risk and precarity: First CEPYUS – Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Youth Survey [data file]. Maribor, Slovenia: Faculty of Arts, Maribor, & Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). 2013.
41. Chaney EH, Chaney JD, Wang MQ, Eddy JM. Lifestyle behaviors and mental health of American adults. *Psych Rep* 2007; 100 (1): 294–302.
42. Ismail EAA. The Role of Education and Wealth in Health Inequalities in Egypt. *Life Sci J* 2013; 10 (3): 272–279.
43. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of Adolescent Self-rated Health: Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health* 2002; 93 (3): 193–197.
44. Foti K, Eaton D. Associations of selected health risk behaviors with self-rated health status among U.S. High school students. *Public Health Rep* 2010; 125 (5): 771–781.

45. European Social Survey. ESS Round 1: European Social Survey Round 1 Data (2002). Norwegian Social Science Data Services. 2002. Retrieved from: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html> (09.09.2010).
46. European Social Survey. ESS Round 2: European Social Survey Round 1 Data (2004). Norwegian Social Science Data Services. 2004. Retrieved from: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html> (09.09.2010).
47. European Social Survey. ESS Round 3: European Social Survey Round 1 Data (2006). Norwegian Social Science Data Services. 2006. Retrieved from: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html> (09.09.2010).
48. European Social Survey. ESS Round 4: European Social Survey Round 1 Data (2008). Norwegian Social Science Data Services. 2008. Retrieved from: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html> (09.09.2010).
49. European Social Survey. ESS Round 5: European Social Survey Round 1 Data (2010). Norwegian Social Science Data Services. 2010. Retrieved from: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html> (09.09.2011).
50. Lavrič M, et al.. The social profile of young people in Slovenia [data file]. Maribor, Slovenia: University of Maribor, Faculty of Arts; Ljubljana: University of Ljubljana, Arhiv družboslovnih podatkov, Social Science Data Archives [distribution]. 2011.
51. Musil B. Health and wellbeing. V: Lavrič M, ur. Youth 2010: The social profile of young people in Slovenia. Ljubljana: Ministry of Education and Sports, Office for Youth; Maribor: Aristej, 2011: 321–348.
52. Bajt M, Jeriček Klanjšček H. Stres. V: Maučec Zakotnik J, et al., ur. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012: 109–127.
53. Kirbiš A. Health, health risk behaviors and lifestyle. V: Flere S, Klanjšek, R, ur. Slovenian Youth: Living in times of disillusionment, risk and precarity: First CEPYUS – Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Youth Survey: Research Report. Maribor: Faculty of Arts, Maribor & Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), 2013: 166–195.
54. Annandale E. The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction. Cambridge: Polity Press. 1998.
55. Cockerham WC. The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation. *J Health Soc Behav* 1997; 38 (2): 117–130.
56. Nettleton S. The Sociology of Health and Illness [2nd ed.]. Cambridge: Polity Press. 2006.
57. Lavrič M. Employment and mobility. V: Flere S, Klanjšek, R, ur. Slovenian Youth: Living in times of disillusionment, risk and precarity: First CEPYUS – Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Youth Survey: Research Report. Maribor: Faculty of Arts, Maribor & Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), 2013: 61–93.

Sodobni koncepti spremljanja in uporabe populacijskih kazalnikov zdravstvenega stanja

Recent Trends in the Monitoring and Application of Health Indicators

Vesna Zadnik

Povzetek

Zdravstveni kazalniki služijo kot diagnostično orodje za ocenjevanje bremena bolezni v populaciji. Beleženje in prikaz zdravstvenih kazalnikov je zato ključni element delovanja in razvoja sistema zdravstvenega varstva. V prispevku je narejen pregled nad novodobnimi pristopi v spremljanju in prikazu zdravstvenih kazalnikov na populacijski ravni, podani pa so tudi primeri dobrih praks v Sloveniji.

Za spremljanje najpomembnejših zdravstvenih kazalnikov ima večina razvitih držav vzpostavljen rutinski sistem zbiranja podatkov v obliki zdravstvenih registrov. Podatkom iz registrov lahko zaupamo le, če so popolni, kakovostni in pravočasni, kar v času elektronskih povezav zagotavljamo z avtomatičnimi periodičnimi povezavami različnih virov, skrbjo za ustrezno strokovnost poročevalcev in zaposlenih, avtomatizacija procesov ter sprotne računalniška kontrola vnesenih podatkov.

Zbrani in obdelani podatki koristijo svojemu namenu samo, če so uporabnikom na voljo na ažuren, preprost in hkrati vseobsežen način. Dandanes se večino podatkov sporoča prek interneta, najnovejši trend pa predstavljajo spletni portali, ki uporabniku omogočajo fleksibilno lastno pripravo zelenega kazalnika.

Ključne besede: zdravstveni podatek, zdravstveni kazalnik, registri bolezni, e-tehnologije

Abstract

Health indicators serve as a diagnostic tool for assessing the population disease burden. Recording and presenting health indicators is therefore a key element in the operation and development of the health care system. This paper offers an overview on the recent trends in the monitoring and application of health indicators and also gives some examples of good practice in Slovenia.

In order to monitor the most important health indicators there are routine data collection system (health registries) built up in developed countries. Data from the registers can be relayed on only if they are complete, in high-quality and up-to-date. In the age of electronic connections we assure this by automatic periodic linkages to several data sources, care for the appropriate level of expertise in data reporting and coding, automation of working processes and computerised logical controls of data entering.

The collected and processed data become useful information only if they are available up-to-date, in a simple and comprehensive manner. Today, most of the health indicators are communicated via the Internet; the latest trend is to set interactive web portals that allow the users to prepare the indicators flexibly by themselves.

Key words: health data, health indicator, disease registries, e-technology

Uvod

Zdravstveni kazalniki so številske mere, s katerimi kvantitativno opišemo zdravje izbrane populacije. V javnem zdravju nam služijo kot diagnostično orodje za ocenjevanje bremena bolezni v populaciji. Kazalniki so tako izhodišče za ocenjevanje uspešnosti primarne in sekundarne preventive, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe ter za načrtovanje zmogljivosti in sredstev (osebja, medicinske opreme, posteljnih zmogljivosti...), ki so potrebni za obvladovanje bolezni na vseh omenjenih področjih (1).

Pri ocenjevanju razlik med prebivalci znotraj populacije analiziramo kazalnike zdravja po demografski skupinah, geografskih področjih, vrstah in lastnostih bolezni ter trajanju in načinih zdravljenja. Svetovna zdravstvena organizacija izbrane kazalnike objavi v letnih poročilih (2), ki omogočajo primerjavo držav, regij in celin, njihovega napredka ali zaostanka pri skrbi za boljše zdravje, preprečevanje bolezni in ustrezno zdravstveno varstvo. Ključnega pomena za mednarodno primerljivost zdravstvenih kazalnikov sta usklajeno in standardizirano razvrščanje bolnikov in bolezni ter poenotena metodologija za izračun in prikaz posameznega kazalnika.

Začetki zbiranja podatkov za vitalno statistiko in nozologije (vede o sistematizaciji bolezni) segajo skoraj tristo let nazaj. Po več kot sto letih poskusov evropskih zdravnikov in statistikov (med številnimi se je na področju aktivno udejeval tudi slovit Šved Carl Linne), da bi razvrstili vzroke smrti po nekem logičnem sistemu, sta kot prvo res uporabno razvrstitev leta 1855 predstavila Anglež William Farr in Švicar Marc d'Espin (3). Na njuni razvrstitvi temelji Mednarodna klasifikacija bolezni, bazična klasifikacija današnje zdravstvene statistike, ki jo že več kot petdeset let ureja, izdaja in za uporabo v svojih članicah priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (4). Trenutno po vsem svetu uporabljamo 10. izdajo te klasifikacije (5). Za natančnejšo opredelitev bolezni ali pa opis njihovih značilnosti so na voljo specialne klasifikacije in šifranti, ki jih priporoča Svetovna zdravstvena organizacija ali pa je njihova vsebina in uporaba dogovorjena v mednarodnih strokovnih združenjih. Tako na primer neoplazme razvrščamo po histološkem tipu skladno z Mednarodno klasifikacijo za onkologijo (6), stadije solidnih tumorjev skladno z TNM klasifikacijo, v katerem s komponento T (tumor) opredelimo razširjenost primarnega tumorja, s komponento N (angl. Node - bezgavke) prizadetost oziroma neprizadetost področnih bezgavk, s komponento M (metastaze) pa prisotnost oziroma odsotnost oddaljenih zasevkov (7), medicinske postopke pa po Mednarodni klasifikaciji zdravstvenih posegov (8).

Tudi pri predstavitvi podatkov štejemo med pionirje Williama Farra, ki je v 19. stoletju v svojem 40-letnem delu na angleškem državnem statističnem uradu razvil veliko temeljnih postopkov vitalne statistike ter kot prvi uporabil številne epidemiološke koncepte in tehnike, ki se uporabljajo še danes (9). Epidemiologijo, kot vedo o pogostosti, razporeditvi in vzročnosti pojavljanja kake bolezni pa je utemeljil londonski zdravnik John Snow leta 1855 ko je objavil svoje ugotovitve o povezanosti zbolevanja za kolero in dostopom do pitne vode (10).

V prispevku je narejen pregled nad novodobnimi pristopi v spremljanju in prikazu zdravstvenih kazalnikov na populacijski ravni, nakazane so najverjetnejše bodoče usmeritve, podani pa so tudi domači primeri iz osnovnega populacijskega zdravstvenega registra – registra umrlih ter iz enega najstarejših a hkrati najmodernejše organiziranih slovenskih populacijskih zdravstvenih registrov – Registra raka Republike Slovenije.

Zbiranje in obdelava zdravstvenih podatkov

Zdravstveni registri

Za spremljanje najpomembnejših zdravstvenih pojavov oziroma za prikaz osnovnih zdravstvenih kazalnikov ima večina razvitih držav vzpostavljen rutinski sistem zbiranja podatkov. Proces zbiranja in obdelave teh podatkov imenujemo registracija, osrednjo podatkovno zbirko, ki vsebuje podatke o določeni kategoriji enot pa register (11). Enote opazovanja v zdravstvenih registrih so največkrat osebe (bolniki ali z boleznijo ogroženi), v nekaterih registrih pa se zbirajo podatki tudi po organizacijskih enotah (ambulante, bolnišnice). Obstoje registra je z zakonom predpisan, vodi pa ga ustanova, ki ima javna pooblastila (12). Populacijski zdravstveni registri, ki so po svetu najbolj razširjeni in imajo najdaljšo tradicijo so registri umrlih. Način zbiranja podatkov in razvrščanja vzrokov smrti je predpisala Svetovna zdravstvena organizacija; podatki iz registrov umrlih spadajo med najvažnejše podatke v zdravstveni statistiki. Med osnovne populacijske zdravstvene registre štejemo še registre raka, registre rojstev in registre bolnišničnih odpustov (13).

V Sloveniji imamo dolgoletno tradicijo zdravstvenih registrov. Trenutno veljavni Zakon o zbirkah s področja zdravstvenega varstva (14) v naši državi predpisuje 53 zdravstvenih registrov z osebnimi podatki in še 22 zbirk, ki ne vsebujejo osebnih podatkov. Večino registrov upravlja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, registri za nekatere bolezni (rak, tuberkuloza) pa so po tradiciji in zgledu dobrih praks in tujine (predvsem iz skandinavskih držav) pooblaščen javnozdravstvenim inštitucijam, ki se z boleznijo ukvarjajo na terciarni ravni (Onkološki inštitut Ljubljana, Bolnišnica Golnik). Dejansko je število delujočih registrov precej manjše, vsakodnevna javnozdravstvena praksa pa kaže, da bi bilo za sodobno spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva potrebno število in nabor državnih zdravstvenih registrov v precejšnji meri spremeniti.

Pri odločitvi o ohranitvi, zaprtju ali ustanovitvi novega zdravstvenega registra je potrebno poleg strokovnih argumentov vedno upoštevati tudi pravne, organizacijske in ekonomske vidike. Praksa skandinavskih držav kaže, da zdravstveni register ne more delovati v kolikor nima ob zagonu vzpostavljenega zakonskega, finančnega in strokovnega okvirja. Vzpostavljanje registrov na osnovi projektov z zaposlitvijo kvalificiranega strokovnega osebja in zagotavljanjem financiranja le za čas trajanja projekta se je izkazalo kot neučinkovito (13).

Varovanje podatkov

Zakonsko je nujno poleg namena registra, njegovega upravljavca, obveznega nabora podatkov in poročevalcev podatkov opredeliti tudi varovanje podatkov. Vsak podatek o posamezniku, ki se je zbral v statistične ali raziskovalne namene, se mora zbirati in obdelovati na način, ki zagotavlja ustrezno varovanje osebnih podatkov in onemogoča zlorabo. V Sloveniji zakonsko ureja to področje Zakon o varovanju osebnih podatkov (15). Osnovna razlika med zbiranjem podatkov v okviru klasičnih zdravstvenih raziskav in zdravstveno registracijo je v tem, da v sistemu registracije za registriranje posameznika ni potrebno pridobiti njegove privolitvene izjave (13). V trenutnih trendih spreminjanja evropske zakonodaje se kaže jasna namera za spremembo pravila o potrebi po privolitveni izjavi pred vpisom posameznika v zdravstveni register – v predlogu nove evropske direktive o zaščiti osebnih podatkov (16) se predvideva obvezno pridobivanje privolitvene izjave od vsakega posameznika pred vključitvijo v zdravstveni register. Morebitno sprejetje tovrstne regulative bi v praksi v celotni Evropi onemogočilo zbiranje podatkov v zdravstvenih registrih kot smo ga vzpostavili do sedaj. Znane so sicer tudi možne sprememba načina dela, ki bi omogočale zdravstveno registracijo skladno z navedeno direktivo, vendar pa bi ustrezne spremembe že tako izredno zahtevno finančno vzdrževanje stalnih podatkovnih zbirk podražilo toliko, da ga države ne bi več zmogle.

Popolnost in kakovost rutinsko zbranih podatkov

Zdravstveni registri, ki beležijo podatke o vseh primerih v opredeljeni populaciji se imenujejo populacijski registri. Cilj populacijskega registra je zajeti vse ustrezne posameznike v izbrani populaciji. Popolnost registracije je mogoče neposredno meriti samo s posebnimi raziskavami, npr. s ponovnim pregledom odpustnih diagnoz. Takšnih raziskav v slovenskih zdravstvenih registrih zaradi pomanjkanja kadra in finančnih sredstev ne opravljamo, se pa v posameznih registrih uporabljajo indirektna merila popolnosti (npr. delež prijav v register, ki prispe po pričakovanem terminu). Znano je, da so populacijski registri bolj popolni, če imajo več neodvisnih virov vhodnih podatkov, v času elektronskih povezav pa se kot ključne kažejo avtomatične periodične povezave različnih virov. Dober primer izboljševanja popolnosti registra s povezovanjem več virov vhodnih podatkov lahko najdemo v slovenskem registru raka: Osnovni vir podatkov o onkoloških bolnikih so bolnišnice, ki te bolnike diagnosticirajo in zdravijo. Dodatne podatke pridobiva Register raka Republike Slovenije (RRRS) še iz zbirke umrlih, patoloških laboratorijev in registrov organiziranih presejalnih programov. Ključno pri vključevanju več virov pa je zagotoviti natančno identifikacijo registrirane osebe in onemogočiti, da se vpis iste osebe v registru ne bi podvojil. Točne in sprotne osebne podatke o registriranih oseb pridobiva RRRS s povezavo s Centralnim registrom prebivalstva. Povezovanje dopolnilnih virov z RRRS poteka danes elektronsko, avtomatizirano prek varnih spletnih povezav. Z razvojem načrtovanega nacionalnega sistema zdravlja pa bodo po varni elektronski poti lahko podatke v RRRS (in teoretično tudi v druge podatkovne zbirke) dostavljali tudi osnovni poročevalci – slovenske bolnišnice. Osnovni ključ za povezovanje podatkov zabeleženih v RRRS s podatki v katerekoli drugi zdravstveni ali demografski populacijski zbirki je vsakemu slovenskemu državljanu lastna in enolična identifikacija imenovana emšo. Z zakonom predpisana enotna identifikacijska številka in zakonsko določeno zbiranje podatkov v populacijskih registrih in evidencah so

temelji za funkcioniranje tako imenovane registrsko usmerjene države, katere osnovni namen je večnamensko zbiranje podatkov na nekaj mestih in njihova varna ter ažurna distribucija uporabnikom in odločevalcev. Zgledi v skandinavskih državah in lastna nekaj deset letna praksa kažejo, da je takšno zbiranje cenejše, hitreje in kvalitetnejše (12).

Enako kot popolnost je pomembna tudi kakovost podatkov zabeleženih v zdravstvenem registru. Tudi spremljanje kazalnikov kakovosti je ena od ključnih nalog zdravstvenega registra, saj lahko zaupamo le kakovostnim, pravočasnim, časovno ter mednarodno primerljivim podatkom (17). Skrb za ustrezno strokovnost poročevalcev in zaposlenih, avtomatizacija procesov ter sprotne računalniška kontrola vnesenih podatkov dokazano izboljšujejo kakovost podatkov v populacijskih zdravstvenih registrih (17,18). Slovenski register umrlih se tako že nekaj let pripravlja na prehod na avtomatsko kodiranje osnovnih vzrokov smrti. Za kodiranje vzroka smrti namreč obstajajo mednarodna pravila (19), vendar pa je način, kako osebe, ki izbirajo in kodirajo osnovni vzrok smrti, poznajo in interpretirajo ta pravila, pomemben vir variabilnosti podatkov med posameznimi državami in morebitnih pristranosti (18).

Zbiranje podatkov z raziskavami

Stalno populacijsko registriranje zdravstvenih podatkov ni vedno možno ali pa zaradi velikih stroškov ni smotno. Za ocenjevanje bremena bolezni, ki z javnozdravstvenega vidika niso izrednega pomena in za njih nimamo vzpostavljenih populacijskih registrov ali pa za ocenjevanje razporejenosti pogostih dejavnikov tveganja, se podatke pridobiva iz občasnih raziskav, ki se izvedejo na vzorcu populacije in se kasneje s pomočjo statističnih tehnik ekstrapolirajo na celotno populacijo. Ena večjih takšnih periodičnih raziskav, ki poteka pri nas na podlagi mednarodno usklajene metodologije je raziskava CINDI o z zdravjem povezanem življenjskem slogu (20). Ključno pri tovrstnih raziskavah je reprezentativno vzorčenje populacije. Pri redkih boleznih ali pri boleznih, ki se pojavijo na zelo majhnem območju, bi morali imeti izredno velik vzorec, če bi želeli zanesljivo oceniti breme takšne bolezni. Izkazalo se je, da je v takšnih primerih veliko bolj smiselna in zanesljiva populacijska registracija (13).

Izračun in prikaz zdravstvenih kazalnikov

Z analizo podatkov populacijskih registrov pripravljamo osnovne kazalnike bremena bolezni v populaciji: incidenca, umrljivost, prevalenca in preživetje. Incidenca in umrljivost pomenita število vseh na novo ugotovljenih primerov bolezni v točno določeni populaciji oz. število vseh umrlih v enem koledarskem letu. Prevalenca je število vseh bolnikov, ki so bili živi na določen dan, ne glede na to, kdaj so zboleli. S preživetjem izračunavamo delež bolnikov, ki je po določenem obdobju od postavitve diagnoze še živ (21). Opisovanje bremena bolezni s prikazom absolutnih števil ali pa deležev bolnikov v populaciji se uporablja v vitalni statistiki že od začetka zbiranja podatkov. Že dolgo so znane tudi nekatere metodološko nekoliko bolj kompleksne tehnike, kot so starostna standardizacija, prikaz bremena bolezni s pomočjo zemljevidov ali pa metode za izračun verjetnosti preživetja. Res pa je, da so te metode prihajale v rutinsko uporabo zelo postopoma, skladno z razvojem strojne in programske računalniške opreme, ki so omogočali reševanje čedalje zahtevnejših matematičnih problemov. V Sloveniji se tradicionalno nove metode obdelave rutinsko zbranih

podatkov uveljavljajo na področju onkološke epidemiologije s pomočjo podatkov zbranih v RRRS. Tako so bili prvi zemljevidi raka narisani že leta 1951 (22), prva starostna standardizacija je bila objavljena leta 1971 (23), prvi prikaz opazovanega populacijskega preživetja je bil objavljen leta 1984 (24), leta 1995 pa je bilo populacijsko preživetje onkoloških bolnikov prvič izračunano po metodi relativnega preživetja, pri kateri je že nujna uporaba specifične programske opreme (25). Danes se v okviru biostatistike razvijajo številne nove metode za izračun zdravstvenih kazalnikov. Njihova osnova je modeliranje izhodiščnih podatkov, kjer lahko s pomočjo matematičnih enačb ustrezno opišemo neizmerjen pojav, katerega proučevanje je zato poenostavljeno, olajšano in včasih sploh omogočeno. Dandanes je večino modelov tako kompleksnih, da se njihovega izračunavanja ne predstavljamo več brez zmogljivih računalnikov in posebnih statističnih paketov. Večina geografskih analiz je danes opravljena s pomočjo geografskih informacijskih sistemov (GIS). To so elektronski sistemi za zbiranje prostorskih podatkov ter njihovo obdelovanje. Ti sistemi omogočajo prikaz velike količine podatkov na učinkovit način s pomočjo zemljevidov. Omogočajo določitev območij s presežkom tveganja za nastanek zdravstvenih pojavov in opredeliti vzrok za te razlike. Kolikor se v zdravstvenih registrih za posamezno osebo zbirajo tudi georeferencirani podatki o bivališču na nivoju geografskih koordinat, je možno pripraviti geografsko analizo za poljubne enote, ne glede na (pri zdravstvenih problemih večinoma brezpredmetno) državno upravno-administrativno razdelitev (26). Med slovenskimi zdravstvenimi registri ima trenutno le RRRS podatke urejeno teko, da jih je mogoče uporabljati v geografskih analizah s točkovnimi podatki (27).

Zbrani in obdelani podatki koristijo svojemu namenu samo, če so strokovni javnosti, zdravstveni politiki, organizacijam zdravstvenega varstva, združenjem civilne družbe, medijem in laični javnosti na voljo na ažuren, preprost in hkrati vseobsežen način. Klasičen način posredovanja zdravstvenih kazalnikov je v obliki tiskanih letnih poročil, strokovnih prispevkov in tematskih publikacij. V ustrezno zasnovanih registrskih informacijskih sistemih so možni tudi sproti ciljani izpisi podatkov in priprava ad hoc populacijskih kazalnikov. V času interneta se tiskane informacije umikajo informacijam posredovanim prek interneta, ki so uporabnikom na voljo v vsakem trenutku dneva kjerkoli po svetu. Vse bolj pa se uveljavljajo tudi spletni portali, ki uporabniku omogočajo poleg v naprej pripravljenih kazalnikov tudi fleksibilno lastno pripravo zelenega kazalnika po izbranem časovnem obdobju, demografskih skupinah ali geografskih področjih (28). Leta 2010 je RRRS ob svoji 60-letnici omogočil svojim uporabnikom dostop do interaktivnega spletišča, ki ga je po začetnih črkah besed teme, ki jo prikazuje – Slovenija in rak – poimenoval SLORA. Dostopno je na internetnem naslovu: www.slora.si. Pomemben del spletnega portala je inovativna aplikacija za neposreden dostop do podatkov iz baze RRRS, ki uporabniku omogočen priklic podatkov iz baze »na klik« (1).

Zaključki

Če želimo doseči boljše zdravje vseh ljudi, moramo poznati breme bolezni v populaciji ter načrtovati, izvajati in ocenjevati javnozdravstvene aktivnosti na podlagi relevantnih podatkov in informacij, dostopnih vsem, ki skrbijo za zdravje ljudi. Beleženje in prikaz zdravstvenih kazalnikov je zato ključni element delovanja in razvoja sistema zdravstvenega varstva.

Osrednjo vlogo pri zbiranju relevantnih zdravstvenih podatkov in informacij ter kontinuiranem informiranju uporabnikov imajo zdravstveni registri. Osnovno načelo učinko-

vite registracije na državni ravni je enkratno zajetje nekega podatka za vse uporabnike in pretakanje tega podatka med registri na podlagi enotnega identifikatorja. Danes težimo k vzpostavitvi spletnih povezav in dnevni izmenjavi podatkov, seveda ob vzpostavitvi ustreznih varoval, ki zagotavljajo, da med pretokom, obdelavo in predstavitvijo podatkov ne prihaja do zlorabe osebnih podatkov.

Literatura

1. Zadnik V, Primic Zakelj M (2010). SLORA. www.slora.si <10.12.2013>.
2. World Health Organisation. World health statistics 2013. Geneva: WHO Press, 2013.
3. Lewes F. Dr Marc d'Espine's statistical nosology. *Med Hist* 1988; 32: 301–313.
4. Israel RA. The history of the International Classification of Diseases. *Health Bull* 1991; 149(1): 62–66.
5. Inštitut za varovanje zdravja RS. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10. revizija. 1.knjiga. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.
6. World Health Organisation. International classification of diseases for Oncology. Geneva: World Health Organisation, 2000.
7. Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C, ur. TNM Classification of malignant Tumours. Seventh edition. Oxford: UICC, 2010.
8. WHO-FIC Family Development Committee. International Classification of Health Interventions Alpha version. Brasil: WHO-FIC, 2012.
9. Zaletel-Kragelj L, Erzen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007.
10. Snow J. On the Mode of Communication of Cholera. London: John Churchill, 1855.
11. Schlamberger N. Registrsko jedro podatkovnega modela države. V: Dnevi slovenske informatike. Zbornik posvetovanja. Portorož: Slovensko društvo Informatika, 1996: 457–64.
12. Tršinar I. Centralni register prebivalstva: oris razvoja, komentar zakona in prevod v angleški jezik. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 1999.
13. Rosen M, Hakulinen T. Use of Disease Registers. V: Ahrens W, Pigeot I, ur. *Handbook of Epidemiology*. Berlin: Springer; 2005: 231–251.
14. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. *Ur. l.* 65/2000: 8093–8129.
15. Zakon o varstvu osebnih podatkov. *Ur. l.* 94/2007: 12707–12722.
16. European Commission. Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation) COM(2012) 11 final. Brussels: European Commission, 2012.
17. Tomšič S. Podatki o vzrokih smrti – kakovost, uporabnost in analize. *Bilten* 2008; 24 (1): 9–15.
18. Šelb-Šemrl J, Tomšič S, Božič P. Predstavitev programa za avtomatsko kodiranje vzrokov smrti IRIS = IRIS – program for automated coding of causes of death. *Bilten* 2009; 25(2): 48–52.

19. Inštitut za varovanje zdravja RS. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10. revizija. 2. knjiga. Navodila. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.
20. Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol-Bric T, Korošec A, Zaletel-Kragelj L, ur. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012.
21. Rak v Sloveniji 2010. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka RS, 2013.
22. Ravnihar B, Gruden I. Statistični pregled in kratka analiza prijavljenih rakovih obohlenj iz področja LRS za leto 1950. *Zdr Vestn* 1951; 20: 264–277.
23. Pompe-Kirn V. Želodčni rak v Sloveniji v letih 1961–1965: analiza incidence in preživetja. Magistrska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 1971.
24. Pompe-Kirn V, Primic-Žakelj M. Poročilo o preživetju rakavih bolnikov v SR Sloveniji. *Zdr Vestn* 1984; 53 (2): 81–86.
25. Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Volk N, Benulič T, Škrk J. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji = Cancer patients survival in Slovenia: 1963–1990. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1995.
26. Zadnik V. Geografska analiza vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na incidenco raka v Sloveniji v obdobju 1995–2002. Doktorsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2006.
27. Žagar T, Zadnik V, Žakelj MP. Local standardized incidence ratio estimates and comparison with other mapping methods for small geographical areas using Slovenian breast cancer data. *J Appl Stat* 2011; 38 (12): 2751–2761.
28. Luck J. Application of information systems to public health. V: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, ur. *Oxford Textbook of Public health. The Methods of Public Health*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, 2002: 465–484.

Zdravje ženà v vseh življenjskih obdobjih

Vloga diplomirane medicinske sestre v procesu genetskega svetovanja v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani

The Role of Medical Nurse in the Process of Cancer Genetic Counseling at the Familial Cancer Clinic, Institute of Oncology Ljubljana

Alenka Vrečar, Nina Kastelic, Mateja Krajc

Povzetek

Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani poteka od leta 2001 Ambulanta za onkološko genetsko svetovanje. Od takrat je bilo v ambulanti obravnavanih 1508 družin oziroma 2456 posameznikov iz teh družin. Gre za družine, kjer se bolj pogosto pojavlja rak dojk, jajčnikov, debelega črevesa in malignega melanoma, čedalje pogosteje pa v ambulanti obravnavamo tudi nekatere redke dedne sindrome, kjer se pojavlja rak tudi na drugih organih in sicer sindrom Peutz–Jeghers, Muir–Torre in Li–Fraumeni.

Obravnavamo tako zdrave kot tudi bolne posameznike. Pri obravnavi nam pomaga klinična pot, ki predstavlja dobro načrtovano, celostno in kakovostno obravnavo vsakega posameznika, ki vstopi v proces genetskega svetovanja. Ključno vlogo v procesu klinične poti ima pacient, pri obravnavi pa je že ob prvem stiku prisotna diplomirana medicinska sestra in je vezni člen od prvega obiska do konca obravnave.

Diplomirana medicinska sestra je s svojimi znanji pomemben del tima, saj je aktivno prisotna v vseh fazah procesa svetovanja.

Ključne besede: rak, genetsko svetovanje, klinična pot

Abstract

Cancer Genetic Clinic runs at the Institute of Oncology Ljubljana since 2001. Since then there were more than 1508 families and more than 2456 individuals from these families as-

sessed. These are high risk families where at least two individuals were diagnosed with breast, ovarian or colon cancer and malignant melanoma. Lately, more and more individuals are referred to the Clinic also due to rare hereditary cancer syndromes like Peutz–Jeghers, Muir–Torre and Li–Fraumeni syndrome.

Patients with and without cancer are referred to the clinic. The multidisciplinary team of the Cancer Genetic Clinic has prepared a clinical pathway for the assessment of patients with a positive family history. In the preparation of the clinical pathway, the patient was our main focus.

Medical nurse is a crucial part of a team, she is actively present in all steps of genetic counseling process.

Key words: cancer, genetic counseling, clinical pathway

Uvod

Rak je bolezen, ki ima svoj vzrok v mutaciji ali mutacijah DNK, zaradi katerih se celice ne nadzorovano delijo in postanejo nesmrtnne. Večinoma gre za mutacije, ki se v celici kopičijo sčasoma v toku življenja. Ob kombinaciji ravno pravih mutacij celica postane maligna. Takim rakom pravimo sporadični raki. Pri okoli 10% bolnikov z rakom ugotavljamo kopičenje istih vrst raka v družini, bolniki zbolevaro mlajši od povprečja za posameznega raka. Takim rakom pravimo familiarni raki. Sumimo lahko, da je vzrok za tak vzorec zbolevarnja deden. Familiarni raki, za katere poznamo gen (ali gene), ki mutirani privedejo do bolezni, pa se imenujejo dedni raki. Familiarni in dedni raki so predmet Onkološkega genetskega svetovanja (1).

Za onkološko genetsko svetovanje veljajo enaka pravila kot za genetsko svetovanje nasploh. Namen onkološkega genetskega svetovanja je poiskati posameznike in družine, kjer bi bil vzrok za pogosto zbolevanje za nekaterimi raki lahko deden in jim svetovati najprimernejše ukrepe (1).

Pri obravnavi posameznikov in njihovih družin nam je v pomoč klinična pot za onkološko genetsko svetovanje in testiranje za dedni rak. V okviru Ambulante za onkološko genetsko svetovanje in testiranje smo pripravili štiri klinične poti. Klinična pot predstavlja celostno in kakovostno obravnavo od vstopa v proces genetskega svetovanja do samega zaključka obravnave v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje. Vse faze v klinični poti so dokumentirane, saj se vse aktivnosti evidentirajo, merijo in izboljšujejo. Posameznike in njihove družinske člane obravnava v okviru Ambulante za onkološko genetsko svetovanje multidisciplinarni tim. Diplomirana medicinska sestra je pomemben del tega tima, saj je aktivno prisotna tudi v vseh fazah klinične poti genetskega svetovanja (2, 3).

Vloga diplomirane medicinske sestre v procesu genetskega svetovanja je v zagotavljanju podporne, kolaborativne in koordinirane zdravstvene nege. Diplomirana medicinska sestra prepoznava številne (fizične, psihološke, socialne) potrebe posameznikov v celotnem procesu onkološkega genetskega svetovanja. V prakso vnaša z dokazi podprte intervencije zdravstvene nege na fleksibilen in posamezniku dostopen način znotraj multidisciplinarnega tima za onkološko genetsko svetovanje z namenom doseganja optimalnih zdravstvenih ciljev pri posameznikih z družinsko obremenitvijo. Prav tako je njena naloga načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene oskrbe na področju onkološkega genetskega svetovanja z aktivnim sodelovanjem znotraj multidisciplinarnega tima za onkološko genetsko sve-

tovanje ter s povezovanjem z drugimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi delavci in sodelavci, ki sodelujejo pri oskrbi posameznikov z družinsko obremenitvijo. Pospešuje koordiniran pristop s pravočasnim, fleksibilnim in učinkovitim povezovanjem z zdravstvenimi in podpornimi službami, ki skrbijo za zadovoljevanjem potreb posameznikov z družinsko obremenitvijo.

V procesu onkološkega genetskega svetovanja diplomirana medicinska sestra v okviru informiranja, izobraževanja in zdravstvene vzgoje zagotavlja izčrpne, razumljive, specifične in individualizirane informacije posameznikom o onkološki genetiki, ki spadajo v področje zdravstvene nege z dokazi podprtih izobraževalnih pristopov, ki se ujemajo z individualnimi okoliščinami, preferencami, informiranostjo in samo-oskrbnimi potrebami posameznika z družinsko obremenitvijo.

Klinična pot onkološkega genetskega svetovanja in vloga diplomirane medicinske sestre

V Ambulanto za onkološko genetsko svetovanje posameznika napoti osebni zdravnik ali zdravnik specialist. Prvi stik posameznika z ambulanto je preko diplomirane medicinske sestre največkrat po telefonu, preko elektronske pošte, lahko pa se zgleda pri njej tudi osebno. Ob prvem razgovoru diplomirana medicinska sestra posamezniku razloži potek genetskega svetovanja, izpraša o vzroku napotitve, kdo ga je napotil na genetsko svetovanje, preveri družinsko anamnezo glede rakov ter zapiše ostale posebnosti. Ob prvem stiku diplomirana medicinska sestra izpiše tudi obrazec SPREJEMNI LIST, ki predstavlja začetek obravnave posameznika po klinični poti. Po razgovoru posamezniku posreduje ustrezno INFORMATIVNO ZGIBANKO o genetskem svetovanju in testiranju ter VPRAŠALNIK ZA RODOVNIK. SPREJEMNI LIST nato arhivira in ga priloži, ko posameznik vrne izpolnjen vprašalnik za rodovnik. V primeru, da posameznik vprašalnika ne vrne, se njegova obravnava zaključi (2, 3).

Po prejetju vprašalnika za rodovnik diplomirana medicinska sestra preveri, če je izpolnjen pravilno. V kolikor manjkajo ključni podatki, ki so pomembni za obravnavo, se posamezniku vprašalnik vrne skupaj s sprejemnim pismom (SPREJEMNO PISMO OB ZAVRNJENEM VPRAŠALNIKU), naredi se kopija poslanega vprašalnika in se jo arhivira skupaj s sprejemnim listom. Ob tem diplomirana medicinska sestra izpolni LIST SLEDENJA OBRAVNAVE, ki se ga priloži v posameznikovo dokumentacijo. LIST SLEDENJA OBRAVNAVE predstavlja ključni obrazec v poteku genetskega svetovanja, saj vsebuje celoten kronološki zapis obravnave posameznika (2,3).

Po prejetju pravilno izpolnjenega vprašalnika diplomirana medicinska sestra preveri vse v vprašalniku navedene diagnoze raka v bolnišničnem informacijskem sistemu in Registru raka Republike Slovenije. Po preverjanju diagnoz medicinska sestra nariše DRUŽINSKO DREVO, po določenih računalniških programih naredi IZRAČUNE verjetnosti prisotnosti mutacije v posamezni družini in izračune stopnje ogroženosti posameznika (BRCAPRO, MYRAD) (2, 3).

Sledi obravnava družine na Konziliju za genetsko svetovanje in testiranje multidisciplinarnega tima za onkološko genetsko svetovanje (kirurg, internist, radioterapevt, ginekolog, radiolog, specialist javnega zdravja – genetski epidemiolog, molekularni biolog, psiholog in diplomirana medicinska sestra). Na konziliju se člani tima dogovorijo komu se

najprej ponudi test glede na družinsko drevo in izračune ogroženosti. Prav tako se tudi dogovori, katere družine ne ustrezajo kriterijem za gensko testiranje ter se za njih pripravi program presejalnih pregledov (2, 3).

Po obravnavi posameznika na konziliju, mu diplomirana medicinska sestra pošlje VABILO NA POSVET v ambulanto. V primeru, da se posameznik na določen termin svetovanja ne zglesi, se mu v roku 6 mesecev pošlje ponovno vabilo. Če se tudi takrat ne zglesi, se njegova obravnava zaključi (2, 3).

Na prvem genetskem svetovanju sta poleg zdravnika svetovalca prisotna še diplomirana medicinska sestra in psiholog. Diplomirana medicinska sestra preda zdravniku posameznikovo osebno mapo (DRUŽINSKO DREVO, IZRAČUNI, mnenje multidisciplinarnega tima – zapisnik mnenja konzilija) ter ga obvesti o morebitnih posebnostih posameznika. Na prvem posvetu se s posameznikom opravi razgovor, kjer zdravnik predstavi osnove dednega raka, prednosti in omejitve genskega testiranja ter mnenje multidisciplinarnega tima glede možnosti testiranja na prisotnost dedne okvare. V primeru testiranja posameznik podpiše SOGLASJE ZA GENSKO TESTIRANJE nato se ga z ustrezno NAPOTNICO ZA MOLEKULARNO PREISKAVO in priloženem DRUŽINSKEM DREVESU pošlje na odvzem krvi v laboratorij. Kri se analizira v laboratoriju Oddelka za molekularno diagnostiko. V primeru netestiranja se svetuje program presejalnih pregledov glede na njegovo ogroženost za raka. Pripravi se ZAKLJUČEK OBRAVNAVE v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje in se mu ga pošlje po pošti. Zaključek obravnave se arhivira v posameznikovo osebno mapo. Diplomirana medicinska sestra izpolni LIST SLEDENJA OBRAVNAVE in vse skupaj arhivira v poseben arhiv na enoti Genetsko svetovanje, saj gre za izjemno občutljive podatke o dednem materialu posameznika in je potrebno zagotoviti strogo varovanje teh podatkov (2, 3).

V primeru genskega testiranja, po prejetju izvidov genskega testiranja, diplomirana medicinska sestra preveri identičnost podatkov na izvidu s podatki preiskovanca ter pripravi njegovo osebno mapo. Posameznika in njegovo družino se ponovno obravnava na konziliju multidisciplinarnega tima, kjer se jim pripravi priporočila glede na rezultate genskega testiranja (2, 3).

Po konziliju diplomirana medicinska sestra obvesti posameznika o prejetju rezultatov opravljenega genskega testiranja. Pošlje mu VABILO na ponovno svetovanje po prejetju rezultatov (2, 3).

Posamezniku osebno preda rezultate zdravnik svetovalec ob prisotnosti diplomirane medicinske sestre in psihologa. Glede na rezultat zdravnik svetovalec posamezniku svetuje program presejalnih pregledov ter ga obvesti tudi o mnenju multidisciplinarnega tima. Posameznik dobi v roke kopijo laboratorijskega izvida, original pa diplomirana medicinska sestra arhivira v njegovo osebno mapo v Enoti za genetsko svetovanje. V primeru dokazane mutacije v družini, se naredi ponoven odvzem krvi za potrditev rezultata. Izvide potrdivenega testiranja sprejme diplomirana medicinska sestra, ki preveri skladnost s prvimi izvidi in jih nato arhivira v posameznikovo osebno mapo (2, 3).

V kolikor se posameznik kljub vabilu za prevzem izvidov ne zglesi za prevzem izvidov, diplomirana medicinska sestra to zabeleži v njegovo osebno mapo in ga ponovno povabi na posvet v roku 6 mesecev. V kolikor pa posameznik sporoči, da ne želi vedeti rezultatov, se to zabeleži v njegovo osebno mapo in je obravnava posameznika trenutno zaključena. Po-

sameznik rezultate genskega testiranja lahko prevzame kadarkoli po predhodnem dogovoru, če se za to odloči (2, 3).

Za vsakega posameznika, ki se udeleži genetskega svetovanja, se pripravi ZAKLJUČEK OBRAVNAVE, ki ga podpišejo zdravnik svetovalec, analitik v laboratorijski medicini in diplomirana medicinska sestra. Kadar posameznike naročamo na nadaljnje postopke so v zaključkih zapisani tudi termini pregledov in termin morebitnega pogovora s psihologom. Zaključek obravnave (v katerem ni podatkov o mutacijah) pošlje diplomirana medicinska sestra posamezniku na dom po navadni pošti. Prav tako uredi njegovo osebno mapo, dokončno izpolni LIST SLEDENJA OBRAVNAVE in mapo arhivira v poseben arhiv.

Zaključek

Vloga diplomirane medicinske sestre v procesu genetskega svetovanja v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani je zelo pomembna, saj je aktivno udeležena v vseh fazah klinične poti genetskega svetovanja. Diplomirana medicinska sestra predstavlja vezni člen med posameznikom in njegovo družino ter ostalimi člani multidisciplinarnega tima (strokovnjaki različnih specialnosti). Pri tem je zelo pomembna njena vzpostavitev pozitivne komunikacije med vsemi, ki vstopajo v proces genetskega svetovanja, tako posameznika in njegove družine na eni strani kot ostalih strokovnjakov iz multidisciplinarnega tima na drugi strani. Ustrezna komunikacija, ugotavljanje potreb posameznika, njihova pričakovanja, ustrezno načrtovanje, izvajanje in nadziranje posameznih aktivnosti v klinični poti onkološkega genetskega svetovanja, zdravstveno–vzgojno delo in svetovanje posameznikom in njihovim družinam, dokumentiranje in evidentiranje posameznih postopkov, so del nalog diplomirane medicinske sestre v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Diplomirana medicinska sestra razvija in izboljšuje zdravstveno nego in oskrbo posameznikov na področju onkološkega genetskega svetovanja s številnimi aktivnostmi na področju klinične prakse, izobraževanja in raziskovanja.

Literatura

1. Žgajnar J. Onkološko genetsko svetovanje. V: Žgajnar J, Novaković S, Bešić N, Frković-Grazio S, Šeruga B, Zakotnik B. Geni in rak : zbornik / 19. onkološki vikend, Laško, 26. in 27. maj 2006. Laško, 2006: Str. 39–41.
2. Vrečar A. Klinična pot genetskega svetovanja pri bolnicah z rakom dojke in vloga medicinske sestre. V: Matković M. Pacientke z rakom dojke – trendi in novosti: zbornik / 40. strokovni seminar, Ljubljana, 7. junij 2013. Ljubljana, 2013: Str. 32–37.
3. Krajc M, Vrečar A, Hotujec S, Novaković S. Klinične poti. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2011. http://www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena_dejavnost/smernice_in_klinicne_poti/klinicne_poti/ <12.12.2013>

Povezovanje podatkovne zbirke Registra raka Republike Slovenije z ostalimi zdravstvenimi in upravnimi zbirkami

Linking of the Cancer Registry of the Republic of Slovenia Database with Other Health and Administrative Databases

Andrej Krašovec, Maruška Ferjančič

Povzetek

Register raka Republike Slovenije (RRRS) spada med slovenske zdravstvene podatkovne zbirke z najobsežnejšo vpetostjo v zdravstveni in upravni informacijski sistem. Osnovni vir podatkov so prijavnice rakave bolezni, ki jih dobivamo iz vseh slovenskih bolnišnic. Dopolnujemo jih s povezavo z registri organiziranih presejalnih programov. Podatke o vitalnem stanju bolnikov ter njihovem stalnem naslovu pridobivamo iz Centralnega registra prebivalstva in Registra prostorskih enot. Podatke o vzrokih smrti nam iz zbirke umrlih posreduje Inštitut za varovanje zdravja. Namen povezovanja RRRS z ostalimi zbirkami je zagotavljanje večje popolnosti in kvalitete podatkov. Izmenjava podatkov je v preteklosti potekala obdobjno, prek papirja in kasneje prek prenosnih digitalnih medijev. Danes težimo k vzpostavitvi spletnih povezav in dnevni izmenjavi podatkov. Varne povezave, ki jih uporabljamo, trenutno niso del nacionalne zdravstvene mreže zNET, vendar pa so tehnološko pripravljene tako, da omogočajo varno in enostavno vključitev v načrtovani nacionalnem sistem e-zdravja.

Ključne besede: register raka, elektronsko povezovanje zbirk, varna spletna povezava, kakovost in popolnost registracije

Abstract

The database of the Cancer Registry of the Republic of Slovenia (CRRS) is very strongly linked to numerous health and administrative information sources. The main data source for CRRS data are the Cancer Notifications gathered from all Slovenian hospitals. Additional sources of information are the registries of the organized screening programmes, Death Certificate Registry from the national Institute of Public Health and the Central Population Registry which provides data on vital status and permanent address of the registered persons. The main purpose of linking the CRRS database with other data sources is to assu-

re a higher quality and completeness of data. In the past the exchange of data was performed periodically by paper flow, later on the transmissible digital mediums were used. Our main aim today is to establish the online daily exchange of data. The electronic data transfer we are using today is currently not part of the national health network called zNET. However we are technically prepared to join the planned national system of e-health at any moment.

Key words: Cancer Registry, electronic data linkage, safe Web link, quality and completeness registration

Uvod

Register raka Republike Slovenije (RRRS) zbira podatke o vseh slovenskih bolnikih z rakom, ki so bili ob diagnozi razvrščeni po 10. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB) med:

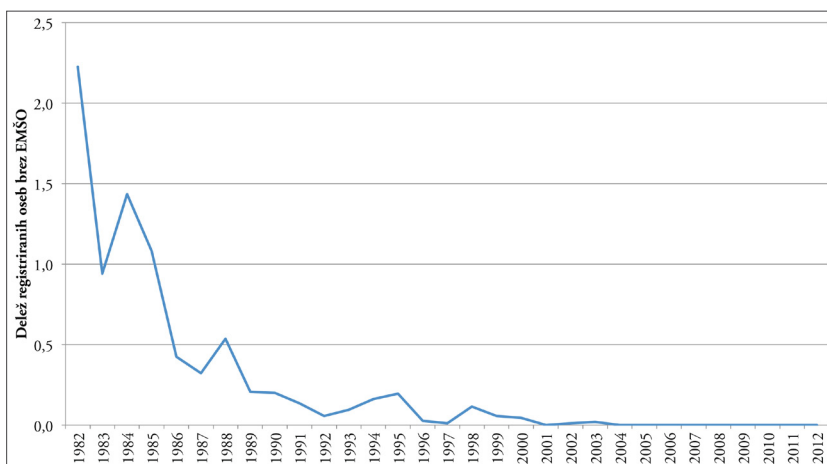
- maligne neoplazme z oznako C00 – C97;
- nekatere neoplazme in situ z oznako bolezni D05-melanom in situ, D05-karcinom in situ dojke, D06-karcinom in situ materničnega vratu in CIN3, D09.0-karcinom sečnega mehurja;
- benigne neoplazme z oznako D32-meninge, D33-možgani in drugi deli centralnega živčevja;
- neoplazme negotovega ali neznanega značaja D43-neoplazme možganov in centralnega živčevja, D39.1-mejno maligni tumor jajčnika, D45-policitemija rubra vera, D46-mielodisplastični sindrom, D47 kronične mieloproliferativne bolezni (1).

Prijavljanje zgoraj razvrščenih neoplazem je v Republiki Sloveniji obvezno in zakonsko predpisano (Ur. l. SRS, št. 10/50, št. 29/50, št. 14/65, št. 1/80, št. 45/82, št. 42/85; Ur. l. RS, št. 9/92 in št. 65/00). Tudi nabor podatkov, ki se zbirajo je definiran: za posamezno bolezen se zbirajo podatki o lastnostih tumorja (mesto raka, vrsta raka in njegova razširjenost), zdravljenju raka, preživetju obolelih ter morebiten recidiv ali progres bolezni. Vse podatke RRRS hrani trajno (2). Dodatno RRRS beleži osebne podatke zbolelih: ime, priimek, enotna matična številka občana (EMŠO), datum rojstva, naslov stalnega prebivališča in vitalni status.

S spremljanjem osebnih podatkov se v RRRS zagotavlja točnost zbranih podatkov. Posamezna oseba lahko namreč zboli za več raki – v incidenco se štejejo posamezni primeri bolezni in ne posamezne osebe. Teoretično lahko ena oseba, če v istem letu zboli za različnimi rakavimi boleznimi, prispeva v incidenco več primerov bolezni. V incidenco raka ne štejemo novih primarnih rakov parnega organa iste lokacije, če je bila histološka vrsta obeh rakov, npr. leve in desne dojke, enaka. Prav tako v incidenco ne štejemo novega pojava raka iste histološke vrste na istem organu, npr. multiple lezije v debelem črevesu. Dodatno se natančno spremlja tudi vse morebitne spremembe osebnih podatkov. Na ta način preprečujemo reproduciranje števila bolnikov na račun reproduciranja oseb, ki ne obstajajo. Tako lahko opazovana oseba iz baze RRRS čez več let zboli za novim primarnim rakom in je v tem času zamenjala priimek in stalno prebivališče. V tem primeru je zagotovljeno, da ne beležimo dveh oseb z rakom, temveč eno osebo z dvema boleznima.

Velik preskok pri preprečevanju podvojenih vnosov in pri povezovanju z drugimi državnimi podatkovnimi zbirkami je bil narejen leta 1985, ko je bil vzpostavljen Central-

ni register prebivalstva (CRP) in se je uvedlo obvezno registriranje prebivalcev s pomočjo EMŠO. Danes je EMŠO osnovni ključ za povezovanje podatkov zabeleženih v RRRS s podatki v katerekoli druge zdravstvene ali demografske populacijske zbirke. Delež registriranih oseb z rakom za katere RRRS nima podatka o EMŠO se s časom manjša. Na Sliki 1 je prikazan oster preskok leta 1985, ko je začel delovati CRP (v obdobju 1979–1985 se je delež zmanjšal iz 58 % na 0,94 %), v obdobju 1986–2002 delež nikoli ni presegel vrednosti 0,54 %, od kar pa je vzpostavljeno sprotno usklajevanje oseb med RRRS in CRP pa je imajo EMŠO vse osebe zabeležene v RRRS (3).

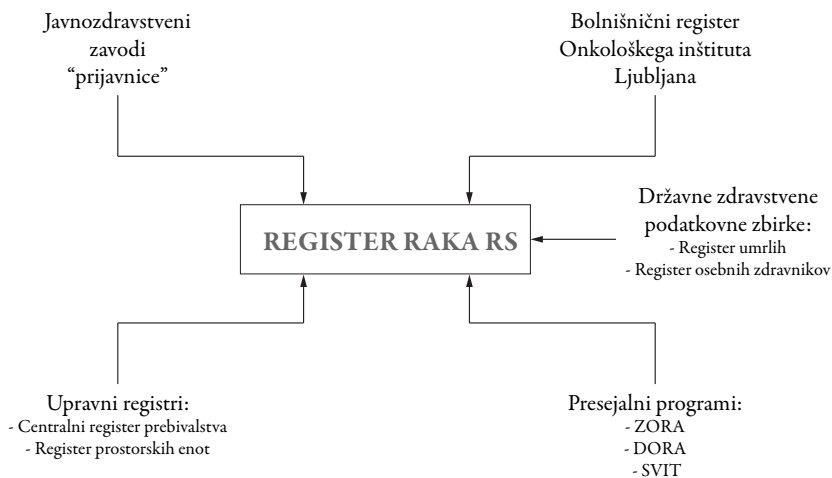


Slika 1: Delež oseb registriranih v Registru raka Republike Slovenije brez podatka o otnoti matični številki občana (EMŠO).

Povezovanje podatkovnih zbirk

Podatkovne zbirke in viri podatkov na podlagi katerih nastaja podatkovna zbirka RRRS so prikazani na Sliki 2. Glavni in osnovni vir podatkov o bolnikih z rakom so javnozdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost v Sloveniji. Podatke sporočajo s pomočjo posebnega formularja - Prijavnice rakave bolezni (3). Praviloma prijavnice pošiljajo zdravniki iz bolnišnic takrat, ko je diagnoza dokončno potrjena. Redko prijavijo bolezen splošni zdravniki; večinoma takrat, če bolnik odkloni specifično zdravljenje ali pa je bolezen tako napredovala, da specifično zdravljenje ne bi bilo učinkovito.

Prijavnico rakave bolezni (OI obrazec 0014) trenutno uporabljajo vsi izvajalci zdravstvenih storitev (z izjemo Onkološkega inštituta Ljubljana) kot papirnat obrazec. Elektronsko sporočanje podatkov v RRRS med izvajalci zdravstvenih storitev v praksi še ni zaživel. Vzrok je v zastarelem in nepoenotenem informacijskem sistemu zdravstvenih ustanovah. Vizija RRRS je povezovanje podatkovne baze RRRS s podatkovnimi bazami zdravstvenih izvajalcev. Izvajalcem bi elektronsko prijavljanje delo olajšalo, lažje bi bilo spremljanje, katere bolezni je potrebno še prijaviti, omogočene pa bi bile tudi povratne informacije, ki bi jih RRRS posredoval izvajalcem za njihove bolnike (npr. sprotno spremljanje vitalnega stanja).



Slika 2: Shematičen prikaz pridobivanja podatkov v Registru raka republike Slovenije.

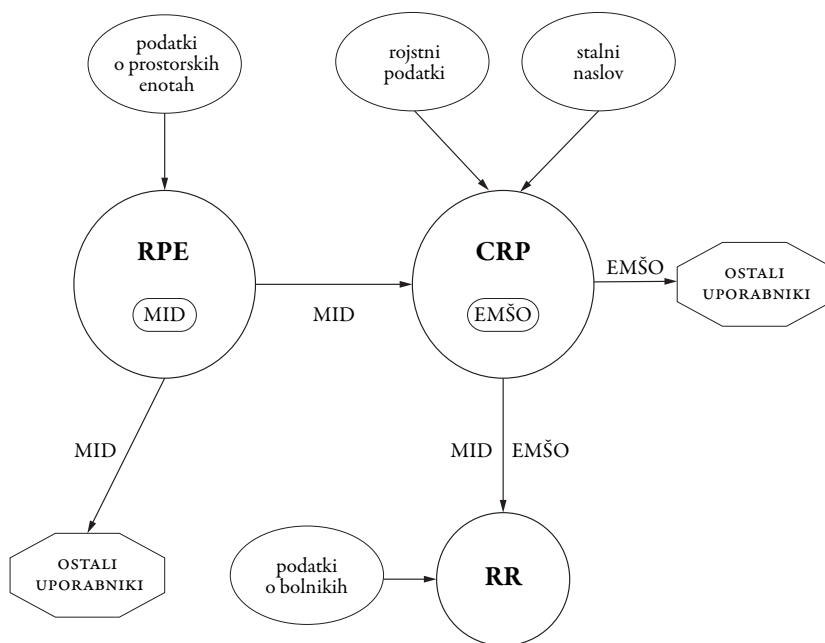
Bolnišnični register Onkološkega inštituta Ljubljana

Edino elektronsko prijavljanje rakave bolezni v RRRS poteka za bolnike obravnavane na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OIL). Prijavnic rakavih bolezni na OIL ne izpolnjujejo lečeči zdravniki, temveč je na inštitutu organizirana posebna služba – bolnišnični register raka (BR), katere glavna naloga je zbiranje in prijavljanje podatkov o bolnikih z rakavo boleznijo, ki se zdravijo na OIL. Elektronsko prijavljanje, ki se preko varovanega spletnega programa povezuje v podatkovno zbirko RRRS poteka od januarja 2011 in v RRRS predstavlja približno polovico vseh obdelanih podatkov v tekočem letu.

Glavni vir informacij potrebnih za generiranje prijave v BR predstavljajo popisi OIL bolnikov. Osebu BR so podatki o bolnikovi diagnostiki in zdravljenju na voljo prek spletne aplikacije WebDoctor v tekstovni obliki. Elektronsko povezovanje med aplikacijo WebDoctor in Prijavnico rakave bolezni ter morebiten avtomatičen prenos podatkov iz informacijskega sistema OIL v informacijski sistem RRRS ni zagotovljen in trenutno še vedno poteka v obliki ročnega prenosa in šifriranja podatkov BR.

Centralni register prebivalstva in Register prostorskih enot

Centralni register prebivalstva je osrednja podatkovna baza o prebivalstvu v Sloveniji. Njegovo delovanje predpisuje Zakon o centralnem registru prebivalstva (Ur. l. RS št. 1/99). CRP ima središčno mesto med podatkovnimi viri (matične knjige, registri stalnih prebivališč ...) in uporabniki podatkov o prebivalcih, saj igra vlogo zbiralca in posrednika podatkov na vseh ravneh (4). Ključ za prenos in posredovanje podatkov o prebivalcih je EMŠO. V Registru prostorskih enot se na podlagi informacij Geodetske uprave Republike Slovenije evidentirajo prostorske enote (upravna enota, občina, naselje ...), ulice in hišne številke. Njegovo delovanje predpisuje Zakon o evidentiranju nepremičnin, državne meje in prostorskih enot (Ur. l. RS št. 52/00 in 87/02). Vsaka enota v RPE ima svojo enolično, nespremenljivo, z Gaus-Kruegerjevim koordinatnim sistemom opredeljeno šifro, imenovano medresorski enotni identifikator (MID). CRP vodi, med ostalimi, tudi podatke o stalnem prebivališču prebivalstva, katerim na podlagi informacije iz RPE rutinsko doda MID.



Slika 3: Shema povezav med državnimi registri, ki beležijo osebne in geografske podatke, ki jih zbira Register raka Republike Slovenije. Prilagojeno po (7).

RPE: Register prostorskih enot; CRP: Centralni register prebivalstva; SURS: Statistični urad Republike Slovenije; RR: Register raka Republike Slovenije; MID: medresorski enotni identifikator; EMŠO: enotna matična številka občana.

Povezavo med CRP in RPE ter vključevanje RRRS v ta sistem je prikazan na Sliki 3. RRRS se takoj ob sprejemu Prijavnice rakave bolezni poveže s CRP in tam pridobi vse osebne in geografske podatke o posamezniku. Ti podatki se osvežujejo dnevno, tako da ima RRRS sproti na voljo vse informacije o migraciji prebivalstva, morebitni spremembi osebnih podatkov, predvsem pa so ključni podatki o vitalnem stanju v RRRS prijavljenih bolnikov na podlagi katerega se izračunava in poroča o preživetju slovenskih bolnikov z rakom.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Podatke o zbolelih za rakom RRRS vsako leto dopolni s podatki, ki se zbirajo na Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ). Pomembno področje dejavnosti IVZ je zbiranje podatkov in upravljanje podatkovnih zbirk zdravstvenih statističnih podatkov. Podatki o umrlih in o vzrokih smrti so eni najpomembnejših podatkov o zdravstvenem stanju prebivalstva, na podlagi katerih se lahko grobo oceni zdravstveno stanje celotnega prebivalstva in njegovih podskupin. Zbrani so v Podatkovni zbirka IVZ 46: Zdravniško poročilo o umrli osebi (6). Povezava med IVZ in RRRS je elektronska in temelji na prepoznavanju oseb po EMŠO ter prepoznavanju njihovih diagnoz na podlagi MKB. IVZ posreduje v RRRS le tisti del umrle populacije, ki ima za vzrok smrti kodirano neoplazmo po MKB 10. Nekatere od oseb, ki so umrle za rakom v RRRS niso bile prijavljene, zato RRRS poizveduje o

njihovi boleznin in zdravljenju pri zdravstvenih izvajalcih. Za pokojne, ki so umrli v slovenskih bolnišnicah, se opravijo poizvedbe direktno v bolnišnice, za osebe, ki so umrle na svojem domu, pa se za podatke zaprosi njihove osebne zdravnike. Podatek o osebnih zdravniških oseb, ki so umrle za rakom, a v RRRS niso bili prijavljene, se pridobi s povezavo z zbirko osebnih zdravnikov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Povezava je elektronska, poteka pa na podlagi prepoznavne EMŠO enkrat letno.

Za nekaj umrlih RRRS ne dobi odgovorov, oziroma dobi premalo podatkov, da bi jih bilo mogoče registrirati po klasični poti. Takšne primere vseeno registriram (saj verjame-mo, da če je nekdo umrl za rakom, sploh v bolnišnici, je za njim prav gotovo enkrat tudi zbolel), imajo pa v bazi RRRS posebno oznako, da so registrirane samo na podlagi podatkov mrliškega lista. Visok delež takšnih kaže na slabo delovanje registrov in zdravstvene mreže in obratno. RRRS ima manj kot en odstotek prijavnih zaključenih na podlagi zdravniških poročil o vzroku smrti in s tem že vsa leta izpolnjuje vse mednarodno določene standarde za kakovostno registracijo raka na populacijski ravni (7).

Državni presejalni programa za raka

V Sloveniji so na nacionalni ravni vzpostavljeni trije organizirani presejalni programi za zgodnje odkrivanje raka in predrakavih sprememb: ZORA (rak materničnega vratu), DORA (rak dojke) in SVIT (raki debelega črevesa in danke). Vsi programi imajo vzpostavljen tudi svoj informacijski sistem, v katerih med drugim beležijo tudi podatke o osebah, ki so jim v programu odkrili raka. RRRS se enkrat letno s pomočjo EMŠO poveže z Registrom ZORA ter na tak način v svoji bazi izpopolni nabor bolnic z rakom materničnega vratu. Podobno je vzpostavljena povezava z Registrom DORA, vzpostavitev povezave med Registrom SVIT in RRRS pa se načrtuje v naslednjem letu.

Zaključek

Registracija raka v Sloveniji ima bogato tradicijo. Podatki v RRRS so kakovostni in dokaj popolni, kar je rezultat truda vseh zaposlenih in učinkovitega sodelovanje z ostalimi registri in podatkovnimi zbirkami v Sloveniji. Zavedati pa se moramo, da je kakovost in točnost podatkov odvisna predvsem od kakovosti virov. Z vse večjo informatizacijo zdravstvenega sistema pa se tudi za RR odpirajo nove možnosti pridobivanja podatkov tako iz zdravstvenih virov kot tudi od drugod. Izmenjava podatkov je v preteklosti potekala obdobjno, prek papirja in kasneje prek prenosnih digitalnih medijev. Danes težimo k vzpostavitvi spletnih povezav in dnevni izmenjavi podatkov. Varne povezave, ki jih uporabljamo, trenutno niso del nacionalne zdravstvene mreže zNET, vendar pa so tehnološko pripravljene tako, da omogočajo varno in enostavno vključitev v načrtovani nacionalnem sistem ezdravja.

Literatura

1. Register raka RS. Navodila za prijavljanje rakavih boleznin. http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/RRS/Navodila_za_prijavljanje_rakavih_boleznin.pdf <6.12.2013>.
2. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list RS, št. 65/00.
3. Žagar T, Primic-Žakelj M, Zadnik V. Pretok in uporaba informacij v Registru raka – najstarejšem zdravstvenem registru v Sloveniji. *Bilt ekon organ inform zdrav* 2007; 23 (3): 105–110.

4. Tršinar I. Centralni register prebivalstva: oris razvoja, komentar zakona in prevod v angleški jezik. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 1999.
5. Zadnik V. Geografska analiza vpliva socialno-ekonomskih dejavnikov na incidenco raka v Sloveniji v obdobju 1995–2002. Doktorsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2006, 71–74.
6. InštitutzavarovanjezdravjaRS.Prijavasmrti.http://ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&_5_id=58&_5_PageIndex=0&_5_groupId=185&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=46-5.0 <6.12.2013>.
7. Rak v Sloveniji 2009. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2013.

SLORA – Slovenija in rak, interaktivni spletni portal

SLORA – Slovenia and Cancer, an Interactive Web Portal

Polona Škulj, Barbara Babuder, Vesna Zadnik

Povzetek

Register raka Republike Slovenije (RRRS) že od leta 1950 zbira in objavlja podatke o incidenci, prevalenci in preživetju bolnikov z rakom. Kakovostni podatki omogočajo ocenjevanje uspešnosti vseh nivojev zdravstvenega varstva; primarne in sekundarne preventivne raka, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe. So tudi osnova za načrtovanje zmogljivosti in sredstev (osebja, medicinske opreme, posteljnih zmogljivosti,...). Od leta 2010 je uporabnikom RRRS na voljo interaktivni spletni portal SLORA (www.slora.si). Portal omogoča preprost in hiter dostop (»na klik«) do večine kazalnikov bremena raka v Sloveniji ter primerjavo z drugimi državami v Evropi in svetu. V dodatnih vsebinah so uporabniku na voljo informacije o preverjenih nevarnostnih dejavnikih raka ter možnih načinih preprečevanja in zgodnjega odkrivanja bolezni. Po skoraj treh letih delovanja portala SLORA spoznavamo, da prek preverjenih vsebin, strogih meril kakovosti in stalnega stika z uporabniki uspešno informiramo tako laično kot strokovno javnost o bolezni »rak« in uspešnost obvladovanja te bolezni pri nas.

Cljučne besede: SLORA, breme raka, epidemiološki kazalniki

Abstract

Cancer Registry of Slovenia was founded in 1950 and since that time it has collected and published data about incidence, prevalence, and survival of cancer patients. All these indicators serve as a basis for evaluation of the effectiveness of primary and secondary cancer prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and paliative care. This information is important for planning the resourcess (personel, medical equipment, bed fond...). The SLORA interactive portal is available on webpage from 2010 (www.slora.si). The software SLORA makes available all informations (»on click«) on cancer burden in Slovenia and their comparison with other countries in Europe and all over the world. In additional contents there are informati-

ons about cancer risk factors, cancer prevention and early diagnosis. After almost 3 years of activity of SLORA it is known that it gives valuable information to public as well as to professionals about cancer and how to successfully control it.

Key words: SLORA, cancer burden, epidemiological indicators

Uvod

Register raka Republike Slovenije (RRRS) že več kot šest desetletij zbira in letno objavlja podatke o incidenci, prevalenci in preživetju bolnikov z rakom, ki so imeli ob diagnozi stalno prebivališče v Republiki Sloveniji. Je eden najstarejših populacijskih registrov raka v Evropi.

RRRS zbrane podatke objavlja v obliki letnih poročil, tematskih publikacij, posebnih raziskav in z direktnimi izpisi iz baze. Od leta 2010 pa je na voljo tudi interaktivno spletišče SLORA – beseda je skovanka besedne zveze SLOvenija in RAK. Dostopno je na naslovu www.slora.si (1). Vsebine so na voljo tudi v angleškem jeziku.

Pojavnost rakavih obolenj se razlikuje med posameznimi državami sveta. Vzrok za to so predvsem različna starost prebivalcev, prisotnost dejavnikov tveganja za razvoj raka, uspešnost preventivnih ukrepov in uspešnost zdravljenja. Na SLORI lahko dostopamo do podatkov o raku na ravni države in njenih upravnih enotah, omogoča pa nam tudi primerjavo s podatki iz drugih držav sveta.

Splošno o SLORI

SLORA uporabnikom omogoča neposreden dostop (»na klik«) do epidemioloških podatkov o raku iz baze podatkov RRRS, ki si jih preko iskalnih oken – za vsak epidemiološki kazalnik je pripravljeno samostojno iskalno okno – lahko pripravijo v obliki tabel, grafov in zemljevidov. RRRS je živa baza, podatki v njej se posodablajo sproti, skladno se dnevno posodablajo tudi podatki na SLORI.

Na portalu SLORA so na voljo podatki o incidenci in prevalenci od leta 1961, o umrljivosti in preživetju pa od leta 1985. Podatke o umrljivosti posreduje Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) na podlagi zdravniških poročil o umrli osebi, ostali podatki so iz Registra raka RS. Registriranje podatkov o bremenu raka je zelo razvit in standardiziran sistem zbiranja podatkov, in je na voljo za skoraj vse evropske države. Podatki so zbrani in obdelani po enaki metodologiji, zato so med seboj primerljivi (2).

V dodatnih vsebinah so na portalu SLORA uporabniku na voljo informacije o preverjenih nevarnostnih dejavnikih raka ter možnih načinih preprečevanja in zgodnjega odkrivanja bolezni. Uporabniku, ki se bo sam ukvarjal z epidemiološko analizo pa je v »Pojmovniku« predstavljene nekaj osnovnih epidemioloških pojmov in izračunov (3).

Razvrščanje rakov

Mednarodno sprejete klasifikacije, ki se uporabljajo v vseh državah in s tem omogočajo boljše mednarodne primerjave bremena raka, so namenjene predvsem statistični obdelavi podatkov in s tem primerljivosti med raziskavami. Najbolj uveljavljene razvrščajo rakave bolezni po anatomskem mestu (po lokaciji), po vrsti tkiva (po histološki vrsti) in po tem, kako razširjena je bolezen ob diagnozi (po stadiju).

Za razvrščanje rakavih bolezni po lokaciji, kjer so nastale, je pri nas in v svetu uveljavljena Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične

namene, ki jo pripravljajo v Svetovni zdravstveni organizaciji (1). RRRS od leta 1997 uporablja deseto revizijo klasifikacije. V SLORI so podatki iz obdobja pred letom 1997 prevedeni iz 8. v 10. revizijo. Razširjenemu seznamu lokacij so dodane tudi nekatere bolezni iz skupine neoplazem in situ in neoplazem negotovega ali neznanega značaja, vendar le te niso upoštevane v skupnem številu vseh rakavih bolezni.

Za razvrščanje rakavih bolezni po histološki vrsti, je uveljavljena Mednarodna klasifikacija bolezni za onkologijo. Tretja revizija se v RRRS uporablja od leta 2001, število novih primerov raka po histološki vrsti pa je vsako leto objavljeno v letnem poročilu RRRS. Program SLORA ne omogoča prikaza histološke vrste tumorja.

V registrih raka se za opredelitev stadija največkrat uporablja poenostavljeno razvrščanje, ki pri solidnih tumorjih praviloma sledi klasifikaciji TNM: omejena bolezen, regionalno razširjena bolezen in oddaljeno razširjena bolezen. Maligni limfomi se opredeljujejo po klasifikaciji Ann-Arbor.

Slovenski podatki: lasten prikaz osnovnih epidemioloških kazalcev in parametrov

Osnovni kazalci, ki opisujejo breme raka v populaciji, so incidenca, umrljivost, prevalenca in preživetje. Vsi ti podatki so izhodišče za ocenjevanje uspešnosti onkološke primarne in sekundarne preventivne, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe ter za načrtovanje zmogljivosti in sredstev (osebja, medicinske opreme, posteljnih zmogljivosti ...), ki so potrebni za obvladovanje rakavih bolezni na vseh omenjenih področjih (1).

Incidenčne mere so vrednosti, s katerimi opisujemo nove primere bolezni v opazovani populaciji v določenem časovnem obdobju. Program SLORA omogoča izpis incidence (absolutno število vseh na novo ugotovljenih primerov neke bolezni v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu), grobe incidenčne stopnje (število novih primerov bolezni preračunano na 100.000 oseb opazovane populacije), starostno standardizirano incidenčno stopnjo (teoretična stopnja, ki nam pove, kakšna bi bila groba stopnja v opazovani populaciji, če bi bila starostna struktura te populacije enaka, kot je v standardni populaciji) in oceno incidence za trenutno leto (z metodo po Dybi in Hakulinenu). Program omogoča pripravo podatkov novih primerov bolezni v določenem letu po spolu, starosti in stadiju bolezni ob diagnozi, po upravnih enotah in na ravni države za zbolele od leta 1961 naprej.

Umrlijivostne mere so vrednosti, s katerimi opisujemo smrti za določeno boleznijo v opazovani populaciji v opredeljenem časovnem obdobju. Program SLORA omogoča izpis umrljivosti (absolutno število vseh umrlih za določeno boleznijo v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu), grobo umrljivostno stopnjo (število umrlih preračunano na 100.000 oseb opazovane populacije) in starostno standardizirane umrljivostne stopnje. Program omogoča pripravo podatkov umrlih za rakom v določenem letu po spolu in starosti ob diagnozi, po upravnih enotah in na ravni države za umrle od leta 1985 naprej.

Prevalenčne mere so vrednosti, s katerimi opisujemo število vseh bolnikov z določeno boleznijo v opazovani populaciji, ki so bili živi na izbrani datum. Glede na čas, kdaj so zboleli, ločimo celotno (ni pomembno kdaj so zboleli) in delno (bolniki zboleli v točno določenem obdobju pred datumom izračuna) prevalenco. Program omogoča izračun po spolu, starosti in upravnih enotah od leta 1961 naprej.

Preživetje predstavlja delež bolnikov, ki so po izbranem obdobju od postavitve diagnoze še živi. Program SLORA omogoča izpis opazovanega (delež bolnikov, ki so po iz-

branem časovnem obdobju še živi, ne glede na vzrok smrti) in relativnega (razmerje med opazovanim in pričakovanim preživetjem) 1-,3-5- in 10-letnega preživetja po lokaciji raka, spolu in starostnih skupinah od leta 1985 naprej.

Primeri

Izbrani so parametri za 4 različne rake (sapnik, sapnici in pljuča, maligni melanom kože, sečni mehur in ščitnica) v Sloveniji od leta 1961 do 2010 (Slika 1).

Incidenčne mere – groba incidenčna stopnja

Osnovna izbira Podrobnejša izbira

▼ Parametri

Izpiši po: omeji vsi raki (C00–C96)

Časovni prikaz: za leta (1961,1962-1965,2010)

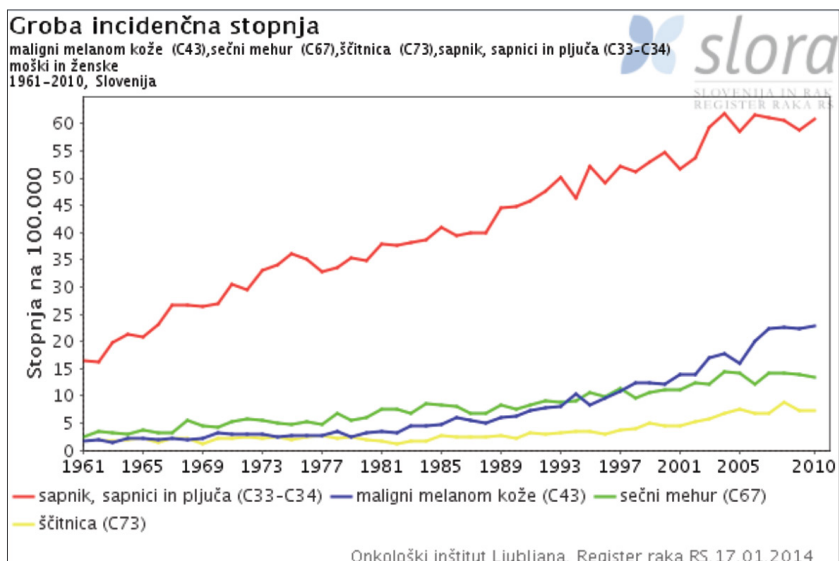
od vključno leta do

Spol: moški in ženske moški ženske

Regija: Slovenija

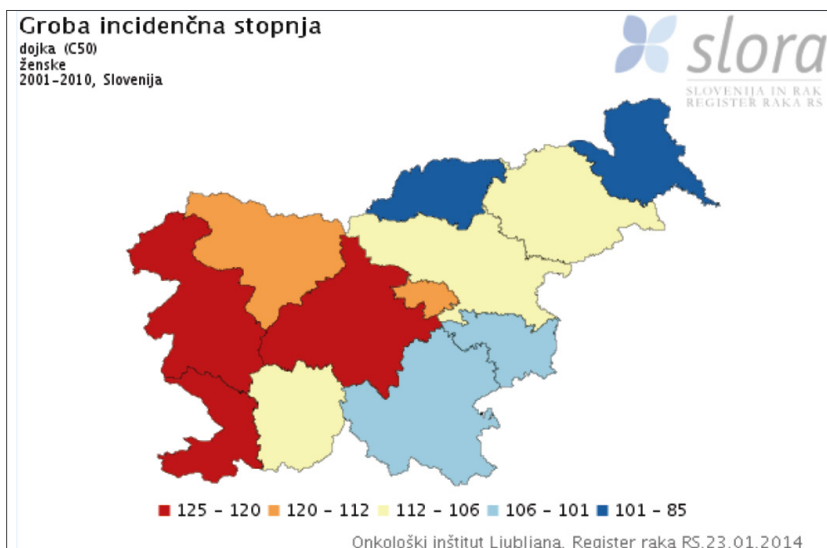
Slika 1: Izbrani parametri za 4 različne rake v Sloveniji od leta 1961 do 2010.

Z gumbom potrdi se nam izriše graf na podlagi izbranih parametrov (Slika 2).



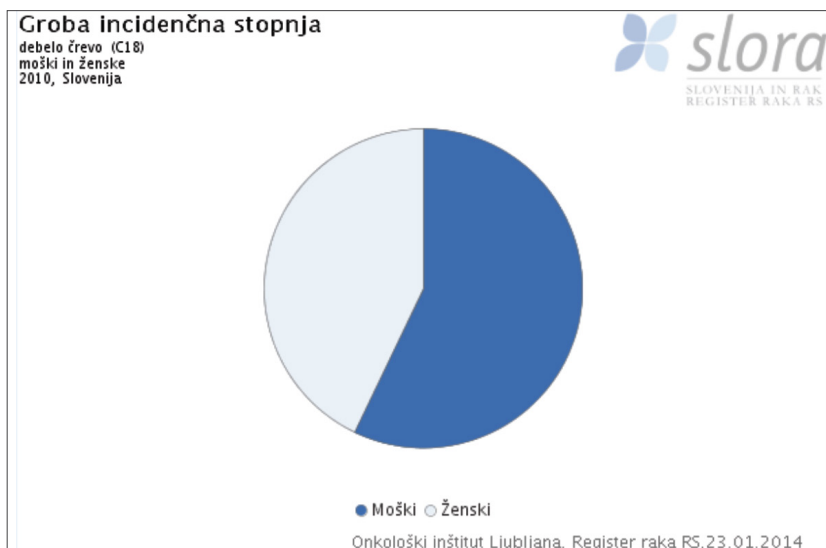
Slika 2: Grafični prikaz za incidenco 4 različnih rakov v Sloveniji od leta 1961 do 2010.

V programu SLORA lahko prikažemo podatke tudi po statističnih regijah. Prikazan je primer za raka dojke pri ženskah v letih 2001 – 2010 (Slika 3).



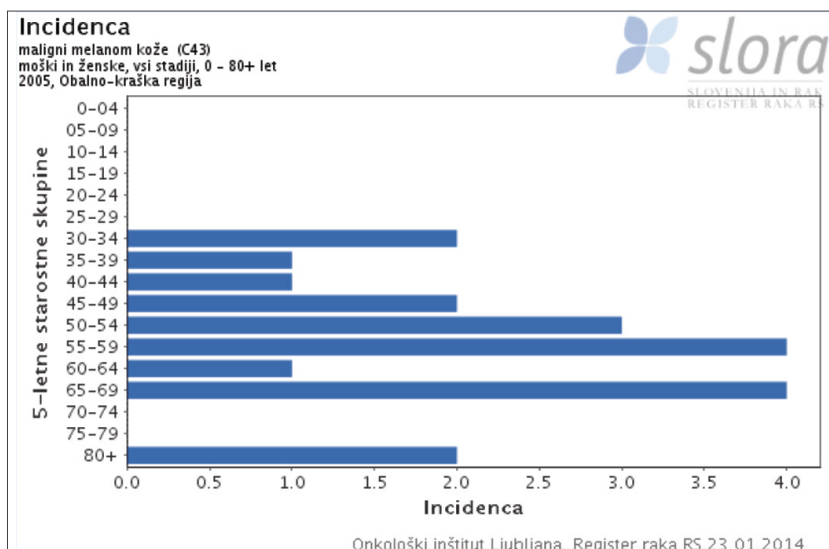
Slika 3: Groba incidenčna stopnja za raka dojke pri ženskah v letih 2001–2010 za 12 statističnih regij.

Pitni graf se izriše za prikaz podatkov po posameznem letu ali obdobju, ob izbiri izpisa po spolu ali po stadiju (Slika 4).



Slika 4: Incidenca po spolu za raka debelega črevesa za leto 2010.

Ležec stolpični diagram se izriše za prikaz podatkov po posameznem letu ali obdobju, ob izbiri izpisa po lokacijah raka, 5-letnih starostnih skupinah ali pri izpisu po upravnih enotah, če ni izbrana celotna Slovenija (Slika 5).



Slika 5: Prikaz incidence po 5-letnih starostnih skupinah za leto 2005 v Obalno-kraški regiji.

Mednarodne podatkovne zbirke

Preko portala SLORA lahko dostopamo tudi do podatkov o bremenu raka v Evropi in svetu. Slovenski podatki so vključeni v različne mednarodne podatkovne zbirke. Primerjavo incidence, umrljivosti in prevalence med posameznimi državami EU in sveta lahko preverimo v zbirkah EUCAN, EUREG in GLOBOCAN 2008, primerjavo preživetij pa v zbirkah EUREG in EUROCORE.

Eucan

EUCAN (<http://eco.iarc.fr/eucan>) (4) je predelana različica nekdanje spletne strani ECO (European Cancer Observatory). Prikazuje ocene incidence, prevalence in umrljivosti za 24 lokacij raka v evropski uniji (27 držav) in v vsaki od 40 – ih evropskih državah za leto 2012.

Eureg

Zbirka EUREG (<http://eco.iarc.fr/eureg>) (4) vsebuje podatke o raku, ki jih posredujejo evropski populacijski registri raka. Omogoča proučevanje geografskih vzorcev in časovnih trendov incidence, umrljivosti in preživetja za 35 lokacij raka v približno 100 registracijskih območjih glede na spol, starost in časovno obdobje. Podatke v EUREG registri raka stalno osvežujejo. Portal SLORA omogoča direkten dostop do EUREG izbirnih mask za pravo grafov in tabel (1).

Globocan 2008

Spletna zbirka nam omogoča dostop do ocen incidence in umrljivosti za 27 lokacij raka po spolu in starost za leto 2008 za vse države sveta (<http://globocan.iarc.fr>) (5). Spletno stran upravlja Oddelek za informacije o raku v Mednarodni agenciji za raziskave raka (IARC). Podatke o incidenci posredujejo populacijski registri raka, ki so državni ali pa pokrivajo le manjša geografska področja ali mesta. Podatke o umrljivosti posreduje Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). Pomanjkljivi podatki so predvsem iz afriških in azijskih držav.

Eurocare

EUROpean CAncer Registry (<http://eurocare.it>) (6) je evropska raziskava o preživetju bolnikov z rakom v evropskih državah. Projekt se je začel leta 1989, v analize pa so vključeni bolniki zboleli za rakom od leta 1978 naprej. Število v projektu sodelujočih registrov raka se iz leta v leto veča. Do sedaj so zbrali in analizirali podatke o preživetju bolnikov, diagnosticiranih med leti 1978 in 2002, ter jih objavili v štirih izdajah. Slovenija je vključena v drugo, tretjo in četrto izdajo EURO CARE. V zadnji izdaji je sodelovalo že 93 registrov raka iz 23-ih evropskih držav.

Zaključek

SLORA strokovni javnosti, zdravstveni politiki, organizacijam zdravstvenega varstva, združenjem civilne družbe, medijem in laični javnosti ponudi ažuren, preprost in hkrati vseobsežen pregled nad bremenom raka v Sloveniji, EU in drugih svetovnih področjih. Hkrati so širši javnosti približane informacije o preverjenih nevarnostnih dejavnikih ter o možnih načinih preprečevanja in zgodnjega odkrivanja bolezni.

Program poenostavlja dostop do navidez nepregledne množice podatkov iz baze - zbirke Registra raka RS. Zbirka je edinstvena tudi v EU, saj je Slovenija poleg skandinavskih držav, ena redkih, ki z registrom raka pokriva celotno državo (3).

Literatura

1. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. www.slora.si (11.11.2013).
2. Kastelic A, Jamnik K, Možina M, Ložar M, Belčič T.: SLORA – spletišče za dostop do podatkov o raku v Sloveniji in drugod (seminarska naloga). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 2011: 1–12.
3. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA – spletna stran z epidemiološkimi podatki o raku. Onkologija. 2011; 15 (1); 61–63.
4. Steliarova-Foucher E, O'Callaghan M, Ferlay J, Masuyer E, Forman D, Comber H, Bray F.: European Cancer Observatory: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in Europe. Version 1.0 (September 2012) European Network of Cancer Registries, International Agency for Research on Cancer. <http://eco.iarc.fr> (11.11.2013).
5. Ferlay J, Shin H.R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D.M. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. <http://globocan.iarc.fr> (11.11.2013).
6. EURO CARE, Survival of cancer patients in Europe. <http://www.eurocare.it> (11.11.2013).

Vloga medicinske sestre v državnem programu ZORA

Nurses Work in National Programme ZORA

Mojca Florjančič, Mojca Kuster

Povzetek

Državni program ZORA je najstarejši organiziran presejalni program za raka v Sloveniji. Aktivni pristop in presejanje navidezno zdravih žensk iz ciljne populacije s pregledom brisa materničnega vratu pravočasno odkrije tiste, ki imajo predstopnjo ali začetno stopnjo raka materničnega vratu. Tedaj je možno z enostavnimi terapevtskimi posegi raka preprečiti ali povsem pozdraviti. Slovenske ženske so program dobro sprejele, saj se jih več kot 70 % redno udeležuje presejalnih pregledov; incidenca raka materničnega vratu se je v desetih letih delovanja programa znižala za skoraj 40 %. K tem uspehom so pomembno pripomogle tudi medicinske sestre s svojim strokovnim znanjem, z neposrednim osebnim kontaktom in aktivnim delovanjem na vseh ravneh preventive. V prispevku je prikazano vsakodnevno delo medicinske sestre v koordinacijskem centru programa ZORA, poudarjena je vloga medicinske sestre pri osveščanju in vabljenju žensk na presejalni pregled, upravljanju s kakovostjo in izboljšavi centralnega informacijskega sistema ZORA ter pri razvoju programa.

Ključne besede: državni program in register ZORA, organiziran populacijski presejalni program, rak materničnega vratu, primarna in sekundarna preventiva, medicinska sestra

Abstract

National programme ZORA is the oldest cancer screening programme in Slovenia. With active approach and screening of eligible woman every three years with a Pap test we can detect precancerous lesions on time. With simple treatment of these precancerous lesions we can prevent cervical cancer. Woman in Slovenia have accepted the programme ZORA well; more than 70% of the target population attend for screening regularly. The screening programme is effective; in the first ten years of the programme the incidence of cervical cancer has decreased for almost 40%. Nurses are important part of the ZORA programme and have contributed to the success of the programme with their knowledge, communica-

tion skills and active involvement at different levels of screening. In the article we highlight the role of a nurse in the screening registry ZORA, especially in the field of raising awareness among women, inviting women to screening, quality management and improvement of the central information system ZORA and also optimizing and developing the program. *Key words:* National programme and register ZORA, organized population-based screening programme, cervical cancer, primary and secondary prevention, nurse

Uvod: predstavitev programa ZORA

Ime Državnega programa ZORA sestavljajo začetnice programa Zgodnje Odkrivanje predRAkavih sprememb materničnega vratu. Državni program ZORA (DP ZORA) je najstarejši organiziran presejalni program za raka v Sloveniji, ki na področju celotne države poteka od leta 2003, pilotna študija pa je tekla od leta 1998 v ljubljanski in primorski regiji. Ciljna skupina programa so ženske, stare 20 do 64 let. Aktivni pristop in presejanje navidezno zdravih žensk iz ciljne populacije s pregledom brisa materničnega vratu (BMV) pravočasno odkrije tiste, ki imajo predstopnjo raka materničnega vratu (RMV) oz. cervikalno intraepitelno neoplazijo (CIN) ali začetno stopnjo RMV.

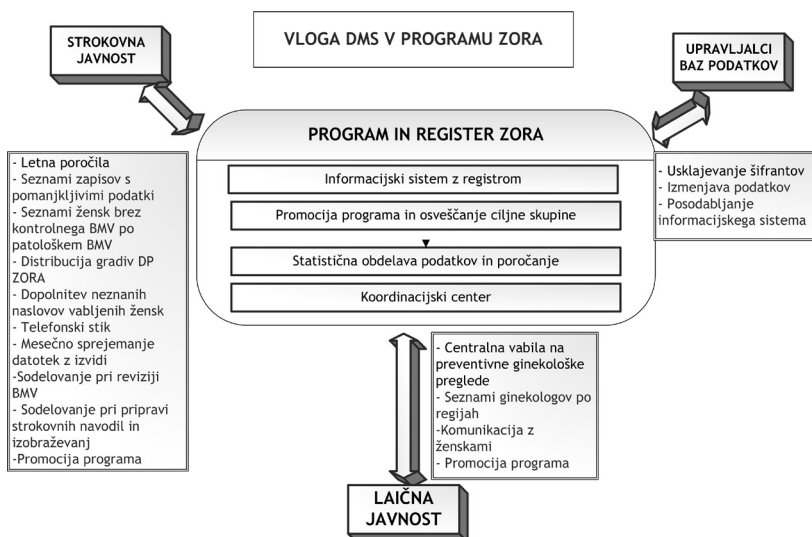
Namen programa je povečati pregledanost ciljne skupine žensk programa ter zmanjšati zboleznost in umrljivost za RMV v Sloveniji. Pregledanost ciljne populacije nam pove odstotni delež žensk v starosti 20–64 let, ki so v treh letih opravile vsaj en pregled brisa materničnega vratu. V zadnjem obdobju (2010–2012) je stopnja pregledanosti 72,3 %, nižja od ciljne vrednosti 70 % je le v regijah Murska Sobota, Koper in Maribor ter v starostni skupini 50–64 let (1). Incidenca (absolutno število vseh na novo ugotovljenih primerov neke bolezni v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu (2)) RMV se je po podatkih Registra raka RS od uvedbe organiziranega državnega presejalnega programa zmanjšala za več kot 40 %, z 210 novih primerov leta 2003 na 117 primerov leta 2012, kar je tudi za evropska merila odličen dosežek. Predvidevamo, da gre za pričakovani učinek presejalnega programa, saj se ob večji pregledanosti populacije in počasne narave napredovanja bolezni predrakave spremembe odkrivajo in zdravijo, še predno se razvije RMV. Umrljivost nam pove absolutno število vseh umrlih za določeno boleznijo v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu v Sloveniji (2). Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS letno zaradi RMV umre med 40 in 50 žensk.

Diplomirane medicinske sestre (DMS) so v delo DP ZORA vpete na vseh ravneh spremljanja navidezno zdravih žensk, tako v primarnih, sekundarnih in terciarnih ustanovah, kot na področju zdravstveno-vzgojne dejavnosti ter v klicnem centru in registru programa ZORA. Zaradi specifičnosti dela je v prispevku prikazano predvsem delo medicinske sestre v klicnem centru in registru DP ZORA na Onkološkem inštitutu Ljubljana, kjer je sedež Državnega programa in registra ZORA. Okvire delovanja DP ZORA predstavljajo zakonski predpisi, ki urejajo delovanje preventivnih zdravstvenih programov na primarni ravni (3).

Vloga medicinske sestre v programu in registru ZORA

DMS v DP ZORA je pod vodstvom vodje programa s svojim strokovnim znanjem prisotna pri večini dejavnosti, ki sooblikujejo program ZORA. Njene delovne naloge v registru ZORA (RZ) in v klicnem centru programa ZORA lahko razdelimo na tri večja področja (Slika 1):

- sodelovanje s strokovno javnostjo;
- sodelovanje z laično javnostjo;
- sodelovanje z upravljavci baz podatkov.



Slika 1: Dejavnosti DMS v programu in registru ZORA.

Sodelovanje s strokovno javnostjo

Ginekološke ambulante

RZ evidentira predpisane podatke iz več kot 145 ginekoloških ambulant primarne, sekundarne in terciarne ravni, v katerih trenutno jemlje brise materničnega vratu 354 specialistov in specializantov ginekologije in porodništva. Sodelovanje z ginekološkimi ambulantom temelji predvsem na skupni skrbi za reproduktivno zdravje žensk, zbiranju podatkov o ženskah, ki jih ginekologi in medicinske sestre vestno vpisujejo na napotnice za citopatološke, histopatološke preiskave in na napotnice za triažni test HPV ter pripravah analiz dela ginekologov in ginekoloških ambulant (4).

Priprava letnih poročil o odvzetih brisih materničnega vratu. RZ ginekologom vsako leto pošlje individualno poročilo o izvidih BMV, ki so jih odvzeli v prejšnjem koledarskem letu ter za primerjavo tudi slovensko povprečje. Za leto 2012 je bilo pripravljenih preko 500 individualnih poročil. Ginekologi v RZ pošljejo povratno informacijo o tem, ali se poročilo sklada z njihovo evidenco. Vsa sporočena neujemanja in napake DMS v RZ preveri in odpravi skupaj z laboratoriji in ginekologi, povratna informacija pa pomeni merilo kakovosti podatkov iz laboratorijev.

Priprava seznamov zapisov s pomanjkljivimi podatki. RZ nekajkrat letno pripravi seznane manjkajočih podatkov, za katere vir podatkov predstavlja ginekološka ambulanta. To so predvsem podatki o mestu in razlogu odvzema BMV, izjemoma tudi podatki o identifikaciji ženske. V letu 2012 je bilo pripravljenih preko 200 seznamov, vsi sporočeni odgovori pa so bili zabeleženi v informacijski sistem RZ.

Priprava seznamov žensk brez kontrolnega BMV po patološkem izvidu BMV. Dvakrat letno ginekologi prejmejo seznam žensk, pri katerih v enem letu po zadnjem patološkem

BMV RZ nima evidentiranega nobenega kontrolnega izvida BMV. Na te poizvedbe je v letu 2012 odgovorilo 80 % ginekologov; tretjina odgovorov kaže, da je bila ženska na kontrolni pregled povabljena pred kratkim ali po prejemu seznama.

Dopolnitev neznanih naslovov vabljenih žensk. Vabila na preventivni ginekološki pregled, ovojnice in knjižice ZORA so enotna in za izvajalce brezplačna, plačljiv je le strošek poštne. Večina vabil, ki jih ženske prejmejo od svojega izbranega ginekologa in so poslana na napačen naslov, se vrne v RZ na Onkološki inštitut Ljubljana. DMS v RZ vso pošto evidentira, na ovojnico dopiše zadnji uradni naslov stalnega ali začasnega prebivališča, spremenjeno ime in priimek ter ovojnice vrne ustrezni ginekološki ambulanti. V letu 2012 je bilo v 91 ambulant vrnjenih 640 ovojnic z dopolnjenimi podatki.

Distribucija gradiv DP ZORA. Ginekološke ambulante brezplačno dobijo knjižice ZORA, ovojnice, vabila in plakate preko regijskih Zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV); obrazce Citološki izvid – klasifikacija po Bethesda (5) dobijo preko citopatoloških laboratorijev; napotnice za triažni test HPV in obrazec Privolitev po pojasnilu pa izvajalci naročijo in prejmejo direktno iz RZ.

Telefonski stik z ginekološkimi ambulantami. RZ je dnevno povezan z ginekološkimi ambulantami. Večinoma se vprašanja nanašajo na preverjanje spremenjenih podatkov o pacientkah in njihovih izvidih. Pri posredovanju podatkov DMS v RZ vedno spoštuje Zakon o pacientovih pravicah in Zakon o varovanju osebnih podatkov.

Laboratoriji

RZ zbira podatke o izvidih iz 10 citopatoloških laboratorijev, 9 histopatoloških laboratorijev in 2 laboratorijev, ki pregledujeta triažne teste HPV:

- citološki izvidi se v RZ zbirajo od leta 1998; trenutno je evidentiranih preko 3.200.000;
- histopatološki izvidi se zbirajo od leta 2004; trenutno je evidentiranih 78.543;
- izvidi triažnih testov HPV se zbirajo od leta 2010; trenutno je evidentiranih 31.824.

Mesečno sprejemanje datotek z izvidi. Laboratoriji v RZ vsak mesec pošljejo datoteko z izvidi v natančno predpisani obliki, kot jo določajo Metodološka navodila za informacijski sistem citoloških izvidov BMV, histopatoloških izvidov ter izvidov triažnih testov HPV. Vsak tip izvidov predstavlja samostojen register. DMS v RZ podatke preveri in jih uvozi v informacijski sistem. Citološki izvid BMV po Bethesda in izvid triažnega testa HPV sta standardizirana, zato se natančno zabeleženi izvidi (zapisi) s popolno obstoječo enotno matično številko občana (EMŠO) k ustrezni ženski uparijo avtomatsko, nepopolni zapisi pa so uparjeni ročno. V začetku delovanja DP ZORA je bilo avtomatično uparjenih le 10 % zapisov citoloških izvidov, sedaj pa se je kakovost vnosa podatkov močno izboljšala in je avtomatično uparjenih že 95 % zapisov. Izvid histopatološke preiskave še ni standardiziran, zato laboratoriji pošiljajo kopije izvidov v papirni obliki, en laboratorij pa pošilja podatke v elektronski obliki. DMS v RZ vse izvide kodira in ročno vnese v informacijski sistem k ustrezni ženski.

Priprava seznama zapisov s pomanjkljivimi podatki. Vsi laboratoriji nekajkrat letno prejmejo seznam zapisov, pri katerih del podatkov manjka, so napačni ali pa se je pri prever-

janju izkazalo, da se med seboj ne ujemajo. Zaradi kakovostnejšega in natančnejšega označevanja rubrik na napotnici in vnosa podatkov v laboratorijih se je število nepravilnosti v zadnjih letih precej zmanjšalo, kljub temu pa RZ letno dopolni nekaj tisoč pomanjkljivih zapisov. Popravke in manjkajoče podatke zabeležijo v informacijski sistem laboratorija njihovi administratorji, DMS v RZ pa vodi evidenco prispelih popravkov in jih vnese v informacijski sistem RZ.

Priprava letnih poročil o odvzetih brisih materničnega vratu. RZ vsako leto pošlje citopatološkim laboratorijem letno poročilo o izvidih BMV, ki so jih pregledali v prejšnjem koledarskem letu ter za primerjavo slovensko povprečje. Vsa sporočena neujemanja in napake RZ preveri in odpravi skupaj z laboratoriji.

Distribucija obrazca Citološki izvid – klasifikacija po Bethesda. Standardiziran obrazec Citološki izvid – klasifikacija po Bethesda je za citopatološke laboratorije brezplačen. V začetku leta vodje laboratorijev naročijo predvideno letno količino obrazcev. Naročeno količino prejmejo neposredno iz tiskarne, vse naslednje pošiljke pa iz RZ. Vsak laboratorij razdeli obrazce v ginekološke ambulante, za katere pregleduje BMV.

Telefonska povezava z laboratoriji. Komunikacija z laboratoriji poteka dnevno. Večinoma se vprašanja nanašajo na preverjanje spremenjenih podatkov o pacientkah in njihovih prejšnjih izvidih. Pri posredovanju podatkov DMS v RZ vedno spoštuje Zakon o pacientovih pravicah in Zakon o varovanju osebnih podatkov.

Sodelovanje pri reviziji citoloških brisov materničnega vratu. Ponoven pregled BMV pri bolnicah, ki so zbolele za RMV, poteka po protokolu v okviru strokovnega nadzora nad kakovostjo delovanja citopatoloških laboratorijev od leta 2006.

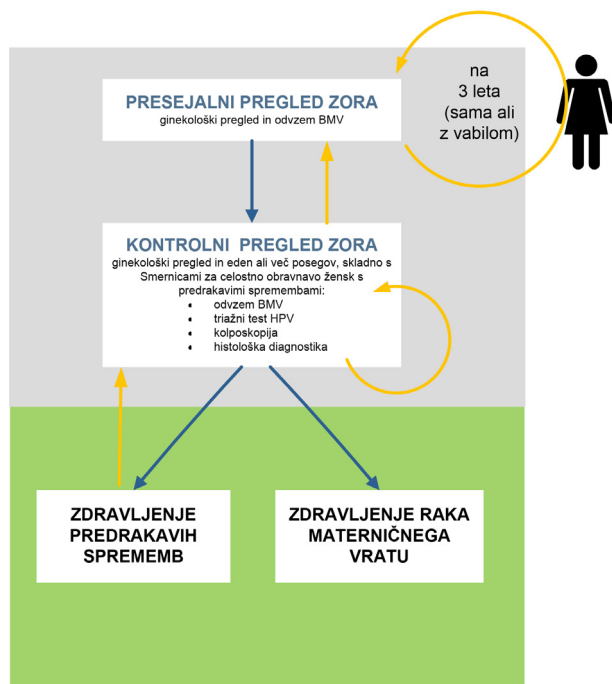
Zunanji uporabniki podatkov

DMS v RZ redno pripravlja dodatne analize podatkov za potrebe študija in raziskovalnega dela različnih strokovnjakov.

Sodelovanje z laično javnostjo

Ciljna skupina programa so ženske, stare 20 do 64 let. Ženska lahko pride k ginekologu sama, počaka na vabilo izbranega ginekologa ali pa na centralno vabilo programa ZORA.

Pošiljanje centralnih vabil na preventivne ginekološke preglede. Koordinacijski center RZ pošilja vabila na preventivne ginekološke preglede vsem ženskam, starim 20 do 64 let, ki imajo prebivališče v Republiki Sloveniji in so registrirane v Centralnem registru prebivalstva, ne glede na to, ali imajo že izbranega ginekologa ali ne. Ženske, ki prejmejo centralno vabilo iz RZ nimajo evidentiranega še nobenega izvida BMV ali pa je od datuma zadnjega brisa minilo že več kot 4 leta, zato so še posebej ogrožene za predrakave ali rakave spremembe. Če se ženska centralnemu vabilu ne odzove (RZ v enem letu ne evidentira nobenega izvida BMV) in nima statusa za vabljenje »neustrezna« (starost >65 let, smrt, pisni odgovor »nimam maternice«) ali »dokončna neodzivnica« (2x brez odgovora in evidentiranega izvida BMV, pisni odgovor »ne želim sodelovati v programu ZORA«), prejme najkasneje v 2. letu po prvem vabilu ponovno vabilo iz našega centra. Pot ženske skozi DP ZORA je prikazana na Sliki 2.



Slika 2: Pot ženske skozi DP ZORA (6).

Vabilo RZ obsega pisno vabilo z anketo, frankirano ovojnico za odgovor, knjižico ZORA in seznam ginekologov iz regije stalnega prebivališča ženske. Ženske s stalnim prebivališčem na dvojezičnem območju prejmejo dvojezična vabila z dodano madžarsko oziroma italijansko knjižico ZORA. V letu 2012 je bilo iz RZ poslanih 48.550 vabil, od leta 2003, ko se je DP ZORA razširil na področje celotne Slovenije, pa je bilo skupaj poslanih preko 450.000 prvih in ponovnih vabil.

Posodabljanje seznama ginekologov po zdravstvenih regijah. Sezname ginekologov po zdravstvenih regijah skupaj z ZZV-ji DMS v RZ posodablja večkrat letno tako, da telefonsko pokliče vse ginekološke ambulante ter zabeleži morebitne spremembe.

Odgovori žensk na vabila. Del vabila na ginekološki pregled predstavlja anketni vprašalnik, ki ga ženska izpolnjena vrne v RZ v priloženi frankirani ovojnici. Vedno pogostejši so tudi odgovori v elektronski obliki ali po telefonu. Vse odgovore DMS v RZ vnese v informacijski sistem; v letu 2012 je bilo zabeleženo 11.366 odgovorov, skupaj pa že 86.065.

Komunikacija z ženskami. DMS v RZ letno pisno oziroma po telefonu odgovori več kot 1.000 ženskam na vprašanja, povezana z DP ZORA. Tematsko lahko vprašanja razdelimo na tri večje sklope in sicer (1, 7):

- vprašanja, povezana z vabljenjem in naročanjem na pregled in odvzem BMV;
- pritožbe zaradi čakalnih vrst in organizacije dela v ginekoloških ambulantah;
- vprašanja, povezana s spolnostjo in spolno prenosnimi boleznimi, predvsem z okužbami s HPV.

Novice, novosti in najpogostejša vprašanja z odgovori so objavljeni na spletni strani programa ZORA (1).

Širša javnost

Za promocijo programa v širši javnosti skrbi RZ z željo, da bi informacije o DP ZORA dosegle čimveč žensk in sicer preko spletne strani DP ZORA, z aktivno udeležbo na prireditvah za promocijo preventivnih programov, z organizacijo strokovnih prireditev (izobraževalni dnevi DP ZORA, učne delavnice, ...). DMS v RZ sodeluje tudi z zunanjimi ponudniki za tisk in distribucijo gradiv v zdravstvene ustanove.

Sodelovanje z upravljavci baz podatkov

Register raka RS (RRRS). RR RS vsako leto RZ pošlje seznam bolnic z RMV, ki služi kot osnova za pregled vseh postopkov pri obravnavi bolnic. RZ v RRRS redno pošilja podatke o histopatoloških izvidih, ocenjenih kot cervikalna intraepitelijska neoplazija hujše stopnje (CIN 3), cervikalna glandularna epitelijska neoplazija hujše stopnje (CGIN 2) in RMV v namen spremljanja kakovosti prijav rakavih bolezni.

Centralni register prebivalstva (CRP) in Register prostorskih enot (RPE). Baza RZ se mesečno posodablja s podatki CRP in RPE (uvoz cca 40.000 sprememb mesečno).

Zavodi za zdravstveno varstvo in Inštitut za varovanje zdravja. S koordinatorji reproduktivnega varstva žensk na ZZV-jih RZ sodeluje pri posodabljanju seznamov ginekologov in ginekoloških ambulant ter deljenju gradiv DP ZORA.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. RZ na ZZS redno pošilja analize za spremljanje kazalnikov DP ZORA. Šifrante ginekologov in ginekoloških ambulant RZ redno usklajuje s šifrantom ZZS.

Programerske hiše. RZ za kakovostno delo nujno potrebuje dobro in sodobno informacijsko podporo. Za usklajeno delo z zunanjimi izvajalci RZ pripravlja enotna Metodološka navodila za informacijske sisteme citoloških izvidov, histopatoloških izvidov in izvidov triažnih testov HPV, ki jih programerske hiše uporabijo pri izgradnji ali posodobitvi informacijskih sistemov.

Zaključek

Presejalni program je javnozdravstveni ukrep, ki ima največji učinek, če se izvaja kot organiziran populacijski program. Delovati mora po enotnih predpisanih postopkih in čimbolj kakovostno na vseh področjih - od sistematičnega pošiljanja vabil in ponovnih vabil na presejalni pregled, telefonsko in pisno komunikacijo z ženskami, presejalnega pregleda do ustreznega in učinkovitega diagnosticiranja v primeru patoloških izvidov ter po potrebi zdravljenja, spremljanje po zdravljenju, psihološki pomoči v skladu s smernicami, ki temeljijo na ugotovitvah, podprtih z dokazi, komunikacijo z laično in strokovno javnostjo in organiziranjem strokovnih srečanj za sodelavce.

Državni program ZORA s svojim multidisciplinarnim pristopom uspešno deluje predvsem zaradi dobrega dela številnih medicinskih sester, ginekologov, citopatologov, presejalcev, administratorjev in vseh drugih strokovnjakov, ki so združeni v skupni skrbi za zgodnje odkrivanje in zdravljenje predrakavih in rakavih sprememb materničnega vratu. K uspešnosti programa v veliki meri pripomore tudi nenehno izobraževanje vseh strokovnjakov programa. Glede na rezultate analize anonimne ankete izobraževalnih dni programa ZORA je med udeleženci okoli 45 % medicinskih sester, 40% ginekologov, 15 % pa ostalih strokovnjakov (1).

Kakovostni podatki omogočajo ocenjevanje uspešnosti vseh nivojev zdravstvenega varstva in tudi vseh ravni preventive (primarne, sekundarne, terciarne). Skrb za kakovost podatkov je ena od obsežnejših nalog DMS v RZ.

Literatura

1. Onkološki inštitut Ljubljana. Epidemiologija in register raka. Državni program ZORA 2012. <http://zora.onko-i.si> (25. 11. 2013).
2. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. www.slora.si (01.12.2013).
3. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur l 25.03.2005; (31): 2980.
4. Florjančič M, Kuster M. Delo medicinske sestre v registru ZORA. V: Ivanuš U, Primic Žakelj M, Florjančič M, Kuster M, ur. 3. izobraževalni dan programa ZORA. Brdo pri Kranju: Onkološki inštitut Ljubljana; 2012: 73–84,139–142.
5. Pogačnik A. Citološki izvid in priporočila po novi klasifikaciji Bethesda. V: Ivanuš U, Primic Žakelj M, Florjančič M, Kuster M, ur. 2. Izobraževalni dan programa ZORA. Brdo pri Kranju: Onkološki inštitut Ljubljana, 2011; 13–18.
6. Onkološki inštitut Ljubljana. Epidemiologija in register raka. Državni program ZORA 2013. Izjava za javnost, DP ZORA ob tednu boja proti raku materničnega vratu, januar 2013. http://zora.onko-i.si/data/DP%20ZORA%20v%20oslikah%202013_web.pdf.
7. Florjančič M, Uršič Vrščaj M, Primic Žakelj M: Program ZORA – najpogostejša vprašanja žensk z odgovori. V: Rudolf Z. Onkologija. Ljubljana, Onkološki inštitut Ljubljana; 2008: 116–118.
8. Primic Žakelj M. Državni presejalni programi za raka. XIX. Seminar In memoriam dr. Dušana Reje. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2011: 13–25.

Pristojnosti diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji iz onkološke epidemiologije v Registru raka Republike Slovenije

Nurse with Special Knowledge in Oncological Epidemiology and His or Her Competences in Cancer Registry of Republic of Slovenia

Franciška Škrlec, Nataša Šturm

Povzetek

V Registru raka Republike Slovenije (RRRS) že več kot 60 let zbirajo, obdelujejo, hranijo in prikazujejo podatke o slovenskih bolnikih z rakom ter o značilnostih njihove bolezni in zdravljenja. Podatke v RRRS pošiljajo vse bolnišnice in diagnostični centri, ki obravnavajo onkološkega bolnika, iz zdravstvenih domov pa le, če bolnika niso napotili na nadaljnjo obravnavo.

Ključno vlogo pri vseh procesih dela v RRRS imajo diplomirane medicinske sestre. Podatke iz prijavnih kodirajo po mednarodnih in v RRRS dogovorjenih pravilih, klasifikacijah in šifrantih. Pri bolnikih, ki imajo pomanjkljivo izpolnjene prijavnice ali pa so informacije o njihovi bolezni pridobljene le na podlagi prijave smrti, preverjajo vse podatke osebno v ustanovi, ki je bolnika obravnavala. Kakovost dela zagotavljajo specialna znanja in stalno dodatno izobraževanje. V prispevku je predstavljen točen nabor znanj in veščin, ki jih pri svojem delu v RRRS potrebuje diplomirana medicinska sestra in jih priznava tudi stanovska zbornica.

Ključne besede: register raka, diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji, kodiranje, obdelava podatkov

Abstract

In the Cancer Registry of the Republic of Slovenia (CRRS) they have been collecting, processing, saving and presenting data about Slovenian cancer patients and about characteristics of their disease and treatment for over 60 years. The data is sent to the CRRS from all the hospitals and diagnostic centers which address the cancer patient, however from the primary health centers only if the patient was not appointed for further assessment.

The key role in every working process of CRRS belongs to a nurse. He or she encodes the data from the notification forms on the basis of the international and CRRS agreed rules, classifications and codebooks. When notification forms are incomplete or when the information about disease comes from the death certificate only, the nurse personally verifies every data in the institution from which the data were sent. The quality of his or her work is ensured by the special knowledge and constant additional training. In the article a precise set of knowledge and skills that the nurse at the CRRS needs during his or her work and are also acknowledged by the Nursing Chamber of Slovenia is presented.

Key words: cancer registry, nurse with special knowledge, encoding, data processing

Uvod

Register raka Republike Slovenije (RRRS) je populacijski register, ki je bil ustanovljen leta 1950 pri Onkološkem inštitutu Ljubljana (OIL) kot posebna služba za zbiranje in obdelavo podatkov o novih primerih raka (incidenci), prevalenci in preživetju bolnikov z rakom. Prijavljanje raka je v Sloveniji obvezno in z zakonom predpisano že od vsega začetka, poteka pa s posebnim obrazcem Prijavnica rakave bolezni (1).

Od vsega začetka so v RRRS zaposlene tudi medicinske sestre s VII. stopnjo izobrazbe. Delo medicinskih sester je specifično in zahteva posebna, specialna znanja. Specialno znanje (klinični privilegij) je strokovna usposobljenost za delo na ožjem strokovnem področju v zdravstveni in babiški negi, ki ga izvajalec ni pridobil v izobraževanju za pridobitev poklicne kvalifikacije ter zanj ni temeljne specializacije (2). Za pridobitev specialnih znanj je potrebno posebno enoletno usposabljanje, ki poteka v RRRS. Obsega teoretični in praktični del ter se konča z izpitom. Brez uspešno opravljenega usposabljanja samostojno delo v RRRS ni mogoče.

Osnovni vir podatkov predstavlja obrazec Prijavnica rakave bolezni v tiskani obliki (OI obr. 0014). Elektronska oblika obrazca je dostopna samo Bolnišničnemu registru OIL. Dodatni viri podatkov so obdukcijski zapisniki, zdravniška poročila o vzroku smrti (ZPS) in ZORA patohistološki izvidi, ki zagotavljajo popolnost registracije. Kadar je rak odkrit na obdukciji, predstavlja obdukcijski zapisnik edini vir, iz katerega diplomirana medicinska sestra izpolni prijavnico rakave bolezni. Ko je ZPS edini vir, po posebnem postopku registrira bolezen. Če je vzrok smrti drugačen od prijavljene bolezni v RRRS, iz znanih podatkov in znanja odloči, ali gre za progres te bolezni ali pa za novo rakavo bolezen, ki še ni prijavljena RRRS (3). ZORA patohistološki izvid predstavlja dodaten vir podatkov, in če je hkrati edini, na tej osnovi izpolni in kodira prijavnico (4).

S specialnimi znanji in dodatnimi izobraževanji s področja registracije v onkološki epidemiologiji ima diplomirana medicinska sestra naslednje pristojnosti v RRRS:

- pregled in izpolnjevanje prijavnice rakavih bolezni;
- kodiranje podatkov po uradno predpisanih klasifikacijah in šifrantih in vnos v podatkovno zbirko;
- komuniciranje z dajalci informacij;
- pridobivanje podatkov iz podatkovnih zbirk Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) in Centralnega registra prebivalcev (CRP);
- registriranje bolezni iz zdravniškega poročila o vzroku smrti;
- registriranje bolezni iz patohistološkega izvida presejalnega programa ZORA;

- priprava izbranih podatkov za uporabnike;
- sodelovanje pri pripravi podatkov za letno poročilo in vključevanje v mednarodne podatkovne zbirke.

V nadaljevanju prispevka so predstavljena znanja za zagotavljanje teh pristojnosti.

Pregled in izpolnjevanje prijavnih rakavih bolezni, kodiranje podatkov in vnos v podatkovno zbirko

Osnovna maska aplikacije je Registrska mapa, za vstop na dodatne maske diplomirana medicinska sestra uporablja drevesno strukturo in menijsko vrstico. Za registriranje bolezni v drevesni strukturi izbere neobdelano prijavnico, jo po pravilih izpolni (kodira) in registrira bolezen. Za eno bolezen lahko obstaja več prijavnih. Posebej je treba paziti, da se že ob obstoječi bolezni z registriranjem naslednje prijavnice ne naredi še ene, iste bolezni. Aplikacija omogoča popraviljanje in brisanje podatkov, zagotovljena pa je sledljivost. Prav tako zagotavlja nekaj logičnih kontrol (datum sprejema, odpusta, raki, ki so vezani na spol) (4).

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora strukturo in značilnosti podatkovne zbirke RR ter zgradbo aplikacije. Skrbeti mora za zaupnost in varovanje podatkov pred zlorabo ali uničenjem, poznati mora interna pravila arhiviranja dokumentov v RRRS. Dodatno se izobražuje v Arhivu Republike Slovenije.

Prijavnica rakave bolezni je vsebinsko razdeljena na dva dela. Prvi vsebuje *osebne* podatke, ki jih diplomirana medicinska sestra vedno zelo natančno preveri s podatki v Centralnem registru prebivalcev (CRP), saj so osebe na podlagi teh podatkov v nadaljnjih obdelavah razvrščene po spolu, starosti, občini stalnega bivališča. Enotna matična številka občana (EMŠO) zagotavlja točno identifikacijo osebe in preprečuje dvojnike (5). Ob vnosu nove osebe v podatkovno zbirko RR, ta dobi še registrsko številko.

Drugi del prijavnice so *podatki o bolezni*, ki so naštetih in podrobneje opisani v nadaljevanju, tako kot si sledijo po točkah na obrazcu.

Zdravstvena ustanova, ki prijavlja bolezen

Podatke o bolnišnici, oddelku in pododdelku diplomirana medicinska sestra kodira po internem šifrantu.

Predhodni drugi raki

Na prijavnici je mogoče zabeležiti morebitni predhodni drugi rak (kdaj je bil odkrit in v kateri ustanovi). Diplomirana medicinska sestra tega ne vnaša v podatkovno zbirko, služi pa to za zagotavljanje popolnosti registracije. Na podlagi tega diplomirana medicinska sestra poizveduje v ustanovi, ki podatkov še ni posredovala.

Podatki o sedanji bolezni

Med podatki o sedanji bolezni je pomemben datum diagnoze, ki ga je treba vpisati.

Bolezen je lahko odkrita zaradi kliničnih znakov, na obdukciji, v organiziranem presejalnem programu ali zaradi drugih razlogov, kar je treba označiti.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora pravila Evropske mreže registrov raka (ENCR) za določanje datuma diagnoze, prav tako mora poznati presejalne programe v RS (ZORA, DORA, SVIT) in splošna načela klinične onkologije.

Vzrok sprejema

Bolnik je lahko sprejet v zdravstveno ustanovo zaradi diagnostičnih postopkov, prvega in nadaljnjih zdravljenj, progressa bolezni, recidiva, novega pojava raka ali zaradi drugih vzrokov.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora splošno onkologijo, zamejitvene preiskave pri posamezni bolezni, ENCR-priporočila o multiplih tumorjih in drugih primarnih rakih.

Anatomsko mesto raka

Za razvrščanje neoplazem po primarni lokaciji je od leta 1997 v uporabi 10. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB 10) (6), za registracijo ektranodalnih limfomov in za arhiviranje prijavnic je v uporabi MKB 8. revizija, za pošiljanje podatkov v mednarodne podatkovne zbirke pa je v uporabi še Mednarodna klasifikacija bolezni za onkologijo, tretja izdaja (ICD-O₃) (7).

Po MKB 10 je treba prijaviti vse bolezni, ki so uvrščene v poglavje C (C₀₀ - C₉₆), iz poglavja D pa naslednje: melanom in situ (D₀₃), dojka in situ (D₀₅), maternični vrat in situ, CIN 3 (D₀₆), mehur in situ (D₀₉₀), benigna neoplazma mening (D₃₂), benigna neoplazma možganov (D₃₃), neoplazma negotovega značaja jajčnika (D_{39.1}) in neoplazma negotovega značaja možganov (D₄₃) (6).

Primarna lokacija raka mora biti natančno opredeljena, vključno z opredelitvijo zasevkov v bezgavke ali ostale organe, prav tako lateralnost pri parnih organih in multiplost.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora točno anatomsko opredelitev posameznih rakavih bolezni, njihove epidemiološke značilnosti, etiologijo, znake in simptome posamezne bolezni, splošna načela klinične onkologije, dedni rak, ENCR-priporočila o multiplih tumorjih in drugih primarnih rakih, ICD-O₃- pravila za multiple in druge primarne rake glede na topografijo, navedene mednarodne klasifikacije, njihove značilnosti in veljavnost v časovnih obdobjih (MKB 10, MKB 8, ICD- O₃).

Način postavitve diagnoze

Tumorske spremembe patolog opredeli z mikroskopskim pregledom tkivnega (histopatološka preiskava) ali celičnega vzorca (citopatološka preiskava). Od leta 2001 se pri mikroskopsko potrjenem raku kodira histološko vrsto po ICD-O₃, morfološki del (7). Kadar ni mikroskopske potrditve raka, je koda 9990. Morfologijo predstavlja 4-mestna koda, peto mesto označuje naravo neoplazme in je opredeljena z 0 (benigna), 1 (neznano maligno ali benigno), 2 (in situ), 3 (maligna), šesto mesto v šifri predstavlja histološki gradus, označuje stopnjo malignosti tumorja. Pri malignih limfomih to mesto predstavlja vrsto celic (B, T, NK) (7).

Natančno in pravilno kodiranje patološke opredelitve malignih tumorjev je pomembno, saj se posamezne vrste po svojem naravnem poteku in agresivnosti razlikujejo, razlikujejo pa se tudi po odzivnosti na različne načine zdravljenja (8).

Za postavitev diagnoze je najbolj verodostojen histološki pregled primarnega tumorja. Pri vseh bolnikih to ni mogoče. Obstajajo še ostali načini postavitve diagnoze: histološki pregled metastaz, citološki pregled, specifični tumorski markerji, druge diagnostične preiskave (Rtg, CT, UZ, NMR), klinični pregled (8). Določene bolezni morajo biti mikroskopsko potrjene. Diplomirana medicinska sestra pregled varovalne bezgavke označi pri malignem melanomu, malignomu dojke in zunanjih spolovil. Če so bile ob operaciji odstranjene begavke, vpiše njihovo število in število pozitivnih bezgavk. Če so podatki pri tej točki pomanjkljivi (ni histološkega izvida), jih mora dodatno pridobiti.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora točno anatomsko opredelitev posameznih rakavih bolezni, njihove epidemiološke značilnosti, etiologijo, znake in simptome posamezne bolezni, splošna načela klinične onkologije, dedni rak, ENCR-priporočila o multiplih tumorjih in drugih primarnih rakih, ICD-O3- pravila za multiple in druge primarne rake glede na topografijo, navedene mednarodne klasifikacije, njihove značilnosti in veljavnost v časovnih obdobjih (MKB 10, MKB 8, ICD- O3).

Stadij

Za oceno razširjenosti oziroma stadija maligne bolezni se v onkologiji uporablja sistem TNM, v katerem je s komponento T (tumor) opredeljena razširjenost primarnega tumorja, s komponento N (angl. Node - bezgavke) prizadetost oziroma neprizadetost področnih bezgavk, s komponento M (metastaze) pa prisotnost oziroma odsotnost oddaljenih zasevkov (9). Natančna opredelitev TNM-stadija vpliva na odločitve o načinih zdravljenja (8).

Klinični TNM je stadij, ki ga določi zdravnik pred zdravljenjem, patološki TNM pa je stadij, ki ga opiše patolog in je določen samo, če je bil bolnik operiran. Z incidenčnim letom 2010 je v uporabi sedma izdaja TNM-klasifikacije. Hkrati je v uporabi tudi tretja izdaja TNM-Atlasa, kjer so slikovno prikazane razširitve tumorjev in bezgavk.

Dodatni stadij je opredeljen kot 6-mestno polje, diplomirana medicinska sestra ga uporabi za dodatne klasifikacije samo pri nekaterih lokacijah:

- Clark in Breslow pri kožnem melanomu,
- TNM stadij in FIGO pri ginekoloških rakih,
- Ann Arbour stadij pri limfomih.

Te točke prijavnice rakave bolezni prijavitelji dosledno ne izpolnjujejo. Če je prijavnici priložena kopija histološkega izvida, je pTNM mogoče določiti iz izvida, sicer diplomirana medicinska sestra to opredeli z 999.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora opredelitev razširjenosti posamezne bolezni po ustreznih klasifikacijah (TNM, Clark-Breslow, FIGO), oziroma razbrati stadij iz priloženega izvida. Prav tako mora poznati prejšnje klasifikacije TNM in veljavnost v časovnih obdobjih.

Poenostavljena opredelitev stadija solidnih tumorjev

Podatek o opredelitvi stadija razvršča bolezen v omejen, razširjen in razsejan stadij. Diplomirana medicinska sestra ga določi na podlagi podatkov iz prejšnje točke, kadar pa ta ni izpolnjena, uporabi podatke iz točke anatomskega mesta raka in diagnozo. Neznani stadij je dopusten samo v primeru, če bolnik zavrne diagnostiko ali umre pred obravnavo, sicer diplomirana medicinska sestra išče ta podatek.

Opredelitev stadija je na prijavnica mogoče spreminjati, in sicer v smislu od neznanega k znanemu (skladno z diagnostičnimi postopki). Diplomirana medicinska sestra pa je ne spreminja več po prvem zdravljenju, ob recidivu bolezni ali ob novem pojavu bolezni.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora ENCR-priporočila o razširitvi posamezne bolezni in šifrant opredelitev stadija solidnih tumorjev pri posamezni lokaciji raka.

Način zdravljenja

Zdravljenje rakavega bolnika je specifično (proti raku) ali simptomatsko (samo bolezenskih simptomov rakave bolezni: bolečina, zapora dihalne ali prebavne poti, ...) (8). V tem razdelku diplomirana medicinska sestra opiše specifične načine zdravljenja raka: operacija, radioterapija, sistemska specifična terapija, drugi načini zdravljenja, ki so bili začeti v času hospitalizacije ali ambulantnega pregleda, navedenega na prijavi. Pri operacijah dojke, mehurja, prostate, materničnega vratu, debelega črevesa in danke kodira določen tip operacije po internem šifrantu. Kodira tudi radikalnost operacije.

Pri sistemski specifični terapiji je treba navesti preparate, ki jih je prejemal bolnik. Pomembno je poznavanje shem kemoterapij, hormonske terapije in bioloških zdravil. Druge načine zdravljenja diplomirana medicinska sestra kodira po internem šifrantu. Datum začetka zdravljenja je datum začetka na prijavi opisanega hospitalno ali ambulantno potekaajočega specifičnega zdravljenja.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora načine zdravljenja posamezne bolezni, vrste onkoloških operacij, vrste radioterapije, sheme citostatikov, hormonska in biološka zdravila, da pravilno kodira način zdravljenja. Prav tako mora poznati podporno terapijo raka in paliativno oskrbo.

Namen zdravljenja

Specifično zdravljenje omogoči ozdravitev ali pa zazdravitev bolnika. Diplomirana medicinska sestra zabeleži tudi, če bolnik odkloni zdravljenje ali je zdravljen samo simptomatsko.

Podatki ob odpustu

Upoštevati je treba datume na prijavnici, ob tem datum odpusta ne more biti zgodnejši od datuma sprejema, datum smrti pa ne zgodnejši od datuma diagnoze.

Obdukcija

Obdukcijski zapisnik, priložen prijavnici, predstavlja dodatno informacijo o rakavi bolezni. Diplomirana medicinska sestra kodira opravljeno obdukcijo in samo anatomske mesto raka.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora pravila o spreminjanju diagnoze in anatomskega mesta raka ter opredelitve stadija bolezni na podlagi obdukcijskega zapisnika.

Komuniciranje z dajalci informacij

Če je prijavnica rakave bolezni izpolnjena pomanjkljivo ali pa manjka (obstaja prijavnica za nadaljevanje zdravljenja, ni pa podatkov o prvem zdravljenju), diplomirana medicinska sestra skuša manjkajoče podatke pridobiti pisno (v aplikaciji generira terjatev), pa tudi po telefonu. Prav tako odgovarja na vprašanja o izpolnjevanju prijavnice rakave bolezni. Če obstaja prva informacija o bolniku in njegovi bolezni iz zdravniškega poročila o vzroku smrti (ZPS), diplomirana medicinska sestra o ostalih podatkih poizveduje v ustanovi, kjer je bolnik umrl (v aplikaciji generira terjatev). Če je bolnik umrl doma, vzpostavi stik z njegovim izbranim osebnim zdravnikom (v aplikaciji generira terjatev). Če dobi odgovor, da bolnik ni imel maligne bolezni, ostane v podatkovni zbirki RRRS kot oseba z ZPS, ampak brez registrirane bolezni.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Znati mora izpolnjevati in kodirati prijavnice (navedeno zgoraj). Poznati mora etične in pravne vidike zbiranja podatkov ter varovanje podatkov pred zlorabo ali uničenjem, zgradbo in strukturo podatkovne zbirke, uporabo aplikacije prek vnosnih mask. Komunikacijske veščine in vztrajnost pripomoreta k uspešnosti pri pridobivanju podatkov.

Pridobivanje podatkov iz podatkovnih zbirk IVZ

Za zagotavljanje popolnosti podatkov se RRRS povezuje z IVZ, kjer iz Zbirke umrlih pridobi šifriran podatek o vzroku smrti. Pri osebah, kjer je vzrok smrti rakava bolezen, pa še niso prijavljene v RRRS oziroma imajo prijavljeno drugo bolezen kot je na zdravniškem poročilu o vzroku smrti (ZPS), diplomirana medicinska sestra osebno preveri in prepíše podatke iz originalnih ZPS v aplikacijo (vnosna maska ZPS na IVZ).

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Znati mora izpolnjevati in kodirati prijavnice (navedeno zgoraj). Poznati mora etične in pravne vidike zbiranja podatkov ter varovanje podatkov pred zlorabo ali uničenjem, zgradbo in strukturo podatkovne zbirke, uporabo aplikacije prek vnosnih mask. Komunikacijske veščine in vztrajnost pripomoreta k uspešnosti pri pridobivanju podatkov.

Registriranje bolezni iz zdravniškega poročila o vzroku smrti

Kadar je edini vir podatkov ZPS, diplomirana medicinska sestra registrira rakavo bolezen po posebnem postopku v vnosni maski ZPS na IVZ.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Znati mora izpolnjevati in kodirati prijavnice (navedeno zgoraj). Poznati mora etične in pravne vidike zbiranja podatkov ter varovanje podatkov pred zlorabo ali uničenjem, zgradbo in strukturo podatkovne zbirke, uporabo aplikacije prek vnosnih mask.

Registriranje bolezni iz patohistoloških izvidov presejalnega programa ZORA

V okviru enote Epidemiologija in RRRS deluje tudi presejalni program in register ZORA. Z njim se RRRS povezuje za zagotavljanje popolnosti registracije raka materničnega vratu in CIN 3 ter in situ karcinoma materničnega vratu. Po uvozu patohistoloških izvidov v podatkovno zbirko se oblikujejo štiri sezname žensk: tiste, ki še niso v RRRS, kjer je diagnoza drugačna kot v ZORI, kjer je datum diagnoze odstopa za več kot eno leto od datuma odvzema v ZORI in kjer je datum diagnoze odstopa za manj kot eno leto.

Vnosna maska Neobdelano ZORA omogoča registriranje bolezni s prijavnico ob ZORA izvidu in generiranje terjatve za zdravljenje v ustrezno bolnico.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Znati mora izpolnjevati in kodirati prijavnice (navedeno zgoraj). Poznati mora etične in pravne vidike zbiranja podatkov ter varovanje podatkov pred zlorabo ali uničenjem, zgradbo in strukturo podatkovne zbirke, uporabo aplikacije prek vnosnih mask.

Priprava izbranih podatkov za uporabnike

Podatke iz zbirke RRRS posredujejo uporabnikom le odgovorni uslužbenci. Diplomirana medicinska sestra po navodilih pripravi dokumentacijo in poišče podatke.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Poznati mora navodila za odgovarjanje na uporabniške zahteve v RRRS, navodila za posredovanje podatkov iz zbirke osebnih podatkov RRRS, organiziranost arhiva RRRS, varovanje podatkov pred zlorabo ali uničenjem.

Sodelovanje pri pripravi podatkov za letno poročilo in vključevanje v mednarodne podatkovne zbirke

Zbiranje podatkov ima namen le, če se podatki obdelujejo in objavljajo. Enkrat letno RRRS izda poročilo Rak v Sloveniji (10), podatki o raku v Sloveniji so na voljo tudi na spletišču SLORA (<http://www.slora.si/>) (11). RRRS vsako leto poroča tudi podatke v številne mednarodne podatkovne zbirke. Izpisi za letna poročila in mednarodno poročanje so v obliki standardnih tabel, iz katerih se vidi tudi kakovost opravljenega dela diplomiranih medicinskih sester. Tabele je treba preveriti vsebinsko in med sabo, da so usklajene.

Specialna znanja diplomirane medicinske sestre:

Pri tem delu so potrebna že omenjena znanja pri kodiranju prijavnice in poznavanje statističnih metod (incidenca, umrljivost, grobe in starostno specifične stopnje, starostno standardizirane stopnje, kumulativne stopnje in kumulativno tveganje, prevalenca, relativno preživetje).

Zaključek

Ustrezna usposobljenost diplomiranih medicinskih sester v RRRS je ključnega pomena za kakovost zbranih podatkov.

Ker prijavljanje ni vedno sprotno, RRRS dobi prijavnice tudi za leta, za katera so podatki že objavljeni. V teh primerih je treba paziti, da so podatki kodirani po takrat veljavnih šifrskih in klasifikacijah.

Zaradi stalno novih spoznanj pri odkrivanju in zdravljenju rakave bolezni in napredka v informacijski tehnologiji je nujno dodatno izobraževanje diplomiranih medicinskih sester, tako s področja onkologije kot tudi informatike.

Literatura

1. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Ur. l. 65/2000: 8093.
2. Pravilnik o nacionalnem registru specialnih znanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ur. l. 40/2010: 5726.
3. Škrlec F. Priročnik za delo v RRRS. Ljubljana: RRRS, 2000.
4. Zadnik V, Žagar T, Škrlec F. Opis delovnih procesov nove baze RRRS. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka RS, 2011.
5. Tršinar I. Centralni register prebivalstva: oris razvoja, komentar zakona in prevod v angleški jezik. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 1999.
6. Inštitut za varovanje zdravja RS. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. 10. revizija. 1. knjiga. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS. 1995.
7. World Health Organisation. International classification of diseases for Oncology. Geneva: World Health Organisation, 2000.
8. Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojani P, Žgajnar J, ur. Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Prva izdaja. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2009.
9. Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C, ur. TNM Classification of malignant Tumours. Seventh edition. Oxford: UICC, 2010.
10. Rak v Sloveniji 2010. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka RS, 2013.
11. Zadnik V, Primic Zakelj M. SLORA www.slora.si <1.12.2013>.

Vpetost zdravja žensk v kolesje medikalizacije

The Placement of Women's Health in the Wheels of Medicalization

Mirko Prosen

Povzetek

V preteklosti sta instituciji religija in pravo vršili družbeno kontrolo nad tem, kar je bilo spoznano kot odklon od sprejetih družbenih norm. Danes to vlogo prevzema medicina. Medikalizacija je opisana kot proces, s katerim nemedicinski problemi postanejo opredeljeni in zdravljeni kot medicinski problemi. Gre za obliko družbenega proces, kateremu je podvrženo vse več fizioloških pojavov, veliko bolj pri ženskah kot pri moških. Razloge za to lahko iščemo v njihovem družbenem položaju ter videnju ženskega telesa. V proces medikalizacije so tako vpeta stanja, kot so menopavza, nosečnost in porod, predmenstrualni sindrom, motnje hranjenja, spolnost, anksioznost in depresija ter mnoga druga, v večjem ali manjšem obsegu. Medikalizacija ima z vidika varovanja zdravja žensk tudi prednosti, ki pa so skozi družbene diskurze običajno potisnjene v ozadje. Poznavanje medikalizacije, njenega poteka, značilnosti in zgodovinskega ozadja je pomembno tudi za zdravstveno in babiško nego in posledično promocijo zdravja, saj pomembno prispeva k oblikovanju zdravja kot moralne kategorije.

Ključne besede: menopavza, motnje hranjenja, nosečnost, porod, spolnost, neenakosti v zdravju

Abstract

In the past traditional institutions, such as religion and law, claimed social control over what was perceived as a deviation from accepted social norms. Nowadays this role has been taken over by medicine. Medicalization is defined as a process by which non-medical problems become defined and treated as medical problems. It is a form of social process to which an increasing number of physiological phenomena are subjected to, much more among women than men. The reasons for this can be found in women's social status and the perception of the female body by the society. Numerous natural conditions such as: menopau-

se, pregnancy, childbirth, premenstrual syndrome, eating disorders, sexuality, anxiety or depression are embedded in medicalization to a greater or lesser extent. Medicalization has also some positive implications, usually relegated through social discourses. Knowledge regarding medicalization, its course, characteristics, and historical background is also important for nursing and midwifery and consequently for health promotion. The latter has a significant impact on the development of health as a moral category within the society.

Key words: menopause, eating disorders, pregnancy, childbirth, sexuality, health inequalities

Uvod

Zdravje žensk se dandanes sooča s številnimi izzivi. Med temi so predvsem tisti, ki izhajajo iz različnih družbenih sfer. Družba še vedno doživlja ženske in njihovo telo, zlasti na račun njihove reproduktivne sposobnosti, kot šibkejši spol v primerjavi z moškimi. Zaradi tega in njihove družbene vloge, predstavljajo odlično izhodišče za proces medikalizacije ali širjenje jurisdikcije medicine. Čeprav številni avtorji priznavajo, da danes medicina ni več gonilo medikalizacije, temveč vse bolj biotehnologija (famacjevtska industrija in genetika), potrošniki in zdravstveni servisi, še vedno ohranja določene vidike dominantnosti in suverenosti (1). Medikalizacija zdravja žensk je postala realnost sodobne družbe. Postala je del problema in ne del rešitve. Ženske so s tem, ko so se želele osvoboditi bremen naravnih, bioloških procesov, sočasno pustile biomedicini odprta vrata za vstop v njihova življenja (2).

Namen prispevka je prikazati osnovne elemente diskurza o medikalizaciji zdravja žensk. Natančneje, izpostaviti vlogo medicine in nekaterih drugih dominantnih institucij pri konstruiranju »bolezni žensk«.

Medikalizacija kot družbeni konstrukt

Osnovna teza družbeno konstruktivistične teorije zdravja in boleznih vidi oba pojema kot sociokulturna proizvoda. Iz tega razloga je pomembno analizirati naravo družbenih in kulturnih reprezentacij in simbolnih pomenov, ki ju obdajajo (3). S proučevanjem družbene konstrukcije boleznih in zdravja ugotavljamo, kako družbene sile oblikujejo naše razumevanje in naša dejanja v vezi z zdravjem, boleznijo in zdravljenjem. Proučujemo učinek družbenega razreda, rase, spola, jezika, kulture, politike in ekonomije, institucionalnih in profesionalnih struktur ter norm, ki oblikujejo bazo znanja, ki ustvarja naše predpostavke o prevalenci, incidenci, zdravljenju in pomenu boleznih (4). Conrad in Schneider (5) pravita, da boleznih predstavljajo družbene in negativne sodbe ljudi o zdravstvenih stanjih, ki obstajajo v naravnem svetu. V osnovi so to družbene konstrukcije – produkti naših lastnih kreacij. V sociološki literaturi se medikalizacijo pogosto problematizira z vidika statusa medicine in medicinskih strokovnjakov ter njihovo družbeno močjo (6). Pomemben argument za kritično stališče do njihove velike družbene moči je dal razvoj biomedicine. Biomedicinsko znanje predstavlja opisni jezik za konstrukcijo bolezenskih pojavov. Zdravnik ponotranji ta opisni jezik in ga nato uporablja v klinični praksi. Zaradi privilegiranega družbenega položaja medicine postaja biomedicinsko znanje tisto, ki definira in konstituira pravo naravo zdravja in boleznih v sodobnih družbah (3).

Zanimanje sociologov za raziskovanje fenomena medikalizacije, ki velja za enega najbolj pomembnih in uspešnih konceptov sociologije medicine ostaja veliko, čeprav ni natančne opredelitve, kaj medikalizacija pravzaprav pomeni. Njihova prizadevanja po razu-

mevanju tega pojava so od leta 1960 ustvarila številne različne konceptualne okvire, ki niso ostali vezani le na znanstveno raven, ampak tudi pomembno zaznamovali družbeno življenje z organiziranimi družbenimi gibanji (7). Skupna vsem dosedanjim diskurzom o medikalizaciji sta dejstva, da slednja pomeni ekspanzijo pristojnosti medicine in predstavlja mehanizem družbene kontrole (8).

Termin »medikalizacija« so intenzivno začeli uporabljati v začetku 70-ih letih prejšnjega stoletja, ko je ameriški sociolog Irving K. Zola želel opozoriti na vpliv medicine kot institucije družbene kontrole in s tem na njen povečan vpliv v posameznikovem vsakdanjem življenju. Zola je trdil, da medikalizacija odriva, če ne celo izključuje, bolj tradicionalne institucije kot sta religija in pravo. Dobiva značaj resnice, kjer absolutne in pogosto končne sodbe sprejemajo domnevno moralno neoporečni, nevtralni in objektivni eksperti. Te sodbe ne temeljijo na legitimnih zaključkih, temveč so sprejete v imenu zdravja. To se dogaja na način, da se medikalizacija potiska v vsakdanje življenje posameznikov/ic, natančneje medicina in etiketi »zdravje« ter »bolezen« pridobivajo vse večji družbeni pomen. Na ta način institucija medicine pridobiva na družbeni moči in posledično nadzira družbeno dogajanje (9).

Čeprav so od takrat minila že štiri desetletja, koncept medikalizacije še vedno buri duhove. Medikalizacija ima po Whitu (10) več posledic, saj je vse večjemu medicinskemu nadzoru izpostavljeno veliko področij, mejo med zaželenim in neželenim oziroma normalnim in patološkim naj bi tako zarisovali strokovnjaki, na podlagi navidez družbeno in kulturno nevtralnih kriterijev, kot so biološki/fiziološki kriteriji. S tem se navidez objektivizira merila in kriterije za razvrščanje ter hkrati zmanjšuje povezanost opredelitev z družbenimi vzroki. Medikalizacija se je prvotno, tako pravi Davis (11), nanašala na specifični družbeni proces, in sicer na ekspanzijo pristojnosti medicine kot profesije. Danes pa se raba termina medikalizacija nanaša na vsako opredelitev ali opis problema z medicinsko terminologijo ali njegovo zdravljenje z medicinskimi intervencijami. Peter Conrad (12), eden pomembnejših avtorjev, ki opisujejo medikalizacijo, pravi, da gre za proces, s katerim nemedicinski problemi postanejo opredeljeni in zdravljeni kot medicinski problem, običajno v kontekstu motenj oz. bolezni. Gre za sociokulturni proces, za katerega ni nujno, da vključuje medicinsko profesijo in vodi v družbeno kontrolo ali zdravljenje oziroma je rezultat namenske ekspanzije medicine. Po njegovem mnenju se medikalizacija zgodi na več stopnjah: konceptualno, z uporabo medicinske terminologije, s pomočjo katere opišemo problem; institucionalno, z uporabo legitimnega medicinskega pristopa pri iskanju problema; ali pa v interakciji pacient-zdravnik, kjer zdravnik opredeli problem kot medicinski in prične z zdravljenjem.

Medikalizacija je podaljšanje konceptualne in normativne domene medicine v probleme, stanja ali procese ter njihovo vključevanje v medicinsko obravnavo oz. njihovo zdravljenje. Jurisdikcija medicine je v tem pogledu ključna. Z medikalizacijo so problemi, stanja ali procesi, že vključeni v obstoječe konceptualne modele npr. »nenormalno« ali »normalno« ali »naravno«, opisno preoblikovani v motnje, bolezni, pomanjkljivosti ali v cilje za medicinske intervencije (7). Pojem normalnega in patološkega se je konec 19. stoletja razširil s področja medicine na skoraj vsa področja življenja in znanja. Ljudje, njihovo vedenje, dejstva, odnosi, vse to je bilo lahko normalno ali patološko (3).

Zdrave posameznike, ki so vpeti v proces medikalizacije, lahko poiščemo v okviru preventivne medicine ali promocije zdravja. V tem primeru se proces medikalizacije ne ozira toliko na individualne ali družbene »probleme« kot na dejstvo, da ljudje gledamo tudi normalne situacije ali aktivnosti skozi medicinsko perspektivo. Laeyendecker, kot ga navaja Verweij (13), poudarja tri razloge, zakaj postaja družba s pomočjo promocije in preventive zdravega življenjskega stila bolj medikalizirana:

- Ljudje bolj kot kadarkoli živijo v skladu z navodili, ki jih promovira medicina;
- Poudarja se pomembnost zgodnjega odkrivanja bolezni;
- Določene kategorije ljudi so veliko dlje pod nadzorom medicine, kot je bilo to v preteklosti.

Zdravje je postalo v sodobnem času cilj sam po sebi in ne sredstvo, nujno potrebno za doseganje drugih življenjskih ciljev. Hkrati je zdravje znak discipliniranja in samonadzora nad telesom in življenjskimi navadami posameznika. Na ta način »biti zdrav« pomeni prenos odgovornosti na posameznika, ki je tudi sam kriv za pojav »bolezni«. Problem ideologije, ki močno poudarja posameznikovo individualno odgovornost za zdravje je v sočasnem zmanjševanju odgovornosti cele vrste družbenih akterjev. Ob tem to odlično ustreza dejanskim mejam uspešnosti in učinkovitosti medicine (1). Kar je ideološko nekoč predstavljala religija, danes to nadomešča zdravje, ki postaja moralna kategorija (3). Verweij (13) pojasnjuje, da preventivna medicina in promocija zdravja prispevata k eroziji zaupanja v lastno zdravje, saj stimulirata zdravje ljudi k razmišljanju o dejavniki tveganja za neko bolezen, ki je lahko prežeto z določeno mero zaskrbljenosti. Na ta način postane to tudi moralni problem, ne toliko z vidika uporabljene preventivne intervencije kot prakse delovanja preventivne medicine kot celote. Ule (3) pravi, da na mesto pretežno medicinske kontrole nad zdravjem in boleznijo vstopa danes množica dejavnikov: poleg medicine predvsem medijska konstrukcija zdravja, industrija, moda ipd. Medijska promocija zdravja (op. ali tudi katerakoli druga vrsta promocije zdravja) je okrepila pomen ukvarjanja z zdravjem in skrb posameznika za samega sebe in manj s stvarmi zunaj sebe. Ukvarjanje z zdravjem je torej pridobilo osebni in socialni pomen.

Medikalizacija zdravja žensk

Ženska telesa so bila skozi zgodovino medicine upodobljena in obravnavana kot grožnja moralnemu redu in družbeni stabilnosti. Stoletja so bile ženske tradicionalno v medicinskem diskurzu opredeljene kot »bolna«, nepopolna verzija moškega. Tovrstna ideologija se je izražala v diskurzih in slikah medicinskih knjig ter bila na ta način implementirana v klinično prakso. Čeprav se je medikalizacija v začetku dotaknila najprej psihiatričnih bolnikov, je na področju zdravja žensk histerija prvi očitni primer medikalizacije. Pojav »histerije« sovпада s časom viktorjanstva v 19. stoletju in velja za prvo medicinsko opredeljeno in dokumentirano bolezen vpeto v družbene, politične in zgodovinske okvire tedanjega časa. Bila je tipična bolezen žensk srednjega in zgornjega srednjega družbenega razreda. Sama beseda histerija izhaja iz grške besede hystero, kar pomeni maternica. Simptomi so vključevali nebrzdane napade, omedlevico, izgubo glasu, apetita, kašljanje ali kihanje, histerično kričanje, smejanje in jok (14). Tendenco za histerijo so pogosteje odkrili pri samskih ženskah, vdovah in ločenih ženskah, zato so v medicinskih diskurzih zaključili, da stanje histerije povzroča neuspeh žensk pri iskanju zadovoljujočih spolnih odnosov ter posledič-

no onemogočeno rojevanje otrok (15). Po navedbah Lupton (14), avtor Bassuk opisuje, da je bilo najpogostejše »zdravilo«, ki so ga predpisovali ženskam, počitek v trajanju 6 tednov do 2 mesecev, brez dovoljenih stikov z zunanjim okoljem ter z zelo pogostimi obroki hrane. Medicinske sestre so pogosto izvajale izpiranje vagine in aplicirale klistirje. Nekaterim je bilo prepovedano sedenje, pisanje ali šivanje do 5 tednov. Ženske so bile v tem času tudi izpostavljene t. i. moralni re-educaciji, ki so jo izvajali zdravniki.

Številne študije o medikalizaciji so dokazale, da so težave žensk v primerjavi z moškimi disproporcionalno medikalizirane. To se manifestira v študijah o reprodukciji in nadzoru rojstev, porodu, neplodnosti, predmenstrualnem sindromu, fetalnem alkoholnem sindromu, motnjah hranjenja, spolnosti, menopavzi, kozmetičnih operacijah, anksioznosti, depresiji (7, 10, 16) in motnjah spanja (17). Po mnenju Conrada je eden izmed razlogov, zakaj so ženske bolj dovzetne za medikalizacijo, v tradicionalni definiciji zdravega telesa. V patriarhalni medicini so ženska telesa, nasprotno kot moška, opredeljena kot inferiorna, bolj bolna in dovzetna za biološke motnje kot moška, predvsem na račun reproduktivne sposobnosti (10). Riessman (2) ugotavlja, da ženske sodelujejo v procesu medikalizacije zaradi lastnih potreb in motivov, ki izhajajo iz narave njihove družbene podrejenosti. Poleg tega, druge družbene skupine prispevajo ekonomske koristi, na katere se pozitivno odziva tako medicina kot ženske. Na ta način se razvije konsenz, da določeno težavo ali problem razumemo skozi medicinsko terminologijo. Vstop žensk oziroma njihovega zdravja pod kontrolo medicine je povečini prostovoljen. Oris tega lahko prikažemo na primeru poroda. Glavni razlog žensk za vstop medikalizacije v ta prostor je bila želja po lažšanju porodne bolečine in varnem porodu (18). Seveda se je s tem izkušnja poroda bistveno spremenila, iz osebne v medicinsko in tehnično kot to imenuje Oakley (19). Čeprav so dejstva, ki jih je leta 1983 predložila Riessman lahko resnična, pa Conrad (16) poudarja, da se medikalizacija v smislu proporcionalnosti izenačuje, predvsem na račun medikalizacije moškega telesa v starosti (npr. vstop Viagre na trg leta 1998).

Zakaj se je medikalizacija v večji meri dotaknila žensk kot moških, je vprašanje, ki si ga postavlja tudi Riessmanova (2). Ugotavlja, da je k temu veliko prispevalo (1) ujemanje med biologijo žensk in biomedicinsko orientacijo medicine. Pri ženskah so zunanji markerji (menstruacija, rojevanje, laktacija in podobno), kot jih sama imenuje, v primerjavi z moškimi vidni in kot taki podvrženi večjemu vplivu medicine. Poleg tega sta k povečani medikalizaciji žensk prispevala (2) njihova družbena vloga in (3) večja izpostavljenost medicinskemu etiketiranju, zaradi njihovega vzorca obravnave lastnih simptomov kot tudi odgovora medicine na to. Riessmanova razlaga, da ženske zaradi svoje materinske vloge pridejo pogosteje v stik z medicino. Ženske tudi pogosteje obiskujejo zdravnike, pri čemer so ti obiski v primerjavi z moškimi obiski obširnejši, vključujejo več preiskav in vprašanj ter pregledov v zvezi z reproduktivnim zdravjem. Kot zadnje velja omeniti tudi (4) podrejen položaj žensk v družbi, kar je povzročilo, da so ženske posebej ranljiva skupina znotraj ekspanzije medicine.

V kontekstu zgoraj omenjenih dejstev je zanimivo soočiti dve vrsti statističnih podatkov: po eni strani ženske glede na diagnostiko bolj obolevajo, po drugi pa imajo paradoksalno daljšo pričakovano življenjsko dobo. Prisotnost bolezni je manj stigmatizirajoča za žensko, ki jo družba doživlja kot »šibkejši spol«, zato so ženske bolj pripravljene poročati o bolezni. Od moških se namreč pričakuje »stoično« prenašanje bolezni (10, 20). To se

kaže tudi v proučevanju stresa med spoloma. White (10) ugotavlja, da se moški in ženske na stres odzivajo različno, pri čemer moški potiskajo jezo in stres vase, medtem ko jo ženske izražajo. Zato tudi obstaja vse večja verjetnost, da bodo ženske obiskale zdravnika pogosteje kot moški. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (21) je leta 2011 zdravstvene ustanove na primarni ravni zdravstvenega varstva obiskalo zaradi duševnih ali vedenjskih motenj 59048 žensk in 35971 moških. Leta poprej, od 2006 dalje je bilo razmerje med spoloma povečini enako kot leta 2011, čeprav se število primerov pri obeh povečuje. »Klinična slika« večje ženske obolevnosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj, ki jo izriše medicinska diagnostika in predpisovanje zdravil, se spremeni, če upoštevamo primere alkoholizma in zlorabe drog. V tem primeru ni bistvenih razlik – ženski psihološki stres se skladno z družbenimi normami »normalnega odziva« pretvori v predpisovanje zdravil, moški pa v alkoholizem (10, 20).

Ko govorimo o zdravju žensk in vpetosti le-tega v proces medikalizacije, so nosečnost, porod in materinstvo med najbolj izpostavljenimi. Drglin (6) ugotavlja, da je značilnost sodobnega materinstva vpetost v različne diskurze in prakse, med njimi pa so prav medicinski, še posebej določujoči. Specifične podobe materinstva so bolj zaželeni kot druge in služijo kot močan regulatorni ideal, vplivajo na življenje vseh žensk, ne samo tistih, ki so matere. Z zanositvijo se ženska sooča z bolj ali manj neposrednimi sporočili, ki jih dobiva skozi zdravstveno oskrbo in v katerih so izražene normativne ideje in pričakovanja glede ustreznega materinstva. Po mnenju Drglinove je medikalizacija očitna v pojavu, ko se velika večina sodobnih nosečnic niti ne vpraša o mestu poroda, ker je samoumevno, da bo šla v porodnišnico. Še več, pravi, da prihaja do paradoksa v točki, ko se nosečnice pritožujejo nad manjšim številom ultrazvočnih pregledov, saj slednji predstavlja gesto o dobri skrbi zanje in za otroka, čeprav obstajajo resni pomisleki o prekomerni rabi ultrazvoka. Opisani razkorak med kritiko medikalizacije poroda in izkušnjami žensk lahko zmanjšamo na način, da pozornost usmerimo v družbeni kontekst rojevanja in v okoliščine, v katerih poteka porod. Očitno je, da materialni in družbeni pogoji vplivajo na materinstvo ter oblikujejo pristop žensk in njihove izkušnje do rojevanja (22).

V okviru diskurza o medikalizaciji zdravja žensk so pogosto izpostavljeni tudi presejalni programi vezani na odkrivanje raka dojk in materničnega vratu. Tako naj bi razni preventivni programi pogosteje posegali v zasebno in celo intimno življenje ženske in jo pod plaščem skrbi za njeno zdravje pogosteje izpostavljali zahtevam po preventivnih pregledih. Ekspanzijo preventivnih programov pa naj bi bilo mogoče interpretirati kot enega od mehanizmov za samopromocijo medicinskih profesionalcev (10, 23). Tovrstne diskurze je mogoče opaziti znotraj nekaterih smeri feminizma, vendar kritiki opozarjajo na nevarnost absolutiziranja teh tez. Vse namreč ni plod konstrukcije, zarote določenih družbenih skupin (23).

Diskusija in zaključki

Nedvomno je proces širitve medicinske jurisdikcije na področja družabnega in intimnega življenja hiter, a predvidljiv. V tem procesu so zaradi družbenega položaja in svoje tradicionalne vloge, v še vedno ali vsaj navidez prikriti patriarhalni družbi, ženske v nezavidljivem položaju. Čeprav so diskurzi o medikalizaciji, prav na račun omejene pravice odločanja o lastnem telesu, pogosto negativistični, prinaša medikalizacija v vsakdanje življenje ljudi tudi

izboljšave. Lahko celo trdimo, da rešuje življenje. Priznati je namreč potrebno, da so nekatere neinvazivne in invazivne tehnološke inovacije, z razumno uporabo, bistveno prispevale k zmanjšanju smrtnosti mater in otrok v 20. stoletju. Z mislijo na razvoj inkubatorja in povečevanjem števila prezgodaj rojenih otrok ali otrok z nizko porodno težo, parov, ki lahko zanosijo s pomočjo umetne oploditve in podobno, lahko trdimo, da je vloga medikalizacije pomembno prispevala k boljšim izidom nosečnosti in poroda ali sploh omogočila doživeti to izkušnjo in eksistenco. Ob tem je vprašanje nadzora nad telesom ženske velikokrat postavljeno na stranski tir, največkrat s strani žensk samih.

Riessman (2) je prepričana, da je potrebno iskati alternative prevladujočemu maskuliniziranemu biomedicinskemu pogledu in umestiti zdravstvene težave žensk v širši kontekst njihovega življenja. Proces demedikalizacije se postopoma, vendar vztrajno odvija na nekaterih področjih zdravja žensk. V zadnjem desetletju tudi v Sloveniji, predvsem na področju nosečnosti in rojevanja. Ženske iščejo alternative, kjer je v ospredju njihova avtonomija nad lastnim telesom. Proces demedikalizacije potrebuje dvom v resnice, ki jih postavlja medicina. A tudi dvom potrebuje znanstvene dokaze. Sprejemanje nepremišljenih odločitev je lahko usodno.

Demedikalizacija potrebuje tudi spremembo družbene miselnosti o biologiji človeka in družbenih okoliščinah, ki ga obdajajo. Posameznica bo le s težavo dosegla vidnejše premike. S pomočjo družbenega aktivizma so cilji lažji, a se postavlja vprašanje, ali je današnja družba sposobna tovrstne množične organizacije. Seveda ob upoštevanju, da so nekatere tradicionalne institucije še vedno močno zakoreninjene v družbi ter ustvarjajo norme in pravila, ki jim brezpogojno sledimo.

Literatura

1. Kamin T. Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2006: 37–57.
2. Riessman CK. Women and medicalization: A new perspective. *Social Policy*. 1983; 14 (1): 3–18.
3. Ule M. Spregledana razmerja: O družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003: 13–73.
4. Brown P. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 35(Extra Issue): 34–52.
5. Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press; 1992: 261–76.
6. Drglin Z. Vse najboljše za rojstni dan! Ranljivost in moč žensk v sodobnih porodnih praksah. In: Drglin Z, editor. *Rojstna mašinerija: Sodobne oporodne vednosti in prakse na slovenskem*. Koper: Založba Annales; 2007: 105–56.
7. Davis JE. Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering. In: Cockerham WC, editor. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden: Wiley–Blackwell; 2010: 211–41.
8. Brubaker SJ, Dillaway HE. Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociology Compass*. 2009; 3 (1): 31–48.
9. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*. 1972; 20 (4): 487–504.

10. White K. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage; 2002: 40–52, 132–47.
11. Davis J. How medicalization lost its way. *Society*. 2006; 43 (6): 51–6.
12. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*. 1992; 18 (1): 209–32.
13. Verweij M. Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine. *Bioethics*. 1999; 13 (2): 89–113.
14. Lupton D. *Medicine as Culture : Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage; 2003: 142–72.
15. Turner BS. *Medical Power and Social Knowledge*. 2nd ed. London: Sage; 1995: 84–109.
16. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007: 8–9, 24–5.
17. Hislop J, Arber S. Understanding women's sleep management: beyond medicalization—healthicization? *Sociology of Health & Illness*. 2003; 25 (7): 815–37.
18. Barry A–M, Yuill C. *Understanding Health: A Sociological Introduction*. London: Sage; 2002: 26–53.
19. Oakley A. A case of maternity: Paradigms of women as maternity cases. *Signs*. 1979; 4 (4): 607–31.
20. Malnar B. Sociološki vidiki zdravja. In: Toš N, Malnar B, editors. *Družbeni vidiki zdravja: Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV – CJMMK; 2002: 3–32.
21. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. ZUBSTAT (primarna raven), vrtilne tabele – vzroki za obiske (MKB poglavja) 2006–2011. http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&_5_id=65&_5_PageIndex=0&_5_groupId=185&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=46-5.0 <30.10.2013>.
22. Fox B, Worts D. Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender & Society*. 1999; 13 (3): 326–46.
23. Bezenšek J, Barle A. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta; 2007: 117–8.

Pomen preventivnih obiskov babice v času nosečnosti

The Importance of Midwifery Visits During the Pregnancy

Nataša Kumer, Teja Škodič Zakšek, Ana Polona Mivšek, Metka Skubic

Povzetek

Slovenska zakonodaja omogoča, da se lahko nosečnice poslužijo obiska babice na domu, obstaja pa verjetnost, da so premalo informirane o tem in obiskov ne izkoristijo. V tujini so ugotovili, da babiški preventivni obiski pripomorejo k bolj kvalitetnemu, zdravemu načinu življenja nosečnice in posledično bolj zdravemu materinstvu. Namen tega članka je poudariti pomen preventivnih obiskov babice na domu v času nosečnosti in podati priporočila za njihovo aplikacijo v slovensko zdravstveno varstvo.

Ključne besede: preventiva, obisk doma, nosečnica.

Abstract

Slovenian legislation allows midwifery home visits for pregnant women but there is a likelihood that pregnant women have little informations about this possibility and do not take the opportunity. Foreign studies determined that preventive visits of midwife help pregnant women to decide for more healthy lifestyle during the pregnancy and consequently more healthy maternity. Purpose of this article is to emphasize the importance of preventive visits by midwife during pregnancy and their applicability for Slovenian health care system.

Key words: prevention, home visits, pregnant women

Uvod

Preventivni hišni obisk je eden izmed vrste obiskov medicinske sestre ali babice na domu pacienta. V uradnem listu (2) je ta obisk opredeljen že kot obisk v nosečnosti in ne le v zgodnjem poporodnem obdobju.

Trenutno se v Sloveniji izvaja le v organizaciji patronažne službe. Namen preventivnega obiska je predvsem zdravstveno vzgojno delo, iskanje rizičnih faktorjev, svetovanje; v tem primeru nosečnici in tudi njeni ožji oziroma razširjeni družini. Babica nosečnico se-

znani s spremembami v nosečnosti tako na fizični kot tudi na psihični ravni, izpostavi zdrav način življenja, zdrav prehranjevalni slog, pomen zadostnega gibanja v nosečnosti. Nosečnico seznanjajo z njenimi pravicami, kot so obiski ginekologa, katere preiskave ji pripadajo v času nosečnosti in kako je z njenimi pravicami na delovnem mestu. Babica nosečnici svetuje tudi o sami pripravi na porod, o bližajočih se znanilcih poroda, o pravočasnem odhodu v porodnišnico in nenazadnje tudi o postpartalnem obdobju. Svetuje tudi o dojenju, razloži pomen dojenja, kakšne prednosti ima dojenje tako za mamo kot za otroka. Če je le možno, vzpodbudi tudi partnerja k aktivnemu sodelovanju. (1) Namen tega članka je poudariti prednosti preventivnih obiskov babice na domu za nosečnice in njihove družine.

Zakonodaja v Sloveniji

Po veljavnih Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni je nosečnica upravičena do 1 preventivnega obiska v času nosečnosti. Obvezno zdravstveno zavarovanje narekuje, da je vsaka nosečnica upravičena do obiskov ginekologa v času nosečnosti in do preventivnih obiskov patronažne službe pri nosečnici (1 obisk), otročnici in novorojenčku (2 obiska) 6 patronažnih obiskov pa je namenjenih dojenčkom v prvem letu življenja (2).

Preventivni obisk pri nosečnici

Babica bi na preventivnem obisku pri nosečnici bila usmerjena predvsem na zdravstveno vzgojno delo, iskanje rizičnih faktorjev, iskanje odstopanj od normale pri sicer zdravi nosečnici. Toliko večji poudarek pa bi seveda bil pri nosečnicah s kakršnokoli spremljajočo diagnozo (diabetes, arterijska hipertenzija, epilepsija, multiplex sclerosis, depresija, anksioznost in druge).

Ob obisku bi babica pregledala obstoječo zdravstveno dokumentacijo, ki jo ima nosečnica pri sebi doma, vključno z natančnim pregledom materinske knjižice, v kateri najdemo vse pomembne podatke, ki nas zanimajo o sedanji nosečnosti (prvi dan zadnje menstruacije, predviden datum poroda, preiskave, ki so že bile narejene, pregledi pri ginekologu itd.) Pri osebni anamnezi bi se babica osredotočila na morebitne potrjene diagnoze, ki jih nosečnica ima in nadaljevala pogovor, podprt s strokovnimi nasveti v tej smeri. Zanimalo bi jo tudi, katere bolezni je nosečnica prebolela v času otroštva (otroške nalezljive bolezni) in morebitna ginekološka obolenja. Nezanemarljiv podatek je tudi ta, katera nosečnost po vrsti je to, če je nosečnica multipara, bi nas zanimal potek in izid predhodnih nosečnosti, če so bile kakršnekoli težave z zanositvijo ali v začetku nosečnosti. Zanimalo bi nas tudi, kako doživlja potekanje sedanje nosečnosti, ali ima kakšne težave, je zdrava, spolno aktivna itd. Babica bi opravila čim več intervencij, za katere je kompetentna v Republiki Sloveniji (3). Pri socialni anamnezi bi babica nosečnico izprašala o njeni zaposlitvi, življenjskemu slogu, standardu, kako je urejeno gospodinjstvo, ali ima stalnega partnerja, ali je zaposlena, kakšno delo opravlja, na kakšnem delovnem mestu. Zanimale bi nas tudi stanovanjske razmere, v katerih živi in v katerih bo bival tudi otrok.

Babica bi na patronažnem obisku pri nosečnici lahko izmerila krvni tlak, temperaturo, lahko bi naredila osnovno urinsko analizo, s katero med drugim iščemo tudi prisotnost beljakovin v urinu. Opazovala bi telo nosečnice, morebitne edeme. Lahko bi tudi poslušala plodove srčne utripe s Pinardovo slušalko ali pa z minifetonom, izmerila bi tudi razdaljo

simfiza – fundus. Vse to bi potekalo v domačem okolju in bi bilo za nosečnico dosti manj naporno in moteče, kot v ambulanti.

Babica bi opazovala splošen izgled nosečnice, uspešnost komunikacije, pozorna bi bila na morebitne znake anksioznosti, depresije. S pogovorom bi poskušala dobiti čim več informacij o nosečnici, njenem doživljanju nosečnosti, kako sprejema in dojema vse spremembe, ki se dogajajo v tem času na njenem telesnem in duševnem nivoju. Babica bi na preventivnem obisku lahko podala ogromno strokovnih nasvetov v nosečnici razumljivih terminih, ki bi bili za nosečnico tudi uporabni v vsakdanjem življenju. Poudarek bi bil na pogovoru o zdravem načinu življenja, prehranjevanj, s poudarkom zakaj je tako zelo pomembno uživanje večjih količin neoporečne zelenjave in sadja, pomen uživanja folne kisline, vitaminov in mineralov. Babica bi lahko nudila informacije o ergonomskih načelih v nosečnosti, priporočeni telesni aktivnosti, odsvetovanim športom s poudarkom na pomenu gibanja, zakaj je pomembno, da nosečnica ohrani dobro fizično pripravljenost. Pozorni bi bili na morebitne razvade, ki jih ima nosečnica in ji na razumljiv način predstavili škodljivost teh razvad in z argumentacijo nasvetov, da jih opusti (kajenje, alkohol, prepovedane droge, gazirane pijače, hitra, nezdrava prehrana itd.). Ob tem bi se lahko pogovorili tudi o psihosocialnem počutju in pogovor ob tem navezali na pripravo na porod (akupunktura, dekompresija, pitje čaja iz malinovitih listov itd.), vključno z oblikovanjem njenih pričakovanj o porodni bolečini. Nosečnico bi seznanili tudi s pravico do obiska šole za starše, ki je brezplačna in je zaželeno, da jo nosečnica obišče skupaj s partnerjem kot del priprave na porod. Pomagali bi ji lahko izbrati primeren tečaj, ji svetovali primerno literaturo, jo ob tem podprli za pripravo porodnega načrta, ki bi ga prediskutirali z babico. Z nosečnico bi se pogovorili tudi o znanih poroda, saj so velikokrat zaskrbljene, če bodo prepoznale popadke in kako je, kadar pride do spontanega razpoka plodovih ovojev in odteče plodna voda. Nosečnici bi na razumljiv in enostaven način razložili, kako naj bi popadki izgledali, kdaj so pravi in kdaj lažni, kdaj naj bi se odpravila v porodnišnico in v katerih primerih je absolutno potrebno poklicati reševalno vozilo. Če bi le bilo možno, bi aktivno vključili tudi njenega partnerja. Z nosečnico bi se babica tudi pogovorila o poporodnem obdobju, kakšne spremembe jo čakajo v zgodnjem puerperalnem in poznem puerperalnem obdobju, kako bo rokovala z novorojenčkom in kaj mora imeti pripravljeno za prihod novorojenčka v domače okolje. Poudarek bi dali tudi na temo o dojenju, nosečnici bi razložili pomen dojenja, zakaj je tako pomembno dojenje, kakšne so prednosti dojenja za otroka, kakšne za mamo. Pogovorili bi se tudi o možnostih kontracepcije po porodu v primeru dojenja ali pa v primeru, kadar dojenje ne steče ali ni možno iz kakršnihkoli drugih razlogov (4, 5).

Obisk babice na domu v tujini

Marsikje po svetu je babica glavna izvajalka primarne zdravstvene oskrbe ženske v rodnem obdobju, nosečnice in otročnice (6). Ponekod je določen zdravnik za glavnega izvajalca (S. Amerika), ponekod pa sta določena oba – babica in zdravnik (Avstralija, Nova Zelandija, Nizozemska, Anglija). Ženske v rodnem obdobju se srečujejo z različnimi informacijami, ki se nanašajo na zdravstveno stanje ženske v reproduktivnem obdobju ali v obdobju nosečnosti in puerperija, s pomočjo babice pa jim je lažje izbirati opcije, ki so v danem trenutku najboljša izbira (7). Prednosti obiska babice na domu ki bi bili podlaga za kontinuirano skrb so številne. Rezultati iz tujine kažejo, da je bilo potrebnih manj intervencij med samo no-

sečnostjo, porodom, manj invazivnih tehničnih posegov, manj obiskov pri zdravniku, manj je bilo hospitalizacij, ženske so bile bolj pomirjene, saj so z obiskom babice na domu pridobile nova znanja, vedenja, informacije, ki so pomembne tekom nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Ženske so bile deležne individualnega pogovora, svetovanja, za katera je pri rutinskih pregledih žal pogosto premalo časa. Ti obiski v nosečnosti so dobrodošli tudi za obravnavo žensk z duševnimi stiskami v nosečnosti. Ženske so se po pogovoru z babico počutile bolj varne, samozavestne, zaupale so sebi in svojemu telesu. Avtorji so mnenja, da je pomembno, da se nosečnost in porod dojemata kot nekaj povsem normalnega, fiziološkega, ter da se vzpodbudi ženske, da izkoristijo svojo notranjo moč in znanje za porod, materinstvo (7). To so seveda rezultati raziskav iz tujine, kjer je na razpolago več babic in imajo več kompetenc, kot jih imamo babice v Sloveniji. Iz tuje literature (11) je tudi razvidno, da so preventivne babiške obiske razširili iz enega na več, individualno - kolikor jih je določena nosečnica potrebovala v danem trenutku. Več preventivnih obiskov pri nosečnici je bilo potrebno narediti tam, kjer je imela nosečnica za seboj slabo izkušnjo poroda, spontani splav, bolnega otroka. Nekatere nosečnice so seveda obiske odklonile, ker so čutile, da niso potrebovale individualnega razgovora z babico. To so bile predvsem primipare. Iz napisanega je razvidno, da ima babica na preventivnem hišnem obisku pomembno vlogo. S tem obiskom bi bili razbremenjeni tudi osebni ginekologi, znanje pridobljeno v šolah za bodoče starše bi lahko bilo individualno prilagojeno, nadgrajeno, tudi z učenjem praktičnih veščin.

Preventivni obiski babice v času nosečnosti v Sloveniji

Ginekološke ambulante ne pošiljajo obvestil in podatkov o nosečnicah patronažnim službam, saj naj bi bilo to sporno zaradi varstva osebnih podatkov. V določenih regijah naj ne bi opravljali preventivnih obiskov nosečnic ravno zaradi tega, ker ne dobijo podatkov o nosečnicah, zato je realizacija opravljenih obiskov izredno majhna, komaj 12 % (8). Da bi se v prihodnje število preventivnih obiskov v nosečnosti dvignilo, je dobro vedeti, da je posredovanje osebnih podatkov pacienta med izvajalci zdravstvenih storitev zaradi potreb zdravljenja dopustno na podlagi Zakona o pacientovih pravicah (8). Posebna privolitvev pacienta za takšno obdelavo njegovih osebnih podatkov ni potrebna, saj šteje, da je s privolitvijo v zdravljenje pacient privolil tudi v obdelavo njegovih osebnih podatkov za ta namen. Pojem zdravljenje pa je potrebno razlagati kot zdravstveno oskrbo, ki zajema vse vrste posegov, ki so namenjeni preprečevanju bolezni in krepitvi zdravja, diagnostiki, terapiji, rehabilitaciji in zdravstveni negi, ter vse druge postopke in storitve, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravijo pri obravnavi pacienta.

V okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je na podlagi Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (9) vsaka nosečnica upravičena do preventivnih pregledov pri ginekologu v času nosečnosti in do preventivnih obiskov patronažne službe pri nosečnici (1 obisk), otročnici in novorojenčku (2 obiska), 6 patronažnih obiskov pa je namenjenih dojenčku v prvem letu starosti (9). Gre za preventivne zdravstvene obiske, storitve, do katerih je zavarovanec upravičen, ni pa jih dolžan izkoristiti. Drugače rečeno, nihče ne more prisiliti nosečnice, da jo ginekolog pregleda in niti prisiliti, da pristane na patronažni obisk na domu v času nosečnosti. V kolikor se nosečnica odloči za pregled pri ginekologu in si želi obiska na domu, pa ji je seveda to potrebno omogočiti, kar pomeni da zavarovalnica to financira, izvajalec zdravstvenih storitev pa je ta obisk dolžan

omogočiti. Bistvo vsega tega je, da je nosečnica seznanjena s svojimi pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in da je ustrezno in pravočasno informirana o koristih preventivnega patronažnega obiska babice na domu. Najlažje bi bilo, da bi bile nosečnice o teh pravicah seznanjene že ob prvem obisku pri izbranem ginekologu. Mogoče se bodo s tem pristopom nosečnice bolj pogosto odločale za preventivni obisk babice na domu v času nosečnosti in tako dobile tudi priložnost spoznati se z babico, ki bo obiskala novorojenčka in otročnico tudi po porodu na domu. (9) Iz ginekološke ambulante bi na podlagi privolitve nosečnice patronažni službi posredovali podatke. V kolikor nosečnica ne bi želela izkoristiti pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v celoti (kar pomeni, da ne želi izkoristiti pravice do obiskov patronažne službe,) je treba njeno odločitev spoštovati, posredovanje osebnih podatkov (ki se nanašajo na nosečnost), patronažni službi pa v tem primeru ni upravičeno.

Razprava

V tujini so dognali, da je optimalno število opravljenih preventivnih obiskov pri nosečnici od 2–3, odvisno od samega poteka nosečnosti in predhodnih izkušenj nosečnice (14). V Sloveniji po zakonu (10) nosečnici trenutno pripada 1 preventivni obisk na domu s strani patronažne službe v času nosečnosti. Smiselno bi bilo razmisliti o tem, na kakšen način bi najbolj optimalno nudili in dejansko izvedli preventivni obisk v času nosečnosti. Glede na preobremenitev medicinskih sester, zaposlenih v patronažni službi bi bilo mogoče smiselno razmisliti o reorganizaciji ginekološko porodniške službe, da bi s to reorganizacijo pridobili možnost kontinuiranih obiskov pri nosečnici, porodnici in kasneje otročnici. Idealno bi bilo, da bi ena babica lahko skrbelo za žensko v času nosečnosti glede na njene potrebe, jo spremljala ob porodu in tudi kasneje v zgodnjem in poznem poporodnem obdobju. S tem bi lahko prihranili ogromno časa in tudi denarja tako ženski kot tudi zdravstvenemu osebju, saj je dokazano, da pri kontinuirani skrbi za ženske posegamo po manjšem številu različnih intervencij, manj je hospitalizacij, manj invazivnih posegov, manj obiskov pri zdravniku, manj bolniških staležev, manj indukcij in zapletov pri porodu, manj epiziotomij in kasneje manj težav v samem puerperalnem obdobju. Druga možnost je, da se razmisli o večjem obsegu zaposlitve babic v patronažnih službah po Sloveniji. S tem bi se razbremenila količina dela patronažne medicinske sestre, ki ima ogromno dela na področju kurative, ženske pa bi dobile možnost spoznati se z babico, ki bi eventualno lahko skrbelo za žensko in novorojenčka tudi kasneje v poporodnem obdobju. V kolikor bi se pokazala potreba po večjem številu obiskov, bi si na samem začetku lahko pomagali z delovnimi nalogi osebnih zdravnikov, v kolikor bi to postala stalnica, pa bi bilo smiselno razmisliti o spremembi obstoječega pravilnika o izvajanju preventivnih storitev, ki bi predpisoval dodaten obisk ali dva, glede na potrebe ženske oziroma nosečnice.

Zaključek

Iz vsega napisanega lahko razberemo, da ima babica pomembno vlogo pri preventivnem obisku v času nosečnosti. Dobro bi bilo narediti dolgoročni načrt, kako nosečnice obveščati in jih seznaniti s to pravico do preventivnega obiska v nosečnosti, ter da bi se tega obiska posluževale v čim večjem obsegu.

Literatura

1. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije 9/1992: 590–620.
2. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni Ur. l. RS. 19/98:1253–1270.
3. Železnik D. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2008: 1–93.
4. Skale C. Smernice za dojenje v: Felc Z, Skale C. (ur.) Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified lactacion Consultant): priročnik. Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije; 2010: 3–12.
5. Bratanič B. Biokemija ženskega mleka. V: FELC, Zlata (ur.). 60 urni tečaj v treh delih z naslovom Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv Mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant), Terme Dobrna, 9.–11. februar, 23.–25. marec in 6.–8. april 2006 : zbornik predavanj. Celje: Splošna bolnišnica, 2006, str. 9–20.
6. Ocvirk M. Komplikacije nosečnosti, poroda in patologija dojk. v: Felc Z, Skale C. (ur.) Tečaj laktacije za opravljanje izpita z nazivom mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified lactacion Consultant): priročnik. Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije; 2010: 15–26.
7. Zakšek T, Mivšek AP, Skubic M, Stanek Zidarič T. Zadovoljstvo babic z nudenjem kontinuirane babiške skrbi : rezultati pilotne študije = Satisfacion of midwives with providing midwifery care : results of a pilot study. V: SKELA–SAVIČ, Brigita (ur.), et al. *Evidence-based health care – opportunities for linking health care professions, patient needs and knowledge : proceedings of lectures with peer review = Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj : zbornik predavanj z recenzijo*. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2011, str. 397–410.
8. Zakon o pacientovih pravicah. Ur. l. RS. 15/2008: 1045–1056.
9. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur. l. RS. 31/2005: 2980.
10. Hildingsson I, Rådestad I, Waldenström U. Number of antenatal visits and women's opinion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84 (3): 248–54.

Kontinuirana babiška obravnava – prihodnost za zdravje žensk in njihovih družin

Continuity of Midwifery Care – The Future for Healthy Women and Their Families

Metka Skubic, Petra Petročnik, Ana Polona Mivšek, Anita Jug Došler,
Tita Stanek Zidarič, Teja Škodič Zakšek

Povzetek

Izhodišča: Kontinuirana babiška obravnava je temeljnega pomena za promocijo zdravja žensk in pomeni spremljanje ženske neprekinjeno v vseh življenjskih obdobjih. Kontinuiran stik med babico in žensko je izhodišče za zaupljiv odnos med njima, ki se intenzivneje oblikuje med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju. Prednosti omenjene obravnave za ženske so številne, babica pa ima pri tem ključno vlogo.

Metode: Raziskava izpostavi koncept kontinuirane babiške obravnave z vidika žensk, ki so sodelovale v projektu »Zdrave ženske – zdrave družine prihodnosti«, ki je bil izveden pod okriljem Mestne občine Ljubljana. Uporabljena je bila deskriptivna in kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja.

Rezultati: Prispevek predstavlja pregled in analizo teoretičnih vsebin z rezultati izvedene empirične raziskave med udeleženkami projekta. Raziskava v slovenskem prostoru pomeni prvo raziskavo, ki je bila sprva izvedena kot pilotna študija in nadgrajena z dodatnimi raziskavami. Rezultati kažejo, da so vse udeleženke (100%) projekt ocenile kot zelo dober in kar v (85%) izpostavile smiselnost in potrebo po možnosti individualne predporodne in poporodne obravnave (svetovanja).

Diskusija in zaključki: Tendenca razvoja babiške stroke v Sloveniji je, da bi sledila že uveljavljenim modelom v tujini in bi model kontinuirane babiške obravnave v prihodnje postal edini način dela z ženskami in njihovimi družinami tudi za slovenske babice. Pomemben je celosten interdisciplinarni pristop in vseživljenjsko izobraževanje, ki bo temeljilo na kakovostni zdravstveni obravnavi in dokazih, temelječih na raziskovalnih izsledkih in primerih dobrih praks. Za babico ostaja izziv, kako ženski zagotoviti največje možno fizično in psihično udobje z nudenjem kakovostne obravnave v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju.
Ključne besede: kontinuiteta, babica, zadovoljstvo žensk, zdravje, zaupanje

Abstract

Introduction: Continuity of midwifery care is vital for promoting women's health and has a meaning of continuous care for women in all periods of life. Continuous contact between a midwife and a woman is important for trustful relationship during pregnancy, birth and postpartum. There are numerous advantages of continuous midwifery care for women and midwife has a key role in this process.

Methods: The focus of conducted study was a continuous midwifery care of women and their families that took part in a project »Healthy women – healthy families in the future«. The project was performed under the patronage of Municipality Ljubljana. Descriptive and quantitative methods of empirical research were used in the study.

Results: In this article, a review and analysis of theoretical contents are presented, together with results of the empirical study. It should also be acknowledged that this is a first study in Slovenia, that was first of all conducted as a pilot study and later on upgraded with additional studies. The results show that 100% of participants evaluated the project as very good, and 85% of participants exposed the meaning and need for having a chance for individual antenatal and postpartum care.

Discussion and conclusions: There is a tendency for midwifery care in Slovenia to follow the already established models from abroad. Thereafter, the continuous midwifery care could become the only method of working with women and their families in Slovenia. Hence, we should acknowledge the importance of interdisciplinary approach and lifelong learning that should be evidence based. There is still a challenge for midwives to ensure the entire physical and psychological comfort for women. This could be achieved by the qualitative midwifery care during pregnancy, birth and postpartum.

Key words: continuity, midwife, women's satisfaction, health, trust

Uvod

Ženske se v rodnem obdobju srečujejo z načrtovanjem družine, predporodnim, obporodnim in poporodnim zdravstvenim varstvom, kjer ima ključno vlogo pri promociji zdrave babice (1). Kot avtonomna strokovnjakinja mora imeti ustrezno znanje ter prevzema odgovornost za opravljene aktivnosti (2). Thorpe in Anderson (3) navajata, da je individualna obravnava ženske bistvena za partnerski odnos in medsebojno spoštovanje med žensko in babico, medtem ko Lundgren in Berg (4) dodajata, da je ključni predpogoj za to ravno kontinuirana babiška obravnava [v nadaljevanju KBO] ženske. Stanek Zidarič et al. (5) opozarjajo, da je za nudenje KBO bistven sistem zdravstvenega varstva, ki mora biti organiziran tako, da uporabnicam omogoča KBO.

Pomen KBO so številne prednosti, tako za mater in otroka, kot tudi za babico. Že pred približno dvema desetletjema so posamezniki izpostavljali ugodne vplive KBO na izid nosečnosti in poroda (6,7). Po mnenju Gale et al. (8) KBO ženskam neposredno vzbuja občutek kontrole nad dogajanjem. Poleg tega Mivšek et al. (9) poudarjajo, da KBO žensko spreminja iz pasivnega objekta v aktivno udeleženko procesa obravnave. Australian College of Midwives [ACM] (10) navaja, da je KBO ena izmed pravic žensk.

Ženske imajo s pomočjo KBO tako fiziološke kot psihološke koristi (11), hkrati pa znižuje stroške oskrbe (12). Biró et al. (13) so v svoji raziskavi ugotovili, da KBO večja zadovoljstvo žensk z vidika emocionalne podpore in zagotavlja večjo informiranost. Po mne-

nju ACM (10) je KBO tudi učinkovita strategija primarnega varstva, ki zagotavlja ženskam vključevanje v sprejemanje odločitev. Ženske si v ranljivih obdobjih, kot so nosečnost, porod in poporodno obdobje, želijo ob sebi osebo, ki jo poznajo in ji zaupajo (14). Še bolj zanimiv pa je podatek, da KBO vpliva tudi na perinatalne izide. Hodnett (15) opisuje znižan odstotek urgentnih carskih rezov pri ženskah, ki so bile deležne KBO. Prav tako se ob KBO zmanjša potreba po analgetikih med porodom (15,16,17), zmanjša potreba po stimulaciji poroda (15), izvede manj izhodnih porodniških operacij (15) ter manj epiziotomij (16,17). KBO doprinese tudi k večjemu številu spontanih porodov in h krajšemu času rojevanja (11), hkrati pa je elektronsko spremljanje plodovih srčnih utripov manj pogosto (17). Trend raziskovanja v babištvu stremi k odkrivanju drugih prednosti KBO v perinatalnem obdobju. Nedavno sta bila namreč najavljena protokola dveh raziskav, kjer bodo avtorji ugotavljali pomen in vpliv KBO na vaginalni porod po carskem rezu in na omejevanje porasta telesne teže v nosečnosti, pri ženskah z visokim indeksom telesne mase (18,19).

Prednosti KBO za žensko in otroka se kažejo tudi v puerperiju, saj stalna podpora ženski ugodno vpliva na trajanje dojenja ter nudenje potrditve in vzpodbude (20). Marks et al. (21) poudarjajo učinkovitost KBO v povezavi s pravočasno obravnavo poporodne depresije. Langer et al. (22) in Hofmeyr et al. (23) pa izpostavljajo, da stalna podpora med porodom ugodno vpliva tudi na otrokovo oceno po Apgarjevi. McLachlan et al. (24) so v svoji študiji ugotovili, da so otroci žensk, ki so bile deležne KBO, manjkrat potrebovali neonatalno intenzivno nego. Ob tem pa ne smemo zanemariti dejstva, da mora biti babica kot zdravstveni strokovnjak, seznanjena s porodno izkušnjo ženske, saj tako lahko poskrbi za kakovostno poporodno obravnavo (25). Poleg tega pa KBO prinaša prednosti tudi babicam, saj jim omogoča več avtonomije pri delu, kar pa se kaže v večjem zadovoljstvu in zadoščenju (26). Ob tem je smiselno poudariti različne modele skrbi, skozi katere lahko babica ženskam oziroma parom zagotovi KBO. Omenjeni modeli skrbi so t. i. »caseload midwifery«, «team midwifery» in »midwifery-led care«, pri čemer prva dva modela nudita tudi kontinuiteto izvajalca skrbi (27,28). Posamezni avtorji svarijo pred izgorelostjo zdravstvenih delavcev ob uporabi enega izmed modelov KBO (29,30), po drugi strani pa je ravno preobremenjenost tista, ki povzroča preveč rutinsko obravnavo žensk in s tem nižja kakovost storitev v zdravstvu (31).

Kljub temu, da sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji ne podpira KBO, se je pogled na nosečnost, porod in poporodno obdobje v zadnjih letih precej spremenil. Ženske se zavedajo, da imajo pravico do izbire načina poroda in vse bolj jasno izražajo nezadovoljstvo z ustaljenim modelom skrbi in si želijo kontinuirane babiške obravnave (5,9). Babice so v tem primeru avtonomne strokovnjakinje, ki lahko doprinesejo k »ženskam prijaznejši« reorganizaciji babiške oskrbe.

Metode

V prispevku je predstavljen del rezultatov evalvacijske študije modela kontinuiranega pristopa, ki so ga izvajali v letu 2010 in 2011, v katerem je bila upoštevana kontinuirana babiška obravnavo udeležencev. V raziskavi, ki jo lahko opredelimo kot kvantitativno, je bila uporabljena deskriptivna in kavzalno-neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja (32). Za evalvacijo modela izobraževanja so bili opravljeni intervjuji, po končanem izobraževanju pa so udeleženci izpolnili tudi evalvacijski vprašalnik. Omenjeni model je

evalviralo 18 oseb, v starosti od 23 do 38 let ($M=31,2$). Podatki so bili obdelani na nivoju deskriptivne statistike, s pomočjo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Vsi udeleženci so k sodelovanju pristopili prostovoljno, pridobljena je bila tudi izjava o prostovoljnem pristopu in varovanju osebnih podatkov.

Rezultati

Del evalvacijskega vprašalnika, s katerim so udeleženci na splošno ocenili izobraževanje, uporabnost znanj, vpliv izobraževanja na osebnostni razvoj in ustreznost uporabljenih metod, je bilo pridobljeno tudi mnenje udeležencev o prednostih tovrstnega izobraževanja za starše. Rezultate prikazujemo v Tabeli 1. Iz njih je razvidno, da so udeleženci izobraževanja v ospredje postavili *Celovit, kontinuiran in akcijsko zasnovan individualiziran pristop, ki se je prilagajal potrebam in željam udeležencev* ($R=1, f=19$). Na drugo mesto so udeleženci razvrstili kategorijo *Obravnave in svetovanja niso bila vezana zgolj na avtomatizem, abstraktno učenje ali podajanje tehničnih napotkov* ($R=2, f=12$). Na tretjem mestu ($R=3, f=10$) je bila uvrščena kategorija *Možnost aktivnega pogovora o strahovih*, na četrtem pa ($R=4, f=6$) *Sprotna in končna evalvacija*.

Tabela 1: Mnenje udeležencev o prednostih tovrstnega izobraževanja za bodoče starše (prikaz kategoriziranih in rangiranih odgovorov na vprašanje odprtega tipa).

Rang	Kategorija odgovorov (f)	Pojasnila udeleženek/-cev
R=1	Celovit, kontinuiran in akcijsko zasnovan individualiziran pristop, ki se je prilagajal potrebam in željam udeleženek/-cev (f=19)	možnost izražanja svojega mnenja, možnost postavljanja osebnih vprašanj, medsebojni pogovori in posveti z možnostjo individualizirane obravnave, zaupnost, zagotovljena intimnost osebnih zadev in problemov, fleksibilnost izvajalcev pri izboru vsebin
R=2	Obravnave in svetovanja niso bila vezana zgolj na avtomatizem, abstraktno učenje ali podajanje tehničnih napotkov (f=12)	osmišljeno predstavljene teme, aktivno vključevanje udeleženek/-cev, predstavitev dobrih primerov, hkrati dovolj konkretno in hkrati dovolj individualizirano, dobro zaporedje in izbor obravnavanih vsebin, ki so se prilagajale potrebam in željam nosečnic oz. parov aktivni pogovori
R=3	Možnost aktivnega pogovora o strahovih (f=10)	teme obravnav in posvetovanj so vključevala tudi pogovore, kjer smo se aktivno soočali in spregovorili o svojih strahovih, s čimer smo se počutile bolj varno
R=4	Sprotna in končna evalvacija (f=6)	sprotno preverjanje zadovoljstva udeležencev, sprotno preverjanje želja in potreb udeležencev

Razprava

Izpostavljenost celovite in kontinuirane obravnave s strani udeležencev raziskave in opredelitev s tem povezanega individualiziranega pristopa v prvo, in s tem najpomembnejšo kategorijo, kaže na to, da si bodoči starši želijo kontinuirane babiške obravnave. Strokovna in znanstvena literatura podpira KBO, saj le ta prinaša ženskam številne koristi, hkrati pa znižuje stroške oskrbe (11,12). Dotična raziskava dokazuje, da so imeli udeleženci možnost izražanja svojega mnenja in individualne obravnave, kar hkrati pomeni tudi več kontrole nad dogajanjem. Dobra obporodna izkušnja je pomembna tudi za lažji oz. manj travmatičen prehod v starševstvo, na kar opozarjajo tudi drugi avtorji (8). Zagotovljena emocional-

na podpora in posledično večje zadovoljstvo žensk v skupini s KBO (13) se v raziskavi kažejo tudi s kvalitetnimi odnosi med babico in starši ter izkazano zaupanje med izvajalci in uporabniki.

Zaključek

Kontinuirana babiška obravnava prinaša številne prednosti, ki bi se jih babice in ostali zdravstveni delavci morali zavedati in tako stremeti k reorganizaciji trenutnega sistema, da bi le-ta podpiral kontinuiteto obravnave. Smiselno bi bilo poglobljeno pogledati že uveljavljene modele iz tujine, ki temeljijo na kontinuirani babiški obravnavi in posamezne smernice aplicirati na slovensko babištvo. Tako bi tudi v Sloveniji kontinuirana babiška obravnava v prihodnosti lahko postala edini način dela z ženskami in njihovimi družinami. Vsekakor je ob tem potrebno izpostaviti pomen celostnega, interdisciplinarnega pristopa pri delu z ženskami in njihovimi družinami ter kontinuirano vseživljenjsko izobraževanje babic, ki bo temeljilo na kakovostni zdravstveni obravnavi in dokazih, temelječih na raziskovalnih izsledkih ter primerih dobrih praks.

Literatura

1. Fraser DM, Cooper MA. The Midwife. V: Fraser DM, Cooper MA, ur. Myles Textbook for Midwives. 15th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2009: 3–10.
2. Wylie L, Bryce H. The Midwives' Guide to Key Medical Conditions. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 2008.
3. Thorpe J, Anderson J. Supporting women in labour and birth. V: Pairman S, Pincombe J, Thorogood C, ur. Midwifery: preparation for practice. Sydney: Churchill Livingstone/Elsevier, 2006: 393–415.
4. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife– woman relationship. *Scand J Caring Sci* 2007; 21 (2): 220–228.
5. Stanek Zidarič T, Mivšek AP, Skubic M, Zakšek T. Kontinuirana babiška skrb: predstavitev projekta Oddelka za babištvo Zdravstvene fakultete Ljubljana in Mestne občine Ljubljana. *Obzor Zdrav Neg* 2011; 45 (2): 141–145.
6. Oakley A. Commentary: the best research is that which breeds more. *Birth* 1992; 19(1): 8–9.
7. Williamson S, Thomson AM. Women's satisfaction with antenatal care in a changing maternity service. *Midwifery* 1996; 12 (4): 198–204.
8. Gale J, Fothergill–Bourbonnais F, Chamberlain M. Measuring nursing support during childbirth. *MCN* 2001; 26 (5): 264–271.
9. Mivšek AP, Skubic M, Stanek Zidarič T, Zakšek T, Čeh A. Babiški model skrbi: pilotna študija. V: Čeh A (ur.). Zdravje žensk in babištvo: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester – babic 2010: 30–38.
10. Australian College of Midwives [ACM] (2007). Midwifery continuity of care [online]. Dostopno na: <http://www.midwives.org.au/lib/pdf/documents/Midwifery%20Continuity%20of%20Care.pdf> <20.11.2013>.
11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 [online], Issue 10. Ar-

- ticle No.: CD003766. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd. Dostopno na: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf> <20.11.2013>.
12. Hunter LP. Being with Woman: A Guiding Concept for a Care of Labouring Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31 (6): 650–657.
 13. Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth* 2003; 30(1): 1–10.
 14. Bluff R, Holloway I. 'They know best': women's perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery* 1994; 10 (3): 157–164.
 15. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002. Issue 1. Article No.: CD000199. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
 16. Page L, McCourt C, Beake S, Hewison J, Vail A. Clinical interventions and outcomes of one-to-one midwifery practice. *J Public Health Med* 1999; 21 (4): 243–248.
 17. Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Team Midwifery Care in a Tertiary Level Obstetric Service: A Randomized Controlled Trial. *Birth* 2000; 27 (3): 168–173.
 18. Homer CSE, Besley K, Bell J, Davis D, Adams J, Porteous A et al. Does continuity of care impact decision making in the next birth after caesarean section (VBAC)? a randomised controlled trial [online]. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13: 140. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-140.pdf> <20.11.2013>.
 19. Nagle C, Skouteris H, Hotchin A, Bruce L, Patterson D, Teale G. Continuity of midwifery care and gestational weight gain in obese women: a randomised controlled trial [online]. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011; 11:174. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-174.pdf> <21.11.2013>.
 20. Rosen P. Supporting Women in Labour: Analysis of Different Types of Caregivers. *J Midwifery Wom Heal* 2004; 49 (1): 24–31.
 21. Marks MN, Siddle K, Warwick C. Can we prevent postnatal depression? A randomised controlled trial to assess the impact of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high risk women. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13 (2): 119–127.
 22. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions and others' well being in a Mexican public hospital: a randomized controlled study. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105 (10): 1056–1063.
 23. Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: Effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98 (8): 756–764.
 24. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 2012; 119 (12): 1483–1492.

25. Zakšek T, Mivšek AP. Vloga babice pri obporodnih stiskah. V: IVZ. Duševno stanje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009.
26. Hundley VA, Cruickshank FM, Milne JM, Glazener CMA, Lang GD, Turner M et al. Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit. *Midwifery* 1995; 11 (4): 163–173.
27. Homer C, Brodie P, Leap N. *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. Sydney: Churchill Livingstone/Elsevier, 2008.
28. Walsh D. Promoting normal birth: weighing the evidence. V: Downe S, ur. *Normal Childbirth: Evidence and Debate*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2008: 175–189.
29. Sandall J. Midwives' burnout and continuity of care. *British Journal of Midwifery* 1997; 5 (2): 106–111.
30. Todd CJ, Farquhar MC, Camilleri-Ferrante C. Team midwifery: The views and job satisfaction of midwives. *Midwifery* 1998; 14 (4): 214–224.
31. Woodward V. Caring patient autonomy and the stigma of paternalism. *J Adv Nurs* 1998; 28 (5): 1046–1052.
32. Sagadin J. *Razprave iz pedagoške metodologije*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, 1991: 29–39.

Presejanje za raka materničnega vratu doma pri neodzivnicah programa ZORA

Cervical Cancer Screening at Home for Non-Responders to Programme ZORA

Urška Ivanuš, Maja Primic Žakelj

Povzetek

Neodzivnice organiziranih populacijskih presejalnih programov za raka materničnega vratu (RMV) so bolj ogrožene z RMV kot redne udeleženke presejalnih pregledov. Pri njih je bolezen praviloma odkrita v napredovalem, neozdravljivem stadiju, kar povečuje umrljivost. V svetu zato iščejo nove načine, kako neodzivnice pritegniti k sodelovanju. Ena izmed najbolj obetavnih metod je presejanje s testom HPV doma, pri katerem ženska po pošti na dom prejme tester za samoodvzem vaginalnega vzorca. Samoodzeti vzorec po pošti vrne v laboratorij, kjer ga testirajo na okužbo s HPV. Če pri ženski ugotovijo okužbo z enim od onkogenih HPV, jo povabijo na dodatne preiskave h ginekologu. V prispevku je podan pregled dokazov iz literature o sprejemljivosti in učinkovitosti tovrstnega pristopa. Na koncu je predstavljena aktualna raziskava v državnem programu ZORA, s katero bo presejanje na domu poskusno ponujeno slovenskim neodzivnicam, ter nova vloga medicinske sestre v programu ZORA, če bo tovrstno presejanje zaživelo v praksi.

Ključne besede: test HPV doma, rak materničnega vratu, neodzivnice, presejalni program ZORA

Abstract

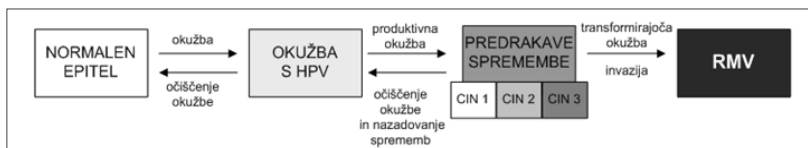
Non-responders of organized population-based cervical screening programs are at higher risk of cervical cancer than women who regularly attend the screening. They have greater incidence of cervical cancer, the disease is usually detected in advanced, incurable stage, which increases mortality. Thus all around the world experts are searching for evidence-based, new approaches to increase attendance among those women. One of the most promising approaches is HPV self-sampling at home, where a woman receives a self-sampling device with instructions by regular mail and she is asked to return her self-taken sample to laboratory by regular mail also. Women who test HPV-positive are invited to visit gynaecologist for

further diagnostics. This paper provides an overview of the evidence from the literature on the acceptability and the effectiveness of such approach. At the end, the current study, which will offer self-sampling to Slovenian non-responders within ZORA programme, is presented. Also the new role of a nurse in such setting is discussed.

Key words: HPV self-sampling at home, cervical cancer, non-responders, cervical cancer screening programme ZORA

Naravni potek okužbe s humanimi papilomskimi virusi in nastanka raka materničnega vratu

Rak materničnega vratu (RMV) se razvija postopoma, preko predrakavih sprememb (CIN) do raka. Proces je dolgotrajen, v povprečju traja 10 let ali več (1). Začne se z okužbo anogenitalnega področja z onkogenimi humanimi papilomskimi virusi (HPV). Če okužba vztraja (dolgotrajna okužba), lahko sčasoma povzroči predrakave spremembe v celicah materničnega vratu (produktivna okužba), ki postopoma preko predrakavih sprememb nizke (CIN 1) in nato visoke stopnje (CIN 2, CIN 3) napredujejo v RMV (transformirajoča okužba) (Slika 1) (2). Testi z verižno reakcijo s polimerazo (PCR) z analitično visoko občutljivostjo potrdijo okužbo s HPV pri okoli 99 % RMV (3).



Slika 1: Tri stopnje razvoja RMV. Akutna okužba s HPV, vztrajanje okužbe ter razvoj predrakavih sprememb in invazija, ki je značilna za RMV. Povzeto po (1).

Okužba s HPV je pri necepljenih, spolno aktivnih ženskah in moških pogosta, vsaj enkrat v življenju se okuži večina spolno aktivnih oseb. V večini primerov gre za prehodno, klinično nepomembno okužbo, ki pri ženskah izzveni v okoli 90 % že v enem letu. Ko se okužba očisti, nazaduje tudi CIN, če ga je okužba povzročila. Nazaduje okoli 90 % CIN 1, 30–70 % CIN 2 (odvisno od starosti ženske) in okoli 20–30 % CIN 3 (4).

Tveganje za okužbo s HPV, CIN in RMV je odvisno od starosti ženske. Prevalenca okužbe s HPV je pri ženskah največja okoli 20. leta, nato pa se s starostjo zmanjšuje. V nekaterih državah in tudi pri nas je opaziti ponoven prehodni dvig prevalence HPV pri starejših ženskah (1, 5). Vrhu okužbe s HPV v populaciji (med 20. in 25. letom) z nekajletnim zamikom sledi vrh pojavljanja CIN 3 (med 25. in 30. letom), medtem ko se vrh pojavljanja RMV pojavi šele čez okoli 10 let (med 40. in 50. letom) (6).

Preprečevanje raka materničnega vratu

Tovrsten naravni potek okužbe s HPV in RMV omogoča različne načine preprečevanja in zgodnjega odkrivanja RMV, ki so komplementarni. To so predvsem zdrav življenjski slog, vključno z zdravo in varno spolnostjo, cepljenje proti okužbi s HPV in zgodnje odkrivanje in zdravljenje predrakavih in začetnih rakavih sprememb materničnega vratu v okviru organiziranih populacijskih presejalnih programov.

Zdrav življenjski slog, vključno z zdravo in varno spolnostjo

Glavni nevarnostni dejavniki za okužbo s HPV so (4):

- začetek spolnih odnosov v zgodnjih najstniških letih;
- večje število spolnih partnerjev;
- neuporaba kondoma – kondom sicer zaščiti deloma zaščiti pred okužbo, vendar ne popolnoma, ker je praviloma okuženo širše anogenitalno področje.

Glavna nevarnostna dejavnika za nastanek RMV pri ženski, ki je okužena s HPV, sta vztrajnost okužbe (dlje kot okužba vztraja, večja je verjetnost za nastanek RMV) in genotip HPV, s katerim je ženska okužena (HPV 16 ima največji onkogeni potencial). Znani so tudi nekateri vedenjski nevarnostni dejavniki, ki so povezani z večjo verjetnostjo za vztrajanje okužbe s HPV in s tem večjim tveganjem RMV pri okuženi ženski, vendar so praviloma manj pomembni kot omenjena dejavnika, pa tudi slabše raziskani. To so predvsem:

- kajenje;
- mnogorodnost;
- dolgotrajno jemanje kontracepcijskih tablet;
- zmogljivost imunskega sistema okužene ženske, da očisti okužbo – ženske z oslabljenim imunskim sistemom bodo manj verjetno očistile okužbo.

Cepljenje proti okužbi s HPV

V okviru primarne preventive lahko s cepivoma, ki sta na voljo, uspešno preprečimo okužbo z najbolj pogostima genotipoma HPV (16 in 18), ki povzročata okoli 70 % vseh novih primerov RMV (7). Ker cepivo ni terapevtsko (ne pozdravi že obstoječih okužb) in ker se dekleta okužijo najpogosteje v prvem letu po začetku spolnih odnosov, je cepljenje najbolj učinkovito, če ga opravimo pred prvim spolnim odnosom. V Sloveniji je cepljenje od leta 2009 na voljo brezplačno vsem deklicam v 6. razredu osnovne šole, če se takrat ne cepijo, pa se lahko brezplačno cepijo še v 8. razredu (8). Cepljenje je dostopno tudi ostalim ženskam, vendar ga morajo plačati. Žal se vsako leto cepi le okoli polovica vseh deklic, ki jim je omogočeno brezplačno cepljenje. Vzroki za premajhno precepljenost še niso raziskani. Zavedati se moramo, da je tudi odločitev za ne-cepljenje odločitev, ki za necepljeno deklico pomeni tako večje tveganje za predrakave spremembe ali RMV, kot tudi za zdravljenje predrakavih sprememb ali RMV z morebitnimi zapleti (kot je npr. prezgodnji porod) in tudi večje tveganje za druge bolezni, ki so povezane s HPV.

Organizirano populacijsko presejanje za raka materničnega vratu

RMV je eden redkih rakov, ki ga je mogoče preprečiti s pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb. Kakovostno organizirani populacijski presejalni programi, ki temeljijo na rednih, tri do petletnih citoloških pregledih brisov materničnega vratu (BMV), omogočajo zmanjšati incidenco RMV do 80 % (9). Učinkovitost presejalnega programa se pokaže le ob zadostni udeležbi žensk iz ciljne skupine, ki je po priporočilih Sveta Evropske zveze 70 % v triletnem intervalu (10). Zato je Svet Evropske zveze leta 2003 izdal priporočilo, s katerim je pozvala države članice k uvedbi organiziranega presejanja za RMV (10). V letu 2008 so izšle posodobljene Evropske smernice za zagotavljanje kakovosti v presejanju za raka materničnega vratu (9), v katerih so zapisana glavna pravila kakovo-

stnega presejalnega programa, s katerimi lahko država zagotovi, da bo presejanje privedlo do zelenih učinkov.

Državni program ZORA

Slovenija je ena izmed redkih držav v Evropski Zvezi, ki ima organizirano populacijsko presejanje za RMV v skladu s Priporočilom sveta Evropske zveze in Evropskih smernic (9, 10). Državni presejalni program za zgodnje odkrivanje predrakavih in rakavih sprememb materničnega vratu ZORA (program ZORA) je namenjen ženskam med 20. in 64. letom starosti, ki naj bi se vsake tri leta udeležile rednega presejalnega pregleda z odvzemom BMV pri svojem izbranem ginekologu (11, 12).

Program ZORA se je začel kot pilotni projekt leta 1998 v ljubljanski regiji, v letu 2001 pa še v treh občinah koprške regije. V letu 2003 se je kot državni program razširil na vso Slovenijo. Nosilci programa so Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (MZ), Onkološki inštitut Ljubljana in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Strokovni sodelavci programa so ginekologi, citologi, patologi, presejalci, medicinske sestre in nekateri drugi strokovnjaki, ki delujejo na vseh ravneh reproduktivnega zdravstvenega varstva. Sedež programa je na Onkološkem inštitutu Ljubljana, kjer deluje tudi centralni presejalni register ZORA. Namen programa ZORA je zmanjšati zbolewnost in umrljivost za RMV v Sloveniji.

Uspehi programa ZORA v prvih 10 letih delovanja

Željeno zmanjšanje incidence RMV je možno doseči le s kakovostnim presejalnim programom, na katerega se ciljna populacija dobro odziva in je zato udeležba v programu velika. Zmanjšanje incidence RMV je povezano s pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb, zaradi česar pri teh ženskah preprečimo nastanek RMV. Zmanjšanje umrljivosti zaradi RMV pa je povezano tako z manjšim zbolewanjem žensk za RMV kot z odkrivanjem nižjih stadijev RMV, ki so bolj ozdravljivi.

V prvih 10 letih delovanja programa ZORA smo dosegli nekatere zelo pomembne uspehe (13, 14):

- dobro pregledanost ciljne populacije (nad 70 %);
- veliko zmanjšanje incidence RMV (za 60 % glede na največjo zabeleženo incidenco pred začetkom priložnostnega presejanja leta 1962 in za 45 % glede na incidenco ob uvedbi programa ZORA v letu 2003);
- postopno manjšanje umrljivosti zaradi RMV (za okoli 2 % na leto).

Neodzivnice so bolj ogrožene z rakom materničnega vratu

Izkušnje po svetu in pri nas kažejo, da se 25 do 30 % žensk na vabila za presejalni pregled in odvzem BMV ne odzove (neodzivnice) (9, 13). Neodzivnice so bolj ogrožene z RMV kot ženske, ki se presejalnih pregledov udeležujejo redno. Večina novih primerov RMV se namreč pojavlja prav v tej manjši skupini žensk. V najbolj uspešnih organiziranih presejalnih programih za RMV je delež neodzivnic med vsemi ženskami z novo odkritim RMV okoli 40–60 % (15).

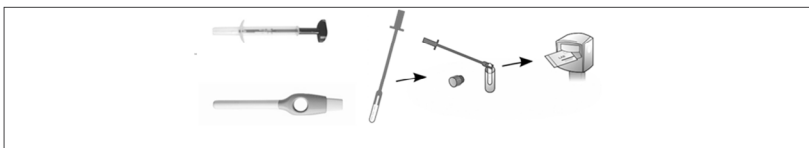
Nedavna analiza novih primerov RMV v Sloveniji s pomočjo podatkov Registra raka RS in Registra ZORA je pokazala, da se več kot polovica (54,7 % in 60,8 %) žensk, ki so

zbolele za RMV v letih 2008–2009 in 2010–2011, ni udeleževala pregledov v priporočenih intervalih (12). Pri ženskah brez presejalnega izvida v Registru ZORA je bila bolezen najpogosteje odkrita v razširjeni ali razsejani obliki (FIGO II+ pri 75,3 % in 80,2 % neodzivnic). Pri ženskah, ki so se redno udeleževale presejalnih pregledov, je bila bolezen najpogosteje odkrita v mikroinvazivni (FIGO Ia pri 42,2 % in 50,5 % odzivnic) ali omejeni obliki (FIGO Ib pri 43,0 % in 36,2 % odzivnic). Ti rezultati so primerljivi rezultatom v državah z dobro organiziranimi presejalnimi programi (13). Ženske, ki se DP ZORA ne udeležujejo redno, so bolj ogrožene z RMV. Pri njih je bolezen pogosteje odkrita v razširjeni obliki, ki narekuje obsežno zdravljenje, prognoza pa je slabša.

Test HPV doma kot alternativna metoda presejanja neodzivnic

Odkritje, da je okužbe s HPV nujen (vendar ne zadosten) dejavnik za razvoj RMV je omogočilo ukrepanje tako na področju primarne (cepljenje), kot sekundarne preventive (uporaba testov za določanje okužbe z onkogenimi HPV v presejalnih programih, testi HPV). Klinično preverjeni testi HPV so bolj občutljivi za odkrivanje CIN 2+ kot BMV in imajo večjo negativno napovedno vrednosti (16). So dokazano učinkovita metoda za triažo žensk s patološkimi BMV nizke stopnje, za sledenje žensk s CIN 1 in po zdravljenju CIN. Uveljavljajo se tudi kot presejalna metoda po 30. letu starosti. Največ podatkov je na voljo o testu Hybrid Capture 2 (hc2), ki ga uporabljamo tudi v programu ZORA za triažo žensk s patološkimi BMV nizke stopnje, za sledenje žensk s CIN 1 in po zdravljenju CIN (17). Pozitiven izvid testa HPV pomeni, da je ženska bolj ogrožena z RMV in zato rabi dodatne preglede. Negativen izvid testa HPV zagotavlja izjemno veliko verjetnost, da ženska nima CIN 2+ in da v naslednjih petih letih ne bo zbolela z RMV. Zato ženska z negativnim izvidom testa HPV praviloma ne rabi dodatnih pregledov. Dokazano je, da uporaba testa HPV (hc2) v presejanju vodi ne le v dodatno zmanjšanje incidence RMV, ampak tudi do pomembnega zmanjšanja umrljivosti zaradi RMV v primerjavi z uporabo BMV ali katerekoli druge do sedaj znane metode (18).

Test HPV je mogoče opraviti tudi tako, da si ženska s posebnim testerjem odvzame vzorec sama doma in ga po pošti pošlje v laboratorij (test HPV doma) (Slika 2).

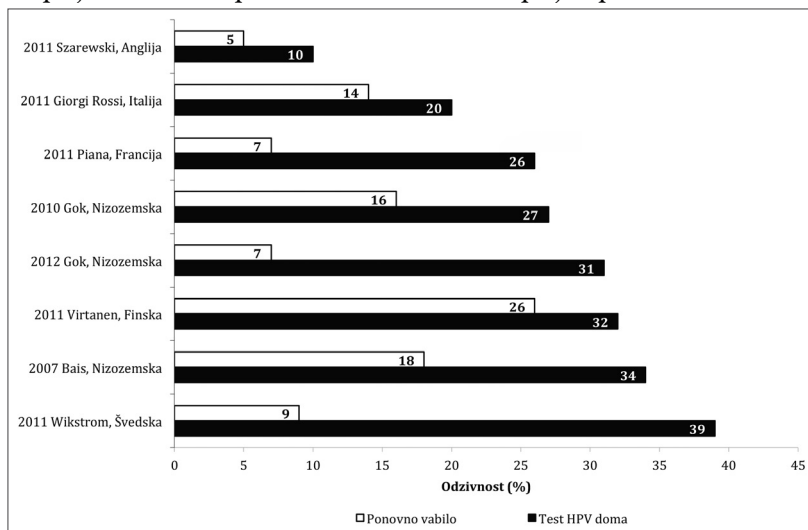


Slika 2: Testerji za samoodvzem vaginalnega vzorca za test HPV doma. Levo zgoraj: Evalyn (gumijasta krtačka v vodilu). Levo spodaj: Delphi Screener (izpirek nožnice). Desno: Qvintip (tampon na vodilu). Povzeto po (19).

V Evropi je bilo v preteklih letih opravljenih 8 randomiziranih raziskav za uporabo testa HPV doma pri neodzivnicah v 6 državah z organiziranim presejalnim programom (19, 20). V vseh raziskavah so enotno ugotovili, da je alternativno presejanje doma s testom HPV pri neodzivnicah rednega programa bolj sprejemljivo in bolj učinkovito kot ponovno vabljenje na običajen presejalni pregled. Glavni rezultati raziskav so bili enotni:

- kakovost samoodvzetih vzorcev je bila v vseh raziskavah zelo dobra in primerljiva s kakovostjo vzorca, ki ga je odvil zdravnik;

- odziv v skupini, ki je na dom prejela tester za samoodvzem vzorca za test HPV, je bil statistično značilno večji kot odziv na ponovno vabilo na običajen presejalni pregled; znašal je 10–39 % (Slika 3);
- odkrivanje predrakavih sprememb (CIN 2+) je bilo večje pri ženskah, ki so na dom prejele tester, kot pri ženskah, ki so na dom prejele ponovno vabilo.



Slika 3: Evropske randomizirane nadzorovane raziskave na področju uporabe testa HPV doma pri neodzivnicah organiziranih presejalnih programov. Prikazana je odzivnost v intervencijski skupini (črni stolpci), kjer so ženske prejele tester na dom, ter primerjalni skupini (beli stolpci), kjer so ženske na dom prijele običajno ponovno vabilo. Povzeto po (19, 20).

Prva Evropska država, ki se je odločila, da bo v kratkem prešla na primarno presejanje s testom HPV in tudi nadgradila presejalni program z alternativnim presejanjem neodzivnic s testom HPV doma, je Nizozemska. Tudi v nekaterih drugih državah (kot sta Italija in Finska) potekajo večji pilotni projekti v okviru presejalnih programov, v katere so vključene neodzivnice izbranih regij.

Uporaba testa HPV pri slovenskih neodzivnicah

V Sloveniji bomo prvo raziskavo alternativnega testiranja neodzivnic programa ZORA s testom HPV doma začeli izvajati v letu 2014. Raziskavo financirata Javna agencija za raziskovalno dejavnost republike Slovenije (ARRS) in Ministrstvo za zdravje. Nosilec raziskave je Onkološki inštitut Ljubljana, sodelujoči ustanovi sta UKC Maribor in SB Celje. V raziskavo bodo vključene neodzivnice iz celjske in mariborske regije, stare 30 do 64 let. Neodzivnice bodo naključno razporedili v več skupin. Primerjalna skupina bo na dom prejela ponovno vabilo na presejalni pregled ZORA, intervencijske skupine pa vabilo za testiranje doma (preverili bomo več različnih pristopov). Samoodvzete vzorce bodo ženske po pošti poslale v laboratorij, kjer bodo opravili analizo testa HPV. Če bo izvid testa HPV pozitiven, bodo povabljene na pregled v bližnjo ginekološko ambulanto, če bo izvid negativen, pa bodo povabljene na redni presejalni pregled čez tri leta. Glavni opazovani izidi v raziskavi bodo kakovost samoodvzetih vzorcev, odzivnost (koliko žensk bo opravilo presejalni pregled bodisi doma ali pri svojem izbranem ginekologu) in detekcija CIN 2+ (pri kolikšnem

deležu žensk bomo odkrili predrakave spremembe visoke stopnje). Pričakujemo, da bodo slovenske neodzivnice testiranje na domu dobro sprejele in da bodo rezultati slovenske raziskave podobni tujim.

Glavni izzivi uporabe testa HPV

Vse več držav vključuje test HPV v presejalne programe, bodisi kot metodo primarnega presejanja ali triaže. Glavna prednost testa HPV v primerjavi z BMV je njegova velika občutljivost za CIN 2+, velika negativna napovedna vrednost, enostavnost analize in dobra ponovljivost rezultatov. Vendar ima test HPV tudi omejitve. Ena glavnih omejitev je nevarnost, da se bo z zamenjavo BMV za test HPV zmanjšala klinična specifičnost preiskav, kar pomeni, da bi zaradi večjega odkrivanja prehodnih okužb in CIN pravilno prepoznali manj žensk, ki nikoli ne bi zbolele za RMV. V prekomerno odkrivanje prehodnih okužb in CIN lahko vodi prepogosta uporaba testa HPV, še posebej pri mladih ženskah, pri katerih je prevalenca okužb in regresija CIN največja. Prav tako v nizko specifičnost vodi uporaba analitično zelo občutljivih metod. Samo večje odkrivanje okužb in zdravljenje CIN 2+ ne zadostujeta za uspešno zmanjševanje incidence RMV. Lahko gre za odkrivanje tistih CIN, ki bi brez zdravljenja spontano nazadovali in nikoli ne bi privedli do RMV (16). Zato je nujno, da se poleg večjega odkrivanja in zdravljenja CIN ob prvi uporabi testa HPV v populaciji, ob naslednjih pregledih zmanjša incidenca RMV.

Druga omejitev testa HPV je obravnava HPV-pozitivnih žensk brez CIN 2+ oziroma z negativnim izvidom BMV. Čeprav imajo HPV-pozitivne ženske z negativnim BMV veliko manjše tveganje, da imajo ali da bodo v prihodnjih nekaj letih zbolele za RMV kot ženske z obema pozitivnima testoma (5-letno kumulativno tveganje za CIN 3+ je okoli 6 % in 12 %), je to tveganje še vedno preveliko, da bi te ženske lahko varno vrnili v presejanje (21). Te ženske so zato podvržene kontrolnim pregledom, ki so lahko številni in trajajo bodisi dokler okužba ne izzveni ali dokler se ne pojavi CIN 2+, ki zahteva zdravljenje. Za žensko je zavedanje, da je ogrožena in kužna, a da ne more storiti drugega kot čakati in hoditi na redne kontrolne preglede, lahko zelo stresno. Kontrolni pregledi tudi dodatno obremenjujejo že tako preobremenjen zdravstveni sistem. Strokovnjaki zato iščejo nove možnosti za triažo HPV-pozitivnih žensk na tiste z večjim (dolgotrajna okužba) in manjšim tveganjem (prehodna okužba). Obstaja več možnosti triaže, vendar nobena ne zagotavlja varne vrnitve HPV-pozitivne ženske z negativnim triažnim testom v presejanje (22). V raziskavi neodzivnic, omenjeni zgoraj, bomo proučevali tudi dve novi, najbolj obetavni metodi za triažo HPV-pozitivnih žensk, in sicer p16^{INK4a} kot metilacijo DNK. Pri tem bomo sodelovali z vodilnimi strokovnjaki na tem področju iz tujine. Želimo odkriti zanesljivo metodo triaže, s katero bomo lahko ločili tiste ženske, ki prebolevajo klinično nepomembno, prehodno okužbo s HPV od tistih, pri katerih je okužba vztrajna in zato klinično pomembna. Tako bi HPV-pozitivni ženski z negativnim triažnim testom omogočili varno vrnitev v presejanje, saj bi bilo njeno tveganje za CIN 2+ dovolj majhno oz. primerljivo HPV-negativnim ženskam.

Vloga medicinske sestre pri spodbujanju neodzivnic k udeležbi

Medicinske sestre imajo v programu ZORA pomembno, a pogosto prezrto vlogo. V ginekoloških ambulantah so medicinske sestre navadno prvi stik z žensko, ki se želi naročiti na presejalni program in so tudi tiste, ki skrbijo za redno pošiljanje vabil. Dostopnost stika in

odnos, ki se vzpostavi med žensko in medicinsko sestro, lahko pomembno vpliva na pregledanost ciljne populacije žensk, oziroma na to, ali bo posamezna ženska opravila presejalni pregled in s tem storila pomemben korak za svoje zdravje. Medicinska sestra s svojim vsakodnevnim delom v ginekološki ambulanti med drugim omogoča:

- *Dobro dostopnost do presejalnega pregleda:* manj truda kot mora ženska vložiti v to, da se po telefonu ali osebno naroči na ginekološki pregled, večja je verjetnost, da se bo res naročila in tudi opravila ta pregled. Sistematično urejen, ženski prijazen in dostopen sistem naročanja pomembno vpliva na to, koliko žensk opravi presejalni pregled in se s tem zavaruje pred RMV.
- *Redno vabljenje:* manj truda kot mora medicinska sestra vložiti v vabljenje žensk na presejalne preglede, večja je verjetnost, da bodo ženske, ki so opredeljene za ginekologa v tej ambulanti, vabljene na ustrezen način in v ustreznih časovnih intervalih. Zato tudi sistematično urejen, elektronsko podprt in medicinski sestri prijazen sistem vabljenja pomembno vpliva na to, koliko žensk opravi presejalni pregled. Ker so velikokrat prav medicinske sestre tiste, ki pomembno sodelujejo pri oblikovanju sistema naročanja in vabljenja v ambulanti, in ga tudi izvajajo, je kakovost tega sistema odvisna tudi od njihove osebne angažiranosti, znanja in sposobnosti.
- *Prenos lastnih prepričanj na žensko:* medicinska sestra je za večino žensk, tako v ambulanti kot zunaj nje, pomemben vir informacij o zdravju, in s tem tudi o pomembnosti in zanesljivosti presejanja za RMV. Nezaupanje medicinske sestre v presejanje, obstoječ v program in uporabo sodobnih tehnologij za preprečevanje RMV (kot npr. cepljenje proti HPV ali test HPV), se lahko prenese na žensko in negativno vpliva na njeno prepričanje, da je presejanje zanjo koristno in pomembno in/ali da je presejalni program kakovosten ter da sloni na sodobnih, z dokazi podprtih ugotovitvah. S tem se zmanjša verjetnost, da se bo ženska odločila za cepljenje (sebe ali svoje najstniške hčere) ali presejalni pregled. Manjši bo tudi trud, ki ga bo pripravljena vložiti, da opravi presejalni pregled. S tem se tako ženski (kot njeni hčeri) lahko povzroči škoda, saj imata nezaščiteni večjo verjetnost za bolezen.
- *Prenos znanja na žensko:* medicinska sestra na ženske pogosto tudi prenaša nova znanstvena dognanja in strokovne novosti. V programu ZORA je v zadnjih letih pojavilo veliko novega znanja na področju etiologije RMV. Koncept RMV kot spolno prenosne bolezni je v temeljih zamajal doseganje dojetja raka kot ene izmed kroničnih nenalezljivih bolezni – tako pri strokovnjakih kot pri laični javnosti. Odkritje vzročne povezave okužbe s HPV in RMV ter posledičen hiter razvoj nove tehnologije za preprečevanje RMV sta odprla številna vprašanja, na katera še ne poznamo vseh odgovorov. Število raziskav in spoznanj na tem področju se veča iz dneva v dan. Kljub temu se, zaradi uporabe testa HPV, ženske v ambulantah vsakodnevno srečujejo z novico, da so okužene s HPV in da imajo zato povečano tveganje za bolezen. Vendar skrb za zdravje ni edina skrb, ki jo ženske imajo. Ženske zanima, kako so se okužile in kako naj se pred okužbo zaščitijo v bodoče. Lahko se pojavijo tudi dvomi o partnerjevi zvestobi ali strah, da bi partner posumil na njeno morebitno nezvestobo. To lahko razdi-

ralno vpliva tudi na trdno partnersko zvezo, kar ženski povzroča dodatne, nepotrebne skrbi. Strokovno korektna informacija, da test HPV ni test za nezvestobo (saj lahko zazna tako nove kot že vrsto let trajajoče okužbe, ki so v vmesnem času lahko tudi latentne in se nato spet reaktivirajo), ki jo ženski poda medicinska sestra, lahko žensko pomiri, s tem pa se tudi poveča verjetnost, da se ženska okužbe ne bo sramovala in jo skrivala, ter se zato izogibala nadaljnjim diagnostičnim pregledom in presejanju v prihodnosti.

Če bo raziskava alternativnega testiranja neodzivnic s testom HPV doma pokazala, da so slovenske neodzivnice pripravljene na tovrstno presejanje, je možno, da se bo tudi Slovenija (po vzoru Nizozemske) odločila za nadgradnjo programa. Povečalo se bo število testov HPV in s tem število žensk, ki bodo iskale odgovore na vprašanja o uporabi testerja, varnosti in zanesljivosti tovrstnega testiranja in pomena pozitivnega izvida testa HPV za zdravje, partnersko vezo in prenos okužbe med partnerji. Povečala se bo potreba po ozaveščenosti žensk o naravnem poteku okužbe s HPV in RMV, interpretaciji izvida testa HPV ipd. Zdravstveno osebje mora biti na to pripravljeno. Imeti mora znanje na tem področju in zaupati, da testiranje s testom HPV doma neodzivnicam koristi. Pogosto bo na ta vprašanja naletela prav medicinska sestra. Bodisi zato, ker bo prva dvignila telefonsko slušalko v ambulanti, ali pa ker jo bo po mnenju povprašala sosedka, ki že leta ni bila pri ginekologu. Ker bo tovrstno presejanje neodzivnic potekalo doma, ženske ne bodo imele stika z zdravnikom, kot ga imajo pri običajnem presejalnem pregledu. Zaradi tega se bo vloga medicinske sestre v programu še dodatno povečala, povečale se bodo potrebe po kakovostni komunikaciji in novem znanju na področju naravnega poteka okužbe s HPV in RMV ter uporabi novih tehnologij povezanih s HPV.

Zaključek

Povečanje odzivnosti in s tem pregledanosti ciljne populacije programa je ključnega pomena za nadaljnje zmanjševanje incidence RMV v Sloveniji. Redna udeležba v presejalnem programu za žensko pomeni pomembno manjše tveganje, da bo zbolela z RMV. Dobro odzivnosti na test HPV doma bo možno doseči le ob dobrem sodelovanju in podpori vseh, ki sodelujejo v programu ZORA. Če slovenski strokovnjaki, ki sodelujejo v programu ZORA, tovrstnemu pristopu k neodzivnicam in/ali testu HPV ne bodo zaupali in ga v razgovorih z laično javnostjo in mediji ne bodo podprli, to lahko pomeni slabšo odzivnost žensk in s tem manjšo zaščito pred RMV. Pomembno vlogo pri vzpostavljanju zaupanja in ozaveščenosti žensk imajo tudi medicinske sestre.

Literatura

1. Schiffman M, Wentzensen N, Wacholder S, Kinney W, Gage JC, Castle PE. Human papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer. *JNCI*. 2011; 103 (5): 368–83.
2. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J clin path*. 2002; 55 (4): 244–65.
3. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J pathol*. 1999; 189 (1): 12–9.

4. Moscicki AB, Schiffman M, Burchell A, Albero G, Giuliano AR, Goodman MT, et al. Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers. *Vaccine*. 2012; 30 Suppl 5: F24–33.
5. Ucakar V, Poljak M, Klavs I. Pre-vaccination prevalence and distribution of high-risk human papillomavirus (HPV) types in Slovenian women: a cervical cancer screening based study. *Vaccine*. 2012; 30 (2): 116–20.
6. Ivanuš U, Primic Žakelj M. Klinična uporaba in pomen testa za humani papilomski virus v Državnem presejalnem programu ZORA Med razgl. 2013; 52(supl. 3): 123–35.
7. Franceschi S, Denny L, Irwin KL, Jeronimo J, Lopalco PL, Monsonego J, et al. Eurogin 2010 roadmap on cervical cancer prevention. *IJC*. 2011; 128 (12): 2765–74.
8. Cepljenje proti okužbam s humanimi papilomskimi virusi (HPV). Inštitut za varovanje zdravja RS. Datum dostopa: 20. 11. 2013. Dostopno na: http://www.ivz.si/cepljenje/strokovna_javnost/cepljenje_proti_hpv.
9. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al., editors. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2 ed. Luxembourg: Office of Official Publications of the European Union, European Communities; 2008.
10. Priporočila Sveta z dne 2. Decembra 2003 o presejalnih pregledih za odkrivanje raka (2003/878/EC), 327 (2003).
11. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007 in 22/2009).
12. Primic Žakelj M, Uršič Vrščaj M, Pogačnik A, Ivanuš U, editors. Navodila ginekologom za delo v programu ZORA. Posodobitev 2011.: Onkološki inštitut Ljubljana.; 2011.
13. Primic Žakelj M, Ivanuš U. 10 let delovanja programa ZORA. Zbornik 4 izobraževalnega dne programa ZORA; 26. april 2013; Brdo pri Kranju: Onkološki inštitut Ljubljana.
14. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. Datum dostopa: 28. 3. 2013. Dostopno na: www.slora.si
15. Weller DP, Patnick J, McIntosh HM, Dietrich AJ. Uptake in cancer screening programmes. *Lancet Oncol*. 2009; 10 (7): 693–9.
16. Arbyn M, Ronco G, Anttila A, Meijer CJ, Poljak M, Ogilvie G, et al. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine*. 2012; 30 Suppl 5: F88–99.
17. Uršič Vrščaj M, Možina A, Kobal B, Takač I, Deisinger D, Zore A. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2011.
18. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *NEJM*. 2009; 360 (14): 1385–94.
19. Ivanuš U, Primic Žakelj M. Samoodvzem vaginalnega vzorca za test HPV pri neodzivnicah presejalnih programov raka materničnega vratu. *Onkologija*. 2012; 2: 78–86.

20. Snijders PJ, Verhoef VM, Arbyn M, Ogilvie G, Minozzi S, Banzi R, et al. High-risk HPV testing on self-sampled versus clinician-collected specimens: a review on the clinical accuracy and impact on population attendance in cervical cancer screening. *IJC*. 2013; 132 (10): 2223-36.
21. Katki HA, Kinney WK, Fetterman B, Lorey T, Poitras NE, Cheung L, et al. Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: a population-based study in routine clinical practice. *Lancet Oncol*. 2011; 12 (7): 663-72.
22. Cuzick J, Thomas Cox J, Zhang G, Einstein MH, Stoler M, Trupin S, et al. Human papillomavirus testing for triage of women with low-grade squamous intraepithelial lesions. *IJC*. 2012; 132 (4): 959-66.

Seznanjenost operacijskih medicinskih sester s pravilno higieno tekstilij

Awariness of Surgical Nurses of Proper Textile Hygiene

Sabina Fijan, Slavko Založnik, Sonja Šostar Turk

Povzetek

Izhodišče: Higiena je temeljna medicinska veda o preprečevanju bolezni in vzdrževanju zdravja ter izboljševanju sanitarnih postopkov. Oprane tekstilije iz bolnišnic ne smejo vsebovati povzročiteljev bolezni, saj so njihovi uporabniki običajno bolniki z oslajenim imunskim sistemom in jih moramo zaščititi pred okužbami, do katerih lahko pride zaradi slabo opranih tekstilij. Prav tako je pomembno pravilno rokovanje z opranimi in umazanimi tekstilijami na mestih uporabe.

Metode: V dveh bolnišnicah smo leta 2011 opravili raziskavo, s katero smo ugotavljali seznanjenost operacijskih medicinskih sester s pravilno higieno bolnišničnih tekstilij. Pri tem smo anketirali 15 medicinskih sester iz obeh ustanov. V raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo analiziranja podatkov.

Rezultati: Rezultati ankete so pokazali, da so medicinske sestre na operacijskih oddelkih obeh bolnišnic seznanjene in poučene o ustrezni higieni bolnišničnih tekstilij.

Diskusija in zaključki: Medicinske sestre se zavedajo pomembnosti preprečevanja bolnišničnih okužb in so seznanjene s pravnimi ukrepi za preprečevanje le-teh.

Ključne besede: higiena tekstilij, operacijske medicinske sestre, bolnišnične tekstilije

Abstract

Introduction: Hygiene is a basic medical science on disease prevention and health protection as well as improving sanitary conditions. Laundered hospital textiles should not contain pathogens since their users are usually patients with impaired immune system who should be protected from infection via inappropriately laundered textiles. Correct handling of laundered and dirty textiles at the site of use is also important.

Methods: In our research conducted in 2011 in two hospitals the awareness of surgical nurses of proper hygiene of medical textiles were investigated. Fifteen nurses from both institu-

tions were interviewed. The descriptive method was used for the analysis of the data.

Results: The results showed that the surgical nurses from both hospitals were well informed on proper hygiene of medical textiles.

Discussion and conclusion: The surgical nurses are aware of the importance of preventing health-care acquired infections and are familiar with correct measures for their prevention.

Key words: textile hygiene, surgical nurses, medical textiles

Uvod

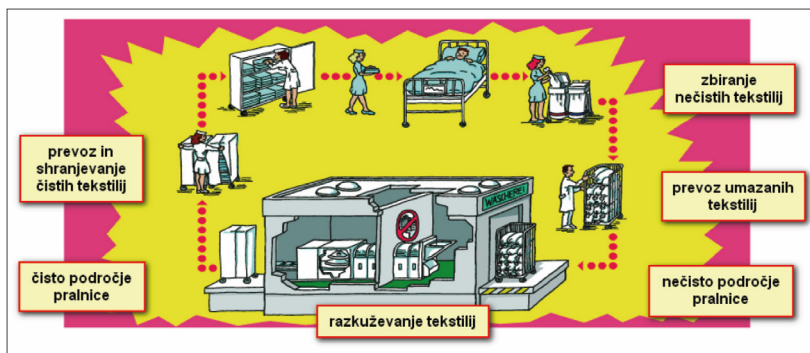
Pomembnost higiene bolnišničnih tekstilij

Za bolnišnične tekstilije je pomembno, da ima postopek pranja razkuževalni učinek, predvsem pri pranju bolnišničnih tekstilij, saj lahko vsebujejo veliko vrst patogenih bakterij, gliv in virusov (1). Prav tako je v bolnišnični pralnici pomembna splošna higiena, da ne pride do rekontaminacije opranih tekstilij z mikroorganizmi pri procesu nadaljnje obdelave tekstilij, ki vključuje sortiranje, likanje, zlaganje in pakiranje tekstilij. Uporabniki bolnišničnih tekstilij so običajno bolniki z oslabelim imunskim sistemom in jih moramo zaščititi pred okužbami s slabo opranimi tekstilijami, ki lahko vsebujejo povzročitelje bolezni (2). Večina ljudi predvideva, da so oprane tekstilije čiste in zato varne. Čeprav je umazanija morda res odstranjena, ni nujno, da so tekstilije razkužene. Vedno več je tudi izsledkov, da v bolnišnicah prihaja do izbruhov okužb brez pojasnjene vzroka (3) in v takšnih primerih, je pomembno ovrednotiti tudi pravilnost postopka nege tekstilij.

Zagotavljanje higiene bolnišničnih tekstilij

Za zagotavljanje ustrezne stopnje higiene opranih bolnišničnih tekstilij je RAL, nemški inštitut za zagotavljanje kakovosti in izdajanje certifikatov, izdal Navodila za zagotavljanje kakovostne nege tekstilij (RAL-GZ 992) (prikaz v Sliki 1), ki veljajo v državah evropske unije kot pomembna priporočila (4). V okviru teh priporočil so pomembne redne eksterne kontrole v bolnišničnih pralnicah, pri čemer se preveri razkuževalni učinek postopkov pranja bolnišničnih tekstilij in splošna higiena v pralnicah na različnih izbranih kontrolnih točkah. Med najpomembnejši kontrolni točki spadata dve po uradnih uredbah definirane mejne vrednosti (Robert-Koch Inštitut, Nemčija):

- Z RODAC agar ploščicami v 9 od 10 vzorcev odtisov zlikanih in zloženih tekstilij ne smemo dokazati več kot 20 cfu/dm². Na odtisih zlikanih, zloženih tekstilij ne smejo biti prisotni patogeni in potencialno patogeni mikroorganizmi, kot so: *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae* itd.
- Ustrezen razkuževalni učinek pranja bolnišničnih tekstilij preverjamo z uporabo indikatorskih mikroorganizmov (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium*).
- Čeprav je najpomembnejša kontrolna točka kemijsko-termična razkuževalna učinkovitost postopka pranja, je higiena pri nadaljnji obdelavi razkuženih tekstilij ravno tako pomembna, saj lahko zaradi nestrokovnega ravnanja pri nadaljnji obdelavi tekstilij pride do rekontaminacije (sortiranje, likanje, zlaganje, pakiranje). Zato je pomembno nadzorovati ter redno čistiti in razkuževati vse površine, ki pridejo s stik z opranimi tekstilijami pri nadaljnji obdelavi (5). Na Sliki 1 so podane faze uporabe in nege bolnišničnih tekstilij (6).



Slika 1: Faze uporabe in nege bolnišničnih tekstilij (4).

Vloga medicinske sestre in naloge pri preprečevanju bolnišničnih okužb

Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb je eden od pomembnih elementov varnega delovanja bolnišnice (7). Pri preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb imajo medicinske sestre naslednje naloge (8):

- lastno izobraževanje in poučenost o bolnišničnih okužbah,
- izobraževanje sodelavcev,
- nadzor in priprava navodil glede: sprejema bolnikov, čiščenja bolnikove okolice, zaščite osebja z uporabo zaščitnih sredstev, higienskih problemov v zdravstveni negi, higijene rok in uporabe rokavic, odzema in prenašanja kužnega materiala, ravnanja z instrumenti in aparati, ravnanja z bolnišničnim perilom, prevoza in delitve hrane, izvajanja čiščenja, dezinfekcije in sterilizacije.

Namen raziskave

V raziskavi smo preverjali znanje medicinskih sester o pravilni higieni bolnišničnih tekstilij na operacijskih oddelkih dveh bolnišnic.

Metode

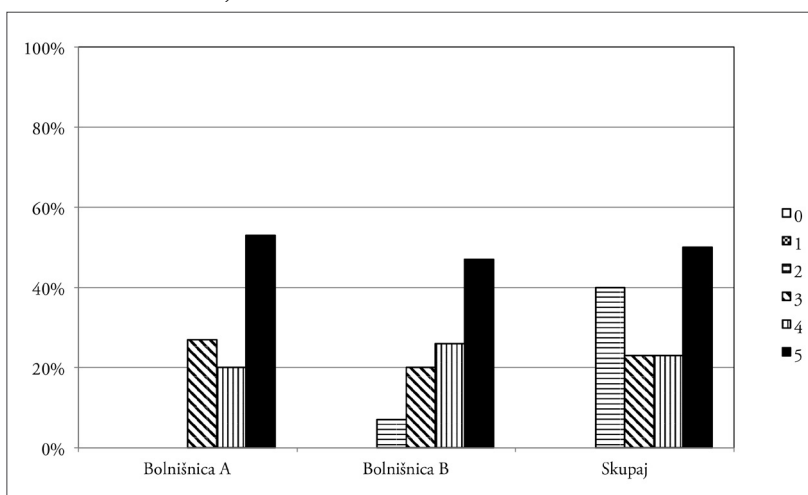
Opis instrumenta: Izvedli smo anketiranje, uporabili smo lasten strukturirani vprašalnik, ki je vseboval 21 vprašanj zaprtega in polodprtega tipa z vnaprej podanimi možnimi odgovori. Z vprašanji smo preverjali poznavanje problematike pravilne higijene bolnišničnih tekstilij. Del vprašanj se je nanašal na demografske podatke anketiranih: starost, izobrazba in čas zaposlitve v operacijskem oddelku.

Opis vzorca: Vprašalnik smo razdelili med zaposleno negovalno osebje v dveh izbranih operacijskih oddelkih dveh bolnišnic. Na priročen način smo razdelili po 15 vprašalnikov na oba oddelka in dobili vrnjene vse vprašalnike. V raziskavo je bilo tako vključenih 30 članov negovalnega kadra (15 iz bolnišnice A in 15 iz bolnišnice B). V bolnišnici A je bilo 33% anketirancev starih med 20 in 30 let, 27% med 31 in 40 let, prav tako 27% med 41 in 50 let in 13% jih je bilo starih med 51 in 60 let. V bolnišnici B je bilo 7% anketirancev starih med 20 in 30 let, 40% med 31 in 40, 20% med 41 in 50 in 33% med 51 in 60 let. V bolnišnici A je bilo 40% anketiranih zaposlenih v zdravstvu do 10 let, po 20% pa od 11 do 20 let, od 21 do 30 let ter od 31 do 40 let. V bolnišnici B pa je bilo 20% anketiranih zaposlenih v zdravstvu do 10 let, 27% od 11 do 20 let, 33% od 21 do 30 in 20% od 31 do 40 let.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov: V letu 2011 smo izvedli raziskavo v operacijskih oddelkih dveh izbranih bolnišnic. V obeh ustanovah smo pridobili dovoljenje za anonimno raziskavo. Podatke smo prikazali v odstotkih s pomočjo programov Microsoft Office Word in Excel 2010.

Rezultati

V bolnišnici A je bilo 67% operacijskih medicinskih sester mnenja, da so dovolj poučene o higieni bolnišničnih tekstilij, v bolnišnici B so to trdile vse medicinske sestre.

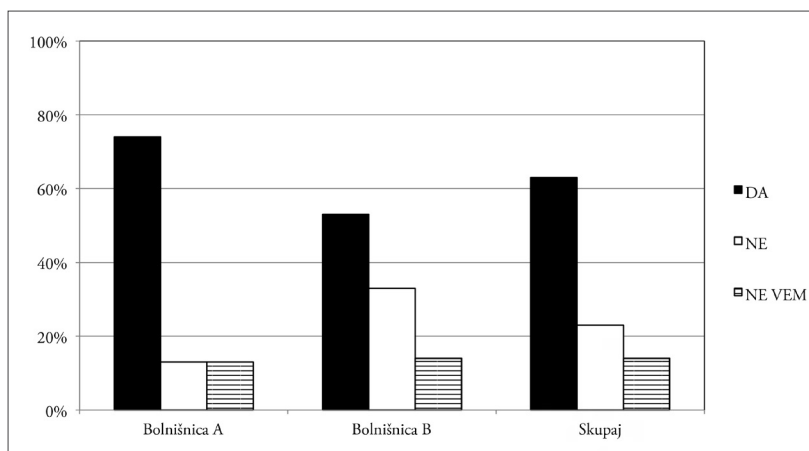


Slika 2: Ocena znanja medicinskih sester o higieni bolnišničnih tekstilij na operacijskih oddelkih dveh bolnišnic.

Iz Slike 2 so razvidni rezultati ocen svojega znanja o higieni bolnišničnih tekstilij. Lestvica je določena od 1 do 5, kjer ocena 5 pomeni odlično znanje in 1 pomeni popolno neznanje. V bolnišnici A je 53% medicinskih sester iz operacijskega oddelka ocenilo svoje znanje z oceno 5, 27% jih je ocenilo svoje znanje z oceno 4 in 20% je svoje znanje ocenilo z oceno 3. V bolnišnici B pa je 47% medicinskih sester ocenilo svoje znanje z oceno 5, 26% jih je ocenilo svoje znanje z oceno 4, 20% jih je ocenilo svoje znanje z oceno 3 in pa 7% z oceno 2.

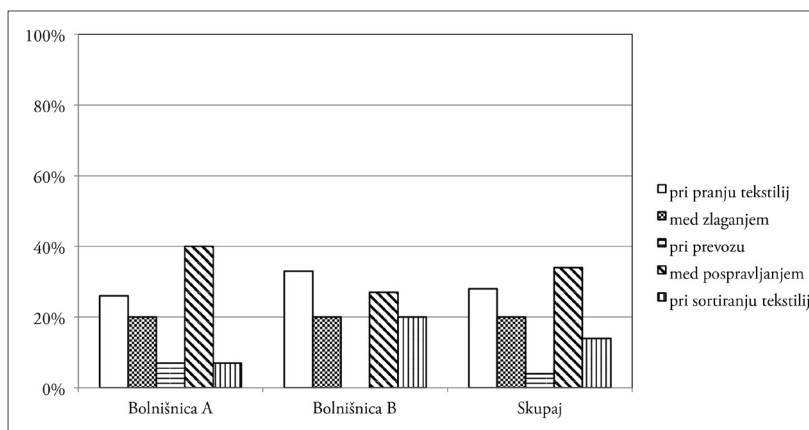
Na vprašanje, ali je nepravilna higiena bolnišničnih tekstilij eden izmed morebitnih vzrokov bolnišničnih okužb, so vse medicinske sestre v bolnišnici B odgovorile z ne, torej, da nepravilna higiena bolnišničnih tekstilij ni morebiten vzrok bolnišničnih okužb. V bolnišnici A pa je nasprotno več polovica medicinskih sester iz operacijskega oddelka (54%) odgovorilo z DA. Torej, da so mnenja, da je nepravilna higiena bolnišničnih tekstilij eden izmed vzrokov bolnišničnih okužb, 14% jih je odgovorila z ne in 32% jih je odgovorila z mogoče.

Na vprašanje, koliko se jim zdi pomembna higiena bolnišničnih tekstilij pri zdravju pacienta, so v bolnišnici B vse medicinske sestre iz operacijskega oddelka odgovorile, da je higiena bolnišničnih tekstilij pri zdravju pacienta zelo pomembna. V bolnišnici A pa je 60% medicinskih sester odgovorilo, da je higiena bolnišničnih tekstilij pri zdravju pacienta zelo pomembna, 27% jih je odgovorilo, da je dokaj pomembna, 7% jih je odgovorilo, da je pomembna in 6% jih je odgovorilo, da je higiena bolnišničnih tekstilij manj pomembna za zdravje pacienta.



Slika 3: Prikaz ocene medicinskih sester o pomembnosti večjega poudarka na higieni bolnišničnih tekstilij v programu izobraževanja v zdravstvu.

Na Sliki 3 je prikazana ocena medicinskih sester o pomembnosti večjega poudarka na higieni bolnišničnih tekstilij. Iz slike 3 je tudi razvidno, da tri četrtine medicinskih sester v bolnišnici A in več kot polovica (53%) medicinskih sester iz bolnišnice B meni, da bi bilo treba bolj poudariti pomembnost higiene bolnišničnih tekstilij v programih izobraževanja v zdravstvu.



Slika 4: Prikaz ocene dejavnosti, ki povzročijo največje kontaminacije bolnišničnih tekstilij.

Odgovori anketirancev na vprašanje, pri katerih od naštetih dejavnosti pride do največje kontaminacije bolnišničnih tekstilij, so podani na Sliki 4. V bolnišnici A je 40 % medicinskih sester odgovorilo, da se medicinske tekstilije največkrat kontaminirajo med pospravljanjem perila, 26 % jih je odgovorilo, da pri pranju perila, 20 % jih je odgovorilo, da med pospravljanjem perila, po 7 % pa jih je menilo, da med sortiranjem tekstilij oziroma pri prevozu tekstilij. V bolnišnici B je 33 % medicinskih sester odgovorilo, da pride do kontaminacije bolnišničnih tekstilij pri pranju tekstilij, 27 % jih je menilo, da med pospravljanjem tekstilij in po 20 % medicinskih sester je menilo, da med sortiranjem oziroma med zlaganjem tekstilij. Na vprašanje ali medicinske sestre menijo, da so bolnišnične tekstilije,

ki pridejo iz pralnice, dovolj dobro oprane, so vse medicinske sestre v bolnišnici B odgovorile z da. V bolnišnici A pa je 73 % medicinskih sester odgovorilo, da so bolnišnične tekstilije, ki pridejo iz pralnice, dovolj dobro oprane, 27 % pa jih je odgovorilo negativno.

Diskusija

Obstajajo dokumentirana poročila o bolnišničnih tekstilijah kot morebitnem viru bolnišničnih okužb z acinetobaktri, odpornimi proti karbapenemom (9), z glivicami (10), MRSA (11), *Bacillus cereus* (12), garjami (13) itd. Prav tako obstaja več dokumentiranih poročil o preživetju oziroma rekontaminaciji z enterokoki (3,14), *Clostridium difficile* (15), virusom parainfluenze (16), salmonelami (17), hepatitisom A (18) in drugimi mikroorganizmi (19) v različnih postopkih pranja. Iz teh poročil je razvidno, da je pravilna higiena bolnišničnih tekstilij pomembna pri preprečevanju bolnišničnih okužb.

Z raziskavo smo ugotovili, da so medicinske sestre na operacijskih oddelkih bolnišnic A in B seznanjene s pravilno higieno, z načini in protokoli za preprečevanje bolnišničnih okužb ter da se zavedajo pomembnosti preprečevanja le teh (7). Ker so ukrepi za preprečevanje bolnišničnih okužb sorazmerno enostavni, zdravstveni delavci pogosto mislijo, da poznajo vse pravilne načine za preprečevanje okužb. V praksi pa pogosto zasledimo, da ukrepe uporabljajo napačno ali pa nekateri zelo pomembnih načel sploh ne upoštevajo. Res je, da pogosto ni na voljo vseh pripomočkov, toda če ukrepe dobro poznamo in razumemo njihov smisel, lahko delo vseeno organiziramo tako, da bo nevarnost okužbe ne glede na vir za bolnika minimalna (20).

Literatura

1. Fijan S. Določanje kakovostnih parametrov zagotavljanja higiene v industrijskih pralnicah v Sloveniji. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za strojništvo; 2003.
2. Fijan S, Šostar-Turk S, Cencič A. Implementing hygiene monitoring systems in hospital laundries in order to reduce microbial contamination of hospital textiles. *J Hosp Infect* 2005; 61 (1): 30–8.
3. Orr KE, Holliday MG, Jones AL, Robson I, Perry JD. Survival of enterococci during hospital laundry processing. *J Hosp Infect* 2002; 50 (2): 133–9.
4. Sachgemäße Wäschpflege, Gütesicherung RAL-GZ 992. Sankt Augustin: RAL Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V. 2004.
5. Fijan S, Šostar-Turk S. Pomen higiene bolnišničnih tekstilij za zdravje. V: Pajnkihar M, Lorber M (ur.). *Zbornik predavanj*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2013: 169–173.
6. Leonardo da Vinci Research-Project No. 146 082 (2003): Development of an educational and advanced training module for the conversion of the new standard EN14065 (RABC).
7. Založnik S. Primerjava higiene medicinskih tekstilij med dvema bolnišničnima pralnicama. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2011.
8. Lužnik-Bufon in sod. 2009. Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

9. Das I, Lambert P, Hill D, Noy M, Bion J, Elliott T. Carbapenem-resistant *Acinetobacter* and role of curtains in an outbreak in intensive care units. *J Hosp Infect* 2002; 50: 110–114.
10. English MP, Wethered RR, Duncan EH. Studies in the epidemiology of *Tinea pedis*. VIII. Fungal infection in a long-stay hospital. *Brit Med J* 1967; 3: 136–139.
11. Boyce JM, Potter-Bynoe G, Chenevert C, King T. Environmental contamination due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: possible infection control implications. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 622–627.
12. Dohmae S, Okubo T, Higuchi W. *Bacillus cereus* nosocomial infection from reused towels in Japan. *J Hosp Infect* 2008; 69: 361–367.
13. Thomas MD, Giedinghagen DH, Hoff GL. An outbreak of scabies among employees in a hospital-associated commercial laundry. *Infection Control* 1987; 8: 427–429.
14. Fijan S, Koren S, Cencič A, Šostar-Turk S. Antimicrobial disinfection effect of a laundering procedure for hospital textiles against various indicator bacteria and fungi. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2007; 57 (3): 251–257.
15. Hellickson LA, Owens KL. Cross-contamination of *Clostridium difficile* spores on bed linen during laundering. *Am J Infect Control* 2007; 35: E32–E33.
16. Brady MT, Evans J, Cuartas J. Survival and disinfection of parainfluenza viruses on environmental surfaces. *Am J Infect Control* 1990; 18:18–23.
17. Standaert SM, Hutcheson RH, Schaffner W.A. Nosocomial transmission of salmonella gastroenteritis to laundry workers in a nursing home. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994; 15: 22–26.
18. Borg MA, Portelli A. Hospital laundry workers – an at-risk group for hepatitis A? *Occup Med* 1999; 49: 448–450.
19. Fijan S, Šostar-Turk S. Hospital textiles, are they a possible vehicle for healthcare-associated infections? *Int Environ Res Public Health* 2012; 9 (9): 3330–3343.
20. Gubina, M, Dolinšek M, Škerl M. Bolnišnična higiena. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za mikrobiologijo in imunologijo, 2002.

Pomen cepljenja proti ošpicam v Sloveniji

Importance of vaccination against measles in Slovenia

Anamarija Zore, Karmen Kobe

Povzetek

Problem: Za ošpicami je v preteklosti obolelo veliko število ljudi in precej jih je tudi umrlo. Prebolevanje te močno nalezljive bolezni lahko vodi do pojava resnejših komplikacij. Cepljenje predstavlja pomemben dejavnik pri zmanjševanju obolevnosti.

Namen: S pregledom literature so predstavljene ošpice, razširjenost bolezni in uspešnost preprečevanja.

Rezultati: V Sloveniji je bilo pred uvedbo cepljenja veliko število okuženih z virusom ošpic. Incidenca ošpic se je v Sloveniji po uvedbi cepljenja z enim odmerkom cepiva sicer znižala, vendar ne dovolj pomembno, zato so po nekaj letih uvedli še drugi odmerek cepiva, kar je imelo za posledico močan upad števila obolelih. Cepljenje proti ošpicam v Sloveniji je bilo tako učinkovito, da v letih 2000 do 2009 ne beležijo nobenega primera. V letu 2010 so se ošpice vnesle v Slovenijo iz Evrope zaradi necepljenih posameznikov.

Zaključki: Cepljenje proti ošpicam učinkovito preprečuje pojavljanje in širjenje okužbe med dovzetno populacijo.

Gljučne besede: preprečevanje ošpic, cepljenje, medicinska sestra

Abstract

Introduction: In the past a large number of people were affected by measles and many of them also died. Overcoming this highly contagious disease may lead to serious complications. Vaccination is a pivotal factor in reducing measles outbreaks.

Purpose: Along with the examination of the literature, the thesis describes measles in detail, its morbidity and the effectiveness of prevention.

Results: Slovenia had been highly affected by measles before the vaccination was introduced in large scale. The incidence of measles in Slovenia after the introduction of the single-dose vaccination did fall, however, marginally. After a few years a second dose of the vaccine was

introduced, which resulted in a sharp decline in the number of affected people. Measles vaccination in Slovenia has been so effective that no records of measles were registered between 2000 and 2009. In 2010 measles entered into Slovenia from Europe due to unvaccinated individuals.

Conclusions: Measles vaccination effectively prevents the emergence and widespread of the infection among susceptible populations.

Keywords: measles prevention, vaccination, nurse

Uvod

Ošpice spadajo med najbolj nalezljive otroške bolezni. Za ošpicami je v preteklosti obolelo veliko število otrok in precej jih je tudi umrlo. Povečan vnos cepiva med mlajšimi otroki še vedno ni dovolj, da bi preprečili izbruhe bolezni. Njeno širjenje je potrebno zaustaviti po vsem svetu. Virus ošpic se zelo hitro širi, zlasti na območjih, kjer se do vzetni ljudje združujejo v skupine (npr. v šolah in univerzah) (1).

Poznavanje epidemioloških značilnosti posamezne nalezljive bolezni je ključno za njeno preprečevanje, obvladanje in zatiranje. Center za nalezljive bolezni Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) v Sloveniji preko Zavodov za zdravstveno varstvo zbira podatke o nalezljivih boleznih, proučuje epidemiološke značilnosti, ocenjuje tveganja in predlaga ukrepe za njihovo obvladovanje. Izredno pomemben je sistem stalnega spremljanja nalezljivih bolezni, hitrega obveščanja o njihovem pojavu in izdelani algoritmi ukrepanja (2).

Možnost širjenja ošpic po Evropi je velika, saj v večini držav še niso dosegli 95 % precepljenosti prebivalstva (otrok). Zato potovanja po Evropi ter izven nje lahko predstavljajo tveganje glede izpostavljenosti virusu ošpic. Glavni dejavnik zmanjšanja precepljenosti v Evropi je pomanjkanje informacij o resnosti bolezni ošpic. Razlogi za odklonitev cepljenja pa so predvsem dvomi o koristih cepljenja, strah pred škodljivimi učinki cepiva in omejen dostop za določeno populacijo. Verska in filozofska nasprotovanja cepljenju predstavljajo resne ovire v nekaterih območjih, zlasti v zahodni Evropi. Ošpice v Evropi predstavljajo velik zdravstveni problem, s tem pa tudi finančne stroške in globalne posledice (3, 4).

Potek bolezni

Virus ošpic

Ošpice povzroča virus ošpic, rod *Morbillivirus* iz družine *Paramyxoviridae*. Je razmeroma velik virus, ki meri 120 do 260 nm. Sestavljen je iz zunanje lipoproteinske ovojnice in središče. Genom virusa ošpic vsebuje negativno polarno molekulo RNA. Vstopno mesto virusa ošpic v človeški organizem je nosno-žrelna sluznica in morda očesna veznica. Prenos poteka po zraku (aerogeno) s kužnimi kapljicami, neposredno ali posredno. Okužba se prenaša z dihanjem, kašljanjem, kihanjem ali pa z rokami. Inkubacijska doba je 10-14 dni. Bolnik je najbolj kužen v poznem prodromalnem obdobju bolezni. Kužen je že nekaj dni pred pojavom izpuščaja ter 6 dni po njem (5, 6).

Bolezenski znaki

Prodromalno obdobje: v začetku bolezni se pojavi nenadna visoka vročina, glavobol, utrujenost, kašelj, izcedek iz nosu, vnetje očesnih veznic (konjunktivitis) in diareja. Mlajši otroci imajo pogoste vročinske krče. V tem obdobju se na ustni sluznici pojavijo značilne Kopli-

kove pege (majhne, modro-bele lise), ponavadi nasproti kočnikov, tudi na dlesni in mehkem ter trdem nebu. Pojavijo se pri 90 % primerov in trajajo 2-6 dni (6, 7).

Obdobje izpuščaja: približno 3-5 dni po začetku simptomov se najprej za ušesi in zgornjem delu vratu pojavi izpuščaj, ki je najprej v obliki redkih peg. Kmalu se razširi na obraz, telo in ude. V obdobju izpuščaja začetni znaki pridejo še posebej do izraza – telesna temperatura naraste do 40°C ali več, pojavi se intenzivnejši kašelj in vnetje očesnih veznic. Izpuščaj začne po 3-4 dneh bledeti in telesna temperatura se zniža, z njo pa tudi ostali bolezenski znaki. Kašelj lahko traja še 10 dni ali več (6, 7).

Imunski odgovor

Na prisotnost virusa ošpic v organizmu, z naravno okužbo ali s cepljenjem, telo odgovori z različnimi specifičnimi in nespecifičnimi imunskimi reakcijami. Zgodnji protivirusni odziv predstavljajo nespecifični dejavniki (makrofagi), ki bistveno upočasnijo naraščanje števila virusov. V telesu se nato aktivira tudi specifični odgovor, ki ga predstavljata humoralni (protitelesni) in celični imunski odziv. Tvorijo se specifična protitelesa, ki vežejo komplement, zavirajo hemaglutinacijo virusa ali virus nevtralizirajo. Limfociti B prepoznavajo virusne antigene v njihovi naravni obliki, limfociti T pa prepoznavajo razgrajene beljakovinske antigene in okužene celice. Pri primarni okužbi se pojavijo najprej protitelesa razreda IgM, nato protitelesa razreda IgG. IgM protitelesa lahko dokazujemo 3 tedne po vdoru virusa v telo, le izjemoma dlje. Protitelesa IgG se pojavijo 14. dan po okužbi in najvišji titer dosežejo 4 do 6 tednov po okužbi ter v nizkem titru ostajajo vse življenje. Po okužbi se pojavijo tudi protitelesa IgA v nosno-žrelni sluznici, ki predstavljajo pomembno lokalno zaščito. Humoralna in celična imunost ščitita ter preprečujeta pojavljanje bolezni. Imunost po preboleli bolezni in verjetno tudi po cepljenju z živim cepivom je dosmrtna (6, 8).

Zapleti bolezni

Najpogosteje se pojavi driska, vnetje očesne veznice (konjunktivitis), vnetje srednjega ušesa, pljučnica s poslabšanjem kašlja in gnojni izmeček. Bolnike in njihove starše je potrebno opozoriti, naj v primeru zapletov ali če po pojavu izpuščaja vročina traja več kot 3-4 dni, poiščejo zdravniško pomoč. Resnejši zapleti so bolj redki. Vključujejo akutni encefalitis, ki povzroči motnje zavesti, krče in nevrološke poškodbe. Razvije se približno teden dni po pojavu izpuščaja. Redek zaplet je subakutni sklerozni panencefalitis, katerega simptomi se razvijejo več mesecev ali tudi več let kasneje. V nerazvitem svetu ošpice prizadenejo podhranjene otroke. Pri njih je bolezen močno izražena in jo spremljajo okužbe prebavil. Obdobje izločanja virusa je podaljšano in smrtnost obolelih je višja. Ob sočasnem pomanjkanju vitamina A se pogosto pojavi vnetje roženice (keratitis), to pa lahko vodi v oslepitev (5, 7).

Dovzetne osebe

Okužba z virusom ošpic se pojavlja pri dovzetnih posameznikih, med splošno populacijo ter v posameznih skupinah. Za okužbo z ošpicami dovzetna populacija so osebe, ki ne smejo biti cepljene zaradi kontraindikacij za cepljenje. Okužijo se lahko tudi osebe, ki niso bile cepljene ob priporočeni starosti po programu ali pa so cepljenje opustile zaradi osebnih razlogov in prepričanj. Za okužbo so dovzetni tudi nekateri posamezniki, ki po cepljenju niso razvili imunskega odgovora. Otroci in mladostniki, ki niso bili cepljeni pri priporočeni starosti, se v veliki večini primerov tudi okužijo (4, 9).

Ošpice v Sloveniji

V Sloveniji so bile ošpice dolga leta najpogostejša bolezen in so se pojavljale tudi v epidemijah. Leta 1928 je bila zabeležena obolevnost 22 primerov ošpic na 10.000 prebivalcev. Leta 1968 se je v Sloveniji uvedlo obvezno cepljenje proti ošpicam, sprva v starosti 8 mesecev, pozneje v starosti 12 mesecev (rojeni leta 1967). Do takrat je bilo več kot 5000 obolelih letno, kasneje pa se je število obolelih močno zmanjšalo. V prvih letih je bila precepljenost nizka, v letu 1972 je dosegla 60%. V letu 1979 je dosegla 80% in se je v naslednjih letih še povečevala. Leta 1976 in 1977 je ponovno obolelo okoli 4000 oseb. Med obolelimi so bili tudi cepljeni, zato se je pričelo z revakcinacijo v 7. letu starosti. Cepljenje z drugim odmerkom je bilo uvedeno v program leta 1978 za otroke ob vstopu v šolo (rojeni leta 1971). Precepljenost je bila v prvih letih po uvedbi cepljenja nizka, tako da niso dosegli z zakonom predpisane odstotka cepljenih. Razlog za to je bilo upoštevanje preširokih kontraindikacij za cepljenje. Tako je bilo omogočeno neovirano kroženje virusa v občutljivem delu prebivalstva. Od leta 1984 dalje pa je bil precepljenost zelo visoka in vsako leto višja – nad 95%. Število obolelih se je iz leta v leto zniževalo. Bili pa so zabeleženi prehodni epidemični valovi, zadnji leta 1994/1995. Cepljenje se od leta 1990 izvaja z dvema odmerkoma kombiniranega cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (OMR) (6, 10).

Od leta 1999 do 2009 Slovenija ni beležila primerov ošpic. Po 10-ih letih so bili v Sloveniji v marcu 2010 zabeleženi 3 primeri. Prvi primer je k nam vnesel državljani Irske, ki se je na poti do Slovenije okužil v eni izmed zahodnoevropskih držav. Zaradi hude oblike ošpic je bil hospitaliziran, v bolnišnici pa sta se od njega okužili še dve osebi. Aprila 2011 je bil v bolnišnico sprejet slovenski državljani, ki se je z ošpicami okužil v Franciji. Takrat je zbolela še ena necepljena oseba. Nato beležimo še en primer v maju. Primer ošpic pa se je pojavil tudi v začetku junija 2011 pri državljanu RS, ki je potoval po Avstriji, Belgiji, Franciji in Italiji. Od njega se je okužila ena necepljena oseba. Obolele so osebe, ki proti ošpicam niso bile cepljene oziroma jih niso prebolele in so se okužile v tujini, potem pa so okužbo razširile tudi v svojo okolico (10,11).

V letu 2011 so v Sloveniji zabeležili 6 vnesenih primerov ošpic in skupno s sekundarnimi okužbami, 22 primerov okuženih posameznikov z virusom ošpic. Svetovna zdravstvena organizacija pri nadzoru nad izločanjem ošpic določa, da je nadzor v državi dober, če se ob vnosu ošpic v državo ne pojavi več kot 10 sekundarnih okuženih primerov. V Sloveniji smo v letu 2011 beležili malo uvoženih primerov, v primerjavi z drugimi državami EU. Analize 22 prijavljenih primerov kažejo, da so bili vneseni virusi različnih genotipov, kar dokazuje, da je šlo za ločene verige prenosa. Na uspešno preprečevanje ošpic v Sloveniji je vplivala visoka precepljenost otrok, ki ima za posledico visoko imunost prebivalstva proti ošpicam in je eden od pglavitnih razlogov za uspešno preprečevanje sekundarnih prenosov ošpic ter manjših izbruhov. Slovenija ima tudi učinkovit natančen nadzorni sistem z močno laboratorijsko podporo, ki odkrije primere ošpic in hitro ukrepa. Obvezno je obveščanje o morebitnih sumih na ošpice v 3-6 urah na Inštitut za varovanje zdravja. Vir okužbe se določi za vsak primer, da se lahko opredeli način prenosa in izvaja standardne ukrepe za nadzor bolezni (12).

Ošpice v Evropi

V Evropi se je v 90-ih letih prejšnjega stoletja incidenca ošpic znatno znižala zaradi uvedbe kombiniranega cepiva OMR v nacionalne programe cepljenja otrok v vseh državah. V nekaterih državah (predvsem države vzhodne in srednje Evrope ter Skandinavija) pa je prav zaradi visoke precepljenosti prišlo do eliminacije ošpic. V nekaterih drugih državah (predvsem zahodne Evrope) pa niso dosegli 95% precepljenosti, ki je potrebna za eliminacijo ošpic. Ocenjujejo, da na nekaterih področjih kar 20% populacije ni cepljene. V teh državah se še vedno pojavljajo izbruhi ošpic, ti pa predstavljajo nevarnost za vnos ošpic tudi v druge evropske države (1, 14).

Svetovna zdravstvena organizacija in Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni pozorno spremljata epidemično pojavljanje ošpic po Evropi in v posameznih državah (Tabela 1), saj želijo preprečiti širjenje bolezni. Njihov cilj je odpraviti ošpice v Evropi do leta 2015, kar bo mogoče le z doseganjem in vzdrževanjem visokega deleža cepljenih v vseh državah. Število prijavljenih primerov ošpic se je močno povečalo konec leta 2009, medtem ko se je incidenca te bolezni v preteklih letih nižala. V letu 2011 je bilo do oktobra v Evropi zabeleženih več kot 26.074 primerov ošpic, več kot polovica teh v Franciji (okoli 14.000). Do okužbe je prišlo predvsem pri mladostnikih in pri mlajših odraslih osebah, ki niso bile cepljene ali zgodovina njihovega cepljenja ni bila znana. Povprečna starost okuženih oseb je bila 15 let. Razlog za povečan prenos in izbruh ošpic v Evropi je predvsem neuspešno cepljenje dovzetne populacije. Za ošpicami je v Evropi leta 2011 umrlo devet ljudi, od tega šest v Franciji (13).

Tabela 1: Primerjava primerov ošpic (incidence na 100 000 prebivalcev) v nekaterih evropskih državah v letih od 2010–2012 (15, 16).

DRŽAVA	2010		2011		2012	
	Št. prijav	Incidenca	Št. prijav	Incidenca	Št. prijav	Incidenca
Avstrija	43	0,5	99	1,2	19	0,2
Francija	5019	7,8	15 206	23,4	859	1,3
Italija	863	1,4	5181	8,5	682	1,1
Madžarska	0	0	5	0,1	2	0,02
Slovenija	2	0,1	22	1,1	2	0,1

Diskusija

Odkritje cepiva proti ošpicam predstavlja v zgodovini pomemben preobrat v preprečevanju te močno nalezljive bolezni. V Sloveniji bolezen uspešno preprečujemo s cepljenjem in je zato malo prijavljenih primerov ošpic. Bolezen je zato postala navidezno nenevarna in zato se nekateri posamezniki odločajo, da svojih otrok ne bodo cepili. Tako narašča število necepljenih ljudi in s tem se povečuje možnost ponovnega vnosa ošpic na področje Slovenije. Po Evropi za ošpicami oboleva še veliko število ljudi, ker nekatere države niso dosegle zadostnega odstotka precepljenosti in zaradi velike nalezljivosti ošpic. Vsi neimuni posamezniki, ki pridejo v stik z ošpicami, se po vsej verjetnosti tudi okužijo. V zdravstvenih ustanovah, kjer se cepljenja izvajajo, je potrebna doslednost. Pomembno je starše informirati o pomenu cepljenja otrok za preprečevanje okuženih primerov, nastanka možnih komplikacij bolezni in velike nalezljivosti. Potrebno si je pridobiti njihovo zaupanje, saj je izved-

ba cepljenja otroka pogojena z njihovim dovoljenjem. Medicinska sestra ima pri cepljenju pomembno vlogo že pri naročanju cepiva, transportu in hranjenju kot tudi pri aplikaciji cepiva. Mnogo staršev, ki imajo pomisleke o cepivu, išče odgovore na njihova vprašanja po spletnih straneh, kjer naletijo na laične trditve o nevarnosti cepiva in razvoju nekaterih motenj, povezanih s cepljenjem. Odgovornost državnega zdravstva in tudi vsakega posameznika je, da preprečuje nalezljive bolezni, ki lahko povzročajo trajne okvare ali celo smrt. Starši s cepljenjem svojih otrok pokažejo odgovorno skrb za svoje otroke, za celotno populacijo in prihodnje rodove. Nasprotniki cepljenja skušajo dokazati, da cepljenje ni potrebno. Ne zavedajo se, da lahko neizvajanje cepljenja poviša možnost novih epidemij. S povečanjem števila necepljenih otrok bi se število obolelih bistveno povečalo, s čimer bi se povečala možnost komplikacij prebolevanja ošpic in število smrti zaradi okužbe. Pomembna je dobra komunikacija s starši o cepljenju s strani zdravstvenega osebja, kjer se staršem omogoči, da izrazijo svoje skrbi in pomisleke. Medicinske sestre lahko s svojim znanjem tudi pomembno pripomorejo k zmanjševanju prenosa ošpic, prepoznavanju bolezenskih znakov in k hitremu ukrepanju pri preprečevanju nadaljnjih okužb. Prepoznavna ošpic v zdravstvenih ustanovah in ustrezno ukrepanje vodi k preprečevanju nadaljnjih okužb.

Zaključki

V praksi lahko medicinske sestre iz zdravstvene dokumentacije ugotovijo, katere osebe potrebujejo cepivo in jim le-to ponudijo priložnostno, ko bolniki obišejo ambulanto iz drugih razlogov. Zdravstveni delavci morajo biti vestni svetovalci in zdravstveni vzgojitelji. Staršem je potrebno razložiti, proti čemu bo cepljen otrok, s kakšnim cepivom, v kolikšnih odmerkih ter zakaj je cepljenje potrebno in kakšnim težavam se z njim izogne. Pomembno je, da se staršem in ostalim ljudem svetuje o koristnosti cepljenja ter da se izboljša dostop do storitev cepljenja. Potrebne bi bile različne strategije za izboljšanje cepljenja rizičnih skupin. Poudarek bi moral biti na ugotavljanju ključnih dejavnikov opustitve cepljenja. Pomembno vlogo predstavlja komunikacija in način sporočanja občutljivim skupinam. Potrebne informacije o bolezni in njenem preprečevanju je potrebno sporočiti in s tem spodbuditi cepljenje z načrtovanjem storitve ter obveščanje družin o razpoložljivosti cepljenja.

Nekateri starši iščejo argumente proti cepljenju, z namenom, da bi se izognili cepljenju njihovih otrok. Ne sprašujejo se, kako je bilo z ošpicami pred uvedbo cepljenja, koliko je bilo obolelih in kakšne komplikacije bolezni lahko povzroči. Pomembno je informiranje ljudi o pomembnosti cepljenja, kjer medicinska sestra potrebuje ustrezna znanja o ošpicah, pojavljanju te nalezljive bolezni in možnih posledicah pri prebolevanju ošpic. Potrebno bi bilo tudi podajanje relevantnih informacij po medijih in internetnih straneh. Delovanje medicinske sestre v prid cepljenja in pogovor s starši o njihovih skrbih ima lahko pomemben vpliv na pojavljanje ošpic in preprečevanje ponovnih epidemij.

Literatura

- 1 Bedford H. We can consign this nasty infection to the history books. Centre for pediatric epidemiology and biostatistics, UCL Institute of child health, London. *Nurs Times* 2011a: 13.
- 2 Kraigher A, Ihan A, Avčin T. Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino IVZ, 2011: 15-25.

- 3 CDC. Progress in global measles control, 2000-2010. *MMWR* 2012; 60 (4): 73-78.
- 4 Muscat M. Who gets measles in Europe? *J Infect Dis* 2011; 204 (Suppl 1): S353-365.
- 5 Petrovec M. Paramiksovirusi. V: Poljak M, Petrovec M, ur. *Medicinska virologija*. Ljubljana: *Med razgl*, 2011: 137-150.
- 6 Radšel-Medvešček A. Ošpice (Morbilli). V: Marolt-Gomišček M, Radšel-Medvešček A. *Infekcijske bolezni*. Ljubljana: Tangram, 2002: 421-427.
- 7 Diagnosis, management and prevention of measles. *Br J Sch Nurs* 2011; 6 (8): 375-378.
- 8 Novak D. Virusna diagnostika, odvzemi in transport kužnin. V: Zbornica zdravstvene nege Slovenije. *Virusne infekcije pri otrocih: Zbornik predavanj*. Strokovni seminar Pediatrične sekcije Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Novo mesto: Opara, 2003: 9-11.
- 9 Bedford H. Measles: time to address a preventable problem. *J Pract Nurs* 2011b; 22(7):358-361.
- 10 nštitut za varovanje zdravja (2011). Ošpice - algoritem ukrepanja ver.3/2011. http://www.ivz.si/Mp.aspx/Algoritem_0%C5%A1pic.pdf?ni=150&pi=5&_5_attachmentID=3637&_5_attachmentName=Algoritem+0%u0161pic&_5_mimeType=application%2Fpdf&_5_action=DownloadAttachment&pl=150-5.3.<22.7.2013>.
- 11 Grmek Košnik I, Krt Lah A, Eberl Gregorič E, Ribič H. V kolikšnem deležu smo zdravstveni delavci zaščiteni proti ošpicam? *Revija ISIS* 2011; XX.(10): 67-9.
- 12 WHO, Regional office for Europe. Case study: Measles importations, Slovenia, 2011. *WHO epidemiological brief* 2011; 19: 3.
- 13 CDC. Increased transmission and outbreaks of measles - European Region, 2011. *MMWR* 2011; 60: 1605-1610.
- 14 Učakar V, Sevljak Jurjevec M, Grgič Vitek M, Javornik S, Kraigher A. Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2011: 23.
- 15 ECDC (2012). European monthly measles monitoring (EMMO). http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/sur_emmo_european-monthly-measles-monitoring-february-2012.pdf <2.8.2013>.
- 16 ECDC (2013). Number of measles cases, 2012. http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/epidemiological_data/measles_cases/Pages/measles-cases-2012.aspx <2.8.2013>.

Bakterijska vaginoza

Bacterial Vaginosis

Katja Hrustel, Anamarija Zore

Povzetek

Okužbe rodil ogrožajo razmnoževalno in splošno zdravje žensk. Čeprav je nožnica odporna, lahko okužbe nožnice ali le porušeno razmerje mikroorganizmov vodijo do resnih ginekoloških in porodniških zapletov. Mikrobiološka flora nožnice se v življenju ženske spreminja zaradi hormonskih in zunanjih vplivov. V odrasli, razmnoževalni dobi predstavlja *Lactobacillus* sp. normalno floro nožnice in prispeva k naravni odpornosti nožnice. Bakterijska vaginoza je najpogostejši vzrok vnetja nožnice (kolpitis). Bakterijske vaginoze ne prištevamo med spolno prenosljive okužbe, saj je pogosteje posledica porušenega razmerja mikroorganizmov v nožnici kakor okužbe. Pogosti povzročitelj bakterijske vaginoze je *Gardnerella vaginalis*. Bakterijska vaginoza pogosto izzveni brez zdravljenja, a se lahko ponavlja. Zdravljenje je učinkovito in ga priporočamo za bolnice s težavami. Zdravljenje ne prepreči ponovitev bolezni. Bakterijska vaginoza je povezana z ginekološkimi in porodniškimi zapleti, vendar presejalnega testiranja na bakterijsko vaginozo ne priporočamo kot rutinsko prakso za vso žensko populacijo. Mikrobiološki bris nožnice priporočamo pri porodnicah s prezgodnjim porodom in pri ženskah s ponavljajočimi splavi.

Ključne besede: okužbe spolovil, bakterijska vaginoza, *Gardnerella vaginalis*

Abstract

Female genital tract is prone to various infections, which can jeopardize woman's reproductive and general health. Although is vagina per se relative resistant, can infections or even imbalance of microbiological flora of vagina lead to serious gynecological and obstetrics complications. Vaginal flora is changing during life span due to hormonal and environmental causes. During reproductive period *Lactobacillus* sp. represents the normal vaginal flora and contributes to natural immunity of vagina. Bacterial vaginosis is the commonest form of vaginal infection (colpitis). It is not classified as sexually transmitted disease, because it results

usually from microbiological imbalance of vaginal flora due to various endogenous and environmental causes rather than sexual infection. The causative agent is *Gardnerella vaginalis*. Bacterial vaginosis is characterized by spontaneous disappearances and recurrences. Medical treatment is effective and advocated only in symptomatic patients and does not prevent the recurrences. There is weak association but not direct connection to various gynecological and obstetrical complications, so it is not recommended to screen all women on bacterial vaginosis. Regular microbiological vaginal examination is recommended in pregnant women with premature labor and in pregnant women with spontaneous abortions.

Key words: genital infections, bacterial vaginosis, Gardnerella vaginalis

Uvod

Ženske so tekom življenja izpostavljene številnim okoliščinam, ki vplivajo na hormonsko ravnovesje. V času spolne zrelosti se nožnična flora nenehno spreminja, pod vplivom številnih, različnih dejavnikov se spreminja delež različnih vrst bakterij in gliv, hkrati pa se večja ali manjša število laktobacilov, ki imajo pomembno vlogo pri ohranjanju intimnega zdravja. Porušeno ravnovesje nožnične flore največkrat vodi do vnetja nožnice. Vnetja ženskih spolovil sodijo med najpogostejše pojavljajoča se obolenja v ginekologiji. Poznanih je več vrst vnetja nožnice, med drugimi bakterijsko vnetje nožnice oziroma bakterijska vaginoza.

Bakterijska vaginoza

Vnetja ženskih spolovil so najpogostejša ginekološka obolenja. Vnetje nožnice spada med vnetja spodnjega dela genitalnega trakta (1). Bakterijska vaginoza (BV) spada med vnetja nožnice kljub odsotnosti levkocitov in značilnih znakov vnetja (2, 3). Po mnenju nekaterih je BV najpogostejše vnetje nožnice v reproduktivni dobi (2, 4–7), sodi tudi med najpogostejše genitalne okužbe v času nosečnosti (8). BV se pojavi, kadar je razmerje med določenimi vrstami bakterij in gliv, ki naseljujejo nožnico, spremenjeno (1, 9, 10), zmanjša se koncentracija laktobacilov in poveča se koncentracija ostalih anaerobnih bakterij (6, 11–17). V nožnici odrasle ženske so aerobne bakterije konstantno prisotne, od tega večina (>95%) pripada laktobacilom ali Doderleinovim bacilom (2, 3). Funkcija laktobacilov je, da pretvarjajo glukozo v mlečno kislino, s čimer zagotovijo kisel pH nožnice, ki deluje kot zaščita pred naselitvijo patogenih mikroorganizmov. Laktobacili proizvajajo tudi vodikov peroksid, ki preprečuje razmnoževanje bakterijskih povzročiteljev okužb (6). Anaerobne bakterije so pri zdravi ženski prisotne v manj kot 1% (18).

BV lahko povzročajo različne bakterijske vrste, prav tako je etiologija bolezni različna. Bakterije vrst *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma* sp. najpogostejše izolirajo iz odvzetih brisov nožnice pri posameznicah z BV (19). *Gardnerella vaginalis* je najpogostejši patogen prisoten ob BV (10, 20), sicer je v manjšem deležu del normalne nožnične flore (5, 21), ki se lahko nahaja tudi pri moških v semenski tekočini (22). *Gardnerella vaginalis* proizvaja aminokislino, ki jih razgrajujejo encimi, ki jih proizvajajo anaerobne bakterije. Aminokislino se razgradijo na amine, in sicer na putrescin, kadaverin, trimetilamin. Amini vplivajo na povečano količino nožničnega izcedka in na povišan pH nožnice (5). Na podlagi genotipa in fenotipa lahko določimo več biotipov *Gardnerelle vaginalis*. *Gardnerella vaginalis* biotip 5 prevladuje pri ženskah z normalno nožnično floro. Biotopa 5 in 7 sta najbolj odporna na zdravilo metronidazol. Pri posameznicah z vmesno nožnič-

no floro ni določen prevladujoč biotip *Gardnerelle vaginalis*, je pa pri tistih z BV raznolikost biotipov večja (21).

BV je najpogostejši vzrok nefiziološkega nožničnega izcedka pri ženskah v reprodukativni dobi (4). Okužba se pojavlja tudi pri ženskah v menopavzi, redkeje pri otrocih (23). Ženske s simptomatsko BV tožijo o neprijetnem, obilnejšem nožničnem izcedku z vonjem po ribah, ki je najbolj opazen po nezaščitenem spolnem odnosu ali v času mesečne krvavitve (4, 6). Značilen vonj po ribi je posledica presnovnih stranskih produktov anaerobnih bakterij (24). Topalović (25) nožnični izcedek ob prisotni BV opisuje kot obilnejši in vodenkast izcedek, ki je mlečno sive barve. Količina in barva nožničnega izcedka se med pacientkami precej razlikujeta (26).

Ob dodatku kapljice 10 % kalijevega peroksida na kapljo vaginalnega izcedka na objektum stekelcu se pojavi še izrazitejši značilen vonj nožničnega izcedka po ribi (10, 26, 27). BV lahko spremlja zanj neznatna razdraženost in srbečica zunanlega spolovila (24). Kar 50 % žensk ima asimptomatsko BV (14, 15). Klinični znaki značilni za BV že dolgo časa veljajo za nenormalne (15). Zapleteno spremembo nožnične flore sta prva opisala Gardner in Dukes leta 1955 in jo poimenovala nespecifični vaginitis (2). BV je zelo razširjena po vsem svetu (9). Natančen odstotek razširjenosti BV je v veliki meri odvisen od populacije, v kateri se okužene posameznice pojavljajo (28). Hay (4) navaja, da je razširjenost BV med neselekcijirano populacijo 10–20 %. Med nosečnicami poročajo o razširjenosti BV med 10 in 35 % (16).

Točen mehanizem nastanka BV ni znan, so pa predpostavljeni dejavniki, za katere sumijo, da pripomorejo k nastanku okužbe (6). BV se pogosteje pojavlja pri spolno aktivnih ženskah, pri posameznicah, ki se poslužujejo hormonske kontracepcije (29) in pri posameznicah, ki izvajajo izpiranje nožnice (13, 16, 25, 29, 30.). Na pojavnost BV prav tako vpliva spolno obnašanje, in sicer zgodnji pričetek spolne aktivnosti pri mladih, več spolnih partnerjev pred kratkim časom, število vseh spolnih partnerjev, zgodovina sedanjega spolnega partnerja (22). BV se prav tako pojavlja pri spolno neizkušenih ženskah in razširjenost okužbe pri le teh je pogostejša v začetnih fazah menstrualnega ciklusa, kar kaže na to, da nivo estrogena in nivo progesterona prispevata k patogenezi BV (12). Nelson in Macones (16) razlagata, da je BV prisotna v velikem odstotku v folikularni fazi menstrualnega cikla in se spontano razreši v lutealni fazi menstrualnega ciklusa, kar vodi k predvidevanju, da endogeni spolni hormoni sodelujejo pri ohranjanju visokega nivoja laktobacilov.

Na BV bi morali pomisliti pri vsaki posameznici, kjer se pojavlja neprijeten nožnični izcedek z vonjem po ribi. S pregledom v spekulu je opazen tanek sloj homogenega vaginalnega izcedka, bele ali rumene barve, ki je oprijet na steni nožnice (4).

BV se diagnosticira s kliničnimi metodami ali na osnovi laboratorijskih preiskav (3, 25). Klinični oziroma Amselovi kriteriji se uporabljajo že od leta 1983 (3, 28, 29). BV je potrjena ob prisotnosti treh od štirih kriterijev, ki so pH nožnice nad 4,5, oprijemajoč homogen nožnični izcedek, prisotnost »clue« celic v nožničnem izcedku in značilen vonj nožničnega izcedka po ribah po dodatku kalijevega hidroksida (2, 3, 7, 14, 25, 28, 29). Ravno Amselovi kriteriji so tisti, s katerimi se BV po navadi potrdi (4). »Clue« celice se imenujejo tako, ker so v času njihovega odkritja predstavljale uganko v diagnozi (4), Wong in sodelavci (17) pa so »Clue« celice definirali kot epitelne celice v nožnici, ki so prevlečene z bakterijami. Med laboratorijske teste sodijo odvzem vaginalnega brisa, barvanje po Gramu, pri-

prava kulture in molekularne preiskave (31). Rezultati barvanja razmaza po Gramu se lahko interpretirajo z Nugentovimi kriteriji (2, 11), Ison Hay-evimi kriteriji (11, 29), s Spieglovo metodo (2) in s Schmidt-ovim točkovnim sistemom (29).

Za diagnosticiranje BV je na voljo tudi preiskovalni test verižne reakcije s polimerazo, ki temelji na molekularnem dokazu genoma *Gardnerella vaginalis* in drugih bakterij (32), ter številni alternativni hitri testi, med njimi »BV Blue«, »FemExam«, »Electronic nose«, ki temeljijo na biokemičnih spremembah nožničnega izcedka (4).

Kljub temu, da je BV pogosta infekcija, ki terja precejšnje stroške in številna obolenja, je pogosto obravnavana kot vsakdanja, nepomembna težava, tako pri laikih kot pri zdravstvenih delavcih. Ženske z nožničnim vnetjem so pogosto vodene preko telefona, česar posledica je pogosta pomanjkljiva diagnoza. Zlasti pri tistih, pri katerih se okužbe pogosto pojavljajo ali je za njimi zgodovina kronične okužbe, je pomembno, da je postavljena diagnoza pravilna (33).

BV je povezana s številnimi zapleti v ginekologiji in porodništvu (15, 28). Med drugimi jo povezujejo s pojavom spontanega prezgodnjega poroda (31, 32, 34), s spontanem splavom (15, 29, 31), s pojavom zunajmaternične nosečnosti (7), s poporodnim endometritisom (7, 15, 30), z okužbo ran po carskem rezu (4, 7, 15). Prisotnost okužbe je povezana tudi s horioamnionitisom, s prezgodnjimi popadki, s poporodnimi zapleti pri novorojenčku (2), z nizko porodno težo ploda (8, 30, 35). Ob BV je zaradi večje dovzetnosti okuženih žensk povečana možnost za okužbo z bakterijo *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, s parazitom *Trichomonas vaginalis*, z virusi HSV-2 (22) in HIV-1 (13, 15, 22, 30). Možen zaplet BV je tudi pojav cervikalne intraepitelne neoplazije (3, 15).

Mikrobiološki testi, ki se uporabljajo za presejanje bakterijskih okužb, so v večini enaki kot testi za postavljanje diagnoze. Le to se izvaja z namenom, da se iz velike skupine nosečnic, ki so na videz zdrave, izloči tiste, ki imajo povečano tveganje za nastanek okužbe v nosečnosti in v poporodnem obdobju (36). Sherrard in sodelavci (23) so mnenja, da je na podlagi nasprotujočih se vrednotenj o smiselnosti presejanja težko določiti dokončna priporočila.

S presejanjem in zdravljenjem BV bi lahko izboljšali napovedovanje tveganja za prezgodnji porod (34). Rutinsko presejanje za BV se priporoča pri nosečnicah, ki imajo za sabo zgodovino prezgodnjega poroda in je posledično pri njih prisotno povečano tveganje za ponovni prezgodnji porod (36, 37). Nekateri strokovnjaki na podlagi prepoznavanja razširjenosti BV, stroškov in odgovornosti, ki so posledica BV, predlagajo rutinsko presejanje za omenjeno okužbo, ki bi bil del rutinskega ginekološkega pregleda (15).

Za zdravljenje BV je na razpolago veliko zdravil, različnih režimov zdravljenja, ki vključujejo uporabo klindamicina ali metronidazola (15). Zdravljenje BV poteka sprva lokalno z metronidazolom ali klindamicinom. Če se le to izkaže za neuspešno, je priporočljivo sistemsko zdravljenje BV (1). Uporabo metronidazola v začetku nosečnosti odsvetujejo, saj so dokazali, da zdravilo povzroča spremembo dednega materiala in je tudi onkogeno, kar so ugotovili pri testiranju zdravila na živalih (15). Poleg že omenjenih zdravil so na voljo za zdravljenje BV še tinidazol (32), rifaximin (38), antiseptiki in razkužila (39). French in McGregor (15) pa sta mnenja, da bi moral nov režim zdravljenja BV vključevati zdravljenje s probiotiki, s tako imenovanimi zdravimi laktobacili, kar bi bila spodbuda za ponovno vzpostavitev takšne vaginalne flore, ki deluje samozaščitno. Kljub zdravljenju BV se lah-

ko okužba ponavlja (4). Glede zdravljenja BV obstaja več spornih stališč in sicer, ali zdraviti le posameznice s simptomatsko BV ali vse okužene, ali izvajati zdravljenje nosečnic, ali je potrebno zdraviti spolne partnerje (25), je pa zdravljenje BV smiselno za izvajanje nadzora nad simptomi okužbe in za preprečevanje zapletov tekom nosečnosti in pri operativnih postopkih (4).

O tem, ali je BV spolno prenosljivo obolenje ali ne, so mnenja deljena (3, 40). Andrews (11) navaja, da BV ni klasificirana kot spolno prenosljiva bolezen, saj se lahko spontano pojavi in tudi izgine pri ženskah, ki so spolno aktivne in pri ženskah, ki niso spolno aktivne.

Zaključki

BV je ena izmed vrst vnetja nožnice, ki se v času spolne zrelosti žensk najpogosteje pojavlja. Poteka lahko kot simptomatska BV ali kot asimptomatska BV. BV povzroča razrast bakterij, ki so sestavni del normalne nožnične flore pri sicer zdravi ženski. Najpogosteje prisoten patogen ob potrjeni okužbi je *Gardnerella vaginalis*. Natančna pojavnost BV ni znana zaradi možnega asimptomatskega poteka okužbe. BV povzročajo številni dejavniki, na nekatere je mogoče vplivati, na druge pa ne, nekateri dejavniki sovpadajo z načinom življenja posameznice. Za diagnosticiranje okužbe se najpogosteje uporabljajo Amselovi kriteriji in barvanje razmaza vaginalnega izcedka po Gramu. BV je velikokrat obravnavana kot vsakdanje in nepomembno stanje kljub številnim možnim resnim zapletom, ki so lahko posledica okužbe. Najpogosteje jo povezujejo s pojavom prezgodnjega poroda in z nizko porodno težo ploda. Za zdravljenje BV sta kljub številnim zdravilom, ki so na voljo, glavni zdravili izbora klindamicin in metronidazol. Kljub različnim mnenjem o spolni prenosljivosti okužbe ni zadostnih dokazov, ki bi BV uvrščali med spolno prenosljiva obolenja. Po udarek bi moral biti na aktivnejši obravnavi žensk s pogostimi recidivi okužbe, zlasti nosečnic.

Literatura

1. Reljič M. Vnetja ženskih spolovil. V: Borko E, Tekáč I, Ginekologija. 2. izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2006: 143–149.
2. Ilijaš Koželj M. Bakterijska vaginoza v nosečnosti. V: Novak-Antolič Ž, Zbornik prispevkov Novakovi dnevi z mednarodno udeležbo 12., Bakterijske okužbe v perinatologiji, Laško, 14.–15. maj 2004. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 2004: 50–54.
3. Novak M, Prosen B. Pogostost bakterijske vaginoze in povezava s prezgodnjim porodom. MED RAZGL 1998; 37: 483–496.
4. Hay P. Bacterial vaginosis. Medicine 2005; 33 (10): 58–61.
5. Janjić Z, Pop Trajković Z, Folić M, Popović J, Petrić A, Vukomanović P. Frequency of cervical intraepithelial neoplasia and carcinomas in women with and without bacterial vaginosis. AMM 2011; 50 (1): 5–8.
6. Secor CR. Bacterial Vaginosis: Common, Subtle, and More Serious Than Ever. Clin Rev 2001; 11 (11): 59–68.
7. Van Os S. Bacterial Vaginosis in Pregnancy. CJMRP 2004; 3 (2): 13–15.
8. Hillier LS, Nugent PR, Eschenbach AD et al.. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. N Engl J Med 1995; 333 (26): 1737–1742.

9. John PE, Zariffard RM, Martinson AJ, Simoes AJ. Effect of mucosal fluid from women with bacterial vaginosis on HIV trans-infection mediated by dendritic cells. *Virology* 2009; 385 (1): 22–27.
10. Olds BS, London LM, Ladewig WP. *Maternal - Newborn Nursing: A Family Centered Approach*. 4th ed. California: Addison-Wesley, 1992: 219–220.
11. Andrews J. Vulvovaginal Disease: An Evidence-Based Approach to Medical Management. *J Clin Outcome Manag* 2009; 16 (6): 281–295.
12. Cherpes LT, Hillier LS, Meyn AL, Busch LJ, Krohn AM. A Delicate Balance: Risk Factors for Acquisition of Bacterial Vaginosis Include Sexual Activity, Absence of Hydrogen Peroxide-Producing Lactobacilli, Black Race, and Positive Herpes Simplex Virus Type 2 Serology. *Sex Transm Dis* 2008; 35 (1): 78–83.
13. CDC (2010). Diseases Characterized by Vaginal Discharge. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm#a1> <6. 3. 2013>.
14. Fraser DM, Cooper MA. Myles – Textbook for midwives. 15th ed. London: Elsevier Health Sciences, 2009: 419–420.
15. French IJ, McGregor AJ. *Infectious Diseases in Women: Bacterial Vaginosis*. 1st ed. St. Louis: Saunders, 2001: 221–235.
16. Nelson BD, Macones G. Bacterial Vaginosis in Pregnancy: Current Findings and Future Directions. *Epidemiol Rev* 2002; 24 (2): 102–108.
17. Wong LD, Perry ES, Hockenberry JM, Lowdermilk LD, Wilson D. *Maternal child nursing care*. 3rd ed. St. Louis: C.V. Mosby Co., 2006: 132–133.
18. Berek JS. *Novak's gynecology: Genitourinary Infections and Sexually Transmitted Diseases*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 454–455.
19. Haggerty LC, Totten AP, Ferris M et al.. Clinical Characteristics of Bacterial Vaginosis among Women Testing Positive for Fastidious Bacteria. *Sex Transm Infect* 2009; 85 (4): 242–248.
20. Tang S, Lin H, Gong H. Method Establishment and Clinical Performance Evaluation of Immunofluorescence Assay for Gardnerella Vaginalis. *Energy Procedia* 2012; 17 (1): 1805–1810.
21. Aroutcheva AA, Simoes AJ, Behbakht K, Faro S. Gardnerella vaginalis isolated from Patients with Bacterial Vaginosis and from Patients with Healthy Vaginal Ecosystems. *Clin Infect Dis* 2001; 33(7): 1022–1027.
22. Verstraelen H, Verhelst R, Vaneechoutte M, Temmerman M. The epidemiology of bacterial vaginosis in relation to sexual behaviour. *BMC Infect Dis* 2010; 10.
23. Sherrard J, Donders G, White D, Jensen JS. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge. *Int J STD AIDS* 2011; 22 (8): 421–429.
24. Islam A, Safdar A, Malik A. Bacterial Vaginosis. *J Pak Med Assoc* 2009; 59 (9): 601–604.
25. Topalović Z. Značenje, učestalost i liječenje bakterijske vaginoze u trudnoći. *Infekto- loški glasnik* 2010; 30 (3): 105–109.
26. Majeroni AB. Bacterial Vaginosis: An Update. *Am Fam Physician* 1998; 57 (6): 1285–1289.
27. Shaw WR, Soutter WP, Stanton LS. *Gynecology*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997; 565.

28. Yudin HM, Money MD. Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2008; 30 (8): 702–708.
29. Kampan CN, Suffian SS, Ithnin SN, Muhammad M, Zulkifli S, Jamil AM. Evaluation of BV – Blue Test Kit for the diagnosis of bacterial vaginosis. *Sex Reprod Healthc* 2011; 2 (1): 1–5.
30. Marrazzo MJ, Koutsky AL, Eschenbach AD, Agnew K, Stine K, Hillier LS. Characterization of Vaginal Flora and Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex with Women. *J Infect Dis* 2002; 185 (9): 1307–1313.
31. Pairman S, Pincombe J, Thorogood C, Tracy S. *Midwifery- preparation for practice*. 1th ed. Sydney: Elsevier Australia, 2006: 597–664.
32. Sobel DJ (2013). Bacterial vaginosis. [http://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis#H1 <4.4.2013>](http://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis#H1<4.4.2013>).
33. Nyirjesy P. Vulvovaginal Candidiasis and Bacterial Vaginosis. *Infect Dis Clin North Am* 2008; 22 (4): 637–652.
34. Novak-Antolič Ž, Verdenik I, Assejev V, Avanzo-Velkavrh M. Ocenjevanje tveganja za prezgodnji porod. *Zdrav Vestn* 2001; 70 (6): 347–349.
35. Carey CJ, Klebanoff AM, Hauth CJ et al.. Metronidazole to Prevent Preterm Delivery in Pregnant Women with Asymptomatic Bacterial Vaginosis. *N Engl J Med* 2000; 342 (8): 534–540.
36. Guzej Z. Presejalni testi bakterijskih okužb v nosečnosti. V: Novak-Antolič Ž, Zbornik prispevkov Novakovi dnevi z mednarodno udeležbo 12., Bakterijske okužbe v perinatologiji, Laško, 14.– 15. maj 2004. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 2004: 8–13.
37. Scott Smith D (2012). Bacterial Infections and Pregnancy. [http://emedicine.medscape.com/article/235054-overview#aw2aab6b9 <16.5.2013>](http://emedicine.medscape.com/article/235054-overview#aw2aab6b9<16.5.2013>).
38. Donders GG, Guaschino S, Peters K, Tacchi R, Lauro V. A multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of rifaximin for the treatment of bacterial vaginosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120 (2): 131–136.
39. Verstraelen H, Verhelst R, Roelens K, Temmerman M. Antiseptics and Disinfectants for the Treatment of Bacterial Vaginosis. *BMC Infect Dis* 2012; 12(1): 1–8.
40. Kerec Kos M. Zdravljenje bakterijskih okužb urogenitalnega trakta. *Farm Vestn* 2011; 62 (2): 83–84.

Informacije, znanje in veščine v oskrbi pacienta

Kulturna raznolikost: komunikacija s pacienti iz različnih etničnih, kulturnih in jezikovnih okolij

Cultural Diversity: Communication with Patients from Different Ethnic, Cultural, and Linguistic Backgrounds

Katarina Babnik, Majda Šavle

Povzetek

Izhodišča: V sodobni Evropi zdravstveni delavci opravljajo svoje delo v številnih različnih jezikih in s srečevanjem različnih kultur. Namen tega dela je prispevati k razumevanju ciljev medkulturne edukacije v sklopu študijskih programov zdravstvene nege.

Metode: V sklopu raziskave smo izvedli dve fokusni skupini med že zaposlenimi študenti zdravstvene nege prve in druge stopnje. Rezultati diskusije so zbrani v zaključke, glede na prevladujoče vsebine.

Rezultati: Zdravstveni delavci se pogosto srečujejo s pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij. Komunikacijske ovire, ki se pri tem pojavljajo, so medsebojno nerazumevanje in nepoznavanje prevladujočih vedenjskih vzorcev. Zdravstveni delavci občutijo potrebo po poznavanju različnih kulturnih okolij, po uvajanju sistemskih rešitev za ustrežnejšo medkulturno in medjezikovno komunikacijo, prav tako pa potrebujejo več izkušenj komunikacije v angleškem jeziku.

Diskusija in zaključki: Pomemben element izobraževanja za poklice v zdravstvu in tako tudi v zdravstveni negi mora biti pridobivanje kulturnih kompetenc. Veščine medjezikovnega posredovanja so sestavni del kulturnih kompetenc, zato se je potrebno tem v prihodnje intenzivneje posvečati tako z raziskovalnega kot z izobraževalnega vidika.

Ključne besede: kulturna raznolikost, medjezikovno posredovanje, zdravstvena nega

Abstract

Introduction: Healthcare professionals in modern-day Europe work in multicultural environments that require the use of multiple languages. The purpose of this paper is to contribute to the understanding of the objectives of intercultural education within the nursing curriculum.

Methods: Two focus groups of already employed undergraduate and postgraduate nursing students were conducted in the research. The results of the discussion, depending on the prevailing content, are summarized in the conclusions.

Results: Health professionals are often faced with patients from different cultural and linguistic backgrounds. Communication barriers, such as mutual incomprehension or lack of insight into prevailing patterns of behaviour, may occur in this process. Health professionals feel the need for knowledge and skills to interact with people of different cultures, for the introduction of more appropriate systemic solutions for intercultural and interlinguistic communication, and for more opportunities to further develop their communication skills in English.

Discussion and Conclusions: Acquiring cultural competence skills is an important element of nursing education as well as of nursing profession itself. Interlinguistic mediation skills are an integral part of cultural competence, therefore, more attention from the research as well as from the educational point of view has to be devoted to them in the future.

Key words: cultural diversity, interlingual communication, nursing care

Uvod

Znanje tujih jezikov in medkulturne kompetence odločilno vplivajo na učinkovitost človeških virov v različnih delovnih okoljih (1). V sodobni Evropi zdravstveni delavci opravljajo svoje delo v številnih jezikih; pri delu se srečujejo s člani različnih etničnih, rasnih in jezikovnih skupin, s člani družb z različnimi družbenimi ureditvami ter prevladujočimi normami in vrednotami, ki determinirajo razlike v pričakovanih socialnih vlogah, kot tudi razlike v organiziranosti in delovanju družbenih institucij. Opisane razlike združuje izraz »kulturna raznolikost« (2). V Sloveniji se, podobno kot v drugih evropskih državah, zdravstveni delavci dnevno srečujejo s pacienti drugih kulturnih okolij (3), zato je razumevanje in upoštevanje kulturnih razlik tudi ključna naloga zdravstvene nege in babištvu (4). Namen tega dela je prispevati k razumevanju ciljev medkulturne edukacije (5) v sklopu študijskih programov zdravstvene nege. Identifikacija potreb je prvi korak v procesu problemskega učenja (6), zato se prispevek osredotoča prav na izkušnje zdravstvenega osebja s pacienti iz različnih kulturnih okolij. Prispevek skuša odgovoriti na naslednja vprašanja: i) kakšne so dosedanje izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi s pacienti iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij, ii) s kakšnimi komunikacijskimi ovirami se pri tem soočajo, iii) kakšni so predlogi za premostitev takih ovir (nadgraditev jezikovno kulturnih kompetenc).

Naj uvodoma opredelimo pojem kulture in vlogo jezika in jezikovnega posredovanja v procesu medkulturne komunikacije ter proces razvoja kulturnih kompetenc kot model medkulturne edukacije v zdravstveni negi.

Kljub številnim in raznolikim opredelitvam kulture (7) je večini skupno, da opisuje kulturo kot fenomen, ki se odraža v za člane določena kolektiva značilnih kognicijah, vedenjskih vzorcih in temeljnih predpostavkah (8). Skupen jezik, skupne aktivnosti, podobnost v rasi, spolu in starosti vodijo do pogostejše interakcije med posamezniki, ta pa k oblikovanju skupnih norm, stališč, k prevzemanju značilnih vlog in torej k podobni kulturi (9). Ljudje so sočasno člani različnih skupin, zato izpolnjujejo v življenju različne vloge ter nosijo v sebi številne ravni mentalnega programiranja (10). Hofstede (10) loči osem hierarhičnih ravni kulture: i) nacionalna raven, ii) regionalna, etnična, religiozna, jezikovna raven,

iii) raven spola, iv) generacijska raven, vi) raven socialnih razredov, vii) poklicna in viii) organizacijska raven. Najnižja raven kulture pa je subjektivna kultura (11) in predstavlja za posameznika specifičen presek vseh kulturnih vplivov, ki jih je kot rezultat socializacije asimiliral v svoj koncept jaza (12). Čeprav koncept subjektivne kulture do določene mere zrelativizira tradicionalno razumevanje »kulturne raznolikosti«, saj njegova ideografska naravnost implicira, da je sleherni odnos tudi medkulturni odnos, pa ta koncept hkrati ne zanika močnejšega vpliva nadrednih ravni kulture (nacionalna, religiozna, jezikovna, etnična raven) na delovanje posameznika (10). Prav nadredne ravni kulture so ključne za razumevanje kulturnih razlik v odnosu do zdravja, bolezni in zdravljenja (13; 3). Jezik in jezikovno okolje pri tem nista le vir kulturnih razlik med posamezniki, temveč je jezik tudi ključno orodje prenosa kulture (14) in eden temeljnih elementov komunikacije med zdravstvenim osebjem in pacienti (15).

Težko je komunicirati s pacienti in njihovimi družinskimi člani, če sta vrednotni sistem in kulturno ozadje nam tuja; še težje je, ko v takih primerih nastopijo jezikovne ovire. Taka situacija vodi v socialno distanco (15). Kulturno in jezikovno ustrezne zdravstvene storitve so odraz kulturne kompetentnosti (4). Teorija kulturne kompetentnosti (16) razlaga kulturno kompetentnost kot kontinuum, ki se na eni strani prične s kulturno destruktivnostjo in zaključí s kulturno odličnostjo. Je torej proces, ki na podlagi znanja, razumevanja in veščin o drugih kulturnih skupinah, omogoča zdravstvenemu delavcu, da zagotovi ustrezno nego in skrb (16). Različni modeli kulturne kompetentnosti (16-18) vključujejo različne komponente in tako različne faze razvoja kulturnih kompetenc; vsi modeli pa vključujejo naslednje: i) kulturno (samo)zavedanje, ii) kulturno znanje (poznavanje značilnosti različnih kultur), iii) kulturne veščine, iv) izpostavljenost kulturnim razlikam in v) želja postati kulturno kompetenten (slednja kot motivacijska komponenta). Pomembni elementi kulturnih veščin so tudi medjezikovne kompetence.

Jezikovno okolje v Evropi postaja v zadnjih letih vse bolj kompleksno. EU ima zdaj okrog 500 milijonov državljanov (celotna Evropa preko 830 milijonov), 28 držav članic, tri pisave in 24 uradnih in delovnih jezikov, od katerih jih je nekaj razširjenih po vsem svetu. K temu lahko prištejemo še približno 60 regionalnih in manjšinskih jezikov, jezike držav, ki niso članice EU in jezike priseljencev iz drugih koncev sveta (19). Kot pravi Leonard Orban, evropski komisar za večjezičnost, politika večjezičnosti jasno sporoča: »vsakemu državljanu bi moralo biti omogočeno, da govori svoj jezik in je v tem jeziku tudi razumljen« (20).

V Sloveniji je ta potreba še bolj izrazita kot v drugih državah po Evropi, saj med tujejezične paciente ne sodijo zgolj turisti in obiskovalci, temveč tudi sezonski delavci, begunci, prosilci za azil, tujci med začasnim ali stalnim bivanjem v Sloveniji in ne nazadnje pripadniki italijanske in madžarske narodne skupnosti, etničnih skupin s področja bivše Jugoslavije ter romske skupnosti. Številke so zgovorne: delež tujih državljanov med prebivalci je po podatkih Statističnega urada Slovenije (21) za prvo polovico leta 2013 znašal 4,6% oz. 94.150 tujcev. V letu 2012 je bilo v turističnih nastanitvenih objektih evidentiranih 2.155.612 prihodov in 5.777.204 prenočitev tujih turistov¹ (22).

Kljub temu, da relevantnih raziskav o komunikaciji s tujejezičnimi pacienti v Sloveniji ni, izkušnje kažejo, da jezikovne ovire lahko slabšajo kvaliteto zdravstvene oskrbe. Z vidika zdravstvenega osebja gre za moteno pridobivanje anamnestičnih podatkov, ugotavljanje

1 Statistični podatki o številu obolelih ali poškodovanih tujcev na območju celotne Slovenije žal niso dosegljivi.

in spremljanje pacientovih težav ter poučevanje pacienta, z vidika pacienta pa za težave pri vzpostavljanju zaupanja do zdravstvenega osebja in pomanjkanje zavzetosti in pripravljenosti za sodelovanje pri zdravljenju.

Kako torej zagotoviti učinkovito komunikacijo v tujem jeziku za potrebe zdravstva? V dokumentu *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*, ki ga je izdala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije leta 2008 (23), bomo zaman iskali kompetenco, ki bi se nanašala na medkulturno in medjezikovno komunikacijo. Tudi v Direktivi EU 2005/36/ES (24), ki določa legalne okvirje za priznavanje poklicnih kvalifikacij na področju Evropske unije, je o znanju tujega jezika/tujih jezikov govora zgolj v 53. členu, ki se glasi: »Osebe, ki se jim priznajo poklicne kvalifikacije, znajo jezike, potrebne za opravljanje poklica v državi članici gostiteljici.« Po drugi strani pa isti dokument pri naboru znanj, ki naj bi jih za svoj poklic usvojila medicinska sestra, znanja tujih jezikov ne navaja:

Metoda

Z namenom pridobitve odgovorov na zastavljena raziskovalna vprašanja sta bili izvedeni dve fokusni skupini med že zaposlenimi (s trenutnimi ali preteklimi delovnimi izkušnjami) študentov prve (N = 10) in druge stopnje (N = 15) študijskega programa Zdravstvena nega. Rezultati diskusije so zbrani v zaključke, glede na prevladujoče vsebine vodene diskusije. Udeležencem smo zastavili tri vprašanja: i) kakšne so dosedanje izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi s pacienti iz drugih kulturnih in jezikovnih kulturnih okolij, ii) s kakšnimi komunikacijskimi ovirah se pri tem soočajo ter iii) kakšni so njihovi predlogi za premostitev takih ovir (nadgraditev jezikovno kulturnih kompetenc).

Rezultati

V Tabeli 1 so zbrani prevladujoči odgovori udeležencev fokusnih skupin na posamezna vprašanja. Iz preglednice je razvidno, da je pogostost srečevanja s pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij visoka, vendar je pri tem pomemben dejavnik področje dela in nivo zdravstvenega varstva. Regionalne razlike v pogostosti in prevladujočih kulturnih ter jezikovnih skupinah so prisotne. Najpogosteje se zdravstveno osebje srečuje s predstavniki drugih kulturnih in jezikovnih okolij v poletnih mesecih; pri tem pa se srečujejo tudi s pacienti iz bolj oddaljenih in manj poznanih kulturnih in jezikovnih okolij. Ključne komunikacijske ovire, ki se pri tem pojavljajo, so: medsebojno nerazumevanje; nepoznavanje prevladujočih vedenjskih vzorcev (neverbalna komunikacija, posrednost ali neposrednost v komunikaciji, hitrost in glasnost govora, udeležba družinskih članov v odnosu med pacientom in zdravstvenim osebjem); zavračanje postopkov ali neupoštevanje navodil pri pacientih. Ovire v komunikaciji zdravstveno osebje intenzivneje občuti, če je odnos s pacientom iz drugega kulturnega ali jezikovnega okolja dalj časa trajajoč, še posebno, če je pacient pred kratkim priseljen v slovenski kulturni in jezikovni prostor ter ne pozna jezika in zdravstvenega sistema. Zdravstveni delavci občutijo potrebo po spoznavanju značilnosti različnih kulturnih in jezikovnih okolij, po uvajanju sistemskih rešitev komunikacije s pacienti iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij; prav tako pa potrebujejo več izkušenj komunikacije v angleškem jeziku, da bolj suvereno opravljajo svoje naloge v odnosu s pacienti iz drugih jezikovnih okolij.

Tabela 1: Zbrani in urejeni odgovori udeležencev fokusnih skupin na zastavljena vprašanja.

Dosedanje izkušnje s pacienti iz drugih kulturnih in jezikovnih kulturnih okolij	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visoka pogostost srečevanja, vendar na različnih nivojih zdravstvenega varstva in področjih dela različno. Prisotne tudi regionalne razlike. 2. V poletnih mesecih je raznolikost in pogostost srečevanja s pripadniki iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij večja.
Komunikacijski ovire, s katerimi se sooča zdravstveno osebje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Slabše medsebojno razumevanje ali nerazumevanje med zdravstvenim osebjem in pacientom, zaradi nepoznavanja jezika (še posebno prisotno, ko pacient ne pozna angleškega jezika), nepoznavanja zdravstvenega sistema in s tem povezanih obveznosti in pravic. 3. Nepoznavanje navad in običajev (vedenjskih vzorcev) iz različnih kulturnih okolij na strani zdravstvenega osebja in pacientov: <ul style="list-style-type: none"> - različni vzorci neverbalne komunikacije, - nepričakovana stopnja posrednosti ali neposrednosti v komunikaciji, - nepoznavanje navad in pravil v zvezi z udeležbo in informiranostjo ožjih in širših družinskih članov pacienta. 3. Težave v komunikaciji v primerih zavračanja različnih negovalnih postopkov ali neupoštevanja pravil, ki veljajo v zdravstveni instituciji, zaradi prepričanij in uveljavljenih vedenjskih vzorcev pri pacientu. 4. Komunikacijske ovire otežujejo odnos še posebno takrat, ko je ta odnos, zaradi stanja pacienta ali področja dela, dalj časa trajajoč in intenzivnejši (npr. referenčne ambulantne, hospitalizirani pacient). 5. Negotovost zdravstvenega osebja v svojo zmožnost ustreznega komuniciranja v angleškem jeziku.
Predlogi za premostitev komunikacijskih ovir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spoznavanje značilnosti različnih kultur, predvsem na področju zdravja, odnosa do zdravja, bolezni in družinskih vzorcev. 2. Vpeljan sistem jezikovnega posredovanja v instituciji, ko gre za paciente iz drugih jezikovnih okolij in komunikacija ni možna niti v angleškem jeziku: možnost prevajanja in pripravljene več-jezikovne podlage z informacijami ter ključnimi vprašanji za paciente v njihovem pogovornem jeziku (za najpogostejše tuje jezikovne skupine, s katerimi se v instituciji srečujejo).

Diskusija

Komunikacijske ovire med zdravstvenimi delavci in pacienti so pogosto sociokulturne narave. So posledica razlik v jeziku, etnični pripadnosti, rasi, socioekonomskem položaju posameznika ter razlik v generacijah. Opravljena kvalitativna raziskava na dveh vzorcih že zaposlenih študentov zdravstvene nege potrjuje, da je v komunikaciji s pacienti potrebno prepoznati kulturne vzorce, ki vplivajo na: i) pacientovo percepcijo problemov in težav, ii) percepcijo pristopov k spoprijemanju s temi ter iii) stopnjo in način sprejemanja pristopov k zdravljenju. Ovire, s katerimi se sooča zdravstveno osebje pri delu s pacienti iz drugih kulturnih in jezikovnih okolij v Sloveniji, so podobne, kot jih navaja tuja literatura (25). Posledice takih ovir pa so: negotovost v odnosu, ki se razvije na strani zdravstvenega osebja in pacientov, neupoštevanje navodil na strani pacientov, s tem povezano pa tudi nižja stopnja zadovoljstva tako na strani pacienta, kot tudi na strani zdravstvenega osebja. Predlogi medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov za premoščanje teh ovir so sistemske narave: i) pridobivanje znanja o drugih kulturnih okoljih ter ii) vpeljava sistema jezikovnega

posredovanja v zdravstvenih institucijah, ki bo omogočal jasne in enoznačne informacije pacientov iz drugih jezikovnih okolij. Jezikovne veščine, predvsem pa aktivno obvladovanje angleškega jezika, so nujne za učinkovito medkulturno in medjezikovno komunikacijo. Medkulturna edukacija na ravni visokošolskega izobraževanja za poklic medicinske sestre oz. diplomiranega zdravstvenika mora tako vključevati: i) senzibilizacijo bodočih zdravstvenih delavcev za kulturno raznolikost, ii) ustrezno prepoznavanje kulturnih vzorcev lastnega socialnega okolja, iii) pridobivanje znanja o drugih kulturnih okoljih ter veščin medkulturnega in posebej medjezikovnega sporočanja, iv) motiviranje bodočih zdravstvenih delavcev za aplikacijo znanj in veščin v praksi.

Zaključek

Pomemben element izobraževanja za poklice v zdravstvu in tako tudi v zdravstveni negi mora biti pridobivanje kulturnih in jezikovnih kompetenc. Znanost pa mora prispevati svoj delež pri identifikaciji ključnih vsebin in kompetenc ter razvoju le-teh v sklopu študijskih programov. Zаметki takih prizadevanj so prepoznavni tudi v slovenskem prostoru (3; 4), vendar predvsem na ravni procesa razvoja kulturnih kompetenc. Veščine medjezikovnega posredovanja so sestavni del kulturnih kompetenc, zato se je potrebno tem v prihodnje intenzivneje posvečati tako z raziskovalnega kot z izobraževalnega vidika.

Literatura

1. House RJ. Illustrative examples of GLOBE findings. V: RJ. House, PJ. Hanges, M. Javidan, PW. Dorfman, V. Gupta, ur. *Culture, leadership and organizations: the GLOBE study of 62 societies*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004: 3–8.
2. Segall MH, Lonner WJ, Berry JW. Cross-cultural psychology as a scholarly discipline: on the flowering of culture in behavioral research. *American Psychologist*, 1998; 53 (10): 1101–1110.
3. Car J., Rifel J. Načela zdravstvene oskrbe ljudi iz drugih kultur. V: J. Kersnik, ur. *Družinska medicina na stičišču kultur*, (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004: 1–12.
4. Loredan I., Prosen M. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 2013; 47 (1): 74–82.
5. Banks JA. Multicultural education: historical development, dimensions, and practice. *Review of Research in Education*, 1993; 19, 3–49.
6. Jurkovič V. ur. *Guide to Problem-Based Learning. PBL within the Context of ESP*. Ljubljana: Slovenian Association of LSP Teachers, 2005: 3–10.
7. Lasky MJ. The banalization of the concept of culture. *Society: Social Science and Modern Society*, 2002; 39 (6): 73–81.
8. Triandis HC. The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 1996; 51 (4), 407–415.
9. Triandis HC, Suh EM. Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology*, 2002; 53, 133–160.
10. Hofstede G. *Culture's consequences: international differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1980: 25–150.
11. Triandis HC, Malpass RS in Davidson AR. Psychology and culture. *Annual Review of Psychology*, 1973; 24: 355–378.

12. Brandtstädter J. The self in action and development: cultural, biosocial, and ontogenetic bases of intentional self-development. V: J. Brandtstädter, RM Lerner, ur. Action and self-development: theory and research through the life span. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999: 37–65.
13. Spector RE. Cultural Diversity in Health and Illness. 8. izdaja. UK: Pearson, 2012: 10–50.
14. Kuczynski L., Marshall S., Schell, K. Value socialization in a bidirectional context. V: J. E. Grusec, L. Kuczynski, ur. Parenting and children's internalization of values: a handbook of contemporary theory. New York: John Wiley & Sons; 1997: 23–52.
15. Servellen, G. van. Communication skills for the health care professional: concepts, practice, and evidence. 2. izdaja. Sudbury (Ma.): Jones and Bartlett, cop, 2009: 250–325.
16. Cross T., Bazron B., Dennis K., Isaacs M. Towards a culturally competent system of care: Volume I. Washington, DC: Georgetown University, Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center, <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf> < 15. oktober 2013 >.
17. Campinha – Bacote, J. The process of cultural competence in the delivery of health-care services: a model of care, Journal of Transcultural Nursing, 2002; 13: 181–184.
18. Willis WO. Culturally competent nursing care during the perinatal period. J Perinat Neonatal Nurs. 1999; 13 (3):45–59.
19. Evropa v gibanju: Govoriti za Evropo: Jeziki v Evropski uniji. EU Generalni direktorat za komuniciranje, 2008, http://ec.europa.eu/education/languages/pdf/doc3275_sl.pdf < 5.12.2013 >.
20. Orban, L. Predgovor komisarja. Večjezičnost: Most k medsebojnemu sporazumevanju. Luxembourg: urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2009.
21. Statistični urad Slovenije: Število prebivalcev prva polovica 2013. http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5840 < 5.12.2013 >.
22. Slovenski turizem v številkah. Junij 2013, http://www.slovenia.info/pictures%5CTB_board%5Catachments_1%5C2013%5Ctvs_brosura_2012_slo_web_16569.pdf < 26.11.2013 >.
23. Železnik D., Filej B., Brložnik M., Buček Hajdarević I., Dolinšek M., Istenič B., Kersnič P., Kos–Grabnar E., Leskovic L., Njenjić G., Popovič S., Verbič M. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana: 2008, http://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08.pdf < 4.12.2013 >.
24. Official Journal of the European Union. Directive EU 2005/36/ES. https://www.google.si/?gws_rd=cr&ei=MsmhUoXcFMiayAP2-YGwCQ#q=directive+2005%2F36%2Fec+on+the+recognition+of+professional+qualifications < 4.12.2013 >.

Problematika izražanja spolnosti med starostniki v institucionalnem varstvu

Issues about Sexual Expression among the Elderly in Institutional Care

Igor Karnjuš, Sabina Ličen, Doroteja Rebec

Povzetek

Spolnost je v vseh starostnih obdobjih pomemben aspekt življenja, ki v veliki meri določa človekovo identiteto in samopodobo, zadovoljuje pa tudi človekovo potrebo po bližini in ljubezni. Nič drugače ni pri starostnikih v institucionalnem varstvu. Res pa je, da lahko na ta aspekt starostnikovega življenja bistveno vplivata odnos in vedenje zaposlenih v socialno varstvenih ustanovah. Raziskave kažejo, da se zaposleni v zdravstveni negi velikokrat na spolno vedenje starostnikov odzovejo negativno. Pogosto jih je sram, s svojim vedenjem ustvarjajo nelagodno vzdušje, to pa vodi v zanikanje potrebe in želje starostnikov po izražanju spolnosti. Zato je nujno, da osebje, ki je vključeno v neposredno oskrbo starostnikov, razume njihove potrebe v zvezi s spolnostjo ter se nanje tudi pozitivno odziva. V prispevku želijo avtorji na podlagi pregleda znanstvene literature predstaviti problematiko zadovoljevanja potreb starostnikov po intimnosti in spolnosti v institucionalnem varstvu.

Ključne besede: spolnost, starostniki, institucionalno varstvo, zdravstvena nega

Abstract

Sexuality is an important aspect of life for all age groups. It defines human identity and self-esteem, as well as satisfies the human need for closeness and love. The same applies for the elderly in institutional care. Moreover, this important aspect of life can be significantly affected by nursing staff's attitudes and their behaviour in nursing homes. Studies show that nursing staff often display negative responses when dealing with resident's sexuality. They often feel ashamed and do not know how to react. Subsequently, they cause an uncomfortable atmosphere, which leads the residents to deny their own need for expressing sexuality. Therefore, it is important for nursing staff to understand the residents' needs in relation to sexuality, and to respond in a positive way when needed. The authors have done a literatu-

re review to highlight the issue of sexuality in the elderly and their need for intimacy in institutional care.

Key words: sexuality, older people, institutional care, nursing

Uvod

Obstaja generalni konsenz, da je spolnost bistveni del človeške identitete. Ta osnovna potreba po bližini in intimnosti je značilna za vse starostne skupine človeške populacije (1). Callan (2) navaja, da spolnost vključuje osebnostno, kulturno in socialno identiteto, in ne samo spolno vedenje ali orientacijo. Zanikanje lastne spolnosti ima zato lahko negativen vpliv na lastno samopodobo, socialne odnose in duševno dobro počutje, kar velja za vsa starostna obdobja (3).

Čeprav se zavedamo staranja družbe, pa se s spolnim vedenjem in spolno aktivnostjo starejših še vedno premalo ukvarjamo. O spolnosti pri starostnikih se redko in neradi pogovarjamo, čeprav je prisotna in je ne bi smeli zanemarjati. Številne raziskave dokazujejo, da imajo ljudje v poznem življenjskem obdobju ravno tako potrebo po izražanju spolnosti, in da upad spolne aktivnosti ter sposobnost uživanja v spolnosti ni nujna in izključna posledica staranja (4,5). Spolna identiteta, seksualne potrebe ter želja po intimnosti se lahko nadaljujejo tudi v poznem življenjskem obdobju, zato ima spolnost pomembno vlogo v življenju številnih starostnikov (6). Sicer pa v družbi še vedno močno prevladuje stereotipno gledanje, ki starejšega človeka prikazuje kot osebo brez spolnega nagona in pogosto nezmožnega za spolne odnose, kar je daleč od resnice (7).

Potrebe po vključevanju starejše populacije v institucije z organizirano oskrbo naraščajo povsod po svetu. Institucionalna oskrba nudi starostniku zadovoljitev osnovnih življenjskih potreb, ki jih sam ne zmore več zadovoljiti. Vendar se moramo ob tem zavedati, da odraža le delček dejanskega doma, saj ne omogoča izražanja lastne identitete, občutka pripadnosti ali emocionalnih funkcij v tolikšni meri, kot je to mogoče v domačem okolju (8). Obstajajo dokazi, da so starostniki v institucionalnem varstvu velikokrat prikrajšani ravno glede izražanja spolnosti in intimnosti (9). Temu botrujejo različni dejavniki, kot so pomanjkanje zasebnosti, miselnost okolice v kateri živijo, kot tudi negativen odnos svojcev in zaposlenih do izražanja spolnosti (6). Raziskave kažejo, da se zaposleni v zdravstveni negi velikokrat na spolno vedenje starostnikov odzovejo negativno. Zaradi osebnih prepričanj spolno vedenje med varovanci raje zatirajo, kot da bi ga spodbujali (10). Zaradi tega starostniki velikokrat potlačijo spolne potrebe, zanemarjajo svojo spolnost in živijo tako, kakor njihova okolica meni, da je za starostnika normalno in prav (7). Zato je nujno, da osebje, ki je vključeno v neposredno oskrbo starostnikov, razume njihove potrebe v zvezi s spolnostjo, ter se nanje tudi pozitivno odziva. Namen prispevka je na podlagi pregleda literature predstaviti problematiko zadovoljevanja potreb starostnikov po intimnosti in spolnosti v institucionalnem varstvu.

Starost in spolnost

Izražanje spolnosti v starosti pomeni širok spekter človekovih dejavnosti, s katerimi zadostimo potrebi po čustveni in socialni varnosti, po pripadnosti in ljubezni. Zato moramo na spolnost v starosti gledati širše in je nikakor ne smemo omejevati le na spolno aktivnost (6). Res pa je, da v nekaterih raziskavah na pomembnost spolne aktivnosti v starosti sklepajo

ravno iz njene pogostosti. Kaplan (4) navaja, da je 70 % oseb starejših od 70 let spolno aktivnih vsaj enkrat tedensko in da večina starostnikov, ki ima partnerja, ostaja spolno aktivnih. Vseeno pa Call in sod. (11) ugotavljajo, da ima starost določen vpliv na pogostost spolnih odnosov. V ameriški študiji iz leta 2007 (5) na vzorcu 3005 odraslih (1550 žensk in 1455 moških) med 57 in 85 let se je pokazalo, da so ženske manj spolno dejavne v primerjavi z moškimi. Polovica vprašanih omenja vsaj eno težavo, povezano s spolnostjo: 43 % žensk navaja manjše zanimanje za spolnost in 37 % moških omenja težave z erekcijo. Kljub temu je omenjena raziskava pokazala, da zanimanje za spolnost obstaja in traja ne glede na leta ter da spolna privlačnost z leti ne upada.

Vendar pa fizična spolnost ni edini izraz spolnosti v starosti. Med ostalimi načini izražanja spolnosti in intimnosti v starosti Ginsberg in sod. (12) izpostavljajo tudi pomen objema, dotika in poljubljanja. Naklonjenost, telesna bližina z dotikanjem in ljubkovanjem predstavljajo pomemben del spolnega izražanja in vzdrževanja telesne intimnosti v življenju, njihov pomen pa je lahko še toliko večji v poznem življenjskem obdobju, če spolni odnos ni več možen (6).

Potreba po ljubezni in spolni intimnosti ne upada s starostjo. Spolnost pri starostnikih ni nič drugačna, razen, da jo pogosteje omejuje bolezen (13), ali druge življenjske situacije kot so vdovstvo in ločenost (7). Večina raziskav potrjuje dejstvo, da je spolno življenje v starosti odvisno tako od fiziološkega stanja ženske in moškega, kot tudi od pomembnih psihosocialnih dejavnikov: duševno zdravje, odnos do samega sebe, partnerski odnos, ekonomsko stanje partnerjev in ne nazadnje okolje, v katerem partnerja živita (13). Na žalost se je diskriminacija starejših na področju spolnosti zakoreninila globoko v miselnost naše družbe in privedla do tega, da je večina starostnikov prepričana, da so preveč stari, da bi sploh razmišljali o spolnosti. Današnja starejša populacija je dokaj slabo seznanjena s spolno funkcijo in fiziologijo v starosti, ker je odraščala v času, ko informacije o spolnosti na sploh niso bile tako široko dostopne oz. se o tem ni tako odprto pogovarjalo (10). Skobrne (7) poudarja, da je največje ovire za spolno življenje v starosti verjetno treba iskati prav v miselnosti. Starejši ljudje po spolnem vedenju nočejo biti drugačni kot drugi pripadniki okolja, v katerem živijo, saj ne želijo postati tarča obrekovanja in posmeha. Zato v večini primerov sprejemajo mnenje okolja glede spolnosti pri starejših in se na ta način tudi vedejo, čeprav je to lahko v nasprotju z njihovimi potrebami in intimnimi željami. Fields (14) pravi, da je »baby boom« generacija tisti del populacije, ki bi lahko zrušila mite o spolnosti v poznem življenjskem obdobju. Najstarejši pripadniki omenjene generacije so danes stari 65 let in se seveda razlikujejo od predhodnih generacij. »Baby boom« generacija je v obdobju mladostništva uživala v svobodnejšem spolnem izražanju, med njimi je veliko takšnih, ki jih v tem uživa tudi danes. Poleg generacijskih dejavnikov moramo razmišljati tudi o dejavniku medikalizacije spolnosti, ki je v današnji družbi vedno bolj prisotna in kot taka lahko vpliva na izražanje spolnosti v poznem življenjskem obdobju. Gott (15) pri tem navaja predvsem napredek na področju zdravljenja spolne disfunkcije (predvsem zdravila za zdravljenje erektilnih motenj) in vedno večjo ozaveščenost ljudi o pomenu in vplivu spolnosti na kakovost življenja. Vse to bi lahko pomenilo preskok v miselnosti družbe glede spolnosti v starosti in s tem do povečanega povpraševanja po svetovanju in obravnavi vprašanj v zvezi s spolnostjo v poznem življenjskem obdobju.

Spolnost in institucionalno varstvo

Enako kot pri starejši populaciji na sploh, je lahko spolnost pomemben del življenja tudi za starostnike, ki svoje zadnje obdobje življenja preživljajo v socialno varstvenih ustanovah. Čeprav se pri večini teh starostnikov kaže določena stopnja okrnjenosti na nivoju kognicije, le-ti niso aseksualni – tudi oni imajo potrebe po intimnosti in izražanju spolnosti (6). Večina starostnikov v socialno varstvenih zavodih potrjuje, da je spolnost pomemben aspekt, ki vpliva na kakovost njihovega življenja (16, 17). Starostniki v socialno varstvenih ustanovah lahko svojo spolnost izražajo z vzdrževanjem fizičnih spolnih odnosov ali pa spolne potrebe zadovoljujejo na druge načine, kot so intimno dotikanje in objemanje, izražanje naklonjenosti in nežnosti, nekateri pa celo uspejo zgraditi nove partnerske odnose (17).

Žal pa je izražanje spolnosti starostnikov v socialno varstvenih ustanovah največkrat slabo sprejeto in se v večini primerov obravnava kot problem, še posebej, če želi starostnik spolnost izraziti skozi telesno aktivnost. Problematika nesprejemanja starostnikove spolnosti se kaže v odnosu zaposlenih in v pomanjkanju zasebnosti (9), kar lahko negativno vpliva na svobodo izražanja spolnih potreb starostnikov in je dejansko posledica odnosa zaposlenih do starostnikove spolnosti. Že prostorska ureditev je velikokrat taka, da starostnikom ne nudi zasebnosti, saj so povečini nameščeni v dvo- ali celo več posteljne sobe (18). Poleg prostorskih omejitev se večina socialno varstvenih ustanov še vedno poslužuje starševskega (parentalnega) modela vodenja, ki ne podpira avtonomije starostnika ter vsaj v določeni meri skuša nadzorovati njegovo vedenje. Tak model je tudi usmerjen v zagotavljanje učinkovitosti sistema in v zadovoljevanje želja svojcev, ne pa želja starostnikov (6). Posebej nespoštljivo pri tem je, če si svojci jemljejo pravico do odločanja o starostnikovem spolnem življenju, kajti starostnik ima pravico do spolnosti tudi, če se svojci s tem ne strinjajo (19). Podobno omejujoč in še vedno prisoten je tudi medicinski način obravnave, ki je primarno usmerjen v zagotavljanje varnosti in zadovoljevanje predvsem temeljnih fizičnih potreb starostnikov. Takšen način obravnave dodatno otežuje svobodo izražanja spolnosti med starostniki (20).

Miselnost, ki v socialno varstvenih ustanovah prevladuje glede zadovoljevanja potreb po spolnosti med starostniki je, da to ni nekaj koristnega oz. kar bi bilo potrebno spodbujati. Vzroka za to sta predvsem dva (1,21). Običajno se s spolnostjo starostnika zaposleni ne ukvarjajo, ker se jim zdijo drugi problemi bolj pomembni, in zato tudi ne pričakujejo nekih negativnih posledic, če se to področje starostnikovega življenja izpusti (stereotipno gledanje). Drugo pa je zadrega, zaradi katere se zaposleni izogibajo obravnavanju starostnikove spolnosti, še najbolj zaradi bojazni, da ne bodo znali pomagati ali svetovati. Zato so potrebe po izražanju spolnosti med starostniki v institucionalnem varstvu velikokrat potlačene (7). Znano je, da imajo stališča in prepričanja zaposlenih v socialno varstvenih ustanovah zelo velik vpliv, na to ali bodo starostniki izražali svoje potrebe glede spolnosti, in na kašen način oz. kdaj jih bodo izražali. Zaposleni v zdravstveni negi igrajo osrednjo vlogo v zagotavljanju institucionalne oskrbe starostnikov, zato vsakodnevni stik z oskrbovanci velikokrat privede do ustvarjanja močnih vezi, ki temeljijo na recipročnem zaupanju (22). Vendar pa so zaposleni kot tudi svojci velikokrat netolerantni do spolnega vedenja, in starostniki, ki izrazijo željo po spolnosti, nemalokrat postanejo predmet posmeha (6). Bouman in sod. (10) so pri pregledu raziskav o stališčih zaposlenih v zdravstveni negi do izražanja spolnosti pri starostnikih v socialno varstvenih ustanovah ugotovili, da si stališča niso povsem enotna. Ne-

katere raziskave so pokazale na bolj pozitiven in permisiven odnos zaposlenih, medtem ko druge bolj negativna in restriktivna stališča do tega vprašanja – vzrok za različna gledanja na spolnost starostnikov naj bi bil po njihovem mnenju v heterogenosti ciljnih skupin in v uporabi različnih merskih inštrumentov. V eni kasnejših raziskav so isti avtorji (23) ugotovili, da dejavniki kot so močna verska prepričanja, krajša delovna doba (manj kot pet let delovnih izkušenj), nižja starost zaposlenih in pretežno delo s starostniki, ki potrebujejo višjo stopnjo odvisnosti po zdravstveni negi, vplivajo na bolj negativen odnos zaposlenih do izražanja spolnosti v poznem življenjskem obdobju. V nasprotju z omenjenim so višja stopnja izobrazbe, boljše socio-ekonomsko ozadje in večje delovne izkušnje pokazale na bolj pozitivna stališča med zaposlenimi. Roach (18) dodaja, da na percepcijo zaposlenih v zdravstveni negi močno vpliva tudi osebna naravnost do spolnosti kot tudi etos ter miselnost, ki prevladujeta znotraj organizacije, v kateri so zaposleni. Ugotovila je, da so zaposleni v socialno varstvenih ustanovah bolj odprti do izražanja spolnosti pri starostnikih in jim je ob tem manj neprijetno, če so bili že od malega deležni spolne vzgoje v šoli.

Izhodišča za reševanje problematike spolnosti pri starostnikih v institucionalnem varstvu

Zaposleni v zdravstveni negi se pogosto srečujejo s problematiko izražanja spolnosti v socialno varstvenih ustanovah, vendar so obstoječe smernice obravnave na tem področju zelo ohlapne in pomanjkljive (6). Čeprav smernice poudarjajo, da je v načrtu obravnave potrebno upoštevati tudi spolnost starostnika, pa ob tem ne nudijo nobenih konkretnih usmeritev, kako naj bi zaposleni pristopili k temu vprašanju. Everet (24) navaja, da ima vsak, in tako tudi starostnik v institucionalnem varstvu, pravico do izražanja in udeležanja svojih spolnih potreb, če s tem izrecno ne škoduje ali kako drugače omejuje pravico drugega. Kajti diskriminatorno je, da bi starostnikom v svojih zasebnih prostorih, ki predstavljajo njihov dom, prepovedali svobodo izražanja spolnosti, poudarja isti avtor. Dejstvo je tudi to, da večina zaposlenih v zdravstveni negi prav na področju obravnave spolnosti izpostavlja največji primanjkljaj v znanju, in se velikokrat počuti neprijetno, če mora obravnavati tovrstno problematiko (6). Gilmer in sod. (8) navajajo, da v socialno varstvenih ustanovah oena spolnosti v negovalni dokumentaciji ostaja največkrat neizpolnjena ali pa vsebuje zapis, da »podatkov ni bilo mogoče pridobiti«. Sicer pa Aizenberg in sod. (16) ugotavljajo, da večina starostnikov meni, da je svetovanje glede spolnosti v socialno varstvenih ustanovah potrebno, in da bi si želeli imeti možnost odprtega pogovora z zdravstvenim osebjem. Johnson (25) je v svoji raziskavi, ki je vključevala 1500 starostnikov, želel poizvedeti na kakšen način jim zdravstveni delavci lahko pomagajo obravnavati zadeve v zvezi s spolnostjo. Odgovori, ki jih je pridobil so bili sledeči: dopustiti možnost obravnavanja spolnosti; pozorno poslušanje, informiranost in odkritost; vzeti si čas za pogovor in vprašanja o spolnosti; uporabljati jasne in enostavne besede pri razlagi namesto medicinskih izrazov; pomagati ljudem, da se v razgovoru sprostijo; biti odprt in ne obsojati; dopuščati možnost iskrenega pogovora s stališča starostnikovega verovanja, dojemanja, vedenja in skrbi; priznavati pravico starostnika do spolne želje in spolnosti. Zato Kautz in Upadhyaya (1) poudarjata, da bi morali biti zaposleni v socialno varstvenih institucijah občutljivi, dojemljivi in spoštljivi do raznolikosti potreb in načinov v izražanju spolnosti svojih stanovalcev, še posebej zato, ker to lahko pomembno vpliva na zdravstveno stanje in dobro počutje starostnikov. Poleg odnosa pa

sta potrebna tudi znanje in usposobljenost medicinskih sester za pomoč in svetovanje starostnikom glede spolnosti. Obvladovanje bolečine, fizične oslabelosti in starostnih sprememb, ki vplivajo na spolnost v starosti, so glavna izhodišča za medicinsko sestro pri iskanju rešitev, kako pomagati starostniku do zadovoljujoče spolnosti (1). V zvezi s tem Skobrne (7) izpostavlja tri osnovna področja, kjer morda medicinske sestre potrebujejo dodatno izpopolnjevanje: lastno znanje, vrednote in prepričanja ter klinične ali strokovne spretnosti glede svetovanja in komunikacije.

Zaključek

Socialno varstvene ustanove bi morale vsekakor razmišljati v smeri, da starostnikom, za katere je spolnost še vedno pomemben aspekt življenja, zagotavljajo takšno okolje, ki podpira pravico do spolnega izražanja. S tem namenom bi zaposleni v zdravstveni negi in ostali zdravstveni profili, ki sodelujejo v obravnavi starostnikov, morali izoblikovati enotno politiko glede tega vprašanja in postaviti jasne smernice obravnave, ki bi bile v pomoč tako uporabnikom kot izvajalcem. Prav tako velja razmisliti o potrebi po vpeljevanju dodatnih izobraževanj zaposlenih glede spolnosti starostnikov, saj različne raziskave dokazujejo, da je to področje precej šibko. Pri tem pa velja opozoriti, da bi izobraževanja morala biti usmerjena ne samo v pridobivanje teoretičnih znanj, ampak predvsem v pridobivanje veščin komunikacije, s katerimi bi pridobljeno znanje zaposleni lahko operacionalizirali.

Literatura

1. Kautz DD, Upadhyaya RC. Appreciating diversity and enhancing intimacy. V: Mauk KL, ur. *Gerontological nursing – competencies for care*, 2nd ed. Sudbury, Massachusetts, 2010: 602–25.
2. Callan MR. Providing aged care services for the gay and lesbian community. *Aust Nurs J* 2006; 14: 20.
3. Hajjar RR, Kamel HK. Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5: S43–S47.
4. Kaplan HS. Sex, intimacy, and the aging process. *J Am Acad Psychoanal* 1990; 18 (2): 185–205.
5. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357 (8): 762–74.
6. Bauer M, Nay R, McAluiffe. Catering to love, sex and intimacy in residential aged care: What information is provided to consumers? *Sex Disabil* 2009; 27: 3–9.
7. Skobrne M. Spolnost in spolno zdravje – Spolno zdravje, 2. del. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 117–27.
8. Gilmer MJ, Meyer A, Davidson J, Koziol – McLain J. Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nurs Prax N Z* 2010; 26 (3): 17–24.
9. Elias J, Ryan A. A review and commentary on the factors that influence expression of sexuality by older people in care homes. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1668–76.
10. Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham study of sexuality & aging (NoS-SAI). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sex Relatsh Ther* 2006; 21 (2): 149–61.

11. Call V, Sprecher S, Schwartz P. The Incidence and Frequency of Marital Sex in a National Sample. *J Marriage Fam* 1995; 57 (3): 639–52.
12. Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer– Feeley V. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age Ageing* 2005; 34: 475–480.
13. Ziherl S. Starost in spolnost. V: Kresal F, ur. 1. znanstveni simpozij fizioterapevtov Slovenije. *Gerontologija – izzivi in priložnosti v fizioterapiji*. Zbornica fizioterapevtov Slovenije: Radenci, 29. september – 1. oktober, 2011: 276–281.
14. Fields WC. Sexuality: Not Just for the Young. V: Eckman M, ur. *Lippincott's nursing guide to expert elder care*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 309–33.
15. Gott M. Sexual health and the new ageing. *Age Ageing* 2006; 35: 106–7.
16. Aizenberg D, Weizman A, Barak Y. Attitudes toward sexuality among nursing home residents. *Sex Disabil* 2002; 20 (3): 185–9.
17. Feldkamp JK. Navigating the uncertain waters of resident sexuality. *Nurs Home Long Term Care Manag* 2003; 52 (2): 62–5.
18. Roach SM. Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *J Adv Nurs* 2004; 48: 371–9.
19. Hogstel MO. Nursing facilities. V: Hogstel MO. *Gerontology – nursing care of the older adult*. Delmar, 2001: 387–408.
20. Bauer M, Geront M. The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents. *Sex Disabil* 1999; 17: 147–155.
21. Scherger K, Harty B. Assessment, diagnosis, and planning. V: Hogstel MO. *Gerontology – nursing care of the older adult*. Delmar, 2001: 237–256.
22. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2011; 48 (9): 1140–54.
23. Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: a study in residential and nursing homes. *Sex Relatsh Ther* 2007; 22: 45–61.
24. Everett B. Supporting sexual activity in long–term care. *Nurs Ethics* 2008; 15 (1): 87–96.
25. Johnson BK. Older adults' suggestions for health care providers regarding discussion of sex. *Geriatr Nurs* 1997; 18: 65–6.

Raziskovanje študentov zdravstvene nege na področju javnega zdravja

Nursing Students' Research in Public Health

Andreja Kvas, Vesna Čuk, Tamara Štemberger Kolnik

Izvleček

Teoretična izhodišča: Zbiranje in analiza podatkov v klinični praksi zdravstvene nege v povezavi z javnim zdravjem omogoča razvoj stroke, raziskovalno in inovativno pedagoško delo. Vodenje in dokumentiranje procesov pa omogoča, da postane zdravstvena nega viden in pomemben del na področju javnega zdravja in v sistemu zdravstvenega varstva. Raziskovanje klinične prakse zdravstvene nege lahko pozitivno vpliva na razvoj znanj in oblikovanja naprednega kliničnega okolja. Z raziskovanjem dejavnikov tveganja in pozitivnih kazalnikov zdravja lahko vplivamo na kakovost življenja različnih skupin prebivalcev ter na zmanjševanje tveganj za nastanek nenalezljivih kroničnih bolezni.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature ter kvantitativno in kvalitativno analizo gradiv. Pregledali in analizirali smo diplomska dela študentov zdravstvene nege iz dveh slovenskih fakultet s področja javnega zdravja. Pregledali smo diplomska dela, ki so nastala v študijskih letih 2011 in 2012.

Rezultati: Ugotovili smo, da študenti, ki raziskujejo področje javnega zdravja, podatke najpogosteje kvantitativno analizirajo, v vzorec najpogosteje vključujejo populacijo odraslih ljudi. Vsebinsko se najpogosteje odločajo za predstavitev zdravega načina življenja in pozitivnih kazalnikov zdravja.

Razprava in zaključki: Tematsko so študenti najpogosteje raziskovali področje preventive, ki je pomembna za krepitev zdravja posameznika in skupnosti. Na osnovi kvantitativnega raziskovanja so navedli predloge za izboljšavo dela v kliničnem okolju. Ugotovili so, da ima medicinska sestra pomembno vlogo na področju javnega zdravja, vendar je ta vloga trenutno premalo prepoznavna in vidna. Naloga visokošolskih učiteljev in kliničnih mentorjev na področju zdravstvene nege je, da študente v teku študija opremimo z znanjem in sposobnostmi na področju raziskovanja. Pomembno je, da jih naučimo zaznavanja kliničnih problemov

in prevzemanja odgovornosti za njihovo reševanje s pomočjo z dokazi podprte zdravstvene nege.

Ključne besede: proces raziskovanja, objavljanje izsledkov raziskav, zdravstvena vzgoja, promocija zdravja.

Abstract

Introduction: The collection and analysis of data in clinical practice of nursing in conjunction with public health professionals, research and development, provides an innovative pedagogical work. Management and documentation of processes and allows you to become visible and an important part of medical care in the field of public health and health care system. Exploration of the clinical practice of nursing can positively impact on the development of skills and the creation of advanced clinical environment. Research of the risk factors and positive health indicators we can influence the quality of life of different population groups, and reducing the risks for the emergence of non-communicable chronic diseases.

Methods: Descriptive method was used to work with a review of the literature and the quantitative and qualitative analysis of the materials. Reviewed and we analyzed the theses of students from two faculties of nursing care in the field of public health. We have reviewed theses, which are formed in the study years 2011 and 2012.

Results: We have found that students who researched the scope of public health data, most often in the sample analyzed, quantitatively the most commonly include the population of adult people. The most substantive decisions for the presentation of a healthy lifestyle and positive health indicators.

Discussion and conclusions: Students are most frequently explored theme area of prevention, which is important for the health of the individual and the community. On the basis of quantitative surveys have indicated the proposals for improvement work in a clinical environment. They found that the nurse has an important role in the field of public health, but it is currently not known this role and visible. The task of higher education of teachers and trainers in the field of clinical nursing students in the course of study is equipped with knowledge and skills in the field of research. It is important that we learn the clinical detection of problems and to take responsibility to solve them with the help of evidence-based nursing.

Key words: the process of research, publishing research findings, health education, health promotion.

Uvod

Znanost in raziskovanje v zdravstveni negi temeljijo na strokovnem kliničnem znanju, izkustvenih spoznanjih, ki se jih učimo v strokovni praksi in znanstvenih spoznanjih, ki temeljijo na preverjenih hipotezah in raziskovanju v zdravstveni negi. Zdravstvena nega kot integralni del zdravstvenega sistema zajema različne dejavnosti, ki se neprestano spreminjajo. Razvoj zdravstvene nege poteka sočasno s spremembami v zdravstvenih sistemih. Spremembe v praksi zdravstvene nege zahtevajo novo definicijo vloge medicinskih sester. Orodje za opisovanje prakse zdravstvene nege je tudi mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege, ki omogoča zbiranje podatkov v klinični praksi, ki so na razpolago za raziskovalno in pedagoško delo, za vodenje in dokumentiranje procesov, da postane zdravstvena nega viden delež v zdravstvenem varstvu (1, 2, 3). Parahoo (4) navaja pomen razvoja profesije z raziskovanjem.

Le raziskovanje zdravstvene nege zagotavlja učinkovito in uspešno klinično prakso tako za paciente kot za medicinske sestre. V zdravstveni negi medicinske sestre v praksi prepogosto zbirajo podatke za druge zdravstvene profile. Za razvoj, raziskovanje in izboljševanje klinične prakse je potrebno skupaj združiti in uporabiti znanje »vedeti, zakaj« in znanje »vedeti, kako«. Koncept z dokazi podprte zdravstvene nege (evidence based nursing) pomeni kognitivno spremembo stališč, katere izidi vplivajo na spremembo prakse zdravstvene nege. Vpliva na dosežke in na spremembe v zdravstveni negi in javnem zdravju. Zaradi povečevanja raziskovanja zdravstvene nege s strani znanstvenikov, teoretikov in učiteljev je postala prepoznavna kot akademska disciplina in aplikativna stroka (5). Meretoja, Eriksson in Leino (6) ter Mc Ewan (5) navajajo, da področje z dokazi podprte zdravstvene nege omogoča reševanje problemov v klinični praksi. Povezovanje znanja, izkušenj in znanosti vodi v razvoj, ob upoštevanju etičnih norm, spoštovanju človekovih pravic in varovanja podatkov (7). Banning (8) ugotavlja, da se transformacija znanja v klinični praksi od pretežno medicinske plati spreminja vedno bolj v zdravstveno nego. Avtor (prav tam) poudarja pomen stalnega obnavljanja znanja in sposobnosti, ki omogočijo in zagotovijo razvoj in spremembe v zdravstveni negi. Vloga medicinskih sester v raziskovanju presega samo postavljanje vprašanj ter iskanje in zbiranje dokazov (4). Z dokazi podprta zdravstvena nega ima cilj, da medicinske sestre vključijo raziskovanje v klinična okolja in prakso, saj se le z raziskovanjem lastnega dela in problemov razvija novo znanje in z dokazi podprta klinična praksa. Pričakovani izidi so nadaljnji razvoj klinične prakse, ki podpirajo osebni in profesionalni razvoj posameznika in prispevajo k razvoju drugih sodelavcev.

Benner et al. (2) v podporo raziskovanju navajajo, da imajo medicinske sestre močan potencial za razvoj sprememb v kliničnih okoljih, da identificirajo področja za spremembe, da spreminjajo prakso izvajanja zdravstvene nege in promocije zdravja za paciente, svojce in pomembne druge in tako proaktivno vplivajo na kakovost celotnega zdravstvenega varstva. Mc Ewan (5) navaja faze pri reševanju problemov s pregledom virov in raziskav, identifikacijo problemov, kritično refleksijo in vrednotenjem dokazov ter z oblikovanjem najustrežnejših intervencij, ki vodijo v spremembe in izboljšave aktivnosti zdravstvene nege v kliničnem okolju in na področju javnega zdravja.

Na dodiplomskem študiju zdravstvene nege je načrtovanje raziskave specifična naloga za študente in njihove mentorje, saj je raziskovanje omejeno zlasti na uporabo deskriptivne metode ter za tehniko zbiranja podatkov se najpogosteje uporabljajo: intervjuji, anketiranje na majhnih vzorcih in opisi primerov. Možnost uspešnosti raziskave po mnenju Philipsove in Pugh (1987 v 9) povečajo motivacija, podpora, slog in ustvarjalnost ter osebne kvalitete raziskovalcev. Raziskovanje temelji na odprtem sistemu mišljenja in kritičnem pregledu podatkov raziskave. Vsak raziskovalni projekt mora biti skrbno načrtovan z natančnim vodenjem dokumentacije v vseh fazah raziskovanja. Upoštevati mora spoštovanje objektivnosti in nevtralnosti vrednotenja ter standardizacijo situacij in instrumentarija kot podlago k enotnim izidom (10).

S pomočjo kvalitativnega raziskovanja raziskovalec dobi vpogled v opis, značilnosti ljudi, okoliščine in pomen situacij, katerih najpogostejše tehnike zbiranja podatkov so intervju, opazovanje z udeležbo, študije primera, pisanje dnevnika, analiza kritičnih dogodkov, analiza dokumentacije, ipd. (11). Pri kvantitativnem raziskovanju podatke najpogosteje zbiramo s testiranjem, merjenjem, opazovanjem in anketiranjem (8, 12, 13).

Vloga mentorjev pri spodbujanju raziskovanja študentov je, da jih motivirajo za učenje, da ustvarijo razmere za učenje in da jih motivirajo, da razvijejo sposobnosti za tista področja, katerih rezultat raziskovanja omogoči možnost uvajanja sprememb v klinična okolja. Identifikacija področij, aplikacija dobljenih rezultatov raziskovanja in z dokazi podprta zdravstvena nega na področju javnega zdravja prispeva k strategiji in povečevanju pregleda virov za podporo razvoju in podpira študente pri aplikaciji z dokazi podprte zdravstvene nege v svojo lastno prakso (2, 8, 14). Bossell in Cannon (15) ter Brown (16) navajajo, da učinkovita klinična praksa v zdravstveni negi zahteva informacije, presojo, sposobnosti in veščine. Potrebno je, da študente zdravstvene nege opogumimo, da verjamejo v možnost sprememb v kliničnih okoljih, v katere se vključijo, ko vstopijo v delovni proces in da zaupajo v svoje možnosti pri uvajanju teh.

Medicinske sestre imajo zelo pomembno vlogo na področju javnega zdravja, ki je v Strategiji (3) opredeljena kot znanost in umetnost preprečevanja bolezni, krepitev zdravja, podaljševanja življenja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju s pomočjo organiziranih ukrepov družbe. Zavedamo se, da lahko strateško usmerjeni javnozdravstveni sistem v veliki meri pripomore k varovanju, ohranjanju in krepitevi zdravja državljanov. Le zdrava populacija lahko vodi v kakovosten ekonomsko in socialno učinkovit razvoj gospodarstva posamezne države. Raziskovanje na področju javnega zdravja je zelo pomembno tudi za medicinske sestre, ki so ključne izvajalke zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, zato smo se odločili, da s pregledom izvedenih diplomskih del poskušamo ugotoviti, v kolikšni meri in na kakšne načine študenti raziskujejo področje javnega zdravja.

Namen

V kliničnih okoljih se je v zadnjih letih povečalo raziskovanje študentov zdravstvene nege, malo pa imamo podatkov o vplivu in učinkih pridobljenih rezultatov na spremembe v klinični praksi. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kaj najpogosteje raziskujejo študenti zdravstvene nege na področju javnega zdravja. Cilj raziskave je bil analizirati vsebine diplomskih del in ugotoviti, ali študenti z raziskovanjem pridejo do smiselnih in uporabnih zaključkov. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Katera področja javnega zdravja so študenti najpogosteje vključili v diplomska dela?
- Kakšne so bile najpogosteje uporabljene raziskovalne metode in tehnike ter kakšen je bil proučevani vzorec raziskovanja?
- Katere so bile ključne ugotovitve in predlogi za izboljšave v diplomskih delih študentov?

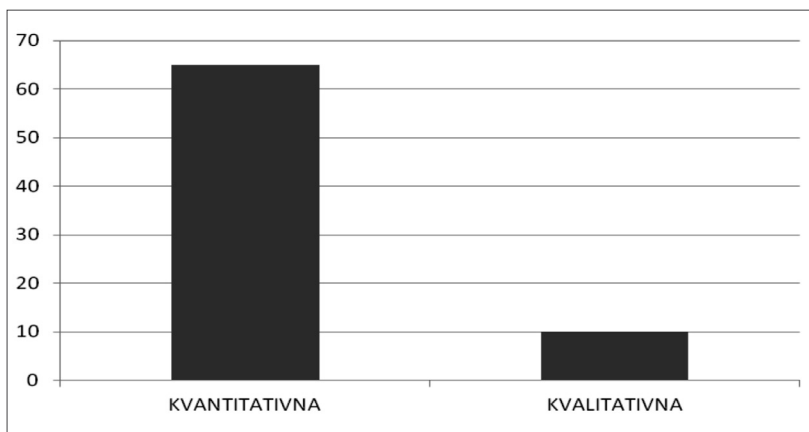
Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature in analizo gradiva. V analizo so bila vključena diplomska dela študentov dodiplomskega študija Zdravstvena nega dveh slovenskih fakultet (poimenovali smo jih Fakulteta 1 in Fakulteta 2). V pregled smo zajeli vsa diplomska dela, ki so nastala v obdobju od leta 2011 do leta 2012. V analizo smo zajeli diplomska dela s pomočjo naslednjih ključnih besed: javno zdravje, promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, preventiva, preventivni programi, osveščanje. Analiza podatkov je predstavljena delno kvantitativno v grafih in tabelah, delno pa v obliki kvalitativnega

opisa najpogostejših proučevanih kategorij in predstavitev zaključkov diplomskih del. Za oblikovanje kategorij smo uporabili SWOT analizo s prikazom prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti, ki jih v ugotovitvah predstavljajo študenti.

Rezultati

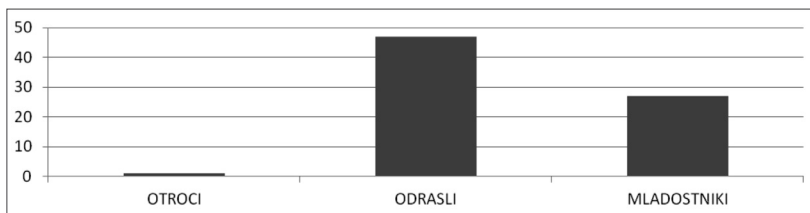
V prvem delu analize smo na Fakulteti 1 pregledali 372 diplomskih del, na Fakulteti 2 pa smo pregledali skupaj 191 diplomskih del. Na podlagi ključnih besed smo v nadaljni pregled vključili 55 diplomskih del iz Fakultete 1 in 50 diplomskih del iz Fakultete 2, ki so bile tematsko vezane na javno zdravje. Vsa pregledana diplomska dela so bila izdelana v letih 2011 ($n=53$) in 2012 ($n=52$). Študenti so najpogosteje uporabili deskriptivno metodo dela. Od raziskovalnih pristopov so najpogosteje uporabili kvantitativnega, v manjši meri so se odločili za kvalitativnega (Slika 1). Pri študentih je viden porast uporabe pregleda literature, teh študentov je bilo 30.



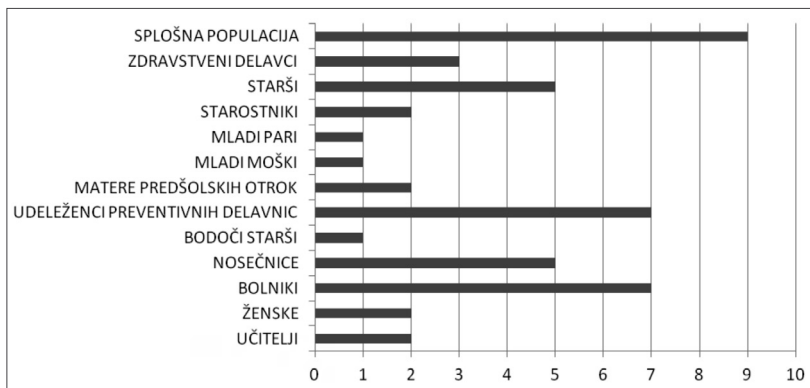
Slika 1: Pregled uporabljenih raziskovalnih pristopov v pregledanih diplomskih del (število).

Študenti so za pripravo diplomskih del uporabili od 23 do 158 citiranih domačih in tujih enot literature in virov, dosledno navedenih v poglavju Literatura. Povprečno so uporabili manj tujih kot domačih enot literature in virov, štiri diplomanti niso uporabili nobene tuje literature. Uporaba tujih enot literature se giblje od nič do 110 enot.

Glede na to, da je strateška usmeritev javnega zdravja posamezne države vezana na obravnavo posameznih bolj ranljivih skupin, nas je zanimalo, na kakšnih vzorcih so potekale raziskave v izbranih diplomskih delih. V največji meri so diplomanti v vzorec vključili odraslo populacijo ($n=47$), takoj za tem mladostnike ($n=27$; osnovno šolci ($n=11$), dijaki ($n=12$) in študenti ($n=4$)), kar je predstavljeno na Sliki 2. Na Sliki 3 je prikazana razdelitev vzorcev odrasle populacije v bolj specifične skupine. Najpogosteje se študenti odločajo za izvedbo raziskave na vzorcu splošne populacije ($n=9$), udeležencih različnih zdravstveno vzgojnih aktivnosti organiziranih v okviru zdravstvenega varstva ($n=7$), na bolnikih, ki vstopajo v sistem zdravstvenega varstva zaradi vodenja kroničnega obolenja ($n=7$) in na nosečnicah ($n=5$).



Slika 2: V diplomskih delih navedeni raziskovalni vzorci.



Slika 3: Vzorce odrasle populacije predstavljeni po specifičnih skupinah prebivalstva.

Tematsko so se študenti pri pripravi diplomskih del iz vsebinskega področja javnega zdravja v veliki večini odločali za raziskovanje preventivne dejavnosti, ki je usmerjena v ohranjanje zdravih življenjskih navad s krepitvijo pozitivnih kazalnikov zdravja (zdrava prehrana, telesna dejavnost, preprečevanje stresa in drugo). Poleg omenjenega smo zasledili tudi raziskovanje s področja zdravstvene vzgoje bolnikov s kroničnimi obolenji, reproduktivnega zdravja in preprečevanja spolno prenosljivih okužb, prepoznavanja in ukrepanja pri pojavu nalezljivih bolezni ter cepljenja, preventive rakavih obolenj, preprečevanja in zdravljanja odvisnosti od dovoljenih in prepovedanih drog, prepoznavanja duševnih motenj, obravnave posameznega bolnika v okviru patronažne dejavnosti, prepoznavanja nujnih stanj in nudenja nujne medicinske ali prve pomoči ter zobozdravstvene preventive. Nekaj študentov ($n=10$) je raziskovalno delo usmerilo v kakovost in pomembnost izvajanja preventivnih programov na področju varovanja zdravja.

Ključne ugotovitve proučevanih diplomskih del:

- Študenti najpogosteje izbirajo teme, vezane na zdrav življenjski slog, v različnih populacijah (odrasli, nosečnice, otroci, mladostniki in drugo).
- Študenti so najpogosteje raziskovali na področju obstoječih programov zdravstvene vzgoje v primarni zdravstveni dejavnosti.
- V vzorec za izvedbo raziskave najpogosteje izberejo odraslo populacijo.
- Študenti so za tehniko zbiranja podatkov najpogosteje uporabili aneketni vprašalnik, prikaz primera in intervju. Zasledili smo kar nekaj diplomskih del oblikovanih na podlagi pregleda in analize literature.

V razpravi in v zaključkih diplomskih del so diplomanti zajeli kar nekaj zanimivih dejstev, ki smo jih analizirali in jih povzeli v obliki SWOT analize, ki predstavlja ugotov

vljene prednosti in slabosti, predloge za izboljšave ter izpostavljene nevarnosti in tveganja, kar predstavljamo v Preglednici 1.

Preglednica 1: Ključne ugotovitve diplomskih del študentov zdravstvene nege.

Ugotovljene prednosti	Ugotovljene slabosti
<ul style="list-style-type: none"> - poznavanje dejavnikov tveganja s strani anketiranih, - bolniki upoštevajo navodila prejeta s strani medicinskih sester, - anketirani nezadovoljni s svojo samopodobo in težo, - na podlagi zdravstvenovzgojnega dela narašča število dojenih otrok do enega leta starosti, - projekt zdravih šol dobro vpliva na pozitiven življenjski slog otrok, - v zdravljenju odvisnosti prisotnost in podpora svojecev pozitivno vplivajo na izide zdravljenja, - zdravstvenovzgojno delo z otročnicami je boljše na pripravi zdravstveni ravni kot na sekundarni, - na vedenje dijakov vpliva odnos s starši, sprememba okolja in družbe, - prisotnost dejavnikov tveganja ali kroničnega obolenja pripravi posameznika v spremembo življenjskih navad, - presejalni program SVIT je učinkovit, - oralno zdravje pri osnovnošolcih se z njihovo starostjo izboljšuje, - ciljano usmerjeno zdravstvenovzgojno delo pri bolnikih s kroničnim obolenjem je vedno učinkovito, - po postavitviti diagnoze in v prvih mesecih zdravljenja je bolnik najbolj motiviran za zdravstvenovzgojno delo, - udeleženi pozanjo pozitivne kazalnike zdravja vendar jih ne upoštevajo v svojih življenjskih navadah, - zelenjava je eno najpomembnejših živil v prehrani za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni. 	<ul style="list-style-type: none"> - med mladostniki je razvita velika toleranca do tveganega pitja alkohola, - življenjski slog študentov je nezdrav, - več kot polovica staršev ne obiskuje šole za bodoče starše, pogosteje jo obiskujejo starši starejši od 30. let in tisti, ki pričakujejo prvega otroka, - starši so slabo osveščeni o nujnih stanjih in nudenju prve pomoči, - ne glede na izvedbo zdravstvenovzgojnega dela imajo bolniki življenjski slog podoben, - večina staršev ni ustrezno seznanjena s programom obveznega cepljenja šolskih otrok, - osnovnošolci pojedjo veliko sladkarij, - mladostniki pogosto posegajo po alkoholu, tobaknih izdelkih in prepovedanih drogah, - matere ki ne dojijo imajo nizko samopodobo in slabe izkušnje z dojenjem, - da so prehranjevalne navada slabe, lahko rečemo zaradi neuživanja sadja in zelenjave in spuščanja zajtrka; - dekleta doživljajo prvo menstruacijo kot negativno izkušnjo, čeprav imajo dovolj informacij, - samopregledovnja ne izvajajo, želijo si več znanja, - Slovija nima navodil kako se izogniti določenim tveganjem ob letenju z avionom; - v večjem deležu anketirani nimajo nekoga, ki je že poskušal izvesti samomor - uporaba procesa spreminjanja v prid zdravju je dolgotrajen proces.
<p>Predlogi za izboljšave</p>	<p>Izpostavljene nevarnosti - tveganja</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ugotovljane ciljne skupine za razširitev zdravstvenovzgojnega delovanja medicinskih sester, - oblikovanje programov za intenzivnejšo zdravstvenovzgojno delo na populaciji mladostnikov in njihovih staršev, - oblikovanje programov za ozaveščanje populacije na področju prepoznavanja nujnih stanj in nudenja prve pomoči, - oblikovanje ciljano usmerjenih publikacij, ki vsebinsko spremljajo zdravstvenovzgojne programe, - ciljano usmerjeni programi na konkretno obolenje ali del življenjskega sloga, - graditi zdravstvenovzgojno delo na multidisciplinarnem pristopu, - medicinske sestre naj bodo za vzgled, - medicinske sester naj bodo stalno prisotne v slovenskih šolah, - uvajanje metod za sproščanje v populacijo otrok in mladostnikov, da bodo le ti znali izražati svoja čustva. 	<ul style="list-style-type: none"> - razkorak med znanjem in izvedbo (ciljne populacije osveščene, ne prenašajo znanj v vsakdanje življenje), - razkorak med osveščanjem otrok in mladostnikov ter njihovih staršev, - majhna odgovornost ljudi na organizirane zdravstvenovzgojne programe, - pomanjkanje časa medicinskih sester, ki poleg drugega strokovnega dela izvajajo še zdravstvenovzgojno delo, - prepoznavanje marketniga modernih in aktualnih življenjskih navad, ki lahko vodijo posameznika v motnje katerih posledice so obolenja (ortoreksija, bigoreksija, itd.).

Razprava

Študenti so v diplomskih delih uporabili deskriptivno metode dela, ki jo Sagadin (1) opredeli kot opisovanje pojavov, ki vključuje tudi oblikovanje hipotez o vzročno-posledičnih odnosih. Večina študentov je uporabila kvantitativni pristop (n=65) kot tehniko zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik in intervju. Vse več študentov se odloča za opis primera, kjer na konkretnem primeru opišejo zdravstveno obravnavo določenega pacienta. Viden je porast uporabe pregleda literature, zlasti na Fakulteti 1, verjetno zato ker so se na pobudo njihove največje učne baze odločili, da študente spodbujajo k večji uporabi pregleda literature. Na ta način so študenti razbremenili učno bazo s pogostimi anketirani zaposlenih in pacientov. Tako raziskave z uporabo kvantitativnega, kvalitativnega pristopa in kombinacijo obeh (triangulacija) izvajajo zlasti študenti podiplomskega študija, ki v teku študija nadgradijo znanje s področja raziskovanja; obvladajo zahtevnejše statistične metode. Avtorji na področju družboslovnega raziskovanja, kamor prištevamo tudi zdravstveno nego, vedno bolj poudarjajo pomen uporabe koncepta triangulacije v eni raziskavi (18, 19, 20, 21). Družboslovec Denzin (1978, cit. 22) razlikuje štiri vrste triangulacije: *metodološko triangulacijo*, ki vključuje uporabo različnih metod v eni raziskavi ali ponavljajočo se uporabo ene same metode ob različnih priložnostih v eni raziskavi; *triangulacija podatkov*, ki označuje uporabo različnih vrst podatkov (kvantitativnih in kvalitativnih), ki so zbrani z različnimi ali z eno samo metodo; *triangulacija raziskovalcev* označuje sodelovanje različnih raziskovalcev, ki vsak s svojim specifičnim pogledom in pristopom doprinesejo k analizi in interpretaciji podatkov; *teoretska triangulacija* pa označuje različne teoretske vidike, na podlagi katerih raziskovalci oblikujejo različne hipoteze.

Tematsko so študenti najpogosteje raziskovali področje preventive, ki je pomembno za krepitev zdravja posameznika in skupnosti. Proučevali so determinante zdravja, ki so izpostavljene kot zelo pomembne tudi v Strategiji (3): zdrava prehrana in prehranjevanje, telesna dejavnost in nadzor debelosti, nadzor nad tobakom, alkoholna politika, nadzor nad drogami, splošno zdravje, duševno zdravje ter zdravje zob in ustne votline. Proučevali so tudi sekundarno (skrb za ogrožene skupine ljudi) in terciarno raven (skrb za bolne ljudi, njihove svojce in invalide) zdravstvene vzgoje.

Študenti so v diplomskih delih navedli predloge za izboljšave v kliničnem okolju: oblikovanje zdravstvenovzgojnih programov za mladostnike in njihove starše, oblikovanje programov za ozaveščanje populacije na področju prepoznavanja nujnih stanj in nudenja prve pomoči, oblikovanje, izdelava ciljno usmerjenih zdravstvenovzgojnih publikacij, priprava in izvedba ciljno usmerjenih zdravstvenovzgojnih programov za določeno obolenje, uvajanje interdisciplinarnega pristopa na področju zdravstvene vzgoje ter prisotnost medicinske sestre v slovenskih osnovnih šolah (»šolska medicinska sestra«).

Študenti so se redkeje odločali za raziskovanje procesnih aktivnosti in izboljšav z vidika koristi za paciente, izdelave standardov postopkov in intervencij zdravstvene nege ter izdelave kliničnih poti in algoritmov v zdravstveni negi. Meteroja, Eriksson in Leino (6) navajajo, da izvajanje učinkovite prakse v zdravstveni negi vključuje poleg potrebnega znanja tudi indikatorje za kompetentno presojo in odločanje. Sposobnosti in kompetence, povezane z organizacijo dela, imajo študenti ob zaključku študija še neizoblikovane, saj se oblikujejo v delovnem procesu, ko se znanje poveže z izkušnjami.

Študenti so v diplomskih delih ugotovili, da ima medicinska sestra pomembno vlogo na področju javnega zdravja, vendar je ta vloga trenutno premalo prepoznavna in vidna. Currie et al. (12) ugotavljajo, da je za kakovostno delovanje medicinskih sester potrebna njihova izobraženost in avtonomija. Polit in Beck (v 23) poudarjajo, da se od vsake medicinske sestre ne pričakuje, da bo raziskovalka, ampak se od nje pričakuje, da svoje delo izvaja na osnovi dokazov in da s svojim vedenjem podpira razvoj raziskovanja, tako pa lahko deluje, če ima določeno bazično znanje o pomenu raziskovanja in o pomenu razvoja poklica.

Zaključek

Naloga visokošolskih učiteljev in kliničnih mentorjev na področju zdravstvene nege je, da študente v teku študija opremimo z znanjem in sposobnostmi na področju raziskovanja. Pomembno je, da jih naučimo zaznavanja kliničnih problemov in prevzemanja odgovornosti za njihovo reševanje s pomočjo z dokazi podprte zdravstvene neg. Le na ta način bodo lahko uvajali novosti in spremembe v samo klinično prakso tudi na področju javnega zdravja ter s tem zagotavljali kakovostnejšo in varnejšo zdravstveno oskrbo pacientov.

Literatura

1. ICNP – Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege – beta. Prevod v slovenščini: Geneva: ICN, 1999. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2000: 9–11.
2. Benner P, Tanner C.A, Chesla C. A. Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement and Ethics. 2nd. ed. New York: Springer Publishing Co; 2009:171–199.
3. Strategija razvoja dejavnosti javnega zdravja 2013–2023. Osanutek: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. http://www.Strategija_javnega_zdravja-jr_24-6-2013-1.pdf <15. 12. 2013>.
4. Parahoo K. Nursing Research. Principles, Process an Issues (second edition). New York; Palgrave; 2006: 73–102.
5. Mc Ewan M. Philosophy, science and nursing. In: Mc Ewan M. Wills E. M.(ur). Theoretical basis for Nursing. Philadelphia; Williams and Wilkins; 2006: 3–5.
6. Meteroja R, Eriksson E, Leino Kilpi H. Indicators for competent nursing practice. Journal of Nursing Management; 2002: 10 (1): 95–102.
7. Kobentar R, Novak Peterka J. Raziskovanje v zdravstveni negi v Psihiatrični kliniki Ljubljana.V: Čuk V (ur.). Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. Zbornik prispevkov: Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Maribor, 26. oktober. Ljubljana; Zbornica – Zveza; 2006: 52–54.
8. Banning M. Approaches to teaching: current opinions and related research. Nurse Education Today. 2005; 25 (6): 502–510.
9. Esterby-Smith M,Thorpe R, Lowe A. Raziskovanje v managementu. Koper: UP Fakulteta za management Koper; 2004: 34–40; 71–117.
10. Evers G. Developing Nursing Science in Europe. Image; 2003: 35 (1): 9–13.
11. Van Maanen J. Qualitative methodology. London; Sage; 1983: 111–15.
12. Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005: 51 (1), 73–82.

13. Ivanko Š. Raziskovanje in pisanje del. Ljubljana: Cubus-image; 2007: 2–32.
14. Kinnell D. Evidence Based Practice and mentorship. V: Kinnell D, Hughes P. Mentoring Nursing and Healthcare students. London; Sage Publications; 2010: 169–192.
15. Bossell C, Cannon S. Introduction to Nursing research. Incorporating evidence based practice. Sudbury: Jones and Bartlett books; 2007: 75–92.
16. Brown S. Evidence Based Nursing: the Research Practice Connection. London: Jones and Bartlett Publishers; 2008: 3–10.
17. Sagadin J. Tipi in vloga študij primerov v pedagoškem raziskovanju., *Sodobna pedagogika*. 2004; 55 (4): 88–99.
18. Annelis M. Triangulation of qualitative approaches: hermental phenomenology and grounded theory. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 55 (1): 55–61.
19. Willianson C. Ilustrating triangulation in mixed-methods nursing research. *Nurse research*. 2005; 12 (4): 7–18.
20. Begley C. Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 1966; 24 (1): 122–8.
21. Cowman S. Triangulation: a means of reconciliation in nursnig research. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18 (5): 788–92.
22. Lobe B. Združevanje kvantitativnih in kvalitativnih mtod – stra praksav novi preobleki? *Družbene razprave*. 2003; 23 (53): 55–73.
23. Skela Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*. 2009; 43 (3): 1–14.

Zdravstvena pismenost in zaznana kompetentnost na področju zdravja med študenti zdravstvene nege

Health Literacy and Perceived Health Competence of Nursing Students

Dejan Hozjan, Katarina Babnik, Tamara Štemberger Kolnik

Povzetek

Teoretična izhodišča: Zdravstvena pismenost je temelj za razumevanje posameznikovega zdravja, bolezni in poškodb. Za družbo je zdravstvena pismenost temeljnega pomena za oblikovanje učinkovite zdravstvene politike, ki zagotavlja kakovostno storitev, nizke stroške in aktivno vključevanje posameznika v njegovo zdravljenje. Z zdravstveno pismenostjo sta tesno povezana koncepta zaznana kompetentnosti na področju zdravja in vedenje povezano z zdravjem. Za medicinske sestre je ena ključnih nalog pri delu s pacientom edukacija za ohranjanje lastnega zdravja.

Metode: Namen prispevka je oceniti stopnjo zdravstvene pismenosti in zaznane kompetentnosti na področju zdravja na populaciji študentov zdravstvene nege (N = 101). Izvedli smo kvantitativno raziskavo. Instrument za zbiranje podatkov je bil sestavljen iz šestih delov – lestvic za merjenje proučevanih spremenljivk. Statistična analiza podatkov je bila opravljena s pomočjo računalniškega programa IBM Statistics SPSS 20 za okolje Windows.

Rezultati: Povprečna ocena zdravstvene pismenosti med študenti zdravstvene nege se dobro znajdejo med informacijami povezanimi z zdravjem, potrjuje. Zaznavajo se relativno kompetentne na področju obvladovanja svojega zdravja. Korelacija obeh spremenljivk med seboj kot tudi s spremenljivkami vedenja povezanega z zdravjem ni statistično pomembno.

Zaključki: Vedenje povezano z zdravjem je širok koncept, ki ga je potrebno povezati z dvigom zdravstvene pismenosti in realno oceno zaznane kompetentnosti na področju zdravja.

Ključne besede: študent zdravstvene nege, zdravstvena pismenost, zaznana kompetentnost na področju zdravja, javno zdravje, raziskovanje

Abstract

Introduction: Health literacy is the foundation for understanding individual's health, diseases, and injuries. In society health literacy is fundamental for the development of effective

health policy that provides quality and low costs of the health care system, and moreover, the active involvements of individuals in health care. Health literacy is closely related to the concept of perceived competence in the field of health and health-related behaviour. One of the key tasks of nursing care is health education aimed at the maintenance of patients' health.

Methods: The aim of this paper is to assess the level of health literacy and perceived health competence in the population of nursing care students. We carried out a quantitative study. The instrument for data collection was composed of six parts - scales to measure the variables. Statistical analysis was performed using the computer program IBM SPSS Statistics 20 for Windows.

Results: The average score of health literacy among students of nursing confirms that students are well informed and well oriented in the health care system. They perceive themselves as relatively competent in managing their own health. The correlation of the two variables with one another, as well as the correlation of both variables with the behaviour related to health is not statistically significant.

Conclusions: Behaviour associated with health is a broad concept that can be connected with the rise of health literacy and a realistic assessment of perceived competence in the field of health.

Key words: nursing care students, health literacy, perceived health related competence, public health, research

Teoretična izhodišča

Janko (1) opredeljuje pismenost kot trajno razvijajoča se zmožnost posameznikov, da uporabljajo družbeno dogovorjene sisteme simbolov za sprejemanje, razumevanje, tvorjenje in uporabo besedil za življenje v družini, šoli, na delovnem mestu in v družbi. Starc (2) dodaja, da je v današnjem času pismenost posameznika pravzaprav njegova sposobnost uspešne integracije v družbeno pomembna dogajanja, ki zahtevajo od posameznika poznavanje spretnosti komuniciranja. Hozjan (3) opredeljuje koncept funkcionalne pismenosti kot ključni element razvoja posamezne družbe, saj pripomore h kakovosti življenja posameznika, posledično pa vpliva na razvitost posamezne države. Stopnja funkcionalne pismenosti je v tem kontekstu lahko pomemben pokazatelj razvoja posamezne države (3). Seveda za razvoj družbe in uveljavljanje posameznika kot družbenega bitja danes ni več dovolj le bralna pismenost, zato Cotič, Medved Udovič (4) navajata poleg bralne pismenosti recimo še matematično, glasbeno, naravoslovno, informacijsko, okoljsko pismenost in druge pismenosti z različnih strokovnih področji. V prispevku se bomo osredotočili na zdravstveno pismenost, ki kot koncept ob visoki stopnji pri posamezniku omogoča, da le-ta: i) zna ohranjati in varovati svoje zdravje in preprečevati bolezni; ii) razume, interpretira in analizira informacije o svojem zdravju; iii) uporablja zdravstvene informacije v različnih življenjskih situacijah; iv) pozna smeri zdravstvenega sistema; v) aktivno sodelujejo v kontaktu z zdravstvenim osebjem ob nudenju zdravstvene oskrbe; vi) razume in na podlagi razumevanja, da soglasje za izvedbo posegov in postopkov; vii) razume in se zavzema za svoje pravice v okviru zdravstvenega sistema (5). Seveda to predstavlja za posameznika zahtevno poznavanje širokega spektra informacij s strokovnega zdravstvenega področja, zato lahko rečemo, da je zdravstvena pismenost vseživljenjski proces učenja in razvoja posameznika, ki se odra-

ža na zdravstveni pismenosti celotne družbe (6). Zarcadoolas, Pleasant in Greer (7) navajajo, da je za več kot polovico prebivalcev Združenih držav Amerike težko ali celo nemogoče i) razumevanje navodil, ki jih pacienti dobijo ob zdravljenju, ii) prebrati in razumeti navodila za uporabo zdravil in interakcij različnih zdravil med seboj, ter iii) razumevanje in delovanje javno zdravstvenih opozoril. Prav tako Jukkala, Deupree, Graham (8) ugotavljajo, da le 12% zdravstvenih delavcev v Združenih državah Amerike ve, da ima veliko prebivalcev probleme z razumevanjem navodil in informacij, ki jih dobijo v zdravstvenem sistemu. Veliko število prebivalcev z nizko stopnjo zdravstvene pismenosti lahko pomeni velike probleme v zdravstvu (9). Nizka stopnja zdravstvene pismenosti namreč predstavlja posameznike, ki se i) ne zavedajo pomembnosti preventivnih pregledov in zdravega načina življenja ter ne poznajo svojega zdravstvenega stanja (10); ii) pogosteje potrebujejo storitve nujne medicinske pomoči, s pogostejšo in daljšo hospitalizacijo (11,12); iii) neprimerno uporabljajo predpisana zdravila, zdravstvene storitve, neprimerno obvladujejo kronična obolenja, neodgovorno ravna v urgentnih situacijah (7) in pri ljudeh slabo zdravstveno stanje ljudi, pomanjkanje lastnega ugleda in samozavesti, s socialno neenakostjo in racionalizacijo lastnih in družbenih stroškov (7). Z zadnjo alinejo lahko povežemo zdravstveno pismenost z osebnostnimi lastnostmi posameznika, ki so vezane na sposobnost najti, razumeti in uporabiti zdravstvene informacije. Sarafino (13) razmišlja o vplivu osebnostnih lastnosti na ohranjanje zdravja. S pojmom »osebnosti« avtor opisuje kognitivne, čustvene in vedenjske težnje, ki so dokaj stabilne v času in relativno neodvisne od specifičnih situacij. Avtor poudarja, da sicer pozitivne osebnostne lastnosti vplivajo na ohranjanje zdravja in preprečevanje bolezni. Zato se danes v procesu zdravljenja uporablja biopsihosocialni model zdravljenja, ki upošteva biološke, psihološke in sociološke dejavnike za nastanek obolenja. Pomen proaktivnega odnosa do zdravja poudarja tudi Svetovna zdravstvena organizacija (14); zdravje predstavlja fizično, psihično in socialno blaginjo posameznika in ne le odsotnost bolezni. Danes je največji javnozdravstveni problem porast kroničnih nenalezljivih bolezni in obolenj, ki so povezana z vedenjem posameznika (13) Temeljni cilj zdravstvene vzgoje je vzgoja in izobraževanje za doseganje za zdravje pozitivnega vedenja na ravni posameznika, skupin in populacije. Browning in Thomas (15) predstavljata različne modele za spreminjanje vedenja povezanega z zdravjem. Avtorja ugotavljata, da veliko modelov vključuje kot spremenljivko zaznano (samo)učinkovitost na področju zdravja, ki je ključna pri morebitnem napovedovanju, kako bo posameznik deloval v procesu spreminjanja življenjskih navad. Prvi korak v tem procesu pa je zdravstveno opismenjevanje, ki povečuje posameznikovo kompetentnost v odnosu do lastnega zdravja in njegovo sposobnost orientacije v zdravstvenem sistemu. Zdravstveno opismenjevanje je delo medicinskih sester in ostalih zdravstvenih delavcev, zato smo se odločili, da preverimo zdravstveno pismenost na populaciji študentov zdravstvene nege.

Namen pričujočega prispevka je predstaviti izsledke raziskave, opravljene na vzorcu študentov zdravstvene nege, o povezanosti stopnje zdravstvene pismenosti in vedenja povezanega z zdravjem ter o vlogi koncepta zaznane kompetentnosti na področju zdravja v tem odnosu. Cilji raziskave so odgovoriti na naslednja vprašanja:

- 1) V kolikšni meri in kako se stopnja zdravstvene pismenosti povezuje z vedenjem, ki je pozitivno povezano z zdravjem?

- 2) V kolikšni meri in kako se zdravstvena pismenost povezuje s posameznikovo zaznavo, da je kompetenten na področju ohranjanja in zagotavljanja svojega zdravja (zaznana kompetentnost),
- 3) V kolikšni meri in kako se stopnja zaznane kompetentnosti povezuje z vedenjem povezanim z zdravjem.

Metode

Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 101 študentov študijskega programa Zdravstvena nega prve stopnje. Raziskava je bila izvedena v letu 2013.

Pripomočki

Za ugotavljanje stopnje zdravstvene pismenosti je bila uporabljena slovenski populaciji prilagojena lestvica zdravstvene pismenosti (16) avtorjev Chew, Bradley in Boyko (17), ki vključuje 10 trditev, kot npr.: »Zaradi lažjega razumevanja navodil me na preglede vedno spremlja družinski član, prijatelj, skrbnik ali kdo drug.«. Za ugotavljanje stopnje zaznane kompetentnosti na področju zdravja je bila uporabljena prilagojena lestvica avtorjev (18), in sicer s petimi trditvami, kot npr.: »Učinkovito skrbim za zase in za svoje zdravje.«. Vedenje povezano z zdravjem pa smo ugotavljali s prilagojeno lestvico avtorja Sarafino (13). Lestvica vključuje 7 trditev, ki opisujejo pozitivna vedenja na področju ohranjanja in zagotavljanja zdravja, kot npr. »Redno sem telesno aktiven/a.«, »Alkohola ne pijem ali pa ga pijem zmerno.«. Udeleženci so na vsako trditev lestvice odgovarjali na pet-stopenjski lestvici pogostosti, pri čemer ocena ena pomeni »nikoli«, ocena pet pa »vedno«.

V sklopu raziskave smo ugotavljali tudi dimenzionalno strukturo in zanesljivost uporabljenih lestvic zdravstvene pismenosti in zaznane kompetentnosti. V skladu s priporočili avtorjev Costello in Osborne (19) smo izvedli faktorsko analizo z metodo glavnih komponent in oblimin rotacijo. Oblimin rotacija temelji na predpostavki koreliranosti izločenih faktorjev, kar je za perceptivne faktorje pogosto značilno. Kot mero zanesljivosti lestvice smo uporabili Crobachov koeficient alfa (mera zanesljivosti kot notranje skladnosti lestvice).

Lestvica zdravstvene pismenosti: Faktorska analiza je izločila dva faktorja z lastno vrednostjo več kot 1, ki skupaj pojasnijo 55,40 % variance v odgovorih udeležencev. Nasičenost trditev lestvice se giblje med 0,66 in 0,78. Faktorja sta statistično pomembno povezana ($r = 0,37$). Cronbachov koeficient alfa kaže ustrezno stopnjo notranje skladnosti lestvice, saj znaša 0,84. Glede na visoko stopnjo pozitivne povezanosti obeh faktorjev ter ustrezno mero notranje skladnosti lestvice smo uporabljeno lestvico zdravstvene pismenosti uporabili kot enodimenzionalno lestvico. Stopnjo zdravstvene pismenosti posameznika pa pridobili kot povprečno oceno odgovorov na posamezno trditev lestvice (število trditev lestvice je 10).

Lestvica zaznane kompetentnosti na področju zdravja: Faktorska analiza je izločila en faktor z lastno vrednostjo več kot 1, ki pojasni 70,10 % variance v odgovorih udeležencev. Nasičenost trditev lestvice se giblje med 0,65 in 0,92. Cronbachov koeficient alfa kaže še zadovoljivo stopnjo notranje skladnosti lestvice, saj znaša 0,71. Stopnjo zaznane kompetentnosti posameznika smo izračunali kot povprečno oceno odgovorov na posamezno trditev lestvice (število trditev lestvice je 5).

Lestvica vedenja, povezanega z zdravjem: Faktorska analiza je izločila štiri faktorje z lastno vrednostjo več kot 1, ki skupaj pojasnijo 69 % variance v odgovorih udeležencev.

Cronbachov koeficient alfa za lestvico znaša 0,33. Zaradi večdimenzionalnosti lestvice in s tem povezane tudi neustrezne notranje skladnosti lestvice, smo trditve lestvice vedenja povezanega z zdravjem, obravnavali kot samostojne spremenljivke.

Postopek analize zbranih podatkov

Zbrani odgovori udeležencev na trditve uporabljenih lestvic smo analizirali s pomočjo statističnega programa SPSS 19, in sicer: aritmetične sredine odgovorov, standardne deviacije ter Pearsonov koeficient korelacij med spremenljivkami kot mera povezanosti zdravstvene pismenosti, zaznane kompetentnosti in vedenja povezanega z zdravjem.

Rezultati

Tabela 1 prikazuje povprečne vrednosti (aritmetična sredina), standardne deviacije ocen ter vrednosti Pearsonovega koeficienta korelacij za obravnavane spremenljivke: zdravstvena pismenost, zaznana kompetentnost na področju zdravja ter vedenje povezano z zdravjem. Kot je iz Tabele 1 razvidno, so povprečne ocene udeležencev na lestvici zdravstvene pismenosti relativno visoke ($M = 3,84$), lestvica zaznane kompetentnosti na področju zdravja in trditve lestvice vedenja povezanega z zdravjem pa so v povprečju nekoliko nižje ocenjene, v primerjavi z oceno zdravstvene pismenosti. Med vedenji, povezanimi z zdravjem, je trditev »Nikoli nisem kadil/a« najvišje ocenjena ($M = 3,42$), najnižje ocenjena »Imam zmerno telesno težo.« ($M = 2,30$). Iz matrike korelacij je razvidno, da se stopnja zdravstvene pismenosti ne povezuje pomembno s stopno zaznane kompetentnosti na področju zdravja, kot tudi ne s posameznimi oblikami pozitivnih vedenj na področju zdravja, z izjemo trditve »Imam zmerno telesno težo.«. Tudi zaznana kompetentnost na področju zdravja se ne povezuje statistično pomembno z zdravimi navadami in življenjskim stilom. Povprečna stopnja zaznane kompetentnosti na področju zdravja se pozitivno povezuje le s trditvijo »Redno sem telesno aktiven/a«.

Tabela 1: Povprečne vrednosti, standardne deviacije in Pearsonovi koeficienti korelacije za proučevane spremenljivke.

Spremenljivke	M	SD	1	2	V ₁	V ₂	V ₃	V ₄	V ₅
Zdravstvena pismenost (1)	3,87	0,66	1						
Zaznana kompetentnost (2)	2,55	0,64	,12	1					
Vedenje povezano z zdravjem: Spim vsaj 7 do 8 ur na dan (V ₁)	2,35	1,16	,03	,16	1				
Vedenje povezano z zdravjem: Vsak dan zajtrkujem. (V ₂)	2,50	1,55	,05	,07	,28**	1			
Vedenje povezano z zdravjem: Imam zmerno telesno težo. (V ₃)	2,30	1,47	,24*	,19	,02	,13	1		
Vedenje povezano z zdravjem: Nikoli nisem kadil/a. (V ₄)	3,42	1,51	,01	,05	,12	,13	,06	1	
Vedenje povezano z zdravjem: Alkohola ne pijem ali pa ga pijem zmerno. (V ₅)	2,95	1,27	,05	,00	,11	,10	,11	,31**	1
Vedenje povezano z zdravjem: Redno sem telesno aktiven/a. (V ₆)	2,37	1,05	,06	,32**	,10	,00	,00	,06	,07

Legenda: M... aritmetična sredina, SD... standardna deviacija, *... koeficient korelacije pomemben na ravni $p \leq 0,05$, **... koeficient korelacije pomemben na ravni $p \leq 0,001$

Diskusija

Ickes (22) predstavlja koncept zdravstvene pismenosti, ki obsega precej več kot le sposobnost brati in pisati. Zdravstveno pismenost opredeljuje kot stopnjo, ki opredeljuje posameznikovo zmogljivosti za pridobivanje, predelavo in razumevanje osnovnih zdravstvenih informacij, poleg tega pa vključuje še potrebo posameznika po sprejemanju ustreznih odločitev na področju ohranjanja lastnega zdravja. V skladu s to opredelitvijo v koncept zdravstvene pismenosti vključi tudi kompetence in motivacija posameznika za uporabo zdravstvenih informacij in storitev na načine, ki pripomorejo k ohranjanju in krepitvi zdravja. S tem poudari povezanost koncepta zdravstvene pismenosti s konceptom zaznane kompetentnosti na področju zdravja, ki se v populaciji študentov ni pokazal kot statistično pomembna povezanost ($p=0,12$). Srednjo vrednost (2,55) ocene koncepta »zaznane kompetentnost«, ki so jo podali študenti zdravstvene nege in s tem opredelili relativno visoko kompetentnost na področju obvladovanja zdravja nas usmeri v razmišljanje, da dobro vedo, kaj pomeni skrbeti za svoje zdravje. Rezultati povezani z konceptom »vedenje, povezano z zdravjem« kažejo, da so študenti zdravstvene nege v ta koncept zajeli le skrb za prehrano in tesno aktivnost, kar je povezano z vzdrževanjem telesne teže posameznika. Kajenje kot dejavnik tveganja za nastanek različnih kroničnih obolenj in spanje in kot osnovni dejavnik zdravega življenjskega sloga, študenti zdravstvene nege ne uvrščajo v vedenje povezano z zdravjem.

Zaključek

Rezultati raziskave nakazujejo da zdravstvena izobrazba vpliva na zaznavo kompetentnosti na področju zdravja in na zdravstveno pismenost. Prav tako pa rezultati nakazujejo, da je vedenje povezano z zdravjem pri mladostniku nepovezano s samo zdravstveno izobrazbo, saj se ne glede na to, da so v vzorec bili vključeni študenti zdravstvene nege, ti posvečajo le prehranskim navadam in telesni aktivnosti, oboje pa povežejo z vzdrževanjem telesne teže. Manjši pomen posvečajo kajenju in zadostnemu spanju kot dejavnikoma za zdrav življenjski slog, verjetno zaradi specifik življenjskega obdobja, v katerem se nahajajo (zadnje obdobje adolescence). V nadaljevanju raziskave, bi bilo smiselno koncepte povezati s samooceno zdravstvenega stanja, saj bi verjetno le-ta ključno vplivala na variabilnost koncepta vedenje povezano z zdravjem in kompetentnost na področju zdravja.

Literatura

1. Janko A. Izobraževanje in strategije pismenosti: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Filozofska fakulteta. 1997: 158.
2. Starc S. Razmišljati o pismenosti v začetku 21. Stoletja. V: Cotič M, Medved U, Vida, Starc S. Razvijanje različnih pismenost. Koper: Univerza na Primorskem. Pedagoška fakulteta. 2011: 9–10.
3. Hozjan D. Komu služi funkcionalna pismenost? V: Cotič M, Medved U, Vida, S Sonja. Razvijanje različnih pismenost. Koper: Univerza na Primorskem. Pedagoška fakulteta. 2011: 462–474.
4. Cotič M, Medved Udovič V. Učenje in poučevanje različnih vrst pismenosti. V: Cotič M, Medved Udovič V, Starc S. Razvijanje različnih pismenost. Koper: Univerza na Primorskem. Pedagoška fakulteta. 2011: 11–19.
5. McCabe JA. An assignment for building an awareness of the intersection of health literacy and cultural competence skills. *J Med Ubr Assoc* 2006; 94 (4): 458–461

6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska ZZ, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(80). doi: 10.1186/1471-2458-12-80. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>PMid:22276600. <3.6.2012>.
7. Zarcadoolas C, Pleasant FA, Greers D. *Advancing Health Literacy. A frame work for Understanding and Action*. San Francisco: John Wiley&Sons. 2006: 1–6.
8. Jukkala A, Deupree JP, Graham S. Knowledge of Limited Health Literacy at an Academic Health Center. *The Journal of Continuing Education in Nursing* July 2009; 40 (7): 298–302.
9. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs* 2005; 50 (6): 633–40.
10. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The single item literacy screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Prac*. 2006; 7 (21). Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1435902/pdf/1471-2296-7-21.pdf> <12. 9. 2012>.
11. Baker D, Parker R, Williams M, Clark W. Health literacy and the risk of hospital admissions. *J Gen Intern Med* 1998; 13 (12): 791–8.
12. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006 21 (8): 878–83.
13. Sarafino EP. *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. Fifth.ed. Hoboken (NJ): J. Wiley & Sons, cop. 2006: 140.
14. World health organization. (2007). *Mental health: strengthening our response*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.<15.12.2013>.
15. Browning CJ, Thomas SA. *Behavioural change : an evidence-based handbook for social and public health*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. 2005: 9.
16. Štemberger Kolnik T, Babnik K. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: Železnik D, Kaučič BM, Železnik U, eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks*. Zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede: 2012: 248–56.
17. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med*. 2004; 36 (8): 588–94.
18. Dempster M, Donnelly M. Validity of the Percieved Health Competence Scale in A UK primary care setting. *Psychology, Health&Medicine*. 2008: 13 (1): 123–127.
19. Costello A, Osborne J. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *PARE*; 2005; 10 (7). Dostopno na: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7> (1. 7. 2012).
20. Ickes MJ, Cottrell R. Health Literacy in College Students. *J Am Coll Health* 2010; 58 (5): 491–498.

Predstavitev klicnega centra Programa in registra DORA, državnega presejalnega programa za raka dojk

National Breast Cancer Screening Programme and Register DORA – Presentation off Call Center

Firdeusa Firi Purić, Mateja Krajc, Cveto Šval

Povzetek

Presejanje pomeni iskanje predstopenj ali začetne oblike iskanega raka med navidezno zdravimi ljudmi s preprostimi preiskavami. Za iskanje raka dojk se kot presejalni test uporablja mamografija. Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med ciljno populacijo, kar je tudi končni cilj Državnega presejalnega programa za raka dojk DORA (DP DORA). Klicni center DORA, ki je del Registra DORA, skrbi za vabljenje in naročanje žensk na pregled, obveščanje o opravljeni mamografiji, svetovanje udeleženkam, dokumentiranje presejalnih aktivnosti, organizacijo izobraževanja kadra, ki je vključen v presejanje, ter pripravo in izdajo promocijskega materiala/gradiva za informiranje in obveščanje javnosti. Na presejalno mamografijo vabimo zdrave ženske. Mnoge med njimi zato same po sebi ne čutijo potrebe po vključitvi v zdravstveni program. Zelo pomembno je, da je komunikacija osebja iz programa z ženskami ustrezna – spodbudna, a hkrati dovolj strokovna, da jim to storitev (preventivni pregled) predstavijo kot pomembno in jim jo čim bolj približajo. Izkušnje našega centra kažejo, da je osrednjo vlogo v procesu komunikacije in vabljenja najustrezneje dodeliti medicinski sestri.

Ključne besede: presejanje, rak dojk, klicni center, program DORA

Abstract

Screening represents a process where we try to identify a disease or pre-disease condition in apparently healthy individuals. Screening test for breast cancer is a screening mammography. The primary aim of a breast screening programme is to reduce mortality from breast cancer through early detection in the target population, which is also the final goal of Slovenian breast cancer screening programme named DORA. Systematic early detection through screening, effective diagnostic pathways and optimal treatment have the ability to substantially lower current breast cancer mortality rates and reduce the burden of this disease

in the population. DORA call center is an important part of DORA registry which invites women for screening mammography, takes care of rescheduling, re-inviting of non-responders and personal counseling. Registry also documents all steps of screening activities, takes care of training and education of all personal involved in the screening. DORA registry also has responsibility for preparation and distribution of promotion materials. Women that are invited for screening mammography are healthy and they confront no current need for health intervention. Therefore it is very important how we communicate with the target population. Communication should be appropriate, encouraging, honest and understandable. Our experience shows an important and central role of medical nurse in a process of a communication, invitation and counseling in a breast cancer screening programme.

Key words: screening, breast cancer, call center, programme DORA

Uvod

V Sloveniji, kot tudi drugod v razviti Evropi, je rak dojke pomemben javnozdravstveni problem. Po podatkih Registra raka Republike Slovenije je v letu 2010 zaradi raka dojke zbolelo že 1250 žensk. Kljub hitremu razvoju diagnostike je pri polovici novo odkritih rakov dojke ta odkrit v napredovalem stadiju. Glede na to, da raka dojke lahko odkrijemo zgodaj s preprosto metodo, presejalno mamografijo, v stadiju, ko rak še ni tipen in znaki bolezni še niso vidni, je bila uvedba presejalnega programa smiselna (nujna). Organiziran presejalni program lahko zmanjša umrljivost za rakom dojke med ciljno populacijo od 25-30 %, zato je Svet evropske unije že leta 2003 vsem članicam priporočil uvedbo presejanja (1).

In kaj je presejanje? Presejanje pomeni iskanje predstopenj ali začetne bolezni med navidezno zdravimi ljudmi s preprostimi preiskavami, ki izločijo tiste, ki morda imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka, zaradi česar so pri njih potrebne nadaljnje diagnostične preiskave. Za iskanje raka dojke se kot presejalni test uporablja mamografija.

Ustanovitelji DP DORA so: Onkološki inštitut Ljubljana, Ministrstvo za zdravje RS in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nosilec programa je Onkološki inštitut Ljubljana. Bistven element programa je ustrezna izobraženost in strokovna usposobljenost osebja, predvsem radioloških inženirjev, pa tudi ostalega osebja, ki je vključeno v nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje. Osnova je zagotavljanje dvojnega odčitavanja mamografskih slik, pri katerem vsako sliko neodvisno odčitavata dva radiologa; s tretjim, nadzornim, pa se na posebnem sestanku, t. i. konsenzu, skupaj odločajo, kakšen bo nadaljnji postopek obravnave pri ženski, če sta odčitavalca zapisala različni mnenji. Pri nadaljnji invazivni diagnostiki je vključen multidisciplinarni tim. Nujna je tudi ustrezna tehnična kakovost mamografskih aparatov, vzpostavitev neodvisnega informacijskega sistema ter določitev, spremljanje in preverjanje kazalcev kakovosti programa.

Program se je pričel aprila 2008, ko so bile na slikanje povabljene prve ženske iz Mestne občine Ljubljana. Presejalne mamografije izvajamo v stacionarnih in mobilnih enotah. Žensko v presejalni enoti sprejme zdravstveni administrator, slikanje opravi radiološki inženir. Ženska ob sprejemu podpiše privolitveno izjavo ter prejme pisno obrazložitev o postopku obravnave. Z njo žensko seznanimo, da bo o izvidu mamografije pisno obveščena v roku 5-7 dni, če pa je potrebna dodatna diagnostična obravnava, jo bomo o tem obvestili po telefonu (2).

V presejanju je ženska v osrednji vlogi. Z vabilom na preventivni pregled jo zmotimo v njenem delovnem in socialnem okolju, zato mora komunikacija z njo potekati tako, da ji ne povzroča posredne ali neposredne škode. Pomembno je, da je seznanjena s koristmi in tveganji presejanja. Informacije morajo biti nedvoumne, primerne in utemeljene (1).

Predstavitev klicnega centra DP DORA

Klicni center DP DORA je v organizacijski strukturi del Registra DP DORA. Vloga klicnega centra je: sodelovanje s presejalno-diagnostičnim centrom DORA pri načrtovanju in oblikovanju urnikov v presejalnih enotah, komunikacija z ženskami (telefonska komunikacija in prek el. pošte), izbor ustreznih žensk in naročanje na presejalno mamografijo, pošiljanje vabil, prenaročanje, obveščanje o opravljeni mamografiji, sodelovanje z zdravstvenimi ustanovami na področjih, kjer poteka program, pri predstavitvi programa z oskrbo informativnega gradiva.

Posebej izdelan računalniški program omogoča dostop do baze Centralnega registra prebivalstva, Registra prostorskih enot in Registra raka Republike Slovenije in tako na enostaven način omogoča izbor žensk pri naključnem naročanju na presejalno mamografijo. Program ženske izbira na osnovi stalnega prebivališča in starostne skupine od 50 do 69 let. Tiste, ki so bile zdravljene zaradi raka dojk, ne ustrezajo izboru (2).

Vključitev v DP DORA poteka na dva načina.

1. Prvi način je t. i. naključno vabljenje, kjer so v določeni občini izbrane ženske vseh letnikov od 50 do 69 let. Ženska prejme personalizirano vabilo, v katerem sta navedena datum in čas mamografije ter presejalna enota, v katero je naročena. Vabilu so priloženi informativna zgibanka z informacijami o presejalni mamografiji, t. i. odzivna brezplačna kuverta, če želi sporočiti zavrnitev, ter zemljevid, kjer se presejalna enota nahaja. Na zemljevidu je tudi informacija, da gibalno ovirane osebe zaradi nedostopnosti ne morejo opraviti mamografije v mobilnih enotah in da naj zato pokličejo klicni center, od koder jih nato prenaročimo v enoto, ki jim je dostopna. Če se ženska ne odzove na prvo vabilo, je povabljena še enkrat. Če se ne odzove niti takrat, postane t. i. neodzivnica in je ponovno povabljena čez dve leti. Ženske neodzivnice ali tiste, ki so sporočile, da ne želijo sodelovati v programu, si lahko kadarkoli premislijo, pokličejo klicni center in takoj jih bomo vključili v program.
2. Drugi način vključitve v program je individualno naročilo (samonaročilo). Ženska lahko sama pokliče po telefonu ali se naroči prek el. pošte. Če ustreza pogojem za vključitev v program, ji poiščemo termin, ki ji ustreza.

Z aktivnim vabljenjem na preventivni pregled žensko zmotimo v njenem delovnem in socialnem okolju, zato je nujno, da vsi, ki sodelujejo v programu presejanja, obvladajo večšine komunikacije in na najboljši način strokovno in odgovorno izpolnjujejo svoje obveznosti.

Tistim ženskam, pri katerih rezultat po dvojnem odčitavanju mamografskih slik pokaže, da so brez patoloških znakov (teh žensk je okoli 95 %), iz klicnega centra pošljemo obvestilo, v katerem žensko seznanimo z rezultatom, priporočilom o rednem samopregledovanju in jo obvestimo, da bo ponovno povabljena v naslednji krog čez dve leti. Ženske, ki so ob slikanju starejše od 68 let, obvestimo, da v naslednji krog ne bodo več povabljene.

Po podatkih Registra DORA je bilo od 21. aprila 2008 do 30. septembra 2013 iz klicnega centra DP DORA na presejalno mamografijo povabljenih 105.721 žensk ter poslanih 150.617 vabil in 77.280 obvestil. Individualnih naročil (samonaročil) je bilo 21.713, prenaročil pa 13.627.

Pri naključnem izboru – in če ženski določeni termin na presejalno mamografijo ustreza in se mu odzove – je njen prvi stik s programom DORA s sprejemno administratorko v presejalni enoti.

Ženske, ki se same naročijo, ki jim ponujeni termin ne ustreza in se želijo prenaročiti in tiste, ki želijo kakršno koli informacijo o programu, pa imajo možnost telefonske komunikacije in komunikacije prek el. pošte (dora@onko-i.si).

Zato je zelo pomembno, da osebe v klicnem centru obvlada večšine telefonske komunikacije.

V klicnem centru smo v preteklosti med drugim zaznali socialno stisko nekaterih žensk (kar je odraz sedanjega družbenega stanja), ko jim je že nekajminutno čakanje na prosto telefonsko linijo predstavljalo skrb zaradi finančnega bremena ob klicu. Na pobudo klicnega centra DORA je vodstvo Onkološkega inštituta Ljubljana z razumevanjem odobrilo brezplačno tel. št. 080 27 28, s čimer smo ženskam bistveno olajšali komunikacijo.

Telefonska komunikacija

Beseda komunicirati izhaja iz latinske besede *communicare*, ki pomeni razpravljati, vprašati za nasvet, posvetovati se. Slovar slovenskega knjižnega jezika jo opredeljuje kot izmenjavo misli, informacije, sporazumevati se.

Komuniciranje je lahko besedno ali verbalno in nebesedno ali neverbalno. Nebesedno komuniciranje ima v povprečnem pogovoru najpomembnejšo vlogo (55-% delež). To so vsa nebesedna sporočila, namenjena kateremu koli človekovemu čutu.

Večina meni, da se zna pogovarjati po telefonu. Seveda s prijateljico, partnerjem ... Le redki posamezniki obvladajo telefon kot komunikacijsko orodje v osebne in poslovne namene.

Zavedati se moramo, da nas sogovornik na drugi strani telefonske vrvice »čuti« in zasluti naše razpoloženje. Ljudje se lahko med seboj spoznavamo, ne da bi bili telesno prisotni in ne da bi se videli. Pri komunikaciji v »živo« govorimo z mimiko, z gibi, s pogledom, z rokami, dotikom, celo z vonjem in tudi pri sogovorniku »delujejo« vsi čuti sprejemanja – vid, vonj, okus, sluh. Pri telefonskem pogovoru pa je zaznava omejena le na sluh, kar pa pozornemu poslušalcu zadostuje, da »ulovi« tudi skrito sporočilo »med vrsticami«, poleg tistega, ki ga sporočajo naše besede. Sogovornik nas začuti in spozna po glasu, razbere naše razpoloženje, odnos do vsebine pogovora in do sogovornika (3).

V klicnem centru DORA je zaposlena ena strokovna sodelavka, medicinska sestra, ki v času uradnih ur od 9. do 12. ure v povprečju sprejme 60 klicev. Po podatkih Telekoma Slovenija smo npr. v septembru 2013 v klicnem centru sprejeli 975 klicev, registriranih je bilo 381 neodgovorjenih klicev in 345 klicev zunaj uradnih ur. Na telefonskem odzivniku zunaj uradnih ur dobi klicatelj informacijo, kdaj so uradne ure, in priporočilo, da lahko svoja vprašanja in želje posreduje tudi prek el. pošte. Te komunikacijske poti uporabi dnevno približno deset žensk.

Kakšne komunikacijske veščine potrebujemo, da zvenimo enako, ne glede na to, ali sprejmemo prvi klic ob 9. uri ali zadnji klic ob 12. uri? Za uspešno komuniciranje je treba zagotoviti urejeno delovno okolje, se izražati v pravilnem jeziku ter poznati bonton telefoniranja. Velikokrat ni najpomembnejše tisto, kar povemo, temveč, kako povemo ali kako posredujemo določeno sporočilo. Pomembno je tudi znanje, kako obvladati (upravičeno) jezno in agresivno žensko, ki svojo nejevoljo stresa prek telefona in želi odgovore, kdo je kriv, da še vedno ni enak dostop do zdravstvene oskrbe, ki nam prek telefona sporoča, da smo krivi za diskriminatoren odnos, da skrbimo samo za Ljubljančanke, ki nas sprašuje, kdo nam daje pravico, da zlorabljammo njene osebne podatke? ...

Nikoli si ne smemo dovoliti, da pridemo v konflikt s sogovornico. Ostanemo mirni, ljubeznivi, vljudni in ji damo vedeti, da želimo le pomagati in rešiti težavo, ki jo ima. Vljudnost je tisti najosnovnejši dejavnik, ki ga narekuje tudi bonton. Brez vljudnosti in prijaznosti ne moremo voditi uspešnega telefonskega pogovora. Nasmeh na obrazu je neverbalna komunikacija, vendar se odraža v barvi našega glasu, nasmeh se sliši. Sogovorniku je nasmeh neviden, našemu glasu pa daje svežino in zainteresiranost. Glas mora biti sproščen, živahen, topel, seveda odločen in prepričljiv. Svojo sogovornico spoštujemo. Pozorna sogovornica »čuti« naš dejanski odnos do nje same. Približno v prvih desetih sekundah telefonskega pogovora se odločimo, ali nam je oseba na drugi strani žice všeč ali ne. Pri komunikaciji »v živo« ustvarimo večinski del prvega vtisa z zunanjim videzom, mimiko, govorico telesa. Kako se predstavimo z besedo, pa ima zelo malo ali skoraj nobenega vpliva. Pri telefonski komunikaciji fizičnega stika ni, zato si prvi vtis ustvarimo na podlagi tona glasu, hitrosti govorjenja. Glas je prirojen in se ne more spremeniti, lahko pa se oblikuje; lahko ga npr. stišamo, umirimo, osvežimo, poskrbimo za razločno izgovorjavo (3).

Upravičenost in uspeh DP DORA se kaže skozi najmanj 70% odzivnost žensk na presejalno mamografijo. Le takšna odzivnost bo privedla do znižanja umrljivosti zaradi raka dojk za 25 - 30 % med ciljno populacijo.

Dosedanje delo in prizadevanje vseh sodelujočih v programu DORA se kaže v 74-% odzivnosti žensk (4).

Samo s profesionalnim odnosom in vsakodnevnim prizadevanjem na vseh nivojih in skrbi za sleherno žensko bomo tudi v prihodnje deležni pozitivnih odzivov in pohval, kar je možno razbrati iz nešteti pisem v knjigah vtisov, ki se nahajajo v presejalnih enotah.

DP DORA danes

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana delujeta dve presejalni enoti; stacionarna enota, v kateri se poleg presejalne mamografije opravljajo tudi vse nadaljnje diagnostične obravnave, in mobilna enota. V enote so vabljeni ženske iz občin Osrednjeslovenske statistične regije: Dobropolje, Grosuplje, Ig, Ivančna Gorica, Medvode, Mestna občina Ljubljana, Škofljica, Velike Lašče.

Druga mobilna enota pa »kroži« znotraj regije:

- v Kamnik so vabljeni ženske iz občin: Kamnik, Komenda, Mengeš in Vodice,
- v Domžale ženske iz občin: Dol pri Ljubljani, Domžale, Moravče in Trzin,
- v Litijo ženske iz občin Litija in Šmartno pri Litiji,
- na Vrhniko pa ženske iz občin: Brezovica, Borovnica, Dobrova-Polhov Gradec, Horjul, Log-Dragomer, Logatec in Vrhnika.

V osrednjeslovenski statistični regiji nekatere ženske vabimo že tretjič. Aprila 2014 se prične že četrti krog vabljenja. Ženske iz občin: Hrastnik, Trbovlje in Zagorje ob Savi vabimo v stacionarno enoto v SB Trbovlje, kjer DP DORA deluje en delovni dan v tednu. Stacionarna enota v UKC Maribor deluje štiri dni v tednu. Naključno vabimo ustrezne ženske s stalnim prebivališčem v Mestni občini Maribor, ženske iz občin Podravske statistične regije pa imajo možnost samonaročila. Vsa nadaljnja diagnostična obdelava se opravlja v presejalno-diagnostičnem centru na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Po podatkih registra DORA je bilo v DP DORA do 30. 09. 2013 vključenih 81.509 žensk. Do sedaj je bilo ugotovljeno 448 rakov, nekaj žensk pa je še v diagnostični obravnavi.

Cilj programa je vzpostavitev presejanja na področju cele Slovenije in vsem ženskam omogočiti visoko kakovostno obravnavo. Žal širitev programa poteka počasi, trenutno je v program vključeno 30 % ustrezne populacije (4). Do končne vzpostavitve programa pa imajo ženske še vedno možnost opravljanja mamografij in kliničnih pregledov z napotnico v področnih centrih za bolezni dojk.

Literatura

1. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaar E (eds). *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Fourth Edition.* European Commission. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006 (ISBN 92-79-01258-4).
2. Krajc M. Državni presejalni program za raka dojk DORA [specialistična naloga]. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 2009.
3. Knežević AN. Priročnik telefonskega komuniciranja. Ljubljana: Amalietti P. & Knežević A, 1989.
4. Krajc M, Primic Žakelj M, Šval C, Statistično poročilo presejalnega programa DORA. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, 2013.

Razumevanje duhovnosti v kontekstu paliativne oskrbe in njen pomen

The Understanding and Meaning of Spirituality in the Context of Palliative Care

Klelija Štrancar

Povzetek

Kaj je naše življenje, ki je prežeto s smrtjo? Vprašanje, ki več ali manj spremlja vsakega človeka na njegovi poti, se izostri v kritičnih trenutkih, najgloblje v temelju pa v času soočanja z neozdravljivo boleznijo, ki konotira bližino smrti. Gre za vprašanje, ki ga je težko meriti in izmeriti, z metodami medicinske znanosti pa se nanj ne da odgovoriti. Človek v najtežjih trenutkih išče pomene, ki bi povezali njegovo življenje v smiselno celoto. Iskani pomeni se v osebnem doživljanju spreminjajo, vendar se vseskozi išče podpora v pojmih, kot so: upanje, zaupanje, odnos, vera, ljubezen, odpuščanje, notranji mir, sprejetost itd. Iskrena bližina sočloveka lahko v tem iskanju ponudi prostor razumevanja in so-potovanja z umirajočo osebo. Prispevek želi na osnovi izbrane literature okvirno predstaviti razumevanje in pomen duhovne podpore v kontekstu paliativne oskrbe. Poleg tega nas seznanja z duhovno dimenzijo kot tisto, ki zaradi neulovljivosti v definicijo ostaja odprta nenehnemu iskanju in raziskovanju.

Ključne besede: paliativna oskrba, duhovna oskrba, umiranje

Abstract

What is this life suffused by death? To a certain extent always present in the life of an individual, this question comes to the fore in critical moments and most profoundly and fundamentally in case of terminal illness, which is marked by the presence of death. It is a question which is difficult to circumscribe and impossible to measure, especially with the methods of medical science. During challenging times a person looks for meaning that would tie up their life into a substantial whole. The searched for meaning changes according to personal experience but is continuously supported by the following notions: hope, trust, relationship, faith, love, forgiveness, inner peace, acceptance, etc. The authentic presence of a fellow human being can facilitate this search by providing a space of understanding and companion-

ship with the dying person. Reviewing the selected literature, this presentation aims to give a basic overview of the understanding and meaning of spiritual support in the context of palliative care. It does so by introducing the spiritual dimension as a quality that, due to its inefability, remains open to continuous search and exploration.

Key words: palliative care, spiritual care, dying

Uvod

Oskrba hudo bolnih oz. umirajočih in njihovih svojcev kljub napredku medicinske znanosti še ni našla svojega mesta v zdravstvenem sistemu, saj sta v vsakdanjem življenju proces umiranja in smrti večinoma vezana na institucije, zato največkrat zakrita in brezosebna. V takšnih razmerah postane umiranje običajno proces bolnikovega zdravstvenega stanja, ki poteka v bolnišničnem okolju, polnem vrveža in zaposlenosti. Mir in dostojanstvo umiranja sta podrejena številnim medicinskim in tehničnim ukrepom ter postopkom (1). S tega vidika predstavlja paliativna oskrba kot celostna oskrba hudo bolnih oz. umirajočih in njihovih svojcev tisto svetlo točko, ki prinaša nekaj upanja za izboljšanje takšnih razmer v obstoječem zdravstvenem sistemu. Duhovnost predstavlja v paliativni oskrbi osrednji pomen, saj namesto potlačitve duhovnih vprašanj omogoča soočenje prizadetih z njimi ter jim pri tem nudi podporo. Takšen pristop ne zanika konfesionalne duhovne oskrbe, jo pa ob njeni odsotnosti nadomešča oz. ji s svojimi občečloveškimi vprašanji lahko nudi svojevrstno podporo. Članek bo na podlagi izbrane literature skušal razložiti, kaj je duhovna oskrba, predvsem pa predstaviti njen pomen v času umiranja. V zaključku pa nakaže nekaj odprtih vprašanj za nadaljnja iskanja in raziskave.

Razumevanje duhovnosti v kontekstu paliativne oskrbe

Duhovna podpora je ključno področje paliativne oskrbe, čeprav ostaja še vedno v senci drugih aspektov oskrbe (2). Iz tega dejstva izhaja potreba po večji ozaveščenosti za prepoznavanje duhovnih potreb. Ker pa je pojem duhovnost velikokrat sinonim za religijo, je treba že na začetku pojasniti razliko med obema pojmomoma. V času neozdravljive bolezni išče mnogo bolnikov odgovore prav v religiji, medtem ko najdejo drugi podporo za svoje duhovne potrebe izven tega konteksta. Religija je opisana kot tisti del duhovnosti, ki jo opredeljuje sistem naukov, norm, vrednot in obredov, s katerim se izkazuje vera v presežno resničnost (3, 4). Duhovnost, ki jo razumemo v širšem smislu in presega konfesionalno religiozne okvire, pa je opisana kot ukvarjanje z osnovnimi življenjskimi vprašanji, ki izvirajo iz človekovih najglobljih temeljev, kot so ljubezen, sreča, mir, odnos, krivda itd. (5). S temi vprašanji teži človek k celovitosti in smiselnosti pomenov. Za naše poznavanje je pomembno, da se zavedamo, da ima vsaka religija dimenzijo duhovnosti, medtem ko duhovnost ni nujno sinonim za religijo. Oseba lahko izraža globoko potrebo po duhovnosti in živi duhovno, čeprav ni nujno vezana na religijo (6, 7). Vendar se oba koncepta, tako religija kot duhovnost, med seboj dopolnjujeta in prepletata pri iskanju odgovorov na mejna človeška vprašanja in iskanja.

V času umiranja se potrebe bolnikov izražajo na več nivojih. Christina Puchalski (8) poudarja štiri razsežnosti. Kot prvo omenja fizično potrebo, ki zahteva obvladovanje bolečin in drugih simptomov; druga razsežnost je vezana na psihološke potrebe, ki se izražajo v anksioznosti in depresiji; tretjo, socialno razsežnost zaznamujeta občutek osamljenosti in izoliranosti od prijateljev in družine ter utrujenost, kot četrto pa omenja duhovno razse-

žnost. Avtorji s področja paliativne oskrbe (3, 6, 9, 10–13) v svojih delih izhajajo iz teze, da je človek duhovno bitje, saj je, kot pravi Cobb (13), več kot le stvar iz mesa in krvi. Duhovnost opisujejo kot univerzalni človeški fenomen, čeprav zaznamovan z zmedo, nejasnostjo in dvoumnostjo. Kljub temu pa imajo številni koncepti duhovnosti neko skupno izhodišče, v ospredju katerega so odnosi oz. razmerja. Le-ti so opisani kot razmerje s seboj, z drugimi, z naravo, Bogom ali drugim višjim bitjem in kot razmerje, ki se nanaša na upanje, smisel in cilje, ki si jih je človek postavil (14, 15). Odnosi pa se oblikujejo prav na osnovi našega razumevanja dobrega počutja (well-being), trpljenja, življenja in smrti (13), torej na osnovi posameznikovih živeti izkustev.

Puchalski (16), poudarja, da se številna duhovna vprašanja pojavijo ob novici o neozdravljivi bolezni. V tem času se ne borijo, kot smo že spoznali, le s fizičnim aspektom bolezni, temveč tudi z duhovnim, saj so pogosto preslišana njihova najgloblja življenjska vprašanja, kot: Zakaj se to dogaja meni? Kaj bo z menoj po smrti? Ali me bodo pogrešali? Se me bodo spominjali? Je tam Bog? Če je, bo tam tudi zame? Bom imel čas dokončati svoje delo? Zdravstvenim delavcem je težko ob postavljanju takšnih vprašanj. Kaj naj odgovorijo? Ali odgovori sploh obstajajo? Kakor koli že, nadaljuje Puchalski (16), bolniki potrebujejo v času, ko se soočajo z umiranjem, omejitvami in vprašanji o smislu življenja sredi trpljenja, razumevajoče zdravstvene delavce, zlasti zdravnike. Nepogrešljivi spremljevalci pa so svojci in prijatelji, ki jim stojijo ob strani. Če povzamemo dosednji poskus razlage duhovnosti v paliativni oskrbi, ga lahko strnemo na podlagi ključnih pojmov, ki se pojavljajo v tekstu. Ti pojmi se nanašajo na vprašanje smisla smrti in smisla življenja, na vprašanje upanja in lastne umeščenosti sredi razkrajanja neke doslej razumljene celote in povezanosti. Zato je duhovna oskrba najpogosteje razumljena kot podpora bolnikom in svojcem pri iskanju pomena (smisla) smrti, s katerim bi postal proces umiranja možnost, ki lahko privede v izpolnitev življenja in na ta način navdihuje upanje ter lastno najdenost (umeščenost) sredi dezintegracije (13).

Pomen duhovne oskrbe

Videli smo, da je ob zahtevah, ki se pojavljajo v času umiranja in smrti, koncept duhovnosti pomemben del bolnikove oskrbe (2). To potrjujejo tudi številne raziskave, ki soglasno ugotavljajo, da je oskrba bolnikovih duhovnih potreb ključni del optimalne oskrbe, kajti dobro duhovno počutje (spiritual well-being) varuje ljudi pred obupom zaradi neizbežne smrti (17). Če duhovnih potreb ne zaznamo, opredelimo in primerno vodimo, zmanjšamo možnost mirne ali t. i. dobre smrti (18), kar pa ni v skladu s cilji paliativne oskrbe. Po raziskavi, ki sta jo izvedla Jong in Clarke (19) pomeni pojem 'dobre smrti' ('good death') smrt brez bolečin ('death free from pain'), izkušnjo dobro živetega življenja in izkušnjo pripadnosti oz. skupnosti. Pojem 'slabe smrti' ('bad death') pa pomeni bolečo smrt ('painful death'), izgubo kontrole in neodvisnosti. Prav zato sta duhovnost in religija pomembni podpori pri spoprijemanju z boleznijo, kajti dobro duhovno počutje ima pomemben vpliv na preprečevanje brezupa, depresije, potrnosti in želje po čimprejšnji smrti. Te ugotovitve, prava McClement in Chochinov (20), kažejo na potrebo po intervencijah, ki odgovarjajo na duhovno trpljenje ('spiritual pain'). Ob tem pa povzemata, da se kljub veliki izbiri literature na temo duhovnosti, kot so razni priročniki, navodila, knjige, prispevki ipd., zdravstveni delavci pogosto pritožujejo, da nimajo dovolj znanja, da bi bolnikom zagotavljali duhov-

no oskrbo ob koncu njihovega življenja. Spoprijemajo se s težkimi vprašanji, kot npr.: Kaj je duhovna oskrba? Kaj je duhovno trpljenje? Kdo naj bi skrbel za duhovno oskrbo oz. jo izvajal? Kako se ocenjujejo duhovne potrebe? Katere so duhovne intervencije ob koncu življenja? Kakšne raziskave lahko pričakujemo v prihodnosti? Vzrok bi lahko iskali v že navedenem dejstvu, da kljub naraščanju literature tema duhovnosti ni dosegla zelenega soglasja. Ob tem se Puchalski (16) upravičeno sprašuje, kako ta koncept vnesti oz. integrirati v zdravstveno prakso, raziskovanje in vzgojo oz. izobraževanje. Kot zdravnica se zaveda, da bi morali biti zdravstveni delavci pozornejši na bolnikovo trpljenje, ki je sklop fizičnega, emocionalnega in duhovnega trpljenja. Zato je prepričana, da bi bili boljši in resnični partnerji bolnikov, če bi znali prisluhniti njihovim upanjem, strahovom in skrbem ter bi vse to vključili v načrt zdravljenja. Puchalski (16) razlaga besedo sočutnost (compassion) s pomenom 'trpeti z' ('suffer with'). Zato je eden izmed izzivov zdravnikovega dela pomagati bolniku, da najde smisel v trpljenju in ta smisel vključi v doživljanje neozdravljive bolezni. Duhovno trpljenje je pogosto posledica bolnikovega iskanja odgovorov na globlja življenjska vprašanja, kot npr.: Zakaj se to dogaja meni? Kaj se bo zgodilo z menoj po smrti? Bom izginil? Se me bodo spominjali? Je tam Bog? Bom imel čas dokončati svoje življenjsko delo? Oskrbovalce pogosto zajame strah pred navedenimi vprašanji, saj je nanje težko dati odgovore, pravzaprav, pravi Puchalski (16), pravih odgovorov ni.

V članku o duhovnosti in koncu življenja kot času za poslušanje in skrb se Puchalski (8) podobno kot Cobb (13) in drugi avtorji sprašuje, kako pomaga duhovna podpora umirajočim osebam v soočanju z lastno smrtjo. Kot pomemben dejavnik te podpore izpostavi upanje, katerega cilji se v poteku bolezni spreminjajo. Na začetku zdravljenja se upanje nanaša na ozdravitev, pozneje, ko se zdravljenje izkaže za neučinkovito, najde upanje drugačne cilje, kot npr. dokončati pomembne naloge/projekte in cilje, opraviti želena potovanja, ustvariti mir s svojimi bližnjimi in/ali Bogom ter doseči izkušnjo mirne smrti. Gre za upanje, ki podpira zdravljenje in se kaže kot nov odnos do sebe v potrditvi lastne vrednosti (smisla). To zdravljenje se seveda ne razume v smislu ozdravljenja bolezni, temveč gre, tako pravi Puchalski (8), za zdravljenje kot obnovo celovitosti, v izkušnji katere lahko živi bolnik do smrti. To pa je mogoče doseči s celostno obravnavo bolnika in ne le z obravnavo njegove bolezni.

Pomemben prispevek k iskanju in oblikovanju definicije duhovnosti pomeni besedilo o izboljšanju kakovosti duhovne oskrbe, ki je poročilo s posvetovanja Consensus Conference (21). Udeleženci konference so prišli do definicije duhovnosti v kontekstu zdravstvenega varstva. Odločilni elementi, ki so bili vključeni v definicijo, so: pomen, povezanost z duhovnostjo kot vidikom človečnosti in iskanje pomembnega ali svetega. Prav tako so v definicijo vključili tudi filozofska, religiozna, duhovna in eksistencialna vprašanja, ki se pojavljajo v kliničnem okolju. Ti elementi so osnovani na teološki, filozofski, empirični in klinični literaturi. Definicija, do katere so prišli, govori o duhovnosti kot vidiku človečnosti, prek katerega posamezniki iščejo in izražajo pomen in namen ter način, s katerim doživljajo svojo povezanost s trenutkom, s sabo, z drugimi, z naravo in s pomembnim ali svetim. Poročilo povzema, da je duhovna oskrba bistveno področje kakovostne paliativne oskrbe, ki jo določajo smernice National Consensus Project (NCP) in National Quality Forum (NQF). Študije so potrdile želje in potrebe bolnikov s hudo boleznijo ter željo bolnikov ob koncu življenja po vključitvi duhovnosti v njihovo oskrbo. Ta pričakovanja bolnikov so

podprta z obsežno empirično in teoretično literaturo, ki podpira vključitev duhovne oskrbe kot del »bio-psiho-socialno-duhovnega pristopa« (21).

Zaključek

Duhovna podpora je pomemben vidik paliativne oskrbe, ki ne sme biti podcenjen oz. v senci drugih disciplin. V ospredju ni ozdravitev, temveč skrb za lajšanje bolečin in skrb za 'dobro smrt' (good death). Srečanje z duhovnimi potrebami zahteva poslušanje in komunikacijske veščine, ki pa niso samo nekaj naučenega in pridobljenega, temveč izhajajo iz človekove notranje občutljivosti in poglobljenosti. Duhovnost in religija sta pomembni pri spoprijemanju z boleznijo, ker ima dobro duhovno počutje pomemben vpliv na preprečevanje brezupa, depresije, potrtosti in želje po čimprejšnji smrti. Poleg tega je pomembna podpora pri iskanju odgovorov na temeljna življenjska vprašanja. Te ugotovitve kažejo na potrebo po intervencijah, ki odgovarjajo na duhovno trpljenje. Po drugi strani pa ostaja veliko odprtih vprašanj, kot so: Kaj je duhovna oskrba? Kaj je duhovno trpljenje? Kdo naj bi skrbel za duhovno oskrbo oz. kdo naj bi jo izvajal? Kako se ocenjujejo duhovne potrebe? Katere so duhovne intervencije ob koncu življenja? Kakšne raziskave lahko pričakujemo v prihodnosti? Med pomembnimi razlogi, da tema še ni dosegla polnega soglasja, je prav gotovo tudi dejstvo, da je duhovnost širok pojem, ki ga je težko vnesti v kategorije znanstvenega jezika.

Literatura

1. Dolenc A. Medicinska etika in deontologija II. Ljubljana: Mihelač, 1997: 446.
2. Amoah CF. The central importance of spirituality in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2011; 17 (7): 353–358.
3. Astrow A, Puchalski C, Sulmasy D. Religion, spirituality and health care: Social, ethical and practical considerations. *Am J Med* 2001; 110: 283–287.
4. Koenig H, George L, Titus P. Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 554–562.
5. Murray S, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton T. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* 2004; 18: 39–45.
6. Tany RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs* 2002; 39 (5): 500–509.
7. Speck P, Higginson I, Addington-Hall J. (2004). Spiritual needs in health care: May be distinct from religious ones and are integral to palliative care.
8. http://eprints.soton.ac.uk/17604/1/Addington-Hall,_J._BMJ_-_Spiritual_needs_-_Jul_2004.pdf <22.09.2013>
9. Puchalski CM. Spirituality and End-of-Life care: A Time for Listening and Caring. *Journal of Palliative Medicine* 2002; 5 (2): 289–294.
10. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegwn L, Savatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the spirituality in the health sciences. *West J Nurs Res* 2004; 26: 405–428.
11. Surbone A, Baider L. The spiritual dimension of cancer care. *Crit. Rev Oncol/Hematol* (2009), doi:10.1016/j.critrevonc.2009.03.011.
12. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *J Palliat Med* 2006; 9 (2): 464–478.

13. Chao CC, Chen C-H, Yen M. The essence of spirituality of terminally ill patients. *J Nurs Res* 2002; 10 (5): 237–244.
14. Cobb M. The dying soul: Spiritual care at the end of life. V: Earle S, Komaromy C, Bartholomew C. (ur.). *Death and Dying: A Reader*. 2. izdaja. Philadelphia: Open University Press, 2002: 11, 118, 30.
15. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-life and Palliative Care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine* 2010; 24 (8): 753–770.
16. Lunn L. Spiritual concerns in palliation. V: Sounders C, Sykes N, (ur.). *The management of terminal Malignant Disease*. 3. izdaja. London: Edward Arnold, 1993: 213–225.
17. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Baylor University Medical Center Proceedings* 2001; 14 (4): 352–357.
18. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361: 1603–07.
19. Moss EL, Dobson KS. Psychology, Spirituality, and End-of-Life Care: An Ethical Integration? *Canadian Psychology* 2006; 47 (4): 284–299.
20. De Jong JD, Clarke LE. What Is a Good Death? Stories from Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2009; 25: 61–67.
21. McClement SE, Chochinov HM. Spiritual issues in palliative medicine. V: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, ur. *Palliative Medicine*. 4. izdaja. London: Oxford University Press, 2009: 1403–1409.
22. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmaasy D. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The report of the Consensus Conference. *Eur J Palliat Care* 2009; 12 (10): 885–904.

Upoštevanje duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju – pilotna študija

Consideration of the Patients' Spiritual and Religious Needs in Hospital Setting – Pilot Study

Igor Karnjuš, Gordana Ratoša, Katarina Babnik

Povzetek

Izhodišča: Zadovoljevanje duhovnih in verskih potreb pacienta predstavlja pomemben dejavnik zagotavljanja holistične obravnave na področju zdravstvene nege. Raziskave dokazujejo pozitiven učinek vključevanja duhovne in verske oskrbe na fizično in psihično zdravje pacientov. Cilj raziskave je ugotoviti, kakšen pomen zaposleni v zdravstveni negi pripisujejo zadovoljevanju duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju.

Metode: Uporabljena je kvantitativna metoda raziskovanja z uporabo vprašalnika. Osrednji del tega je bil sestavljen iz trditev, na katere so udeleženci odgovarjali s pomočjo 3-stopenjske lestvice. Raziskava je potekala med zaposlenimi v zdravstveni negi v eni od slovenskih splošnih bolnišnic, na oddelkih kirurške in internistične dejavnosti. V raziskavi je sodelovalo 63 zaposlenih.

Rezultati: Zaposleni v zdravstveni negi imajo razmeroma nevtralen odnos do pomembnosti zagotavljanja duhovnih in verskih potreb pacientov v času obravnave. Rezultati kažejo, da odnos do vere ($\chi^2 = 6,328$; $p = 0,042$), izobrazba ($\chi^2 = 9,943$; $p = 0,007$) in starost ($r = 0,374$; $p = 0,003$) vplivajo na odnos zaposlenih do duhovne oskrbe. Čeprav zaposleni v zdravstveni negi podpirajo izvedbo aktivnosti, s katerimi se zadovoljujejo potrebe pacientov po duhovni in verski oskrbi v kliničnem okolju, le manjši delež teh (19,0 %) navaja, da med obravnavo povpraša pacienta po njegovi potrebi do izražanja vere.

Diskusija in zaključki: Skrb za duhovne in verske potrebe je del celostne obravnave pacienta, želja pacienta po individualni ali kolektivni verski duhovni oskrbi pa za zdravstvene delavce zavezujoča. Kolikor pacient ali svojci ne izrazijo želje po verski oskrbi, ostane le-ta velikokrat prezrta.

Ključne besede: duhovnost, vera, pacient, zdravstvena nega

Abstract

Introduction: Meeting the patient's spiritual and religious needs is an important factor in ensuring the nursing care holistic treatment. Different studies demonstrate a positive impact of the integration of meeting spiritual and religious needs to patient's physical and mental health. The aim of our study was to determine the importance nursing staff gives to meeting the spiritual and religious needs of patients in a hospital setting.

Methods: Data were collected through a questionnaire. The main part of the questionnaire consisted of statements to which participants responded using a 3-point scale. The survey was conducted among nursing care employees from surgical and medical wards in one of Slovenian general hospitals. The study involved 63 employees.

Results: Employees in nursing care have a relatively neutral attitude toward the importance of supporting spiritual and religious needs of the patients during the hospital treatment. The results show that the attitude towards religion ($\chi^2 = 6,328$; $p = 0,042$), education ($\chi^2 = 9,943$; $p = 0,007$), and age ($r = 0,374$; $p = 0,003$) affects the employees' view toward spiritual care. Although the majority of employees in nursing care support the implementation of activities which meet the patient's needs of the spiritual and religious care in the clinical setting, only a small proportion of them (19,0 %) enquire about patient's religious expression needs.

Discussion and Conclusions: Caring for the spiritual and religious needs is part of the holistic care of the patient, that's why patient's desire for individual or collective religious spiritual care is mandatory for the health care professionals. If the patient or relatives do not express a desire for such care, it often remains overlooked.

Keywords: spirituality, religion, patient, nursing

Uvod

Kakovostna zdravstvena obravnava je utemeljena na holističnem modelu obravnave pacienta, ki vključuje zadovoljevanje pacientovih fizioloških potreb, spodbujanje psihosocialnih odnosov in podpiranje ali spodbujanje posameznikovih duhovnih prizadevanj. Cilj zdravstvene nege tako ni le pomoč pacientu, da bi dosegel dobro telesno počutje, ampak podpora pri doseganju ravnotežja med telesom, duhom in dušo, ki so povezani v aktivno celoto (1).

Duhovnost v zdravstvu dobiva vedno večji pomen, saj se zaposleni vedno bolj zavedajo njenega vpliva na zdravje in počutje posameznika. Duhovna in verska stališča vplivajo na življenjski slog človeka, na njegovo vedenje, na zaznavanje bolezni in smrti (2). Čeprav duhovnost težko jasno opredelimo, ta predstavlja univerzalen fenomen, ki se pojavlja pri vseh ljudeh – tistih z verskim prepričanjem ali brez verskega prepričanja (3). Heriot (4) navaja, da je razlika le v tem, da nekateri ljudje dosegajo transcendentno sfero, ne da bi se sklicevali na religijo, ostali pa zadovoljujejo duhovne potrebe z verskimi prepričanji. Veliko oseb v času bolezni postavlja vprašanja, ki so duhovnega in/ali verskega značaja. Pacienti lahko med obravnavo doživljajo duhovne stiske, ki lahko preidejo tudi v stanje tesnobe (1). Medicinska sestra je velikokrat vez med pacientom in ostalimi zdravstvenimi profili in spodbuja duhovno in versko oskrbo, v katero se vključujejo vse varovancu pomembne osebe (5). Da lahko zagotovi holistični pristop v zdravstveni negi, se mora medicinska sestra seznaniti z duhovnimi in verskimi potrebami pacienta, saj morata oba vedeti, kaj lahko pričakujeta drug od drugega, in se strinjati glede oblik in obsega pomoči, ki jih klinično okolje v času

obravnave lahko nudi. Med slednje sodijo: pomoč duhovnika, zagotavljanje zasebnosti in mirnega okolja, možnosti pogovora, poslušanje radijskega programa, glasbe, upoštevanja želja duhovne in verske narave (dietni predpisi, izvajanje verskih obredov) idr. (2).

Medicinske sestre so v svojo oskrbo skozi zgodovino že od nekdaj vpletale duhovne elemente, molitve, rituale in naravna zdravila (5). Kasneje je prevladalo novo prepričanje, in sicer, da duhovnost škoduje poklicu zdravstvene nege, in da morajo biti medicinske sestre bolj analitične in kritične v razvoju svojega poklica (6). V poznih 80-ih se je v zdravstveni negi temu aspektu obravnave začel ponovno pripisovati večji značaj (3). Raziskave so dokazovale pomembnost vključevanja duhovne in verske oskrbe v obravnavo pacienta. Culliford (7) je v svoji študiji poročal o dokazih, da ima duhovna oskrba pozitiven učinek na fizično in psihično zdravje pacientov. Ugotovil je, da sta duhovnost in/ali vera v 60–80 % povezani z boljšim zdravjem oseb. Isti avtor izpostavlja številna bolezenska stanja, pri katerih nudenje ustrezne duhovne in verske oskrbe ima pomembne koristi za zdravje pacientov (srčno-žilne in cerebrovaskularne bolezni, imunološke disfunkcije, rak, sindrom izgorelosti, zloraba psihoaktivnih substanc, psihoze idr.). Vendar rezultati številnih raziskav vzbujajo skrb glede znanja in veščin, ki jih zaposleni v zdravstvu imajo na področju nujenja duhovne in verske oskrbe pacientom (1). Lister (8) v svoji raziskavi ugotavlja, da zaposleni v zdravstvu velikokrat niso pozorni na zadovoljevanje duhovnih potreb pacientov. Cobb (9) in Castledine (10) dodatno poročata, da se število primerov, pri katerih je nudenje duhovne in verske oskrbe s strani izvajalcev zdravstvene nege bilo neustrezno, povečuje. To ponazarja, da kljub povečanemu raziskovanju in bolj kritičnemu pristopu, ki se je v zadnjih letih v zdravstveni negi razvilo do potreb po zagotavljanju duhovne in verske oskrbe pri pacientih, je ta s strani medicinskih sester še vedno dokaj subjektiven. Pojavlja se vprašanje postavljanja mej med osebnimi prepričanji in profesionalnim delovanjem. V Veliki Britaniji so vladne zdravstvene službe (Government Health Departments) skušale dvigniti zavedanje zaposlenih v zdravstvu o pomembnosti nujenja duhovne in verske oskrbe (11,12), vendar kaže, da se medicinske sestre in drugi zdravstveni profili še vedno dovolj ne zavedajo pomena vključevanja le-te v obravnavo pacienta (3).

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije iz leta 2002 kažejo na visok delež vernikov v naši družbi. Iz popisa prebivalstva, ki so ga takrat opravili, je razvidno, da se je od 1'964'036 prebivalcev zajetih v popisu, njih 67,0 % opredelilo za verne (13). Zavedati se moramo, da pomen duhovne in verske oskrbe pridobiva vedno večji značaj tudi iz socio-kulturnega vidika družbe, saj živimo v času pospešene globalizacije in modernizacije sveta, ki skozi svoje procese medkulturnega, gospodarskega in političnega sodelovanja različnih držav povzroča vse večjo fluktuacijo različnih narodov. V Sloveniji se prav tako, kot v ostalih državah EU, srečujemo s skupnostmi različnih veroizpovedi. Po podatkih statističnega urada RS iz leta 2002 v Sloveniji prevladujejo 4 veroizpovedi: katoliška (57,8 % prebivalstva), islamska (2,4 %), pravoslavna (2,3 %), in protestantska (0,8 %) veroizpoved.

Na področju duhovne in verske oskrbe pacientov v bolnišničnem okolju obstaja v Sloveniji le manjše število objavljenih raziskav. Pregled vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI prikaže le krajši seznam prispevkov v slovenskem jeziku. Z uporabo ključnih besed »duhovnost« ali »spiritualnost« v povezavi z besedo »zdravstvena nega« smo septembra 2013 dobili le 6 zadetkov, ki pa so večinoma preglednega karakterja in vključujejo okolja socialno varstvenih zavodov oz. paliativne oskrbe. Zagotavljanje duhovne in

verske oskrbe pacientov v kliničnem okolju je odvisna predvsem od vključevanja zaposlenih v izvedbo le-te. Zato smo želeli podrobneje raziskati, kakšen pomen medicinske sestre in zdravstveni tehniki pripisujejo temu vidiku zdravstvene obravnave.

Metode

Uporabljena je kvantitativna metoda raziskovanja z uporabo strukturiranega vprašalnika.

Opis instrumenta

Prvi del vprašalnika zajema osnovne demografske podatke, kot so spol, starost, kraj bivanja, izobrazba in delovna doba. Vključuje tudi vprašanje o lastnem odnosu do vere. Osrednji del vprašalnika je sestavljen iz trditev, kjer so udeleženci s pomočjo 3-stopenjske lestvice izražali stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo (*1-se ne strinjam; 2-niti se ne strinjam niti ne nasprotujem; 3-se strinjam*). Cronbach's α vprašalnika znaša 0,86, kar kaže na ustrezno stopnjo notranje skladnosti vprašalnika. Osrednji del vprašalnika je bil razdeljen v 2 vsebinska sklopa: i) pomen, ki ga zaposleni v zdravstveni negi pripisujejo duhovnim in verskim potrebam; ii) zagotavljanje duhovnih in verskih potreb pacientov v času obravnave.

Opis vzorca

Uporabljen je bil namenski vzorec. Raziskava je potekala med zaposlenimi v zdravstveni negi v eni splošni bolnišnici v Sloveniji na oddelkih kirurške in internistične dejavnosti. Od skupno 84 zaposlenih je v raziskavi sodelovalo 63 (73,3 % odzivnost). Med temi je bilo 53 žensk (84,1 %) in 6 moških (9,5 %); štirje udeleženci (6,3 %) niso podali odgovora. Starost udeležencev se je gibala med 21 in 50 let. Povprečna starost je znašala 29,48 let. Povprečna delovna doba udeležencev je bila 8,49 let. Najdaljša delovna doba udeležencev je znašala 29 let, najkrajša pa manj kot eno leto. Večina udeležencev je imela končano srednjo strokovno izobrazbo (47, 74,6 %); sledila je končana višja oz. visoka strokovna izobrazba (15; 23,8%); le en udeleženec raziskave (1,6 %) je imel končan univerzitetni študij oz. strokovni magistrat. Največji delež udeležencev živi v mestu (34; 54,0 %), 12 (19,0 %) jih živi v predmestju in 17 (27,0 %) na vasi. V vprašalniku smo udeležence raziskave povprašali tudi o lastnem odnosu do vere. Triindvajset udeležencev raziskave (36,5 %) se je opredelila za verne, vendar vere ne prakticira; 17 (27,0 %) je verna in vero prakticira; 15 (23,8 %) udeležencev se je opredelila za ateiste; 8 (12,7 %) udeležencev pa je navedlo, da nima posebnega odnosa do tega vprašanja.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala meseca marca 2013. Udeleženci so sodelovali prostovoljno, imeli so možnost, da sodelovanje odklonijo. Anketiranje je potekalo na način, ki je sodelujočim zagotavljal anonimnost (anketne vprašalnike so odlagali v posebej za to namenjen zbiralnik). Raziskava je potekala v soglasju z zdravstveno ustanovo. Pridobljena je bila pisna privolitev za njeno izvedbo.

Podatki so analizirani s pomočjo programa IBM SPSS Statistics verzija 20. Poleg deskriptivne statistike je za podrobnejšo analizo uporabljen Spearmanov test korelacije in Hi-kvadrat. Vrednosti $p < 0,05$ so veljale za statistično signifikantne.

Rezultati

Poleg osnovne porazdelitve odgovorov smo za vsak posamezni sklop analizirali vpliv nekaterih spremenljivk (starost, delovna doba, izobrazba, kraj bivanja, odnos do vere) na sto-

pnjo strinjanja s posameznimi trditvami. Vpliv spola nismo analizirali zaradi neenakomerne porazdelitve vzorca.

Pomen, ki ga zaposleni v zdravstveni negi pripisujejo duhovnim in verskim potrebam pacientov v kliničnem okolju

Večina udeležencev raziskave je imela nevtralno stališče pri večini trditev, ki so se nanašale na ugotavljanje pomena, ki ga zaposleni v zdravstveni negi pripisujejo duhovni in verski oskrbi pacientov v kliničnem okolju (Tabela 1). Največkrat izbran odgovor je bil »niti se ne strinjam, niti ne nasprotujem«. Več kot polovica zaposlenih v zdravstveni negi (58,7 %) sicer navaja, da pri svojem delu upošteva versko usmerjenost pacienta, vendar prav tako navajajo, da se v kolektivu zdravstvene nege redko pogovarjajo o vsebinah, ki se nanašajo na zagotavljanje duhovne in verske oskrbe (57,1 % udeležencev).

Tabela 1: Porazdelitev odgovorov glede pomena, ki ga zaposleni v zdravstveni negi dajejo duhovnim in verskim potrebam pri obravnavi pacientov v bolnišničnem okolju.

Trditev	Stopnja strinjanja (n=63)			Mo	
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		
Duhovna oskrba pacienta je pomemben vidik ZN	7,9	60,3	31,7	2	2,24
Zagotavljanje duhovnih in verskih potreb pacienta je zanj zelo pomembna.	9,5	52,4	38,1	2	2,29
Z vidika ZN je pomembno zagotavljati pacientove potrebe po veroizpovedi.	7,9	55,6	36,5	2	2,29
Pri obravnavi pacienta upoštevam njegovo versko usmerjenost.	4,8	36,5	58,7	3	2,54
Medicinska sestra bi morala biti seznanjena z osnovami različnih veroizpovedi.	15,9	55,6	28,6	2	2,13
V učnih programih ZN bi morali nameniti več vsebin s področja zagotavljanja duhovne oskrbe.	19,4	54,8	25,8	2	2,06
V kolektivu ZN se pogovarjamo o potrebah pacientov po duhovni in verski oskrbi	57,1	33,3	9,5	1	1,52

Legenda: ZN – zdravstvena nega; 1 - se ne strinjam; 2 - niti se ne strinjam niti ne nasprotujem; 3 - se strinjam;
Mo – modus; – povprečna ocena

Dodatna analiza rezultatov je pokazala, da se zaposleni v zdravstveni negi z višjo izobrazbo (višja oz. visoka strokovna izobrazba ali več) v večji meri strinjajo s trditvijo, da je duhovna oskrba pri obravnavi pacienta pomemben vidik zdravstvene nege, v primerjavi s srednjim kadrom (srednja strokovna izobrazba, V stopnja) ($\chi^2 = 9,943$; $p = 0,007$). Prav tako so se udeleženci, ki so se opredelili kot verni, izrazili višjo stopnjo strinjanja s trditvijo, da je zagotavljanje duhovnih in verskih potreb med zdravstveno obravnavo za pacienta pomembna, v primerjavi z udeleženci, kateri so se opredelili za ateiste oz. so navedli, da do vere nimajo posebnega odnosa ($\chi^2 = 6,328$; $p = 0,042$). Analiza rezultatov je prav tako pokazala, da stopnja strinjanja pri omenjeni trditvi zmerno korelira s starostjo zaposlenih. Starejša populacija je izrazila višjo stopnjo strinjanja v primerjavi z mlajšo populacijo udeležencev raziskave ($r = 0,374$; $p = 0,003$). Lastni odnos do vere prav tako vpliva na stališče zaposlenih v zdravstveni negi do potrebe po poznavanju osnov različnih veroizpovedi ($\chi^2 = 7,902$; $p = 0,019$). Udeleženci, ki so se opredelili kot verni, so bili bolj naklonjeni trditvi. Drugih statistično pomembnih razlik v odgovorih tega sklopa vprašalnika med posameznimi podskupinami (porazdelitev udeležencev glede na kraj bivanja in delovno dobo) ni bilo.

Zagotavljanje duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju

Pri drugem sklopu trditev smo želeli poizvedeti, ali zaposleni v zdravstveni negi med obravnavo podpirajo izvedbo nekaterih aktivnosti, s katerimi lahko v določenem obsegu zagotavljajo duhovne in verske potrebe pacientov v kliničnem okolju (poslušanje pacienta, nudenje možnosti izražanja gledišč, vključevanje duhovnika v obravnavo). Povprečne ocene posameznih trditev kažejo, da udeleženci raziskave podpirajo izvedbo omenjenih aktivnosti (Tabela 2). Večina udeležencev (61,9 %) prav tako navaja, da ob izražanju duhovnih potreb s strani pacientov ne občuti nelagodja. Sicer pa le manjši delež zaposlenih v zdravstveni negi (19,0 %) navaja, da med obravnavo povpraša pacienta po njegovi potrebi do izražanja vere (=1,95).

Tabela 2: Porazdelitev odgovorov glede zadovoljevanja duhovnih in verskih potreb pacientov v bolnišničnem okolju.

Trditev	Stopnja strinjanja (n=63)			Mo	
	1 (%)	2 (%)	3 (%)		
Ko pacient potrebuje duhovno podporo, sem mu na voljo oz. ga poslušam.	8,2	34,4	57,4	3	2,49
Pacientu dajem možnost, da izrazi svoja gledišča o duhovnosti.	4,8	22,2	73,0	3	2,68
Pacientom predstavim možnosti, ki jih imajo v bolnici v zvezi z zadovoljevanjem verskih potreb.	12,9	48,4	38,7	2	2,26
Pri svojem delu povprašam pacienta po njegovi potrebi do izražanja vere.	23,8	57,1	19,0	2	1,95
Če pacient zaprosi za duhovnika mu to omogočim oz. obvestim odgovorno osebo oddelka.	1,6	31,1	67,2	3	2,66
Če pacient zaprosi za duhovnika, obvestim svojce	1,6	27,0	74,4	3	2,70
Ob izražanju duhovnih potreb s strani pacientov mi je neprijetno	61,9	27,0	11,1	1	1,49

Legenda: ZN – zdravstvena nega; 1 - se ne strinjam; 2 - niti se ne strinjam niti ne nasprotujem; 3 - se strinjam; Mo – modus; – povprečna ocena

V tem sklopu trditev ni bilo nobenih statistično pomembnih razlik v porazdelitvi odgovorov med posameznimi podskupinami (porazdelitev udeležencev glede na: kraj bivanja, starost, stopnja izobrazbe, delovno dobo in odnosa do vere).

Diskusija

Rezultati raziskave kažejo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi razmeroma nevtralen odnos do duhovnega vidika oskrbe, čeprav se zavedajo njenega pomena v procesu obravnave in podpirajo izvedbo aktivnosti, s katerimi zagotavljamo duhovne in verske potrebe pacientov v kliničnem okolju. Prav tako se je pokazalo, da skušajo zaposleni zagotavljati duhovne in verske potrebe pacientov, če le-ti izrazijo željo po temu, vendar le manjši delež aktivno sprašuje paciente po njihovih duhovnih potrebah. Kot opisujejo tuji avtorji (1,14) prav pomanjkanje časa in znanja ter nejasnost vlog znotraj zdravstvenega tima, o tem, kdo bo izvajal duhovno oskrbo pacientov, onemogočajo, da bi se ta vidik obravnave implementiral v večji meri znotraj kliničnih okolij. Tudi raziskava Gedrih in Pahor (15) potrjuje, da so zaposleni v zdravstveni negi, zaradi pomanjkanja časa, pri svojem delu velikokrat razpeti med formalnimi normativi, ki jih zahteva ustanova (storilnostna naravnost) in človeškim stikom (neposrednimi človeškimi potrebami), kar bi lahko delno upravičilo rezultate naše razis-

kave. Poleg omenjenega, tuje raziskave izpostavljajo, da ima lasten odnos do duhovnosti in vere močan vpliv na to, koliko pozornosti bodo zaposleni v zdravstveni negi namenjali temu vidiku oskrbe pacienta v kliničnem okolju (1). Naša raziskava potrjuje, da udeleženci, ki so se opredelili kot verni, pripisujejo duhovnim potrebam pacientov večji pomen, kar nakazuje da zaposleni v zdravstveni negi v veliki meri povezujejo duhovnost z religijo. To potrjuje tudi raziskava Narayanasamy in Owens (14), ki je bila opravljena med medicinskimi sestrami v Veliki Britaniji. Avtorici navajata, da ta ugotovitev ne preseneča, saj je duhovnost bila skozi zgodovino tradicionalno povezana z religijo. Novejše raziskave (kažejo, da se to stališče spreminja in da zaposleni v zdravstveni negi na koncept duhovnosti gledajo širše. McSherry in Jamieson (3) sta v svoji raziskavi izpostavili osem duhovnih potreb, ki so jih medicinske sestre morale razvrstiti po stopnji pomembnosti. »Potreba po izražanju koncepta Boga« je bila s strani medicinskih sester postavljena na tretje mesto; na prvo in drugo mesto so medicinske sestre postavile »potrebo po viru upanja in moči« in »potrebo po izražanju osebnih prepričanj/vrednot«. Sicer pa v isti raziskavi 92,2 % medicinskih sester navaja, da le občasno uspe zadovoljiti duhovne potrebe pacientov, predvsem zaradi pomanjkanja znanja. Praksa v tujini potrjuje pomembnost izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi na področju duhovne oskrbe pacientov. Valsblom in sod. (16) so ponudili medicinskim sestram sklop izobraževanj, v sklopu katerih so bile vsebine usmerjene predvsem v načine prepoznavanja duhovnih potreb pacientov, spretnosti komunikacije in možnosti, ki jih zaposleni imajo na razpolago glede nudenja duhovne oskrbe v zdravstveni ustanovi. Po zaključenem izobraževanju so pacienti poročali o večji stopnji empatije in podpore s strani medicinskih sester v zvezi z njihovimi vprašanji o pomenu življenja in poteka bolezni. Prav tako je bilo opaziti tudi povečano število pacientov, ki so bili napoteni k duhovniku. Zaposleni v zdravstveni negi so spremenili vedenje v različnih pogledih, predvsem pa so se začeli aktivno vključevati v duhovno oskrbo pacientov. V naši raziskavi se je izobrazba pokazala za pomemben dejavnik, ki vpliva na stališče zaposlenih v zdravstveni negi do pomembnosti zagotavljanja duhovne in verske oskrbe pacientov med obravnavo. Medicinske sestre so v primerjavi z zdravstvenimi tehnikami omenjenemu aspektu oskrbe pripisale večji pomen, kar verjetno izhaja iz dejstva, da je na dodiplomskem študiju zdravstvene nege duhovna oskrba pacienta sestavni del učnih vsebin različnih predmetov študijskega programa. Kljub temu Šolar in Mihelič Zajec (17) ugotavljata, da se duhovna oskrba v kliničnih okoljih izvaja le redko. V svoji raziskavi sta prav tako ugotovili, da so zaposleni v zdravstveni negi še vedno precej deljenega mnenja o tem, ali je zadovoljevanje duhovnih potreb pacienta prioritetenega značaja. Čeprav je duhovna oskrba v Republiki Sloveniji zakonsko urejena in omogoča zadovoljevanje številnih duhovnih potreb obstaja dejstvo, da je ta v kliničnih okoljih nekoliko preozko, predvsem religijsko zastavljena in ne nagovarja eksistencialnih potreb (15).

Rezultati naše raziskave se bistveno ne razlikujejo od raziskav, ki so bile opravljene v tujini. Eno večjih odstopanj opažamo pri zavzetosti zaposlenih v zdravstveni negi do dodatnega izobraževanja s področja duhovne oskrbe pacientov. V tujini je želja po dodatnem izobraževanju iz tega področja bolj prepoznana. Boljše osveščanje zdravstvenih delavcev ter postavljanje dodatnih programov izobraževanja bi lahko duhovni vidik obravnave pacienta postavilo nekoliko bolj v ospredje, saj je znano, da zagotavljanje duhovnih potreb pomembno vpliva na zdravje in dobro počutje pacienta (18).

Zaključki

Skrb za duhovne potrebe je vsekakor del celostne obravnave pacienta, je pa želja pacienta po individualni ali kolektivni verski duhovni oskrbi za zdravstvene delavce tudi zavezujoča, izhajajoč iz Zakona o verski svobodi in Zakona o pacientovih pravicah. Zdravstveni delavec mora poznati vsaj najpogostejše verske ali duhovne skupnosti, da se lahko suvereno pogovori s pacientom o morebitnih željah in potrebah po duhovni oskrbi. Kolikor pacient ali svojci ne izrazijo želje po tovrstni oskrbi, ostane le-ta velikokrat, zaradi že naštetih objektivnih razlogov, prezrta.

Literatura

1. Ledger SD. The duty of nurses to meet patient's spiritual and/or religious needs. *BJN* 2005; 14 (4): 220–225.
2. Skoberne M. Duhovnost in duhovno zdravje. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 23–31.
3. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses's perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1757–1767.
4. Heriot GS (1992) Spirituality and ageing. *Holistic Nurs Pract* 1992; 7 (1): 22–31.
5. Zakšek T. Spiritualnost v zdravstveni negi in babištvu. *Obzor Zdr N* 2010; 44 (4): 263–
6. Swinton J. Identity and resistance: why spiritual care needs 'enemies'. *J Clin Nurs* 2006; 15: 918–928.
7. Culliford L. Spirituality and clinical care. *BMJ* 2002; 325: 1434–5.
8. Lister A. Muldfaith hospices. *IntJ Palliat Nurs* 1997; 3(1): 23–25.
9. Cobb M. Walking on water? The moral foundations of chaplaincy. V: Orchard H, ur. *Spirituality in Health Care Contexts*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2001: 73–83.
10. Castledine G. Senior nurse who demeaned the spiritual beliefs of patients and staff. *BJN* 2005; 14: 745.
11. Department of Health (2008) High Quality Care for All NHS Next Stage Review Final Report. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAnd-Guidance/DH_085825 <22.10.2013>.
12. Department of Health (2009). Religion or Belief a Practical Guided for the NHS. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_093132 <22.10.2013>.
13. Statistični urad Republike Slovenije (2002). Verska, jezikovna in narodna sestava prebivalstva Slovenije. http://www.stat.si/doc/pub/sestava_preb_slo.pdf <19.9.2013>.
14. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' response to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs* 2001; 33 (4): 446–55.
16. Gedrih M, Pahor M. Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe v domovih starejših občanov v Ljubljani. *Obzor Zdr N* 2009; 43 (3): 191–200.
17. Vlasblom PJ, Van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today* 2010; 790–796.
18. Šolar B, Mihelič Zajec A. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzor Zdr N* 2007; 41: 137–46.

19. Burkhart L, Shmidt L, Hogan N. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *J Adv Nurs*, 2011; 67 (11): 2463–2472.

Odnos zdravih odraslih do umiranja in smrti: načela paliativne oskrbe

Healthy adults' attitudes to death and dying: the principles of palliative care

Albina Bobnar

Povzetek

Izhodišča: Paliativna oskrba je v Sloveniji slabo uveljavljena. Namen raziskave je bil identificirati odnos do umiranja in smrti glede na načela paliativne oskrbe, med zdravimi odraslimi.

Metode: V študijskem letu 2010/2011 so študenti zdravstvene nege naredili 695 intervjujev z zdravimi odraslimi. Predstavljeni so rezultati bivariatnih analiz, statistično pomembnih razlik o njihovem odnosu do umiranja in smrti.

Rezultati: Ženske se bolj strinjajo, da imajo svojci pravico zavrniti zdravljenje, če bolnik ni zmožen odločati. Tisti brez partnerja, da so Pogovori o oskrbi ob umiranju za anketirance, ki živijo brez partnerja primerni šele, ko ni več nobene možnosti zdravljenja. Starejši, verni, z vasi so bolj prepričani, da je bolečina del umiranja in smrti. Obdobje ob koncu življenja v večji meri pomeni starejšim in manj izobraženim trpljenje. Verni, moški, manj izobraženi, z vasi se bolj strinjajo, da je domače okolje primerno za umiranje in smrt.

Diskusija in zaključki: Mnenje zdravih odraslih je, da je umiranje še vedno čas trpljenja ter da se o smrti malo govori. Te ugotovitve so lahko koristne oblikovanje strategije izvedbe nacionalne paliativne oskrbe.

Ključne besede: načela, kraj oskrbe, avtonomija, bolečina, zanikanje smrti, trpljenje

Abstract

Background: In Slovenia, the provision of active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment has only slowly been gaining ground. The purpose of the study was to identify the attitudes of healthy adults toward death and dying according to palliative care principles.

Methods: In the academic year 2010/2011, the nursing students carried out 695 interviews with healthy adults. Bivariate analysis was conducted in order to determinate statistically significant differences in attitudes to death and dying.

Results of the study indicate that female respondents largely support the right of the relatives to refuse treatment when patients are not able to make decisions about their medical care. The interviewees living without a spouse would willingly accept the opportunity to talk about of care when have no possibilities for any treatment. The elderly religious subjects from rural areas accept the fact that pain and suffering is an integral part of the end of life period. The older and less educated respondents believe that the approaching death necessarily entails suffering. Older religious rural men would choose a home death over dying in an institution.

Discussion and conclusion: Most of the adult healthy respondents hold the opinion that dying is always filled with suffering and that there are not enough open discussions on a taboo topic of death and dying. These findings may be useful for the national implementation of palliative care.

Key words: principles, place of care, autonomy, pain, denial of death, suffering

Teoretična izhodišča

Paliativna oskrba (PO) je posebna oblika zdravstvene oskrbe, ki se je razvijala iz hospicevega gibanja v Angliji od leta 1967 in postala v nekaterih državah (Angliji, Združenih državah Amerike, Kanadi, Avstraliji) kot specialno področje zdravstvene oskrbe, dvajset let kasneje (1). Svetovna zdravstvena organizacija (2) definira PO kot aktivno, celostno oskrbo, ki s preventivnim preprečevanjem trpljenja, zgodnjim odkrivanjem ter učinkovitim ocenjevanjem in zdravljenjem bolečine in drugih težav, izboljšuje kakovost življenja bolnikov in njihovih svojcev ob soočenju z neozdravljivimi boleznimi. Kot taka naj bi bila del javnega zdravja, ki bi bila dostopna vsem. Drugače povedano, pa je dostop do PO človekova pravica, ki je bila določena s konvencijo Združenih narodov (3). Čeprav je veliko držav, ki na splošno spoštujejo to pravico, so v praksi zelo velike razlike glede uveljavljanja PO v javnem zdravju(4).

Poznavanje PO je v svetu zelo različno, kot kažejo raiskave (5–7). Na Japonskem (5) so ugotovili, da 63 % odraslih ne pozna oz. nima znanja o PO. V Kanadi je 75 % odraslih odgovorilo, da so že slišali za PO, vendar jih 48 % od teh meni, da je to oskrba ob koncu življenja ali tistih, ki umirajo (6). 667 odraslih Ircev je odgovorilo, da ne poznajo izraza PO, zato raziskovalci menijo, da je to posledica neakovostne oskrbe umirajočih in žalujočih in ni vsem enako dostopna (7). V zahodnem svetu v večini umirajo in umrejo starejši ljudje, z veliko incidenco raka in še višjo prevalenco drugih kroničnih bolezni, zato so potrebe po visoko kakovostnih službah PO vedno večje (4). Medtem ko je v Sloveniji pripravljen Državni program PO (8), le ta še ni sistemsko urejena, Vlada Republike Slovenije pa bi jo morala zagotoviti vsem, ki jo potrebujejo in želijo. Zato bo potrebno z zdravstveno promocijo približati ideologijo PO širši javnosti.

Večje poznavanje PO in raziskovanje javnega odnosa do umiranja in smrti ter pogledov na službe, ki izvajajo oskrbo neozdravljivo bolnih po načelih PO (9) je ključnega pomena, da se bodo ljudje avtonomno odločali za vključevanje v PO in si s tem omogočili kakovostno življenje do smrti. Zaradi tega je tudi namen identificiranje odnosa zdravih odraslih do umiranja in smrti s pomočjo ideoloških načel PO.

Metode

Narejena je bila kvantitativna, opisna raziskava s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je bil pripravljen posebej za to raziskavo, s pomočjo opisanih načel PO v strokovni literaturi (1,8,9). Anketiranje 695 zdravih odraslih so izvedli študenti 3. letnika zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, v študijskem letu 2010/2011, v okviru predmeta Zdravstvena nega onkološkega bolnika. Vsak je intervjuval dve ali več zdravih odraslih oseb, eno staro od 18 do 59 let in eno nad 60 let. Drugi kriteriji za vključitev v raziskavo so bili še: prostovoljna ustna privolitev, brez prisotnosti kroničnih bolezni in jemanja redno predpisanih zdravil od zdravnika. S pomočjo študentov iz vse Slovenije, je bil zagotovljen primeren vzorec predstavnikov populacije iz vseh predelov Slovenije.

Intervjuji so potekali na domovih prostovoljcev, v povprečju 30 do 60 minut. Pridobljeni so bili sociodemografski podatki (starost, spol, državljanstvo, kraj bivanja, zakonski stan, izobrazba) ter vernost in njihovo prepričanje v posmrtno življenje. Intervjuvanci so z oceno od 1 do 5 (1 pomeni močno se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 ne vem, 4 se strinjam, 5 močno se strinjam) izrazili strinjanje s 14-imi trditvami glede ideologije PO oziroma o: lažšanju bolečin, umiranju kot naravnem procesu, ne podaljševanju/skrajševanju življenja, nudenju psihične, socialne, duhovne podpore, aktivnem življenju do smrti, podpori žalujočim v času umiranja, smrti in po smrti, timskem pristopu, zgodbem vključevanju v PO in možnosti izbire kraja umiranja in smrti.

V prispevku so predstavljeni rezultati bivariatnih analiz, ker smo želeli ugotoviti, ali na populaciji zdravih odraslih v Sloveniji obstajajo statistično značilne razlike v stališčih do umiranja in smrti glede na spol, starost, kraj bivanja, življenjski stan, izobrazbo, vernost in prepričanje v posmrtno življenje. Povezanost spremenljivk smo ugotavljali iz izračuni aritmetičnih sredin, standardnega odklona in t testom. Rezultati so izračunani pri stopnji tveganja 5 % ali 0,05.

Rezultati

Vseh izpolnjenih in uporabljenih anketnih vprašalnikov je 695. Slovenskih intervjuvancev je bilo 684 in 11 drugih narodnosti, živečih v Sloveniji. Njihove sociodemografske značilnosti, vernost in stališče do posmrtnega življenja ter njihove spremenljivke v anketnem vprašalniku so predstavljene v Tabeli 1.

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti, vernost in stališče do posmrtnega življenja intervjuvancev ter njihove spremenljivke.

Spol	Starost (leta)	Kraj bivanja	Značilnosti			
			Življenjski stan	Izobraževanje (leta)	Verni	Verjame v posmrtno življenje
1 moški N=282	1 18 – 59 N=391	1 mesto N=332	1 s partnerjem N=419	1 do 12 let N=531	1 da N=462	1 da N=322
2 ženski N=413	2 nad 60 N=304	2 vas N=333	2 brez partnerja N=251	2 nad 13 let N=141	2 ne N=159	2 ne N=258
		ni podatka N=30	ni podatka N=25	ni podatka N=23	ni podatka N=74	ni podatka N=115

1 spremenljivka; 2 spremenljivka; N število vseh podatkov=695

Razlike v strinjanju oziroma odnos do trditvev o načelih PO v času umiranja in smrti pri zdravih odraslih intervjuvancih so se glede na rezultate t-testov pokazale pri 8-ih trditvah (Tabela 2). Glede na spol se razlikuje odnos do trditvev 11, 12 in 13. Ženske se bolj strinjajo, da imajo svojci pravico zavrniti medicinsko zdravljenje, če se bolnik sam ni zmožen odločati in menijo, da je dom primeren kraj za umiranje in smrt. Med starejšimi in mlajšimi anketiranci obstajajo razlike v odnosu do bolečine, trpljenja in ne govorjenja o umiranju in smrti, pri čemer so starejši bolj prepričani, da je vse to del tega obdobja. Med povprečji glede na kraj bivanja se intervjuvanci z vasi bolj strinjajo, da je bolečina del umiranja in smrti ter domače okolje primeren kraj za to.

Razlike v povprečjih med tistimi, ki živijo s partnerjem in tistimi brez, se slednji bolj strinjajo, da so odprti pogovori o oskrbi ob koncu življenja primerni šele, ko ni več dostopnih načinov zdravljenja. Glede na stopnjo izobrazbe so se pokazale razlike v odnosu do trpljenja ob koncu življenja. Da je to čas trpljenja, so najvišje ocenili intervjuvanci z izobrazbo do 12 let. Razlike med vernimi in nevernimi se kažejo v odnosu do govorjenja ter kraja o umiranju in smrti. Verni se bolj ne strinjajo s tem, da se ne govori, strinjajo pa se, da je dom primeren kraj za umiranje in smrt. Intervjuvanci, ki verjamejo v posmrtno življenje se bolj strinjajo, da bolnišnica ni primeren in je dom primeren kraj za umiranje in smrt. Tisti, ki v posmrtno življenje ne verjamejo, pa se bolj ne strinjajo s trditvijo, da je primeren kraj umiranja in smrti dom ali zavod starejših občanov. S trditvami 2, 5, 6 in 7 se intervjuvanci v povprečju strinjajo z oceno več kot 3, kar pa ni v skladu z načeli PO.

Tabela 2: Statistično pomembne razlike med spremenljivkama pri intervjuvancih, do trditev o načelih PO in ne/strinjanje vseh s posamezno trditvijo.

trditve(odnos)	statistična pomembnost spremenljivk
1) Odrpti pogovori o oskrbi ob koncu življenja so primerni šele, ko ni več dopustnih učinkovitih oblik zdravljenja. (Ms=2,8)	živi s partnerjem M 2,75; SD 1,16; t -2,075; p 0,038
2) Na splošno velja, da umirajoči bolniki raje ne govorijo o umiranju in smrti. (Ms=3,3)	starost 18 do 59 let M 3,30; SD 1,00; t -1,972; p 0,049 verni M 2,97; SD 1,27; t -3,030; p 0,003
3) Bolečina je neizogibni del umiranja in smrti. (Ms=2,9)	starost 18 do 59 let M 2,78; SD 1,26; t -2,602; p 0,009 živi v mestu M 2,77; SD 1,24; t -2,281; p 0,023
4) Neozdravljivo bolni naj bi prejeli toliko zdravil proti bolečinam, kolikor jih potrebujejo. (Ms=4,1)	ni statistično pomembnih razlik
5) S hranjenjem po želodčni cevki preprečimo stradanje ob koncu življenja. (Ms=3,6)	ni statistično pomembnih razlik
6) Dovajanje kisika umirajočemu bolniku olajša dihanje. (Ms=4,0)	ni statistično pomembnih razlik
7) Obdobje ob koncu življenja je čas trpljenja. (Ms=3,1)	starost 18 do 59 let M 2,94; SD 1,16; t -4,536; p 0,000 izobraževanje do 12 let M 4,22; SD 0,87; t 2,015; p 0,000
8) V celostni oskrbi bolnika in svojcev naj bi bile pokrite tudi bolnikove psihološke, socialne in duhovne potrebe. (Ms=4,2)	ni statistično pomembnih razlik
9) Bolnik ob koncu življenja sam (oz. oseba, ki jo je za to pooblastil) sprejema odločitve. (Ms=4,1)	ni statistično pomembnih razlik
10) Bolnik ima pravico zavrniti medicinsko zdravljenje, čeprav le-to podaljšuje življenje. (Ms=4,1)	ni statistično pomembnih razlik
11) Če bolnik ni zmožen odločati, imajo svojci pravico zavrniti medicinsko zdravljenje, čeprav le-to podaljšuje življenje. (Ms=3,4)	ženske M 3,53; SD 1,09; t 2,129; p 0,034
12) Bolnišnica je ustrezen prostor za umiranje in smrt. (Ms=2,5)	moški M 2,66; SD 1,17; t -3,281; p 0,001 verjame v posmrtno življenje M 2,37; SD 1,10; t 3,596; p 0,000
13) Domače okolje je ustrezen prostor za umiranje in smrt. (Ms=3,7)	ženske M 3,81; SD 1,01; t 2,451; p 0,015 živi v mestu M 3,61; SD 1,08; t -3,056; p 0,002 verni M 3,82; SD 1,02; t -2,495; p 0,013 verjame v posmrtno življenje M 3,92; SD 0,94; t -4,151; p 0,000
14) Dom/zavod starejših občanov je ustrezen prostor za umiranje in smrt. (Ms=2,9)	ne verjame v posmrtno življenje M 3,11; SD 1,13; t 2,440; p 0,015

M aritm. sredina; SD stand. deviacija; t vrednost; p stopnja tveganja 5 %; Ms aritm. sredina celotnega vzorca

Razprava

Z raziskavo o odnosu zdravih odraslih do umiranja in smrti v slovenskem prostoru, smo ugotovili, da se intervjuvanci v veliki večini strinjajo z ideologijo PO, vendar ne moremo trditi, da so rezultati reprezentativni za vso populacijo zdravih odraslih oseb v Sloveniji. Problematika teme otežuje zbiranje informacij od reprezentativnih vzorcev (10), zato so predstavljene ugotovitve bolj relativen odnos do umiranja in smrti v smislu načel PO. Intervjuvanci so po sociodemografskih značilnostih podobni osnovni populaciji, vendar so bili izbrani za sodelovanje s strani študentov zdravstvene nege in se razlikujejo od tistih, ki niso bili izbrani zaradi določenih kriterijev za sodelovanje pri pogovorih o tej temi. Ljudje z velikim strahom pred smrtjo so morda odklonili sodelovanje, prav tako tisti v slabem zdravstvenem stanju in prav slednje se navezuje na sodelovanje starejših zdravih odraslih (11). Intervjuvanci so morda bolj seznanjeni s PO in jo bolj podpirajo.

V odnosu do umiranja in smrti glede na načela PO so intervjuvanci podobnih stališč. Z načeli PO se samo verni ne strinjajo, da umirajoči bolniki raje ne govorijo o umiranju in smrti. V veliki večini ne vedo, da se z umetnim hranjenjem ne prepreči stradanja, da dovajanje kisika ne olajša dihanja in da obdobje ob koncu življenja ni nujno trpljenje. Intervjuvanci imajo morda slabe izkušnje s spremljanjem umirajočih, kot se je to pokazalo v kvalitativni raziskavi na Irskem (10), ko fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe niso bile lajšane na primeren način in bolniki niso bili vključeni v PO. V zvezi z agresivnim podpornim zdravljenjem ob koncu življenja verjetno tudi nimajo primerne znanja, kako se o tem pogovarjati z bolniki in zato je za vse to čas trpljenja. Ne more se izključiti možnosti, da se odnos do umiranja in smrti oziroma PO spremeni, ko ljudje zbolijo, saj v tej raziskavi odnos ni povezan s kakovostjo življenja in fizičnim zdravjem (12) intervjuvancev.

Ideologija paliativne oskrbe je, da se o umiranju in smrti govori odprto in da imajo člani paliativnega tima strokovno znanje in izkušnje pri zagotavljanju psihične in duhovne podpore za umirajoče (13). Vključevanje v PO bi morali biti že v zgodnjem obdobju ali še boljše ob postavitvi diagnoze, da bi se ljudje lahko pripravili na proces umiranja in starejšim, manj izobraženim, živečim brez partnerja, na vasi ter vernim ne bi predstavljalo tabu teme in trpljenja kot se je pokazalo v naši raziskavi.

Na vprašanje, kateri kraj se jim zdi primeren za umiranje in smrt, so se do doma izrazili pozitivno, ne strinjajo pa se z umiranjem v bolnišnici in domu/zavodu starejših občanov. Najbolj izrazito željo, imajo intervjuvanci, da bi lahko umirali in umrli doma, toda kako jim to omogočiti? Thorpe (14) meni, da ljudje morda umirajo v bolnišnici, zato ker morda pričakujejo, da je samo v bolnišnici možno lajšanje simptomov, da so ves čas dostopni zdravstveni delavci in je še vedno najceneje. Potrebno bo še nadaljnje raziskovanje v zvezi s primernim krajem umiranja in smrti, še posebej, ker se intervjuvanci niso soočili z neozdravljivo boleznijo, ko se prepričanje lahko spremeni.

Zaključek

Glavne razlike med intervjuvanci so se pokazale v moči strinjanja ali prepričanja. Rezultati raziskave so pokazali, da razlike v odnosu do umiranja in smrti glede na načela PO niso negativne in da se njihov pogled na oskrbo ob koncu življenja ujema z ideologijo PO. Ne ujemajo se samo v prepričanju učinkovitosti uporabe zdravljenj za podaljševanje življenja in glede mnenja, da je umiranje še vedno čas trpljenja ter da se o smrti malo govori. Če bi lah-

ko rekli, da je to značilno za zdrave odrasle v Sloveniji, da se ne radi pogovarjajo ali nimajo znanja o procesu umiranja in smrti, to zahteva od zdravstvenih delavcev, da informirajo umirajoče bolnike in svojce o umiranju in smrti in s tem povečajo njihovo znanje in zavedanje o času ob koncu življenja. Z ugotovitvami odnosa zdravih odraslih do umiranja in smrti bi bilo potrebno informirati ustvarjalce zdravstvene politike, da bi s primernimi strategijami povečali javno zavedanje o PO.

Literatura

1. Payne S, Seymour J, Ingleton C, eds. Palliative care nursing: principles and evidence for practice. 2nd ed. New York, Berkshire: McGraw Hill, Open University press, 2008: 39–45;
2. World Health Organisation, Definition of Palliative Care. (2004).
3. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition> <20. 11. 2013>.
4. International Federation of Health and Human Rights Organisations (2011). Un advocacy on palliative care as a human right.
5. <http://ifhhro.org/news-a-events/campaign-news/275-un-advocacy-on-palliative-care-as-a-human-right-> <20. 11. 2013>. McIlfratrick S, Hasson F, McLaughlin D, Johnston G, Roulston A, Rutherford L, Noble H, Kelly S, Craig A, Kernohan WG. Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC Palliative Care* 2013; 12:34. 5 Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Miyshita M, Morita T, Eguchi J. Public awareness, knowledge of availability and readiness for cancer palliative care services: a population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med* 2011; 14 (8): 918–22.
6. Claxton Oldfield S, Claxton Oldfield J, Rishchynski G. Understanding the term "palliative care": a Canadian study. *Am J Hosp Palliat Care* 2004; 21 (2): 105–10.
7. McCarthy J, Weafer J, Loughrey M. Irish views on death and dying: a national survey. *J Med Ethics* 2011; 36 (8): 454–8.
8. Državni program paliativne oskrbe (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. <http://www.mz.gov.si> <10. 10. 2013>.
9. Waller A, Caroline NL. Handbook of palliative care in cancer. 2nd ed. Boston: Butterworth–Heinemann, 2000: xvii–xxvi, 3–8.
10. McIlfratrick S, Noble H, McCorry NK, Roulston A, Hasson F, McLaughlin D, et al. Exploring public awareness and perceptions of palliative care: a qualitative study. *Palliat Med* 2013; 0 (0): 1–8.
11. Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Stud* 1999; 23 (5): 387–411.
12. Catt S, Blanchard M, Addington Hall J, Zis M, Blizard R, King M. Older adults' attitudes to death, palliative treatment and hospice care. *Palliat Med* 2005; 19(5): 402–10.
13. Okon TR. "Nobody understands": on a cardinal phenomenon of palliative care. *J Med Philosophy* 2006; 13 (1): 13–46.
14. Thorpe G. Enabling more dying people to remain at home. *BMJ* 1993; 307(6909):915–8.

Elementi in pomen priprave na »dobro smrt« pri starostnikih

Discussing »Good Death«: Attributes and Their Importance for Elderly

Melita Peršolja, Ester Benko, Helena Skočir, Mirko Prosen

Povzetek

Priprava na smrt predstavlja eno izmed osrednjih komponent »dobre smrti« in prispeva k višji kakovosti življenja starostnikov. Priprava na smrt je pomembna tudi za zdravstveno nego, saj velik delež bolnikov umira v institucijah. Namen raziskave je bil ugotoviti pomembnost in elemente priprave na smrt med starostniki.

Raziskava je potekala maja 2013 med stanovalci socialno varstvenih zavodov obalno kraške regije, ki so bili starejši od 65 let. Oblikovane so bile 4 fokusne skupine, podatki pridobljeni s polstrukturiranimi intervjuji. Za analizo teksta smo uporabili QSR NVIVO 10.

V pilotno študijo je bilo vključenih 23 oseb, povprečne starosti 79,3 let. Vsebinska analiza rezultatov je poleg bolečine, kraja umiranja in (ožje) priprave na smrt kot pomembne prikazala še informiranost o prognozi, izbiro spremljevalcev in izpolnitev duhovnih potreb.

Pilotna študija potrjuje, da se starostniki skrbno pripravljajo na smrt. Z vidika zdravstvene nege ugotovitve kažejo potrebe po vpeljevanju dobrih praks v okolja institucij, ki podpirajo elemente »dobre smrti«.

Gljučne besede: zdravstvena nega, umiranje, »dobra smrt«, kakovost življenja, kakovost storitvev

Abstract

Preparing for death is one of the core components of »good death« and contributes to a higher quality of life of elderly. Preparing for death is also important for health care, since a significant proportion of patients die in institutions. The purpose of the study was to determine the elements and the importance of preparation for death among the elderly. The survey was conducted in May 2013 among residents of social welfare institutions in the Coast and the Karst region, who were older than 55 years. We have formed 4 focus groups, and obtained data from semi-structured interviews. We used QSR NVIVO 10 for text analysis. There were 23

people in a pilot study, with the average age of 79,3 years. Content analysis showed that we should add four categories more to the basic three (pain, place of death, (narrower) preparation for death): information about the prognosis, choice of mates and spiritual needs realization. Pilot study confirms that the elderly are carefully preparing for death. From the perspective of nursing, our findings suggest the introduction of best practices institutions supporting elements of »good death«.

Key words: nursing care, dying, »good death«, quality of life, service quality

Uvod

Parametri kakovosti življenja vplivajo na načrtovanje, izvajanje in evalvacijo zdravja in zdravstvene oskrbe (1). Vsi enkrat umremo in čeprav je smrt del življenja, razmišljanje o njej ni lahko (2). Kaže da ima lahko vsak umirajoči in vsak svoje umirajočega svoj pogled in razlago za pojem »dobra smrt«. Kakovost storitev terminalne oskrbe tako lahko iz vidika pacienta raziskujemo med procesom umiranja, po smrti pa preko njegovih svojcev. Na ta način ločimo *kakovost življenja v terminalni fazi* življenja in *kakovost umiranja in smrti*, saj sta fokusa pojmov različna. Kakovost življenja se nanaša na aktivnosti in izkušnje v času življenja z neozdravljivo boleznijo in v času umiranja. Kakovost umiranja pa na neposredne (ožje) izkušnje s pripravo na smrt, spoprijemanje s smrtjo in soočenje z njo (3).

Za zdravstveno nego v mreži javnega zdravja je gotovo zanimiva kakovost življenja v terminalni fazi, saj priprava na smrt predstavlja eno izmed osrednjih komponent »dobre smrti«. Ko se človek približuje smrti, se spremenijo njegove potrebe po komunikaciji s svojci, prijatelji in zdravstvenimi delavci. V tem obdobju imajo različne in vse večje potrebe, zdravstvena nega mora biti pripravljena na hitre odzive z nadzorom bolečine, simptomov, senzibilno komunikacijo, zagotavljanjem udobja, jasnimi informacijami in individualno nego (2). Prva dilema izhaja iz opredelitve kakovosti življenja starostnika, saj je večina raziskav iz področja kakovosti življenja narejenih na aktivni populaciji. Raphael (4) je z delom v skupinah starostnikov razvil *senior* verzijo kakovosti življenja, in jo opredelil kot »*stopnjo radosti posameznika do pomembnih priložnosti v življenju*«. Kakovost življenja starostnika tako obsega tri temeljne domene: biti, pripadati in postajati, razvite na podlagi humanistično–eksistenčnih teorij ter ekološkega modela zdravja. Profil obsega 111 kazalcev, za katere so starostniki opredelili njegovo *pomembnost* in *radostnost*, torej njihov objektivni in subjektivni prispevek k sreči.

Determinanta *Biti* odseva značilnosti posameznika in ima tri pod–domene. *Biti/Fizično* vključuje fizično zdravje, osebno higieno, prehranjenost, gibanje, osebno urejenost in splošni izgled. *Biti/Čustveno* vključuje psihološko zdravje in prilagojenost, pripadnost, čustva in samovrednotenje sebe. *Biti/Duševno* se nanaša na vrednote, standarde in duhovna prepričanja.

Domena *Pripadati* se nanaša na skladnost posameznika z njegovim okoljem. *Pripadati/Fizično* opisuje povezavo s fizičnim okoljem: domom, delovnim mestom, sosesčino, šolo in lokalno skupnostjo. *Pripadati/Družabno* vključuje povezavo z družbenim okoljem in obsega sprejemanje drugih, družine, prijateljev, sosedov in lokalne skupnosti. *Pripadati/Družbeno*: pomeni dostop do virov kot so primeren zaslužek, socialne in zdravstvene storitve, zaposlitev, programi za rekreacijo, aktivnosti in dogodki na nivoju države in širše družbe.

Tretja domena, *Postajati* se nanaša na aktivnosti, ki jih posameznik izvaja vsakodnevno z namenom doseganja osebnih ciljev, želja in teženj. *Postajati/Aktivno* opisuje aktivnosti iz dneva v dan, kot so gospodinjenje, šolanje, prostovoljstvo in zadovoljevanje potreb zdravja in družbenih potreb. *Postajati/Sproščeno* vključuje aktivnosti, ki jih posameznik izvaja prvenstveno zaradi veselja, odražajo pa se v sproščenosti in zmanjševanju stresa. *Postajati/Rasti* obsega aktivnosti vzdrževanja ali izboljševanja znanja in sposobnosti, ter prilagajanje na spremembe (4).

Priložnosti v življenjskih razmerah so tiste, ki omogočajo izbiranje, izbiranje pa je oblikovano z družbenimi normami in sprejetimi pravili vedenja (5). Zadovoljitev temeljnih potreb je nujni, vendar ni dovolj za srečo (6). Če se vrnemo na kakovost življenja v terminalni fazi, v literaturi (7) odkrijemo sedem determinat »dobre smrti«: odprava ali ublažitev bolečine in trpljenja; zavedanje, da je smrt neizogibna; sprejemanje smrti; nadzor nad dogajanjem oz. avtonomija; optimizem oz. vzdrževanje upanja; priprava na odhod in izbor kraja smrti.

Ni dileme o izboru determinant »dobre smrti«, vendar konsenza ne najdemo, ko govorimo o pomembnosti vsake izmed njih (8). Razlike v mnenju, kaj je dobro za umirajočega in kaj ni, med številnimi vpletenimi zmanjšujejo ne le kakovost oskrbe, temveč tudi kakovost življenja umirajočega. Posameznik namreč ovrednoti pomembne aspekte svojega življenja glede na standarde, ki si jih je postavil sam in ob visoki kakovosti življenja občuti subjektivno doživljanje sreče in smiselnosti (6). Subjektivni blagor se pri aktivni populaciji s telesnim zdravjem ne povezuje izrazito. Nasprotno, pa se je domena telesnega zdravja pri seniorjih izkazala kot zelo pomembna, saj so za kakovost življenja starostnika najpomembnejši sposobnost premikati se znotraj in izven doma, biti primerno prehranjen in jesti ustrezno hrano, razmišljati jasno, se spoprijemati z življenjem ter imeti svoj prostor v prilagojenem okolju (4). V visoko kakovostni paliativni oskrbi, je torej fokus delovanja pravilen, saj je tu ključna skrb za obvladovanje simptomov oz. zmanjševanje trpljenja umirajočega (3).

Metode

Namen raziskave je bil poglobiti razumevanje situacije umiranja, s ciljem opisati in ovrednotiti pomen komponent »dobre smrti«, kot jih razumejo starostniki. Z eksplorativno metodo dela smo želeli pridobiti informacije, brez vnaprejšnjih na teoriji osnovanih predpostavk, in na ta način omogočiti udeležencem, da sami definirajo vsebino »dobre smrti«.

Raziskava je potekala maja 2013 in je zasnovana kot pilotna študija na neslučajnostnem, namenskem vzorcu oseb starejših od 65 let, ki bivajo v socialno-varstvenem zavodu obalno-kraške regije in so pogovorno sposobne. Uporabili smo kvalitativno metodologijo (9). Oblikovali smo štiri fokusne skupine s 4 do 6 udeleženci in opravili polstrukturirane intervjuje s triindvajsetimi starostniki. Pridobili smo dovoljenje ustanove in pisne privolitve starostnikov, sledili smo veljavnim etičnim načelom (10).

Vnaprej je bil postavljen vsebinski okvir izhodiščnih vprašanj (11), po avtorjih Steinhauer idr. (12). Transkripti teksta so bili narejeni na osnovi posnetkov, popravljene so zgolj posamezne besede, ki ne bi bile razumljive bralcu. Pridobljene podatke smo analizirali vsebinsko, opravili natančnejšo tematsko in delno strukturalno analizo (9) s pomočjo programa QSR NVIVO 10. Vsa imena intervjuvanih oseb so bila spremenjena, dodana je starost v številu dopoljenih let.

Rezultati

V raziskavi so sodelovali trije moški in dvajset žensk. Povprečna starost udeležencev je bila 79,3 let (min. 72; max. 93). Preliminarna analiza je poleg treh obsežnejših (bolečina, kraj umiranja, priprava na umiranje) (13) prikazala še tri manj izpostavljene tematske kategorije, ki se značilno povezujejo z razumevanjem pojma »lepa smrt«: informiranost ($r = ,99$), bližina ($r = ,98$) in vera ($r = ,99$). V fokusnih skupinah je pogovor o informacijah v terminalni fazi zavzemal petino besed (20,13 %), o spremljevalcih dobrih 6 % in o duhovnikih ter veri dobrih 10 %.

Informacije so orožje in zavora

Biti informiran o neozdravljivi bolezni ali zaključevanju življenja je stvar odločitve, sprejeti vsebino informacije pa odraz osebnostnih lastnosti. Starostniki veliko razmišljajo o prihodnosti, in vnaprej iščejo priporočila za ukrepanje ob morebitni diagnozi neozdravljive bolezni, tako v vlogi pacienta, kot svojca umirajočega.

»Je ena knjiga, ki me je držala v dilemi pol leta. Nisem mogla razčistiti ali bi želela vedet čas in uro svoje smrti. Ali ne. In sem običajna prepričana, da ne. Po moji momentalni razgledanosti bi me mogli držat v nevednosti.« Neža, 84

Morda je odločitev ali sploh vedeti predviden potek naše bolezni, »Abilova peta« (Lovro, 73), prvi korak k sprejemanju diagnoze same, ki omogoča spopadanje z omejitvami, ki bodo sledile. Odločitev ni enoznačna, vedeti je lahko manj strašljivo od negotovega pričakovanja trpljenja, spodbudi voljo do življenja, upor proti bolezni, ki je zaradi starostne izčrpanosti vnaprej izgubljen pri neznanem nasprotniku.

»Hodil sem 15 let v Ljubljano na operacije, vsakokrat je šlo na analizo. Ni tumor, ni tumor, vse v redu. Po 16. operaciji so rekli: tumor. Dobro, ala gremo na obsevanje. Pa dve kemoterapije. Dohtar pravi: »Smo zmagali«. Sem rekel, da je bila že prej zmaga v mojih rokah. Se nisem dal, je treba vztrajati.« Lovro, 73

»Dokler človek ne umre, noben zdravnik ne more povedati uro in dan kdaj bo umrl. Včasih je naš organizem tako močen, da tudi če vemo, da je hudo, se ne damo. In pri zdravljenju bolnika je ogromno velik faktor njegova volja za življenje. Ne more ozdravit 100% ampak je velika pomoč. Če se pa pustiš, pa omagaš in umreš. Lažje se boriš, če se sprjazniš s smrtjo, če veš s čim imaš opraviti.« Polona, 90

Seznanjenost omogoča pripravo na umiranje in na smrt, pri čemer pa ni pa nujno, da prognozo pacienta poznajo tudi bližnji. Pacienti jo včasih zadržijo zase, z namenom zaščite bližnjega pred dodatnimi skrbmi in strahom. Zdi se, da je celo nekoliko lažje pričakovati in sprejeti težko novico o lastnem zdravju, kot se sprjazniti z umiranjem svojca.

»Jaz edino moji sestri nisem povedal. Moja nečakinja je rekla: ne mami povedat da hodiš na obsevanje. [...] Ne bi prenesla.« Lovro, 73

»Jest bi pa rada da povejo meni, ostali pa bojo že vidli ...« Cecilija, 79

Dogaja se tudi nasprotno, ko svojci poznajo diagnozo in prognozo bolezni, pacientu pa jo zamolčijo. Bolje je živeti v sedanosti, za slabo–neizbežno pa ni nujno potrebno vedeti. Zgodilo se bo v vsakem primeru, strah pa bi lahko človeka oviral pri tem, da bi polno živela dneve, ki so mu še namenjeni.

»Ja, jaz sem videla pri možu, ko ga je prvič kap, ker ga je dvakrat, ne. In po prvi kapi mu je zdravnik rekel: še 10 let. In jaz sem 9 let živela v postelji z njim in ga otipavala, če je še topel. Vsako noč.

Ker sem živel v strahu. Z ene strani dam prav, da je takrat povedal kako je. Tam, ki ljudje res trpijo leta in leta, raje ne. Rajši, da ne veš kaj je.« Rezka, 90

»Sm doživela...moj oče ... je jemu take bule pod ramo, jest sm takoj vedla da kaj, je tu rak...in ko sm šla h zdravniku govorit, mi je tudi zdravnik to potrdil, ne... in sm šla h njemu...mu nism povedala, sn rekla, zdravnik je rjku da nisi lih tolko bolan, de boš še ozdravu, in pomjr se in boš ozdravu ... in mu je blo to lažje...jest sm vedla, samo njemu sm pa olajšala ...Jest bi želela, da mi direktno poveo ... samo takrat so bili drugi časi, ljudje so bli drugačni .« Veronika, 84

»... Hči je direktno povedala možu, ki ga je šla iskat na Golnik ...Je rekla: »Tata, veš kaj mi je zdravnik povedau?«, »Kaj ti je povedau? Uh je rjku, zdej grem domou, sem u rjedi.« »Tata, ti bom povedla ... imaš raka na pljučih.« Taku ... on se začne smejat: »jest nemam nobjenga raka, jest sm se tuki lepu počutu,« je rjku, »in bi kar ostal tuki ... prijazno osebje, sestre smo hodili gljt ...« Moja hči je očetu povedla ...in se ni mogu sprijaznit in potem usak teden pa je blo boljše, pa slabše... šest mescev so trajale te kemoterapije, potem ...[...] Povedat? Kaj jest vem ... verjetno ...« Kristina, 73

»No, ker glejte, zdej ti moraš tudi poznat človeka. Če pričakuje tako tolažbo, da mu boš rekel da je vse v redu in dobro, to poveš. To so laži iz usmiljenja katere niso hude. Ampak če ti enemu normalnemu in pametnemu, kateri ve koliko je ura, probaš povedat, da to ni nič, potem ga ne moreš niti videt več. Ker potem se dela norca iz tebe.« Neža, 84

Neomejujoča bližina je odraz človečnosti in upanja

Ni nujno, da bližino v terminalni fazi življenja nudi svojec, saj je lahko profesionalcu izraziti želje in potrebe lažje. Umirati doma med bližnjimi je veliko breme za domače in kot kaže tudi za umirajočega, saj domači težko uresničijo vse njegove potrebe, umirajoči pa težko izraža zahteve, ker ne želi povzročati preveč skrbi in dela.

»Ne. Bi želela bit sama, ko umiram. Ne bi rada bolečine nobenemu več povzročala. In kadar bi pomislila, na nekoga, ki ga imam zelo rada, edino si lahko želim, da je daleč proč. ... ta zadeva je, da jo človek opravi sam. ... In smrt je ena od zadev s katero moraš opraviti sam. Najboljše za tebe in za ljude okoli tebe.« Neža, 84

Jest vidm tudi tukej...so ljudje, ki želijo, pa ne želijo, matrajo svojce, da ga mora prit tud usak dan obiskat, usak dan bit ž njim....češ, jest sm tebe odgojju in biu zate, tudi ti bodi z mano...jest pa to razumem... vprašaj me: kako si?, uredi!, tud če sm slaba, bom rekla: u redu ...[...] .zakaj bi povzročala še njemu trpljenje brez potrebe ...[...]« Ursula, 83

»To kar mi mislimo ... in imamo našo famijlo radi. Ne jih obvezat v neke nemogoče stvari. [...]... Naj naredijo tako, da bodo oni zadovoljni. Jih bo manj bolelo, da sem jaz odšla.« Terezija, 77

Vseeno vprašani navedejo otroke, sestro, brata, moža, ko jih vprašamo po tem, koga bi si želeli ob sebi v zadnjih urah. Poudarijo, da nočejo biti breme, ne želijo, da se zaradi njih družini življenje ustavi. Če bi lahko izbirali, bi za spremljevalca izbrali medicinsko sestro in Boga. Prvo za skrb in tolažbo, drugega za spoznanje smisla življenja.

»... jst bi rekla medicinska sestra in ne svojci ... Zakaj? Ker vem iz izkušenj, ker sem bla zraven moža. Kjer koli bom umrla: svojcev ne, medicinska sestra in Bog. Nočem da bi kdo potem podoživljal v srcu, slabo mislim, gorje in žalost. Ne maraš jim povzročat ... trpljenja.« Kristina, 73

»Od svojcev ne bi želela imeti nobenega ob sebi. [...] Dve sestre so medicinske sestre in moja hči. One so videle smrt, jaz tega ne morem. Jaz tudi pri sorodnikih, ki sem videla da bodo umrli, sem se umaknila. Ne prenesem jaz tega. Mi je žal, ampak ko bom umrla, lahko isto naredijo ...« Polona, 90

Duhovnik je tolažba, vera je smisel

Nekaterim odhod olajša duhovnik, vendar želja po srečanju z duhovnikom za pacienta v terminalni fazi ne more biti samoumevna. Iz pogovora v skupinah starostnikov ugotavljamo, da je potrebno predvideti odpor in nezaupanje do cerkve in duhovščine. Večjo tolažbo nudi vera v boga, v energijo, v neminljivost življenja. Od duhovnika pričakujejo predvsem tolažbo za svojce, zase pa lajšanje umiranja. Lažje se je sprijazniti z zaključkom življenja, če verujemo, da smo pustili sledi.

»Mah ... oni si mislijo, da je lažje, lažje ni.« Veronika, 84

»Duhovnik, vera u bistvu olajšata smrt. Tisti, tisti ki se utaplja, mu usaka bilka pride prav, da se bo rešil. In tako misli tisti, ko ima duhovnika zraven, da bo neki boljše. Tako jst mislim.« Ursula, 83

»Ne vem ... (tišina) ker ne vem kaj bi mi pomagal. Bila sem krščansko vzgojena vendar sedaj vidimo določene stvari, ki ne bi smele biti v cerkvi. Je preveč takih stvari med duhovniki da ne moreš več verjet v tisto. Verjameš v vero in v vse, ker si tako vzgojen. Samo si zgubil zaupanje ... » Berta, 77

»Jaz sem kot otrok rasla v veri. Sem marsikaj med vojno doživela s strani duhovnikov, in od takrat nič več. V cerkev grem pogledat kulturo in umetnost, vera pa ne.« Polona, 90

»... Blagor tistemu, ki je prepričan v to ... ne. Če si pa v dvomih, ali–ali, je najslabše.« Ožbej, 89

»... v nebesa nisem nikoli verjela, že kot majhna ne. Kaj bi bilo, če bi bili v nebesih vsi angeli ... naša zemlja ni zadosti velika. Edino kar me je motilo, vse te naše izkušnje in naša energija, dobre stvari zginejo in jih ni več. ... Jaz sem spoznala vse religije, in najbolj blizu mi je tista o selitvi duš. To se pravi, da se ta energija, vse tiste izkušnje, ki si jih nabral skozi življenje, se preseli v nekaj drugega. To se pravi, da smrt ni smrt. To je ena lepa misel, ki me sprijazni, ko bom en dan umrla.« Neža, 84

Zaključki

Večina pacientov želi preživeti do tedaj, ko je življenje še sprejemljive kakovosti in mu je mogoče zagotavljati obvladovanje bolečine in drugih simptomov, nuditi občutek samokontrole, upoštevati želje njega in njegovih bližnjih (3). Individualno lahko izberemo, kakšno obravnavo bi želeli v času umiranja, pričakovanja imamo uokvirjena v kulturne navade in verska prepričanja, vendar se večino časa raje izogibamo pogovoru o smrti (2). Prav zato je toliko bolj pomembno dovolj zgodaj pogovarjati se o »dobri smrti«. Kakovost (terminalne) oskrbe je pogojena s seznanjenostjo izvajalcev s pričakovanji, željami in razmišljanjem prejemnikov o prihodnjih potrebah. Za upravičenost dejavnosti njen dober namen ne zadostuje, pozitiven mora biti izid, učinek ali uspeh, stvari je treba delati prav, ne le delati prave stvari (14). Glavna skrb izvajalcev zdravstvenih storitev je kakovost storitve po znanstveno–tehnični plati, poglobljena skrb uporabnikov pa je kakovost življenja in iz tega stališča uporabniki ocenjujejo vsako storitev. Eksperti storitev primerjajo s profesionalnimi standardi, uporabniki ocenjujejo korist (15).

Če upoštevamo vse zgoraj navedene dejavnike kakovostne storitve ne moremo mimo komuniciranja o umiranju in smrti, predvsem o »dobri smrti«, ki združuje objektivno s subjektivnim, telo, misel, duha, čustva, vedenje, samozavest, medsebojne odnose in povezanost med posameznikom in okoljem v času umiranja in smrti. Starostnike smo povabili k skupinskemu pogovoru o umiranju in smrti in z navdušenjem so se odzvali.

Naši intervjuvanci se bojijo umiranja v bolečini, neučinkovita pomoč svojcev vzbuja občutek nemoči in strahu. Prav neučinkovita analgezija je glavni element »grde smrti«, spomini na umirajočega, ki tuli od bolečin so nepozabni in se povezujejo z odnosom do

smrti in umiranja ($r = ,98$). Starostniki »dobro smrt« povezujejo z okoljem po izbiri umirajočega, želijo si v miru zaspati, mirne vesti in brez telesnih bolečin (13).

Starostniki veliko razmišljajo o prihodnosti in v neizogibnem iščejo pot, ki bo najboljša zanje in njihovo družino. Starostniki ($n=205$), ki so bili vključeni v raziskavo Raphael idr. (4) so za najpomembnejše navedli telesne sposobnosti in prehranjenost, sledi sposobnost jasnih misli in soočenja z dogodki življenja, in nato občutek lastnega poslanstva in vključevanje v verske ali duhovne aktivnosti. Iz vidika radosti, je bila najvišje ocenjena fizična pripadnost, ki predstavlja zasebnost v domačem prilagojenem okolju.

Tudi starostniki iz naših fokusnih skupin so poudarili pomen prilagajanja in sprejemanja življenja. Niso soglasni v prepričanju, ali bi želeli vedeti slabo prognozo lastne bolezni, želeli pa bi vedeti, če bi umiral njihov svojec. Prepričani so, da je bolje živeti sedanost polno kot v strahu pred prihodnostjo, kar za nekatere uporniške starostnike pomeni, da jih vedenje za slabo prognozo bolezni spodbudi k boju proti bolezni.

Danes je umiranje vedno bolj potisnjeno v bolnišnice in domove starejših občanov (16). Tudi starostniki iz naše raziskave ne želijo biti v breme in pred svoje potrebe postavljajo blagor družine. Čeprav umik starostnika predstavlja veliko olajšanje za neposredne naloge skrbi domačih, je čustveno breme verjetno večje. Starostnik od bližnjih ne pričakuje toliko, da ga hranijo, umivajo in negujejo, si pa zato bolj želi njihove bližine, izrazov naklonjenosti in nekakšno povračilo njihovega emocionalnega vložka iz preteklosti. Gre za nekakšen zavestni umik starostnika, za prostor, ki ga preteklost napravi prihodnosti in ob tem pričakuje zgolj občutek, da je bilo njegovo življenje vredno in smiselno.

Večjo tolažbo od cerkve ostarelim daje vera v Boga, v energijo, v neminljivost življenja. Poslati duhovnika k umirajočemu ne sme biti samoumevno, saj ga nekateri ne želijo niti kot spremljevalca, kaj šele kot prijatelja ali celo božjega poslanca. Intervjuvanci priznavajo, da je lažje zapustiti ta svet, če verujemo da se življenje nekako in nekje nadaljuje.

Pilotna študija potrjuje, da se starostniki skrbno pripravljajo na smrt in v to vključujejo ožje, širše družbeno okolje in tudi zaposlene v zdravstveni negi. Izbira in pomembnost posameznih elementov, ki jih vključujejo v pripravo, temeljijo na njihovih predhodnih osebnih izkušnjah in kulturnih normah. Želijo individualizirano informiranost o prognozi, umiranje v njim prilagojenem okolju, ter občutiti izpolnitev in smisel življenja. Z vidika zdravstvene nege ugotovitve kažejo potrebo po vpeljevanju dobrih praks spremljanja umirajočega (npr. Liverpool care pathway) v institucije, ki podpirajo elemente »dobre smrti«.

Literatura

1. Renwick RE, Brown IE, Nagler ME. Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications: Sage Publications, Inc; 1996.
2. Davies E, Higginson IJ. The solid facts: palliative care: OMS; 2004.
3. Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. Journal Of Pain And Symptom Management. 2001; 22 (3): 717–26.
4. Raphael D, Brown I, Renwick R, Cava M, Weir N, Heathcote K. Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. International Journal of Nursing Studies. 1997; 34 (3): 231–9.

5. Lyons R, Langille LM. Healthy lifestyle: strengthening the effectiveness of lifestyle approaches to improve health. Canada: Dalhousie University, Health Canada, Health Promotion and Program Branch; 2000.
6. Musek J, Avsec A. »Pozitivna psihologija: subjektivni (emocionalni) blagor in zadovoljstvo z življenjem». *Anthropos*. 2002; 34 (1): 3.
7. Mak JMH, Clinton M. Promoting a Good Death: an agenda for outcomes research – a review of the literature. *Nurs Ethics*. 1999 March 1, 1999; 6 (2): 97–106.
8. Kehl KA. Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. *Am J Hosp Palliat Med*. 2006 August 1, 2006; 23 (4): 277–86.
9. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louise: Saunders Elsevier; 2009.
10. Korošec D, Trontelj J. Države pristopnice: zakonodaja v zvezi z etiko raziskav: Slovenija. Luxembourg: Urad za uradne objave Evropskih skupnosti; 2003.
11. Flick U. An introduction to qualitative research. 2nd ed. London: Sage; 2002.
12. Steinhäuser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers. *Ann Intern Med*. 2000; 132 (10): 825–32.
13. Prosen M, Skočir H, Benko E, Peršolja Černe M. Razumevanje determinant dobre smrti: perspektiva starostnikov. Sedanjost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb / 3 znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 17 september 2013: Str. 452–62.
14. Adizes I. The 10 stages of corporate life cycles. INC–BOSTON MA–. 1996: 95–8.
15. Macur M. Vpliv privatizacije na kakovost zdravstvenih storitev – evalvacija z vidika uporabnika. Doktorska disertacija, Fakulteta za družbene vede. 2000.
16. Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. *Zdrav Vestn*. 2004; 73 (10): 749–51.

Zdravstvena vzgoja pacientov v Trombotični ambulanti Ajdovščina

Health Education of the Patients in the Trombotic Unit in Ajdovščina

Monika Tratnik, Andreja Kvas

Povzetek

Izhodišča: Zaradi širjenja indikacij, po drugi strani pa zaradi staranja populacije, število pacientov, ki potrebujejo antikoagulacijsko zdravljenje, strmo narašča. Namen prispevka je ugotoviti poučenost pacientov o antikoagulacijskem zdravljenju v Trombotični ambulanti Ajdovščina.

Metode: uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom in kritično analizo domače in tuje literature. Za tehniko zbiranja podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik.

Rezultati: od 105 anketiranih pacientov je kar 83 (79,0 %) starih nad 61 let. Anketirani imajo deficit znanja o prehrani, protibolečinskih zdravilih, vrednostih protrombinskega časa in ukrepanjih ob pozabljenem odmerku zdravila.

Diskusija in zaključki: Zavedati se moramo, da starejši s težavo določene stare navade opustijo oz. jih spremenijo. Prav medicinska sestra lahko s svojim znanjem, načrtovano in kontinuirano zdravstveno vzgojo pacientov ter njihovih svojcev veliko pripomore k zmanjšanju zapletov in boljšemu vodenju, poznavanju ter nadzoru antikoagulacijskega zdravljenja.

Ključne besede: antikoagulacijska terapija, medicinska sestra, didaktični pristopi.

Abstract

Introduction: Due to the expansion of indication and on the other hand because of the ageing population, the number of patients in need of the anticoagulant treatment rapidly increases. The purpose of this article is to find out how much the patients know about the anticoagulant treatment in the Thrombotic unit in Ajdovščina.

Methods: The method used was a descriptive one with the examination and critical analysis of the Slovene as well as foreign literature. A questionnaire served as a technique for gathering the data.

Results: The population in question is mainly an elderly one, as many as 83 (79,0%) patients are over 61 years old. Health education is and will be needed in particular when it comes to diet, painkillers, value of the prothrombotic time, and the forgotten dose.

Discussion and conclusion: We have to be aware that the older ones have difficulties in changing or even giving up their old habits. The nurse with her knowledge, planned and continuous health education of the patients and their relatives plays a significant role in decreasing the number of complications as well in the management and supervision of the anticoagulant treatment.

Key words: anticoagulant treatment, nurse, didactic approaches.

Uvod

Število pacientov, ki potrebujejo antikoagulacijsko zdravljenje, v zadnjem času strmo narašča, in sicer zaradi širjenja indikacij ter staranja populacije. Antikoagulacijsko zdravljenje vedno spremljajo zapleti, predvsem krvavitve in tromboze. Število zapletov je odvisno tudi od kakovosti vodenja antikoagulacijskega zdravljenja (1).

Antikoagulacijsko zdravljenje se uporablja pri zdravljenju in preprečevanju različnih trombotičnih zapletov, kot so venska tromboza, pljučna embolija; pri pacientih, ki imajo kronično atrijsko fibrilacijo, miokardni infarkt, trombozo in pri pacientih z umetnimi srčnimi zaklopkami (2). Antikoagulacijska zdravila delujejo tako, da zavirajo normalno strjevanje krvi in preprečujejo nastajanje strdkov v žilah in srcu. Zdravljenje z antikoagulantami spremljamo in nadzorujemo z rednim merjenjem protrombinskega časa (PTČ) oz. rezultat lahko izrazimo kot INR (International Normalised Ratio – mednarodno umerjeno razmerje) (3, 4). Peroralno antikoagulacijsko zdravilo je varno in učinkovito, kadar je INR v ciljnem območju. Za večino pacientov je to območje med 2,0 in 3,0. Pri pacientih, ki so zelo ogroženi za nastanek strdkov, je ciljno območje INR višje – med 2,5 in 3,5. Kadar je INR pod 2,0 se poveča tveganje za nastanek strdkov v žilah ali srcu, ob INR nad 3,0 pa je možnost za nastanek krvavitev večje(1).

Pacienti pogosto ne poznajo najboljših stranskih učinkov antikoagulacijskih zdravil in ukrepov pri njih. Rocha in sodelavci (5) navajajo, da nacionalni in mednarodni podatki kažejo, da 40% do 50 % pacientov v prejemanju peroralne antikoagulantne terapije ne izpolnjujejo ciljne vrednosti, kar vodi v povečano tveganje za krvavitve ali tromboze.

Da dosežemo in vzdržujemo to ciljno območje INR so potrebni redni kontrolni pregledi. Seveda je ključnega pomena za urejenost antikoagulacijskega zdravljenja tudi pacientovo sodelovanje. Naučiti jih je potrebno, kako živeti z boleznijo in o pravilnem jemanju antikoagulacijskih zdravil. Zavedati se morajo pomena pravilnega in rednega jemanja zdravil, poznati morajo stranske učinke, pravilno prehrano, vedeti morajo, kdaj je potreben takojšnji obisk zdravnika, itd. Vse to naučimo paciente z zdravstveno vzgojo. Hoyer (6) navaja, da je zdravstvena vzgoja proces, s pomočjo katerega se posamezniki in skupine učijo krepiti, ohranjati in uveljavljati zdravje, je torej kombinacija učenja in vzgoje. To ozavešča ljudi o potrebi, da so zdravi, ostanejo zdravi, da vedo, kako doseči zdravje, kaj storiti, da postanejo zdravi, in kako iskati pomoč, kadar je potrebna.

V Zdravstvenem domu Ajdovščina, v Trombotični ambulanti, poteka zdravstvena vzgoja pacientov individualno ob začetku zdravljenja z antikoagulantami. S pacientom se najprej pogovori zdravnik v ambulanti, nato pa še medicinska sestra, ko odvzame kri za do-

ločitev INR-ja. Medicinska sestra se ob vsakem nadaljnjem obisku v ambulanti, med odvzemom krvi, pogovori s pacientom, ter tako vzpostavlja zaupen odnos. Še posebej pa se pacientu posveti, če je INR izven ciljnega območja. Pri posameznem pacientu lahko novo uvedeno zdravilo privede do nepredvidljivega zvečanja ali zmanjšanja INR. To se lahko zgodi tudi pri opustitvi zdravila, hujšanju pacienta, itd. Namen prispevka je ugotoviti poučenost pacientov o antikoagulacijskem zdravljenju v Trombotični ambulanti Ajdovščina.

Antikoagulacijsko zdravljenje

Pacientom, ki so ogroženi od strdkov v srcu, predpisujemo antikoagulacijska zdravila, s katerimi zmanjšamo strjevanje krvi, saj vplivamo na delovanje koagulacijskih faktorjev. S tem preprečimo možnost za nastanek strdkov v srcu, pa tudi embolije v možgane in v druge organe (7). Antikoagulacijska zdravila sodijo v skupino antitrombotičnih zdravil, s katerimi preprečujemo nastanek strdkov zaradi vpliva na delovanje koagulacijskih faktorjev. Ključna so za zdravljenje in preprečevanje različnih trombemboličnih bolezni. V Sloveniji trenutno prejema antikoagulacijska zdravila več kot 35.000 pacientov (8). Skoraj tri četrtine pacientov antikoagulacijsko zdravljenje prejema zaradi atrijske fibrilacije ena četrtnina pa zaradi venskih trombembolizmov, umetnih srčnih zaklopk in drugih indikacij. Letno na novo uvedejo zdravljenje 7.000–8.000 pacientom, kar presega število pacientov, pri katerih zdravljenje zaključijo. Posledica tega je preobremenjenost večine antikoagulantnih ambulant (9).

Indikacije za antikoagulacijsko zdravljenje s kumarini so bile v preteklosti omejene na manjšo skupino pacientov. V zadnjih letih se je uporaba peroralnih antikoagulacijskih zdravil izjemno razširila predvsem na račun večjega števila indikacij pri uporabi teh zdravil pri srčnih pacientih. Tveganje za trombembolijo ni enako pri vseh boleznih, za katere je indicirano antikoagulacijsko zdravljenje. Zelo pomembno je, da pri posameznem pacientu to tveganje poznamo, saj je od tega odvisen način vodenja antikoagulacijskega zdravljenja, predvsem pa ukrepi ob iztirjenju zdravljenja, krvavitvah in pripravah na invazivne posege (8). Prednosti peroralne antikoagulantne terapije je potrebno vedno pretehtati glede na tveganje za krvavitev (10). Lankshear in sodelavci poudarjajo, da če pravilno uporabljamo antikoagulantna zdravila, imajo velik potencial za reševanje življenj (11). Mnogi avtorji navajajo, da je dolgoročna peroralna antikoagulacijska terapija oz. zdravljenje s kumarini (varfarin) zapletena in je izziv v uporabi v klinični praksi zaradi variabilnosti med pacienti, interakcij med številnimi zdravili in hrano, ozkega terapevtskega okna ter potencialne nevarnosti za nastanek tromboze in krvavitve (12,13).

Zdravstvena vzgoja pacientov na antikoagulacijskem zdravljenju

Čeprav ljudje pogosto trdijo, da je zdravje vrednota, ki je najpomembnejša v njihovem življenju, lahko hitro ugotovimo, da pravzaprav zelo malo storijo za svoje zdravje. Z ustreznim znanjem, ki ga medicinska sestra ima, lahko z motivacijo in s komunikacijo dobro deluje zdravstveno-vzgojno v prid pacienta za njegovo bolj kakovostno življenje. Pristopi k zdravstveno-vzgojnemu delu so lahko zelo različni, pri vseh pa so skupne značilnosti, ki so povezane s potrebami posameznega pacienta, z ohranjanjem in s spoštovanjem pacientove integritete, s poglobljenim strokovnim znanjem medicinskih sester in z upoštevanjem družinskega in socialnega okolja, v katerem pacient živi (14).

Medicinska sestra v trombotični ambulanti skozi proces zdravstvene vzgoje paciente in njihove svojce pripravi na spremenjen način življenja. Pacienti so si med seboj zelo različni. Še posebej se medicinska sestra posveti pacientu, ki potrebuje več časa, da razume navodila. Pacienta naj vedno vpraša, kako se počuti, ali prejema kakšna nova zdravila, ali se je ravnal po predpisani shemi, itd. (15). Medicinska sestra seznanja paciente in svojce z navodili, ki naj jih upoštevajo pri antikoagulacijskem zdravljenju. Pri tem jim razloži, zakaj je pomembno, da se natančno držijo predpisane sheme jemanja zdravila, ki jo prejmejo ob vsakem pregledu v trombotični ambulanti. Medicinska sestra posebno pozornost nameni tudi skupnemu pregledu vzorca sheme in pacientu razjasni pomisleke in vprašanja, ki jih ima (16).

Metoda

Uporabljena je bila deskriptivna ali opisna metoda dela s pregledom in kritično analizo domače in tuje literature. Literatura je bila iskana s pomočjo podatkovnih baz: CINAHL, MEDLINE, PubMed, COCHRANE ter vzajemne biografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI. Pri iskanju literature so bile uporabljene ključne besede: antikoagulacijska terapija, oralna antikoagulacijska terapija, zdravstvena vzgoja, varfarin, koagulacija, vitamin K – in v angleškem jeziku: anticoagulant therapy, complication of oral anticoagulants, health education. Kriteriji vključitve literature so bili: letnica objave prispevka ali knjige, strokovnost, dostopnost, jezik in čas objave (zajeto je obdobje od leta 2005 do 2013).

Za tehniko zbiranja podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik je vseboval 29 vprašanj. Uporabljena so bila dihotomna vprašanja, vprašanja odprtega in zaprtega tipa ter kombinirana vprašanja, vprašanja z eno ali več možnostmi odgovora. Nanašala so se na znanje o antikoagulantnih zdravilih, o rednem jemanju terapije, vzrokih za jemanje antikoagulantne terapije, zapletih pri jemanju antikoagulantnih zdravil, prehrani ter zdravstveni vzgoji v Trombotični ambulanti Ajdovščina.

Vzorec

Anketiranje se je izvajalo v Trombotični ambulanti Ajdovščina, kjer je trenutno vodenih 700 pacientov. Za anketiranje je bilo pridobljeno pisno soglasje vodstva Zdravstvenega doma Ajdovščina. Vsak pacient je bil ustno zaprosen za sodelovanje v anketiranju in je sodelovanje lahko tudi odklonil. Razdeljenih je bilo 110 vprašalnikov, vrnjenih pa 105 (95,5 % realizacija vzorca) vprašalnikov. Anonimnost anketiranja je bila zagotovljena.

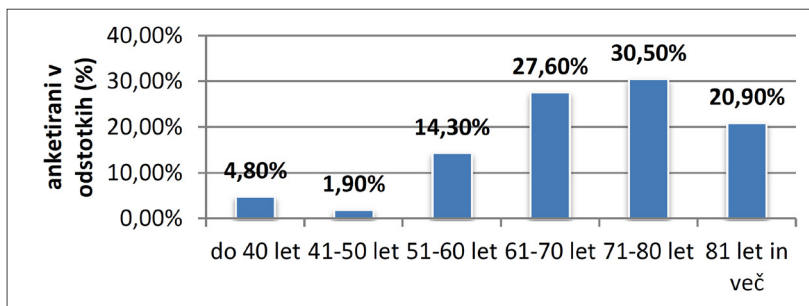
Zbiranje in obdelava podatkov

Anketiranje je potekalo od 2. julija 2012 do 30. julija 2012. Vprašalnike so pacientom razdelili zaposleni v Trombotični ambulanti Ajdovščina. Izpolnjene so vrnili v za to pripravljeno škatlo v ambulanti. Podatki so bili obdelani z računalniškim programom Microsoft Office Excel 2007 in so predstavljeni z besedilom in grafi.

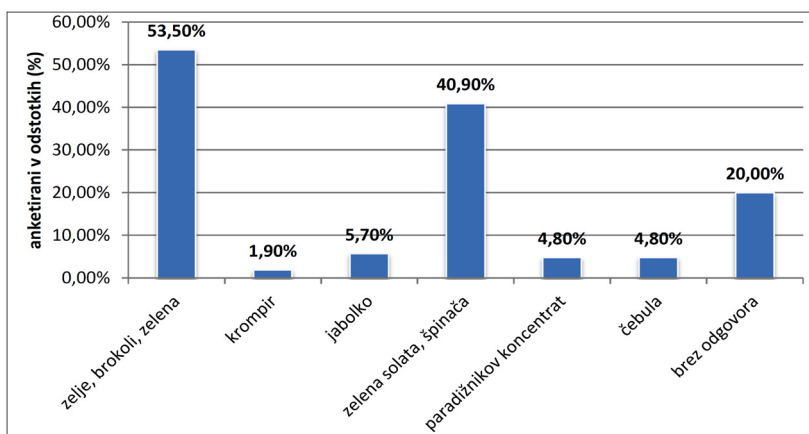
Rezultati

Zanimalo nas je, kakšno znanje in spretnosti imajo pacienti na antikoagulacijskem zdravljenju, ki hodijo na redne kontrolne preglede v Trombotično ambulanto Ajdovščina. V anketi je sodelovalo več moških kot žensk. Največ anketirancev je bilo iz starostne skupine od 71 do 80 let, kar 32 (30,5 %). Na vasi živi kar 76 (72,4 %), v mestu pa 29 (27,6 %) pacientov. 47 (44,8 %) pacientov ima končano samo osnovno šolo, 24 (22,8 %) ima končano po-

klicno šolo, 19 (18,1 %) pacientov ima končano srednjo šolo in 15 (14,3 %) ima končano visoko šolo in več.

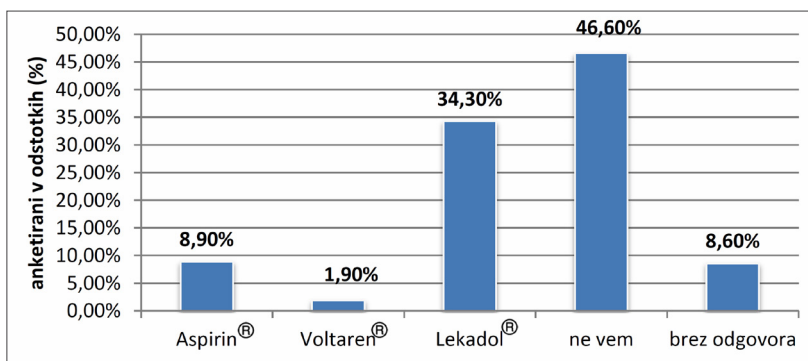


Slika 1: Starost.



Slika 2: Poznavanje živil z visoko vsebnostjo vitamina K.

Antikoagulantno terapijo jemlje 47 (44,8 %) pacientov zaradi aritmije/atrijske fibrilacije, 20 (19,0 %) pacientov zaradi umetne srčne zaklopke, zaradi globoke venske tromboze 14 (13,3 %) pacientov, 11 (10,5 %) pacientov zaradi pljučne embolije, 8 (7,6 %) zaradi žilne proteze (stent). Kar 10 (9,5 %) pacientov ne ve, zakaj prejema antikoagulantno terapijo. 4 (3,8 %) na vprašanje niso odgovorili. Kaj ugotavljamo z odvzemom krvi za določitev INR, je kar 86 (81,9 %) pacientov odgovorilo pravilno (ugotavljamo čas strjevanja krvi).



Slika 3: Uporaba in poznavanje najvarnejšega analgetika med zdravljenjem z antikoagulantno terapijo.

68 (64,8 %) pacientov ve pravilno ciljno območje INR, 18 (17,1 %) pacientov tega ne ve, 15 (14,3 %) pacientov ni odgovorilo. Samo 60 (57,2 %) pacientov ve, da se pri INR nad 3,0 zveča nevarnost za krvavitev, 45 (42,8 %) tega ne ve oz. menijo drugače. Spodbudno je, da kar 94 (89,7 %) pacientov ve, da je najboljši čas za jemanje antikoagulantne terapije zvečer.

Diskusija

Pri antikoagulacijskem zdravljenju je pomembno sodelovanje pacientov, ki morajo dobro poznati bolezn, ki ga zahtevajo. Znanje in spretnosti za obvladovanje bolezni pacienti pridobijo v okviru kontinuirane zdravstvene vzgoje v trombotični ambulanti. Pomembno je, da poteka timsko zdravstveno-vzgojno delo. V timu sodeluje medicinska sestra in zdravnik. Pomemben podatek je, da imamo približno dve tretjini pacientov starejših nad 61 let. Prav zaradi starejše populacije je potrebno zdravstveno vzgojo prilagoditi njej in na jase ter razumljiv način predstaviti vse pomembne informacije pri zdravljenju z antikoagulantno terapijo.

Dober nadzor antikoagulantov znotraj ciljnega območja znižuje tveganje za tromboembolične dogodke in večje krvavitve. Nezadostno znanje o antikoagulantni terapiji je pomemben dejavnik tveganja krvavitve pri starejših pacientih. Pomembno je, da pacienti prejema ustne in pisne informacije tako na začetku kot tudi v celotnem poteku njihovega zdravljenja (17, 18).

Polovica anketiranih pacientov je znala naštet, nekaj živil, ki vsebujejo vitamin K: zelje, brokoli in zelena. Slaba tretjina anketiranih je napisala, da je vitamin K v zeleni solati in špinaci, kar petina pa na to vprašanje ni odgovorilo. Kramarič in Mavri (19) poudarjata, da pacientom z antikoagulacijskim zdravljenjem nemalokrat napačno svetujejo, da ne smejo uživati določenih vrst sadja in zelenjave, zaradi vsebnosti vitamina K. V zadnjem času pa se bolj poudarja, da je uživanje sadja in zelenjave lahko neomejeno, le dnevni vnos mora biti čim bolj enakomeren, čez vse leto. Dokazano je namreč, da je antikoagulacijsko zdravljenje slabše urejeno pri tistih pacientih, ki imajo nizek dnevni vnos vitamina K. Vogrinčič Černezel (20) poudarja, da pacienta seznanimo, katera živila so tista, ki vsebujejo večjo količino vitamina K. Pacientu svetujemo uravnoteženo in zdravo prehrano, kot pa da bi navedena živila povsem prepovedali.

Vsakdo se kdaj pa kdaj sreča z bolečino. Seveda je pri zdravljenju z antikoagulantno terapijo toliko bolj pomembno, katero protibolečinsko zdravilo vzeti, da ne bi prišlo do spremembe rezultata INR, saj to lahko privede do različnih težav. Podatek, da le dobra tretjina anketirancev ve, kateri analgetik je najvarnejši ob uporabi antikoagulantne terapije, je zaskrbljujoč. Paciente je pri tem treba še dodatno opozoriti, ter jim pravilno svetovati glede uporabe analgetika.

Iz podatkov je razvidno, da si pacienti trombotične ambulante želijo dodatnega individualnega ali skupinskega zdravstveno-vzgojnega dela na področju prehrane, normalnih vrednostih INR-ja, najvarnejših analgetikov in pozabljenih odmerkih zdravil. Baker in sodelavci (21) predlagajo, da bi bilo dobro, ko bi pacienti izpolnili vprašalnik, da bi medicinska sestra s pacientom pregledala vprašalnik ter mu sproti obrazložila napake. Tako bi hkrati potekala tudi individualna zdravstvena vzgoja.

Ključnega pomena je, da pacienta ter njegove svojce pravilno ter na primeren način poučimo o antikoagulacijskem zdravljenju. Upoštevati moramo razlike med spoloma, pacientovo pripravljenost za sodelovanje, različne razvade in predznanje, ki ga pacient ima. Pacienta je potrebno motivirati, da aktivno sodeluje v učno-vzgojnem procesu pridobivanja novega znanja in spretnosti za obvladovanje bolezni ter povrnitev in krepitev zdravja. Za uspešno in kakovostno zdravstveno vzgojo pacientov v trombotični ambulanti potrebujemo medicinske sestre dodatna znanja. Zavedati se moramo pomena vseživljenjskega učenja in s tem kontinuiranega obnavljanja in pridobivanja novega znanja, spretnosti in veščin.

Pomembno je, da medicinska sestra v trombotični ambulanti zdravstveno vzgojo načrtuje skupaj s pacientom, saj bo le tako lahko dosegla, da bo pacient dobro poznal svojo bolezen in potek zdravljenja z antikoagulantno terapijo. V učno-vzgojnem procesu naj medicinska sestra pacienta obravnava individualno, kar priporočajo tudi Demir in sodelavci (22), saj s tem lažje vzpostavi spoštljiv in zaupen odnos, pacient se počuti sprejetega in slišane, medicinska sestra pa se mu lahko bolj posveti. Zelo pomembno je, da pacient dobi tudi pisno zdravstveno-vzgojno gradivo, katerega lahko prebira tudi v domačem okolju.

Zaključki

Na osnovi pridobljenih podatkov anketiranih pacientov v Trombotični ambulanti Ajdovščina ugotavljamo, da imajo le-ti na nekaterih področjih veliko znanja, so pa tudi nekatera pomembna področja, o katerih smo dobili zaskrbljujoče podatke. Medicinske sestre se moramo zavedati, da v trombotičnih ambulantah delo poteka pretežno s starejšo populacijo in da starejši težko opustijo določene stare navade oz. jih spremenijo, ali se kaj novega naučijo. Določenih navad ne moremo spremeniti »čez noč«, celo življenje se učimo in vzgajamo sebe ter druge. Medicinska sestra lahko s svojim znanjem in kontinuirano zdravstveno vzgojo pacientov ter njihovih svojcev veliko pripomore k zmanjšanju zapletov, boljšemu nadzoru, vodenju in poznavanju antikoagulacijskega zdravljenja. S tem se kakovost zdravstvene obravnave pacientov bistveno izboljša, kontrole v trombotični ambulanti pa se zaradi znanja pacientov izvajajo na daljši rok.

Literatura

1. Mavri A. Vpliv zdravil, pridruženih bolezni in prehrane na učinkovanje kumarinov. V: Mavri A, Vene N. Antikoagulacijsko zdravljenje. Ljubljana: Slovensko zdravniško

- društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni, 2009: 90–4.
2. Nutescu EA. New approaches to reversing oral anticoagulant therapy. *American journal of health-system pharmacy* 2013; 70 (Suppl 1): S1–2.
 3. Kapš P, Kapš R, Kapš P. ml, Kapš Ostojčić S. Bolezni srca in žilja. Novo mesto: Grafika Tomi, 2009: 308–30.
 4. Shaha SG, Robinskon I. Patients' perspectives on self-testing of oral anticoagulant therapy: content analysis of patients' internet blogs. *BMC health services research* 2011; 11 (24): 1–13.
 5. Rocha Teixeira H, Rabelo Rejane E, Aliti G, Nogueira de Souza E. Knowledge of patients with mechanical valve prostheses concerning chronic oral anticoagulant therapy. *Revista latino-americana de enfermagem* 2010; 4 (18): 696–702.
 6. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005: 1–10; 99–114; 148–214.
 7. Brguljan Meško P. Laboratorijske preiskave pri antikoagulantni terapiji. V: *Klinična farmacija; Antikoagulantna terapija*. Bolnišnica Golnik: klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo in Fakulteta za farmacijo: Univerza v Ljubljani, 2011: 35–46.
 8. Štalc M. Antikoagulacijsko zdravljenje. V: *Zbornik prispevkov 49. Tavčarjevi dnevi*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, 2007: 103–11.
 9. Mavri A. Organizacija vodenja antikoagulacijskega zdravljenja. V: *Zbornik prispevkov 49. Tavčarjevi dnevi*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, 2007: 113–7.
 10. Linkins L, O'Donnell M, Julian JA, Kearon C Intracranial and fatal bleeding according to indication for long-term oral anticoagulant therapy. *Journal of thrombosis and haemostasis* 2010; 8 (10): 2201–7.
 11. Lankshear A, Harden J, Simms J. Safe practice for patients receiving anticoagulant therapy. *Nursing Standard* 2010; 24 (20): 47–55.
 12. Almeida Gde Q, Noblat Lde A, Passos LC, do Nascimento HF. Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study. *Health and quality of life outcomes* 2011; 91 (9): 1–6.
 13. Franke CA, Dickerson LM, Carek PJ. Improving anticoagulation therapy using point-of-care testing and a standardized protocol. *Annals of family medicine* 2008; 6 (suppl 1): s28–s32.
 14. Štemberger Kolnik T. Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. V: *Zbornik prispevkov z recenzijo*, Ljubljana: Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2011: 119–27.
 15. Zalar M. Učinkovitost ter varnost antikoagulacijskega zdravljenja ter nova antikoagulacijska zdravila. V: *Zbornik predavanj*, Radenci, 28.–29. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 2010: 77–85.
 16. Žontar T, Jošt M. Svetovanje bolnikom, ki prejemajo antikoagulacijsko zdravljenje. V: *Klinična farmacija; Antikoagulantna terapija*. Bolnišnica Golnik: klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo in Fakulteta za farmacijo: Univerza v Ljubljani, 2011: 87–93.

17. Burns S. Application of the theory of planned behavior to oral anticoagulant therapy. *Nursing & health sciences* 2009; 11 (1): 98–101.
18. Fairbairn-Smith L, Cope W, Robinson B, Kamali F, Wynne H. Effect of provision of the NHS NPSA oral anticoagulant therapy patient information pack upon patients' knowledge and anticoagulant control. *Journal of thrombosis and haemostasis* 2011; 9 (1): 231–3.
19. Kramarič A, Mavri A. Pomen nove oblike pisnega navodila za bolnike z antikoagulacijskim zdravljenjem. *Zdravniški Vestnik* 2009; 78: 445–50.
20. Vogrinčič Černezel A. Zdravstvena vzgoja in obravnava bolnika v antikoagulacijski ambulanti. V: Zbornik strokovnega seminarja 2010, Murska Sobota: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, 2010: 56–9.
21. Baker JW, Pierce KL, Ryals CA. INR goal attainment and oral anticoagulation knowledge of patients enrolled in an Anticoagulation clinic in a Veterans affairs medical center. *Journal of managed care pharmacy* 2011; 17 (2): 133–42.
22. Demir F, Ozsaker E, Ozcan Ilce A. The quality and suitability of written educational materials for patients. *Journal of clinical nursing* 2008; 17 (2): 259–65.

Z delavnico zdravega hujšanja do spremembe življenjskega sloga pacientov

With the Workshop »Healthy Weight Loss« to the Changed Lifestyle of Patients

Polona Krajnc, Nataša Vidnar, Boris Miha Kaučič

Povzetek

Teoretična izhodišča: Ljudje s prekomerno telesno maso ali debelostjo imajo možnost vključitve v delavnico Zdravo hujšanje, ki se izvaja preko CINDI Slovenija. Z raziskavo smo želeli ugotoviti vpliv delavnice zdravega hujšanja na spremembo življenjskega sloga pacientov.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo kot instrument uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, v katerega smo iz treh različnih regij (Štajerske, Koroške in Primorske) vključili po 30 pacientov, ki so zaključili delavnico zdravega hujšanja. Omejili smo se na paciente, ki so zaključili delavnico zdravega hujšanja največ do šest mesecev po tem. Od 90 razdeljenih anketnih vprašalnikov smo dobili vrnjenih 69, kar predstavlja 76,7 % realizacije vzorca. Podatki so bili statistično obdelani z računalniškim programom SPSS v 18.o. Koeficient Cronbach alfa je znašal 0,875.

Rezultati: 60 (53,1 %) pacientov, ki je bilo vključenih v delavnico zdravega hujšanje, je prve pozitivne spremembe opazilo na osebnem področju in 37 (32,7 %) na zdravstvenem področju. Med posameznimi regijami ni bistvenih razlik, saj so pacienti iz vseh treh regij ocenili, da je imela delavnica zdravega hujšanja po zaključku največji vpliv na njihov življenjski slog pri izboljšanju njihovega zdravja in dviga samozavesti (PV=4,3). 34 (49,3 %) pacientov ni doseglo zastavljenega cilja glede izgube kilogramov. Načrtovano izgubo telesne teže (v kilogramih) je doseglo 25 (36,2 %) pacientov. Več kot dve tretjini pacientov je spremenilo svoje gibalne navade. Kljub priporočilom za zdravo prehrano se 46 (51,1 %) pacientov vseeno kdaj prekrši.

Razprava: Delavnica Zdravo hujšanje ima pomemben vpliv na spremembo življenjskega sloga pacientov, in sicer na izboljšanje zdravstvenega stanja, boljše samozavest in psihofizično počutje.

Key words: obesity, lifestyle, health promotion, healthy weight loss workshop.

Abstract

Theoretical background: People who are overweight or obese can join a workshop »Healthy weight loss, which is carried out by CINDI Slovenia. The research has been done to determine the impact of the workshop on lifestyle changes of the patients.

Method: A quantitative research method was used. As an instrument for data collection, we used a survey questionnaire. It was shaped on the basis of a literature review. We used a non-coincidental, a purposeful pattern, in which 30 patients from three different regions (Styria, Carinthia and the Coastal region) who had completed The Healthy Weight Loss Workshop were included. We restricted ourselves to patients who had completed the workshop up to a maximum of six months after that. Out of 90 distributed survey questionnaires 69 were returned, which represents 76.7 % of the sample realisation. The data were statistically processed by a computer program SPSS in 18.0. Cronbach's alpha coefficient was 0.875.

Results: 60 (53.1 %) patients noted the first positive changes in the personal area, and 37 (32.7 %) in the medical field. Health problems were reduced after the completion of the workshop for 42 patients (73.7 %). There were no significant differences between regions, as patients from all three regions assessed the workshop to have had the greatest influence on lifestyle to improve their health and increase self-esteem ($PV = 4.3$). 34 (49.3 %) patients did not reach the set goal of losing weight. The planned loss of body weight (in kilograms) was reached by 25 (36.2 %) patients. More than two-thirds of patients changed their locomotory habits. Despite the recommendation of a healthy diet, 46 (51.1 %) patients still break it occasionally.

Discussion: The Healthy Weight Loss Workshop has a significant impact on the change in the lifestyle of the patients and on the improvement of the health status, higher self-esteem and better psychophysical well-being.

Key words: obesity, lifestyle, health promotion, healthy weight loss workshop

Teoretična izhodišča

Vsak človek ima svoj življenjski slog, ki se oblikuje iz otroštva v poznejša starostna obdobja. Kljub večji ozaveščenosti ljudi o zdravem življenjskem slogu nam sodobni način življenja narekuje hiter tempo ter vse manj časa zase in za svoje zdravje. Energetsko bogata hrana, neurejen ritem prehranjevanja in pomanjkljiva telesna dejavnost pa so ključni dejavniki za nastanek debelosti. Komadina (1) pravi, da je promocija zdravja proces, ki omogoča ljudem, da sami nadzorujejo in izboljšujejo svoje zdravje.

Pfeifer (2) opisuje debelost kot kronično bolezen, za katero je značilno čezmerno kopičenje maščevja v telesu. Povzroča motnje v telesnih funkcijah in presnovnih procesih. Debelost zmanjšuje življenjsko kakovost, povečuje obolenje za številnimi boleznimi in skrajšuje življenjsko dobo. Pravi, da debelost v razvitem svetu dobiva razsežnosti epidemije in postaja velik zdravstveni ter družbeno-ekonomski problem. Za kajenjem je na drugem mestu med odpravljivimi dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja, ki so glavni vzrok umrljivosti.

Za učinkovito hujšanje in vzdrževanje telesne teže pa imajo pacienti možnost vpisa v katero izmed delavnic programirane zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo, ki jo izvaja CINDI¹ Slovenija. Kaučič in Vražič (3) opisujeta delavnico Zdravo hujšanje, ki je po nju-

1 Program preprečevanja kroničnih nenalezljivih boleznih CINDI – Program je nastal na podlagi projekta Severna Karelija. Od leta 1984 deluje v sklopu Svetovne zdravstvene organizacije. Njegov namen je preprečevati in zmanjšati kronične bolezni ter promocija zdravja. V program je vključenih 24 držav v Evropi, Kanadi in ZDA (4).

nih izkušnjah najbolj znana in tudi s strani pacientov ter zdravnikov največkrat priporočena oziroma zaželena. Seveda pa je pot do nje preko krajših delavnic bolj dolgotrajna, a so glede na njune izkušnje uspehi večji. Namenjena je posameznikom, ki imajo povišano telesno maso (ITM nad 25) in so zdravstveno ogroženi. Kovač Blaž (4) pravi, da se je program Šole hujšanja pokazal kot učinkovit tudi zato, ker ljudi ne obremenjuje s stalnim razmišljanjem o hujšanju, ampak temelji zgolj na zdravem načinu življenja in krepitvi zaupanja v samega sebe.

Grmek Košnik (5) opisuje prekomerno prehranjenost kot pojav, pri katerem je telesna masa večja od normalne teže za določeno telesno višino in spol, debelost pa je skrajno stanje prekomerne prehranjenosti. Debelost ocenjujemo z indeksom telesne mase (ITM), ki je razmerje med telesno maso in kvadratom višine. Prekomerno prehranjenost označuje ITM nad 25,0-29,9 kg/m², ITM večji od 30 kg/m² pa označuje debelost.

Zdrava prehrana omogoča optimalni psihofizični razvoj, intelektualno sposobnost, vitalnost in zorenje, poveča splošno odpornost in delovno storilnost. Pomeni uravnotežen vnos vseh potrebnih hranilnih snovi ter ustrezno energijsko vrednost hrane (6). Zdrava prehrana oziroma zdravo prehranjevanje vključuje varno, energijsko in hranilno uravnoteženo in varovalno hrano, ki ohranja in krepi človekovo zdravje. Način prehranjevanja lahko deluje kot dejavnik tveganja, ki ogroža zdravje posameznika, ali kot zaščitni dejavnik, ki krepi zdravje in izboljša kakovost življenja. Dokazano je, da dejavniki nezdravega življenjskega sloga (nezdrava prehrana, telesna nedejavnost, alkohol, tobak) spadajo med ključne vzroke za nastanek najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni: bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, nekaterih vrst raka, nekaterih kroničnih pljučnih obolenj, debelosti, osteoporoze ter drugih bolezni mišično-skeletnega sistema (7).

Vrbovšek in Backović Juričan (8) pravita, da je namen delavnice zdravega hujšanja pri posamezniku doseči takšno spremembo življenjskega sloga, da bo izgubil od 5 do 10 % telesne mase. V okviru implementacijske delavnice sta pripravila osem osnovnih izhodišč za izvajanje zdravstveno-vzgojne delavnice Zdravo hujšanje.

Namen prispevka je predstaviti vpliv delavnice zdravega hujšanja na spremembo življenjskega sloga pacientov, vključenih v program programirane zdravstvene vzgoje.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema, smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašnji:

- Kako delavnica zdravega hujšanja vpliva na spremembo življenjskega sloga pacientov?
- Ali se vpliv delavnice zdravega hujšanja na spremembo življenjskega sloga pacientov razlikuje med regijami?

Metoda dela

Uporabili smo kvantitativno metodo dela. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je vseboval anketna vprašanja zaprtega, odprtega tipa in vprašanja s strukturo. Oblikovali smo ga na podlagi pregleda literature.

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. Raziskava je potekala v treh različnih regijah, in sicer na Primorskem, Koroškem in Štajerskem. V vsaki regiji je bilo v vzorec vključenih 30 pacientov, ki so zaključili delavnico zdravega hujšanja. Omejili smo se na paciente, ki so zaključili delavnico zdravega hujšanja največ do šest mesecev po tem. Od 90

razdeljenih anketnih vprašalnikov, je bilo vrnjenih 69 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 76,7 % realizacijo vzorca. Zanesljivost vzorca je bila testirana na podlagi koeficienta Cronbach alfa, ki je znašal 0,875.

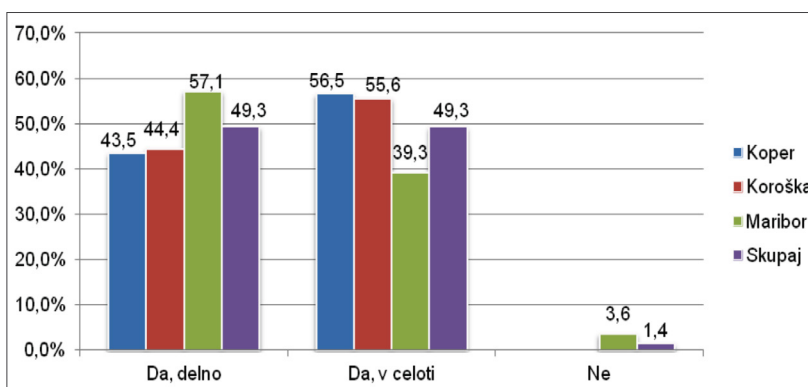
Upoštevali smo etične vidike raziskovanja. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Anonimnost smo zagotovili z oddajo anketnega vprašalnika v priloženo pisemsko ovojnico. Zaprte pisemske ovojnice z anketnim vprašalnikom so pacienti odložili v posebno škatlo, ki se je nahajala v prostoru. Seznanili smo jih, da lahko odklonijo sodelovanje v raziskavi. Primerjava med območji je bila napravljena na podlagi hi-kvadrat testa ali analize variance (ANOVA). Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18.o. Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

Rezultati

Najpogostejši vzrok za vključitev v delavnico zdravega hujšanja je bila pri 39 (39%) pacientov njihova lastna želja. 39 (39%) pacientov je vzrok za vključitev navedlo priporočilo osebne zdravnice/zdravnika. 5 (5%) se jih je odločilo po nasvetu prijateljice/prijatelja. Najpogostejši težavi oz. dejavnika tveganja zaradi prekomerne telesne teže sta povišan holesterol, s katerim se srečuje 34 (30,6%) pacientov, in hipertenzija 32 (28,8%).

Podatki kažejo, da 36 (52,2%) pacientov ne občuti družbene stigmatizacije zaradi debelosti, občuti jo 15 (21,7%) ter občasno 18 (26,1%) pacientov. Glede na regijo družbeno stigmatizacijo najbolj občutijo na Koroškem, in sicer 8 (44,4%) pacientov.

Slika 1: Uspešnost vpliva delavnice zdravega hujšanja na spremembo življenjskega sloga.



$$\chi^2=3,014; p=0,555$$

Iz Slike 1 je razvidno, da je delavnica zdravega hujšanja v celoti vplivala na spremembo življenjskega sloga pri 34 (49,3%) pacientih in pri 34 (49,3%) delno. 1 (1,4%) pacient meni, da delavnica ni vplivala na spremembo njegovega življenjskega sloga.

Štiriinšestdeset (92,8%) pacientov po delavnici zdravega hujšanja posveti več časa sebi in svojemu zdravju zaradi nove telesne podobe.

Tabela 1: Življenjski slog pacientov po delavnici zdravega hujšanja.

TRDITVE	Koper n=23		Koroška n=18		Maribor n=28		Skupaj n=69		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Delavnica je vplivala na izboljšanje mojega zdravja.	4,3	1,0	4,4	0,7	4,2	0,7	4,3	0,8	0,392	0,677
Po delavnici sem uspešnejši/ uspešnejša v karieri.	3,0	1,3	3,4	0,9	3,3	1,1	3,2	1,1	0,877	0,421
S pomočjo delavnice sem pridobil/a nov hobi.	4,1	1,1	4,1	1,1	4,0	0,8	4,1	1,0	0,060	0,942
Nova telesna podoba je vplivala na razširitev moje socialne mreže.	3,5	0,9	3,4	1,2	3,4	1,1	3,4	1,1	0,087	0,916
Z novo telesno podobo sem postal/a vitalnejši/a.	4,3	0,8	4,4	1,0	4,0	0,8	4,2	0,9	1,026	0,364
Izboljšali so se medsebojni odnosi.	3,7	1,1	3,9	1,2	3,7	0,9	3,7	1,0	0,256	0,775
Nova telesna podoba je pomembno vplivala na moj zakon/partnersko zvezo.	3,0	1,4	3,4	1,3	3,3	1,2	3,2	1,3	0,627	0,537
Sem bolj srečen/srečna.	4,3	0,6	4,4	0,9	4,0	0,9	4,2	0,8	1,986	0,145
Nova telesna podoba je vplivala na mojo samozavest.	4,3	0,7	4,6	0,6	4,1	0,8	4,3	0,7	2,415	0,097

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Tabela 1 prikazuje vpliv delavnice zdravega hujšanja na življenjski slog pacientov med tremi različnimi regijami. Iz tabele je razvidno, da med regijami ni bistvenih razlik, saj so pacienti navedli največje strinjanje s trditvijo, da je delavnica vplivala na njihovo izboljšanje zdravja ter na dvig samozavesti (PV=4,3). Najmanj vpliva pa pripisujejo k boljšemu uspehu v karieri ter na zakonsko oz. partnersko zvezo (PV= 3,2). V *Kopru* največji vpliv delavnice zdravega hujšanja na življenjski slog pripisujejo izboljšanju zdravja, vitalnosti, osebni sreči ter višji samozavesti (PV=4,3), najmanj pa na uspeh v karieri ter zakonsko oz. partnersko zvezo (PV=3,0). *Koroška* se jim pridružuje z največjim vplivom na samozavesti (PV=4,6) ter z manjšim vplivom na razširitev socialne mreže (PV=3,4). *Maribor* pa dodaja k največjemu vplivu izboljšanje zdravja (PV=4,2) ter se enači s Kopro v najmanjšem vplivu na uspeh v karieri ter na zakonsko oz. partnersko zvezo (PV=3,3).

V primeru ponovne pridobitve čezmerne telesne teže bi se 64 (92,8 %) pacientov ponovno odločilo za vnovičen obisk delavnice zdravega hujšanja. Vseh 69 (100 %) pacientov bi priporočilo delavnico zdravega hujšanja tudi drugim.

Razprava

Raziskava, ki smo jo opravili med 69 pacienti delavnice zdravega hujšanja, je potrdila, da je le-ta v celoti uspešno vplivala skoraj na polovico udeleženi in delno na drugo polovico. Prve pozitivne spremembe zaradi izgube telesne mase je največ pacientov občutilo na oseb-nem področju. Pridobili so boljšo samopodobo in postali samozavestnejši. Tudi Matz in Foster (9) ugotavljata, da se pomemben vpliv delavnice zdravega hujšanja kaže na višji samozavesti in boljši samopodobi pacientov po zaključku le-te ter da je telesna samopodoba

pomemben dejavnik pri odločanju za znižanje telesne teže in pri izbiri želene telesne teže, izguba telesne teže pa je povezana s pomembnim izboljšanjem telesne samopodobe. Da je lahko človek uspešen in zadovoljen s svojim življenjem, mora biti najprej zadovoljen sam s sabo, kar dokazuje večina pacientov (92,8 %), ki zaradi nove telesne podobe posveti več časa sebi in svojemu zdravju.

Spraševali smo se, ali se vpliv delavnice zdravega hujšanja na življenjski slog pacientov razlikuje med Primorsko, Koroško in Štajersko. Presenečeni smo bili nad ugotovitvijo, da statistična analiza ni pokazala bistvenih razlik med omenjenimi regijami, razlog je možno iskati tudi v majhnem vzorcu anketiranih pacientov. Pacienti iz posameznih območij navajajo največje strinjanje s trditvijo, da je delavnica zdravega hujšanja vplivala na izboljšanje njihovega zdravja ter na dvig samozavesti (PV=4,3). Najmanj vpliva pa pripisujejo boljšemu uspehu v karieri ter zakonski oz. partnerski zvezi (PV=3,2). Glede na rezultate vseh treh regij menimo, da gre za dobro in učinkovito poslanstvo delavnice Zdravo hujšanje, ki deluje pod okriljem programa CINDI ter od leta 2000 poteka prek lokalnih preventivno promocijskih skupin oziroma zdravstveno-vzgojnih centrov v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji. CINDI Slovenija s svojimi aktivnostmi prispeva k ohranitvi in krepitvi zdravja slovenskega prebivalstva. Namen aktivnosti je ozaveščenost ljudi o zdravem življenjskem slogu. Z zdravim načinom življenja lahko preprečimo nastanek bolezni oziroma ublažimo njen potek. Viherjeva (10) v svoji raziskavi zaključuje, da je program CINDI uspešen, kajti posamezniki večkrat ponavljajo delavnice in rezultati so vidni. Zorko (11) pa opozarja, da je program CINDI glede na analizo podatkov uspešen program, ampak napačno bi bilo sklepati, da smo bitko s trenutnimi rezultati zmanjšanja telesne teže že dobili.

Zaključek

V treh slovenskih regijah se je izkazal uspešen vpliv delavnice zdravega hujšanja na spremembo življenjskega sloga pacientov. Temu pripisujemo dobro in strokovno izvajanje zdravstveno-vzgojnih delavnic »Zdravo hujšanje«, ki pod okriljem programa CINDI oblikujejo in izvajajo projekte, ki imajo cilj promocije zdravja in preprečevanje kroničnih bolezni. CINDI si s promocijo zdravega življenjskega sloga prizadeva k izboljšanju prehrane, k zvečanju telesne dejavnosti in zmanjšanju telesne teže Slovencev. Kljub temu da so se projekti do sedaj izkazali za uspešne, pa bi bilo potrebno več poudarka posvetiti vzdrževanju telesne teže, saj je največja nevarnost za ponovno pridobitev telesne teže v prvem letu po začetni spremembi (Krajnc, 2013).

Pomembno je, da medicinska sestra pripravi paciente na spremenjen življenjski slog ter jih poduči, da telesna masa ni le stvar prehranjevanja, ampak je način življenja. V njihov življenjski ritem mora vpeljati spremembe zdravega življenjskega sloga tako, da te postanejo samoumevne in da o njih ne razmišljajo na vsakem koraku. Njen namen je izkoreniniti slabe navade oz. se jih naučiti obvladovati. Medicinska sestra mora biti kot izvajalka delavnice zdravega hujšanja motivirana, pozitivno naravnana ter v takšnih situacijah zmožna empatije in razumevanja posameznika. Paciente spremlja, jih opogumlja in jim nudi psihično podporo ob morebitnih spodrseljajih, zaradi katerih ne smejo imeti slabe vesti, ampak jih lahko omilijo s povečano telesno aktivnostjo (11).

Literatura

1. Komadina D. Živeti zdravo življenje. Ljubljana: Slofit; 2004.
2. Pfeifer M. Splošni pregled debelosti. In: Rotovnik Kozjek N, eds. Debelost / 2. strokovno srečanje Slovenskega združenja za klinično prehrano, Ljubljana, 8. september. Ljubljana: Združenje za klinično prehrano; 2006.
3. Kaučič B M, Vražič Z. Aktivni programi promocije zdravja. In: Kaučič B M, Geč T, Krajnc A, eds. Skupaj delamo za zdravje. Seminar za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ob mednarodnem dnevu zdravja. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Dejavnost zdravstvene nege, Služba za promocijo zdravja in izobraževanja, Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego; 2006: 15.
4. Pandel Mikuš R, Kvas A, eds. Ustvarjalnost v managementu – interdisciplinarni razvojni projekt varovanje zdravja mladostnikov. In: Kaluža J, eds. Zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož, 16.-18. marec 2005. Kranj: Moderna organizacija, 2005: 1385.
5. Kovač Blaž M. Celostno obravnavanje telesne teže v splošni ambulanti. In: Pokorn D, Ratajc B, eds. Celostno uravnavanje telesne teže. Ljubljana: Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta; 2000: 61-62.
6. Grmek Košnik I. Epidemiologija prekomerne prehranjenosti in debelosti. In: Avberšek Lužnik I, Skela Savič B, Grmek Košnik I, eds. Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo / [2. simpozij Katedre za temeljne vede]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 22.
7. Pokorn D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih: prehranska dopolnila v prehrani. Ljubljana: Marbona; 2004.
8. Hlastan-Ribič C. Zdrav krožnik: priporočila za zdravo prehranjevanje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
9. Vrbovšek S, Backović Juričan A. CINDI delavnice o izvajanju zdravstveno-vzgojnih programov v praksi (implementacijske delavnice). Izhodišča za izvajanje zdravstveno-vzgojne delavnice zdravo hujšanje. B.l. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Center za krepitev zdravja in obvladovanja kroničnih bolezni, Oddelek za kronične bolezni.
10. Matz P E, Foster G D. Weight loss and changes in body image. In: Thomas F. Cash, Thomas Pruzinsky, eds. Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice. New York: The Guilford Press; 2004: 405.
11. Viher V. Zdravstvena nega starostnika s prekomerno telesno težo v programu CINDI [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
12. Zorko A. Promocija zdravega hujšanja – izziv za zdravstvene delavce [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012.
13. Krajnc P. Vpliv delavnice zdravega hujšanja na spremembo življenjskega sloga pacientov [diplomsko delo]. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede; 2013.

Vpliv promocije zdravja na zdravje ljudi z vidika zdravstvene nege

The Influence of Health Promotion on the General Population's Health from the Standpoint of Health Care

Diana Koren, Tamara Štemberger Kolnik

Povzetek

Teoretična izhodišča: Temelj dela medicinske sestre na primarni zdravstveni ravni je zdravstveno vzgojno delo in promocija zdravja. V Zdravstvenih domovih na področju promocije zdravja in v zdravstveno vzgojnem delu združujejo moči medicinske sestre v enotah Zdravstveno vzgojnega centra in patronažne dejavnosti. S povezovanjem z nevladnimi organizacijami in lokalno skupnostjo lahko vodijo učinkovito promocijo zdravja, odkrivanje dejavnikov tveganja in učenje pacienta živeti s kroničnim obolenjem. Raziskava je bila zasnovana z namenom ugotoviti učinkovitost skupnih aktivnosti, organiziranih za dvig ozaveščenosti pacientov.

Metode dela: Izvedene je bila promocijska akcija, na kateri so bili merjeni parametri, ki kažejo dejavnike tveganja za srčno žilne bolezni. Pri udeležencih, kjer je bila odkrita prisotnost dejavnikov tveganja, je bil izveden strukturiran intervju v okviru preventivnega patronažnega obiska pacienta s kroničnim obolenjem.

Rezultati: Pacienti s prisotnimi dejavniki tveganja, kot so: povišan krvni sladkor, povišane maščobe v krvi ali povišan krvni pritisk so zdravstveno osveščeni in znajo poskrbeti za svoje zdravje.

Diskusija in zaključki: Medicinske sestre lahko s pomočjo timskega pristopa ob promociji zdravja v lokalni skupnosti, pripomorejo k boljši osveščenosti pacientov in s tem h krepitvi ali ohranjanju zdravja posameznika in celotne družbe.

Ključne besede: zdravstvena nega, promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, dejavniki tveganja, zdravstveno vzgojni center, patronažna dejavnost

Abstract

Frameworks: Basic work of a registered nurses on the primary level is to promote a healthy lifestyle. In the Health centers the promotion of health and health education is performed

by the registered nurses and community nurses. An effective health promotion would be enabled along with the identification of the risk factors and teaching of the patient how to live with a chronic disease if those levels of nurses and non-government organizations would combine. The research was designed to determine the effectiveness of such joint activities organised to raise awareness of patients.

Methods: We performed a promotional event, where we measured parameters, indicating the risk for the cardio vasculature diseases. With the identified individuals we performed a structural interview which was carried out in the context of preventive visits to patient with chronic disease, carried by community nurses.

Results: the patients with present risks factors: elevated blood sugar, elevated blood fats and high blood pressure, are aware of the health issues and know how to take care of their health.

Discussion and conclusions: with a team work approach registered nurses can contribute to a better patient awareness and consequentially to an improvement of the general population's health.

Key words: health care, health promotion, health education, risk factors, health center, community nursing

Teoretična izhodišča

Zdravje pojmuje kot odsotnost bolezni. V novejših definicijah zdravje opredelimo kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja (1). Ob prvi definiciji, ki je enostranska so kazalniki merljivi, za razliko od druge, ko so kazalniki nedoločeni in dopuščajo veliko subjektivnosti. Ko presežemo ozko gledanje na zdravje, ko se upošteva celotno življenjsko situacijo posameznika, se dopuščajo neustrezne razlage, saj se vsakogar, ki je nezadovoljen, lahko prepozna kot nezdravega (2). Ta definicija poudarja odvisnost zdravja od zunanjih dejavnikov kot so: hrana, prostor za bivanje, dohodek, socialna pravičnost in enakost, izobrazba in drugo (3). Ule (4) razmišlja, da je zdravje postalo neka nova ideologija sodobnega sveta, kot nadomestek religije in vere v odrešenje. Kako ohraniti zdravje v današnji družbi postaja vrlina, s katero posamezniki dosegajo druge življenjske cilje. To vrlino lahko ponazarjajo s samodisciplino in nadzorom nad telesom, življenjskimi navadami in promocijo novega življenjskega sloga. S takim obnašanjem se posameznik uvršča v nek simbolni red, kar pa nadzoruje sodobna medicina, ki ponuja nasvete in metode za ohranjanje zdravja (4). V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 (5) je navedeno: »Sprememba življenjskih razmer in življenjskega sloga je tisti dejavnik, ki lahko poveča kakovost življenja ljudi, njihovo pričakovano zdravo življenjsko dobo in zmanjšanje stroškov zdravstvenega varstva. Varnost, obvladovanje negativnega stresa, neuporaba psihoaktivnih snovi (prepovedane droge, alkohol, tobak), uravnotežena prehrana, redna telesna dejavnost, zdrava spolnost in higiena so ključna področja z zdravjem povezanega vedenja, ki jih kot ozaveščena družba lahko močneje spodbujamo in s tem podaljšamo zdravo življenjsko dobo.« (5). Kazalniki pozitivnega zdravja v Sloveniji kažejo na pozitivne premike v ohranjanju in krepitvi zdravja in zagotavljanju kakovosti življenja posameznika (6).

Temelj dela medicinske sestre na primarnem zdravstvenem nivoju je zdravstveno vzgojno delo in promocija zdravja. Da bi znali prilagoditi zdravstveno vzgojne ukrepe, programe in intervencije posamezniku ali skupini moramo, oceniti njegovo/njihovo spodobnost razumevanja vsebine tj. zdravstveno pismenost (7). Opredelitev pojma zdravstvene

pismenosti po Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO) (8) je to kognitivna in socialna sposobnost, ki pri posamezniku določa motivacijo in sposobnost, da zna dostopati, razumeti in uporabiti informacije, ki spodbujajo ali ohranjajo dobro zdravje (8). Dernovšček Hafner (9) pravi, da je: »Zdravstveno pismen je posameznik, ki je sposoben razumeti zgodnje simptome bolezni, poiskati pravega zdravnika, pa tudi razumeti pomen natančnega upoštevanja navodil za zdrav življenjski slog ali za jemanje predpisane terapije«.

Zametki promocije zdravja sežejo v leto 1974 v Kanado (10). Kot nov pogled na zdravje in strategija za izboljšanje zdravja ga je SZO 1984 nadgradila in promocijo zdravja definirala kot proces, ki usposobi ljudi, da imajo večji nadzor nad svojim zdravjem (11). Temeljni pogoji za to in viri za zdravje so: mir, prostor, izobraževanje, hrana, dohodek, stabilen ekosistem, trajnostni viri, socialna pravičnosti in enakost (11).

V okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije leta 2000 ustanovilo 61 zdravstveno vzgojnih centrov. Delujejo v okviru zdravstvenih domov po celi Sloveniji in skrbijo za zdravje v lokalnih skupnostih, kar pripomore k dostopnosti vsem zainteresiranim. Programi, ki se izvajajo v okviru zdravstveno vzgojnih centrov temeljijo na promociji zdravja in usmerjanju posameznika in skupin v zdrav življenjski slog (12). Na primarni zdravstveni ravni v Sloveniji deluje tudi patronažna služba, katere značilnost je delovanje na petih nivojih zdravstvene vzgoje: s promocijo zdravja (osveščanje za skrb in krepitev zdravja), preprečevanjem bolezni, zgodnje odkrivanje obolenj, zdravstveno nego obolelega, rehabilitacijo po poškodbah in bolezni (13). Za izvajanje učinkovite promocije zdravja in zdravstvene vzgoje odrasle populacije je potrebno združiti moči na vseh segmentih zdravstvene nege in delovati s ciljem omogočiti pacientu smiselne in razumljive informacije. Delovanje v timu je osnovano na medsebojnem zaupanju, spoštovanju, učinkoviti komunikaciji in seveda pripravljenost na sodelovanje vseh sodelujočih. Taki delovni odnosi pozitivno delujejo in neizbežno pripomorejo k izboljšanju zdravja pacientov (14).

Metode

Izvedli smo kvalitativno študijo primera. Prvi del raziskave smo izvedli v okviru organizirane aktivnosti za promocijo zdravja v lokalni skupnosti. Udeležencem smo ponudili merjenje krvnega sladkorja, holesterola v krvi, krvnega pritiska. V naslednjem koraku smo se z udeleženci preventivne akcije, ki smo jim izmerili povišane vrednosti merjenih parametrov, dogovorili za izvedbo intervjujev. Vodilo za izvedbo intervjuja nam je bil strukturiran vprašalnik. Namen raziskave je bil na izbranem vzorcu ugotoviti prisotnost dejavnikov tveganja za srčno žilna obolenja in v nadaljevanju proučiti, ali so pacienti, pri katerih bomo ugotovili dejavnike tveganja, seznanjeni z delovanjem medicinskih sester na primarnem zdravstvenem nivoju. V okviru strukturiranega intervjuja smo intervjuvancem dali še vprašalnik o samoučinkovitosti na področju zdravja (15). Vzorec v raziskavi predstavljajo prostovoljni udeleženci organizirane akcije za promocijo zdravja v sodelovanju krajevne skupnosti in zdravstvenega doma. Akcije se je udeležilo 98 krajanov, od tega 59 žensk, 39 moških. Povprečna starost je bila 63 let, najmlajša udeleženka 23 let, najstarejša 91 let. Teščost ni bil pogoj za sodelovanje na akciji. V nadaljevanju smo vzorec oblikovali s 25 osebami, pri katerih so se pokazale povišane vrednosti merjenih parametrov. Pri teh smo izvedli patronažne obiske in skupaj s patronažno medicinsko sestro izvedli intervjuje. Podatke smo obdelali s sta-

tističnimi orodji Excel za okolje Windows in SPSS19 za okolje Windows, podatke odprtih intervjujskih vprašanja pa smo obdelali po principu kodiranja podatkov.

Rezultati in diskusija

Parametre krvnega sladkorja smo merili z odvzemom kapilarne krvi z aparati Accu-Chek Aviva. Rezultate izmerjenih vrednosti smo razdelili v dve skupini, in sicer: vrednosti do 7,0 mmol/L in skoraj 89 % udeležencem izmerili do te vrednosti, ostalih 11 % pa je imelo višje vrednosti, vendar ne višje od 11,0 mmol/L. Od tega je bilo 6 % pacientov s sladkorno boleznijo.

Celokupni holesterol smo merili na aparatih Accutrend Plus, in sicer iz kapilarne krvi. Tudi tu smo rezultate vrednosti razvrstili na skupine, in sicer: do 5,0 mmol/L je imelo 13 % udeležencev, od 5,1- 7,0 mmol/L 64 %, pri ostalih so vrednosti presegle 7,1 mmol/L. V akciji je sodelovalo 14 % pacientov, ki se zdravijo zaradi povišanih maščob v krvi.

Pri meritvah krvnega pritiska smo v povprečju zabeležili povišane vrednosti, vendar je večina teh udeležencev povedalo, da pri samokontroli nimajo tako visokih vrednosti krvnega pritiska. Skoraj 30 % udeležencev je bilo hipertnikov in zato redno jemljejo ustrezno terapijo. Le pri 25 % vseh smo izmerili normalne vrednosti: tj. sistolični pritisk pod 140 mmHg in pri 69 % diastolični pritisk pod 90 mmHg. Dopustili smo možnost, da so zvišane vrednosti posledica vznemirjena- stresa ali starosti populacije, kajti kar 60 % udeležencev je bilo starejših od 65 let, dejavnika, ki lahko vplivata na spremenjene vrednosti (16).

Udeleženci preventivne akcije so bili tudi pacienti s kronično nenalezljivo boleznijo. Sedemnajst moških in 32 žensk je potrdilo, da se že zdravijo za eno od kroničnih nenalezljivih bolezni. Za drugimi obolenji pa je obolelih 35 udeležencev preventivne akcije. Najpogosteje so navedli skeletno-mišična obolenja, bolezni prebavil, moški težave s prostato.

V naslednjem koraku smo iz evidence udeležencev, ki smo jim zmerili visoke vrednosti merjenih parametrov, izbrali 25 udeležencev. Pri teh smo izvedli strukturiran intervju z nekaj odprtimi vprašanji in z lestvico samoučinkovitosti v odnosu do zdravja. V intervjujih je sodelovalo 8 moških in 17 žensk, povprečna starost je 67 let (najstarejša ženska 90, najmlajša pa 51 let). Med intervjujanci so prevladovali tisti s poklicno izobrazbo, nekaj jih je bilo z izobrazbo nižjo od osnovno šolske. Buzeti, Djomba, Gabrijelčič Blenkuš in sod. (17) poudarjajo, da izobrazba gotovo vpliva na odnos do zdravja in posledično na nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. Kategorizirane podatke smo razdelili v tri kategorije: »vtisi o izvedeni aktivnosti«, »izvajalci aktivnosti – medicinske sestre«, »samoučinkovitost na področju zdravja«.

Vtis o izvedeni aktivnosti

Intervjujanci so večinoma navajali, da so se podobne preventivne akcije udeležilo prvič. Z izvedbo akcije so bili zadovoljni, poudarili so dobro dostopnost in profesionalnost izvajalcev. Na meritev so v povprečju čakali 15 minut in večina je izrazila željo, da bi podobno akcijo v krajevni skupnosti izvedli vsaj enkrat letno. Ni za zanemariti dejstvo, da se preventivne aktivnosti 5 intervjujancev spominja zaradi druženja z znanci. Ti poudarjajo pomen druženja in socializacije v lokalni skupnosti, med ljudmi kjer živijo. Večina intervjujancev je navajala, da so ob meritvah bili deležnih nasvetov za zdrav način življenja s področja zdrave prehrane, aktivnosti in gibanja, ter drugih vsebin. 22 intervjujancev so se promocij-

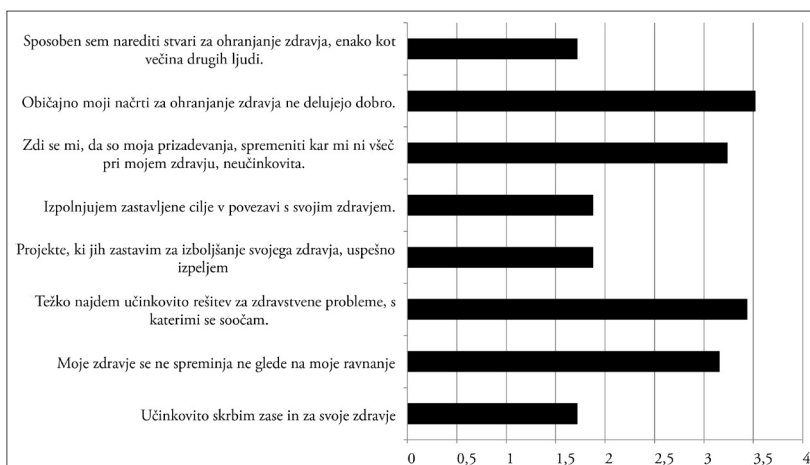
ske akcije udeležili zaradi skrbi za svoje zdravje, kontrole parametrov, ki nakazujejo njihovo zdravstveno stanje. Petnajst intervjuvancev pozna aktivnost Zdravstveno vzgojnih centrov v Zdravstvenem domu, saj tu potekajo brezplačne dejavnosti, ki se jih lahko vsi ljudje, ki to želijo udeležijo (18). Preventivne aktivnosti so se udeležili zaradi dogajanja v njihovi bližnji okolici ali so prišli za družbo s sosedi. Poudarili so, da je bila aktivnost dobro dostopna vsem, ki so se je želeli udeležiti. Kot pomanjkljivost tovrstne aktivnosti so navajali majhen prostor, kjer ni bilo moč zagotoviti zasebnosti in varovanja osebnih podatkov posameznega udeleženca.

Izvajalci aktivnosti – medicinske sestre

Hojer (19) predstavlja kompetence medicinskih sester na področju zdravstveno vzgojnega dela, mednje sodi tudi promocija zdravja v lokalni skupnosti. Le nekaj intervjuvancev je vedelo, da so izdajalke preventivne aktivnosti medicinske sestre, nekateri so v njih prepoznali patronažno medicinsko sestro. Večina udeležencev je povedala, da ne vedo kje v zdravstvenem domu bi lahko poiskali izvajalke preventivne aktivnosti, če bi jih potrebovali za nasvet ali zdravstveno vzgojno svetovanje. Štiriindvajset intervjuvancev je zanesljivo pritrnilo, da so medicinske sestre usposobljene, da svetujejo glede zdravega načina življenja. Delo medicinske sestre v zdravstvenem domu intervjuvanci vidijo kot: težko, odgovorno, naporno, zelo pomembno. Intervjuvanci poudarjajo, da se medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu preveč ukvarjajo z administrativnimi deli, kar jim jemlje čas za neposredno posvečanje pacientu. Šest intervjuvancev je izrazilo izredno zadovoljstvo nad delom medicinskih sester. Naloge zaposlenih v zdravstveni negi na primarnem zdravstvenem nivoju so po mnenju intervjuvancev povezane z izvajanjem medicinsko tehničnih posegov (tj: aplikacija injekcij, oskrba ran, merjenje vitalnih znakov in drugo), triažo, administrativnimi deli. Petnajst intervjuvancev je kot delo medicinske sestre navedlo pogovor in svetovanje pacientu.

Samoučinkovitost na področju zdravja

Vsem 25 intervjuvancem pacientom s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi smo zastavili vprašanja, ki po mnenju Dempsterja in Donnellja (15) opredelijo posameznikovo samoučinkovitost na področju zdravja (Slika 1), kot spremenljivko povezano z napovedovanjem vedenja povezanega z zdravjem pri posamezniku. Zaznana samoučinkovitost posameznika in posameznikova prepričanja v zvezi z vedenjem povezanim z zdravjem sta ključni komponenti socialno kognitivne teorije (20), ki skuša razložiti spremembe oziroma specifične vedenja posameznika (21). Intervjuvanci so svojo skrb za zdravje ocenili s povprečno oceno 1,72, prav tako so prepričljivi pri izpolnjevanju zastavljenih projektov in ciljev s področja zdravja (1,88). Intervjuvanci so prepričani, da svoje zdravje lahko sami izboljšajo saj so trditev: Ne glede kako ravnam, se moje zdravje ne spreminja, kakor bi si želel ocenili s povprečno oceno 3,16, kar nakazuje na to, da razumejo svoj delež skrbi za lastno zdravje. V večini so prepričani, da lahko najdejo učinkovito rešitev za svoje zdravstvene probleme (3,44) in poudarjajo, da so njihova prizadevanja spremeniti kar jim ni všeč pri njih, učinkovita (3,24). Prav tako so prepričani, da njihovi načrti za ohranjanje zdravja delujejo dobro (3,52).



Slika 1: Rezultati ankete »Samoučinkovitost na področju zdravja«.

Ugotovili smo, da imajo intervjuvanci prisotne dejavnike tveganja, kot so, ali zvišan holesterol, ali povišan krvni sladkor, povišan krvni pritisk in druge znake slabšega obvladovanja svojega vedenja povezanega z zdravjem (prisotnost debelosti prve stopnje ali pa nezdrave navade, kot npr. kajenje so kadilci). Večina intervjuvanih pa obvladuje prisotne dejavnike tveganja za nastanek srčno žilnih bolezni, kar bi lahko povezali z učinkovito samooskrbo na področju zdravja. Prepričanja ljudi se lahko oblikujejo in spreminjajo s pomočjo zdravstveno vzgojnega dela, usmerjenega v obvladovanje dejavnikov tveganja. Za paciente s kronično boleznijo je smiselno ponavljanje zdravstveno vzgojnega dela, kar poudarja Kosmina Novak (22), ki je z raziskavo na pacientih s sladkorno boleznijo ugotovila, da pacienti, ki so bili deležni po določenem času, ponovnega zdravstveno vzgojnega dela, učinkoviteje skrbijo za svoje zdravje.

Torej večina intervjuvancev obvladuje dejavnike tveganja za nastanek srčno žilnih bolezni, kar bi lahko povezali z učinkovito samooskrbo na področju zdravja. Lahko bi rekli, da učinkovita skrb za lastno zdravje in njihov trud pripomore k uspešnosti obvladovanja dejavnikov tveganja. Prepričanja ljudi se lahko oblikujejo in podpirajo s pomočjo zdravstveno vzgojnega dela, usmerjenega v obvladovanje dejavnikov tveganja.

Zaključek

Dober odziv sodelujočih na preventivni akciji kaže, da se ljudje želijo ukvarjati s svojim zdravjem, želijo imeti nadzor nad svojim zdravjem in spremljati dejavnike tveganja za nastanek nenalezljivih kroničnih bolezni. Akcija je bila namenjena promociji zdravja in približevanju pacientom v okolju, v katerem živijo. Z odzivnostjo in rezultati smo bili zadovoljni izvajalci in udeleženci, kar pomeni, da so tovrstne aktivnosti potrebne in smiselne. Medicinske sestre lahko veliko naredijo na področju promocije zdravja in učenja pacientov za spreminjanje vedenjskih navad in življenjskega stila. Z promocijo zdravja in/ali zdravstveno vzgojo morajo medicinske sestre poučiti paciente tako, da bodo znali povezati vpliv načina življenja in zdravje. A ko se bodo srečali z zdravstvenimi problemi, da bodo znali poiskati pravo rešitev za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.

Literatura

1. WHO. Declaration of Alma-Ata international conference of primary health care. Alma-Ata: USSR, 1978.
2. Černigoj Sadar N. Kakovost različnih področij življenja in zdravja. V: Toš N, Mlinar B. ur. Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, 2002: 72.
3. Hanžek M. Poročilo o človekovem razvoju. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj, 1999: 76.
4. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Ljubljana: Aristej, 2003: 41–43.
5. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. Ur. l. RS. št. 72/2008: 9977. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200872&stevilka=3163> <30.03.2013>.
6. Poročilo o razvoju 2012. Urad za makroekonomske raziskave Republike Slovenije http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/PoR_2012.pdf <19.04.2013>.
7. Babnik K, Štemberger Kolnik T, Bratuž A. Zdravstvena pismenost: Stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. Obzor Zdrav N. 2013; 47 (1): 71
8. WHO. (2013). Health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> <31.03.2013>
9. Dernovšček Hafner N. Zdravje nižje izobraženih delavcev. In: Molan M, Dodič Fikfak M. ed. Izbrane teme o duševnem zdravju. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Združenje za medicino dela, prometa in športa. 2010; 8(1): 139–156.
10. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa, Canada Information, 1974.
11. Svetovna zdravstvena organizacija. (2009). Health promotion. Health literacy and health behaviour. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en> <18.05.2013>.
12. Vrbovšek S. Delovanje nacionalne mreže zdravstveno vzgojnih centrov v letu 2009. Strokovno srečanje izvajalcev nacionalnega programa primarne preventivne srčno žilnih bolezni (NPPPSŽB). Ljubljana: IVZ RS, CINDI Slovenija, 2011.
13. Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Novosti– Izkušnje– Pobude. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega– nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzor Zdr N 2006: 40; 248–250.
14. Škerbinek AL. Skupinska dinamika negovalnega tima. Obzor Zdr N 1998; 32: 25–8
15. Dempster M, Donnelly M. Validity of the Percieved Health Competence Scale in A UK primary care setting. Psychology, Health&Medicine. 2008; 13(1): 123–127.
16. Pintar P, Kus B. Kaj je dobro vedeti o srčno žilnih boleznih. Ljubljana: Lek d.d. 2007.
17. Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011: 11.

18. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur. l. RS, št. 22/2009: 2843.
19. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2005: 6–7.
20. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997:3–10; 259–313.
21. Babnik K, Štemberger Kolnik T. Koncept zaznane samoučinkovitosti in njegova aplikacija v zdravstveno nego. V: Železnik D, Kaučič BM, Železnik U. Sedanjost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede. 2013; 173–180
22. Kosmina Novak V. Vpliv reedukacijskega programa za paciente s sladkorno boleznijo tip 2 na pokazatelje metabolne urejenosti. V: Klemenc D, Majcen Dvoršak S, Štemberger Kolnik T. (ur.). 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema« Zbornik predavanj z recenzijo. Brdo pri Kranju: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, 2013: 102.

Dejavniki tveganja
za srčno-žilne bolezni
– izziv zdravstvene nege

Antiedematozna uporabnost kineziotaping trakov po vstavitvi totalnih protez kolka in kolena

The Use of Kinesiotaping Tape against Edema after Insertion of Full Hip and Knee Replacements

Kim Trobec, Boštjan Žvanut, David Ravnik

Povzetek

Teoretična izhodišča: Metoda kineziotapinga je dandanes še vedno dokaj nepoznana tako širši javnosti kot tudi pacientom, ki so z njo soočeni, predstavlja neznanko. S poškodbami kolka in kolena se danes srečuje veliko ljudi, predvsem starejši, katerih vzrok je največkrat osteoporozo. Rešitev za odpravo takih težav pa predstavlja vstavev totalne proteze sklepa. Rehabilitacija je pomemben del zdravljenja in priprave pacienta na sposobnost samooskrbe. Učinkovitost rehabilitacije je dodatno povečala uporaba kineziotape trakov, ki so bistveno prispevali k hitrejšemu zmanjšanju edema in hematoma po operaciji in tako pacientom omogočili hitrejšo laagodje in mobilnost.

Metode dela: S pomočjo literature ter z raziskavo, v katero so bili vključeni pacienti, pri katerih so bile vstavljene totalne proteze kolka oziroma kolena, je bila ocenjena uspešnost uporabe kineziotape kot antiedematoznega pripomočka.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da uporaba kineziotaping trakov po operaciji kolka in kolena pripomore k hitrejši rehabilitaciji, predvsem v zmanjšanju edema.

Diskusija in zaključek: Ugotovili smo, da kineziotape trakovi pripomorejo k hitrejšemu zdravljenju in rehabilitaciji. S pravnimi postopki in preventivo bi lahko skrajšali čas rehabilitacije, medtem ko je potrebno pripravo in spremljanje rehabilitacijskega postopka zaupati strokovnjaku.

Ključne besede: kineziotaping, rehabilitacija, zdravstvena nega, antiedematozna terapija

Abstract

Introduction: Kinesio taping method today is still relatively unknown to the general public as well as to the patients who are confronted with. Currently a lot of people, especially elder population, face hip and knee injuries caused by osteoporosis. The solution to this problem is a total prosthesis implantation. The rehabilitation is an important part of the treatment and

the preparation of the patient's self-sufficiency. The effectiveness of rehabilitation has increased further more with the use of kinesio strips, which contributed significantly to the rapid reduction of the edema and the hematoma after surgery, enabling patient's faster leisure and mobility.

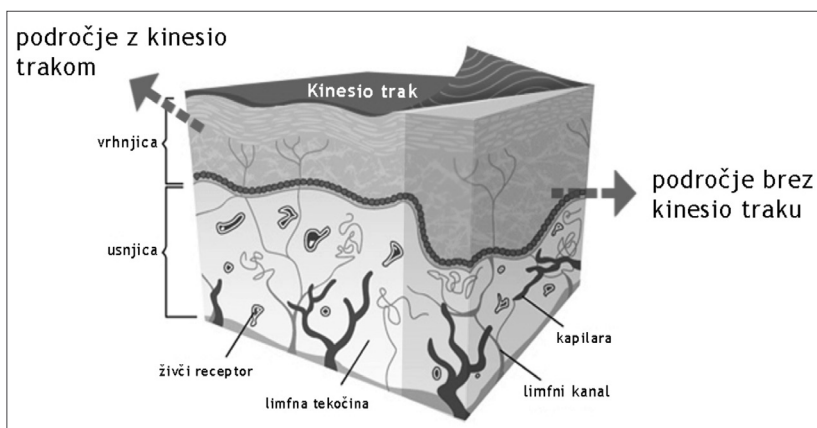
Methods: With the help of literature and a survey in which patients were included in which were inserted total prosthesis of the hip or knee was assessed the effectiveness of the use of kinesio taping tape as prevention to the formation of edema.

Results: The results showed that the use of kinesio taping strip after hip and knee operation contributes to faster rehabilitation, particularly in the reduction of edema.

Discussion and conclusion: From the literature, we found that kinesio taping strip contribute to faster treatment and rehabilitation. With the correct procedures and prevention they shorten rehabilitation time. Preparation and monitoring of the rehabilitation process should be entrusted to an expert.

Key words: kinesiotape, rehabilitation, health care, antiedematous therapy

Uvod



Slika 1: Učinek kineziotaping traku na kožo (2).

Rehabilitacija je pomemben del zdravljenja in priprave pacienta na sposobnost samooskrbe. Učinkovitost rehabilitacije se je dodatno povečala z uporabo kinezio tape (KT) trakov, ki bistveno prispevajo k hitrejšemu zmanjšanju edema in hematoma po operaciji. Pri slednjem terapevtskem postopku uporabljajo poseben elastični lepilni trak, ki ima raztežno sposobnost od 130 – 140 odstotkov prvotne dolžine. Je zelo lahek in tanek kot koža in ne vsebuje farmakoloških učinkovin. Ne povzroča alergij in zaradi svoje strukture dovoljuje, da koža pod njimi diha. Skupaj z drugimi terapevtskimi postopki ga uporabljajo pri osebah z različnimi mišično-skeletnimi in živčno-mišičnimi okvarami. Učinkuje na kožo, fasicije, mišice, sklepe ter na krvni in limfni obtok. Pospešuje ali zavira mišično krčenje in podpira sklepne strukture. Pomembna vloga KT trakov je pri zmanjševanju obsega edema. Edem ali oteklini je nakopičenje tekočine v medceličnem prostoru, ki se kaže kot otekanje. Nastane zaradi prehajanja tekočine iz žil v medcelični prostor, katerega vzrok je pogosto vnetje. Zalar (1) navaja, da se z uporabo KT trakov doseže učinek, ki ustvari več prostora med kožo in miši-

camo ter širi intersticij (Slika 1). Širjenje intersticijskega prostora z uporabo KT trakov vpliva tudi na zmanjševanje bolečine, ker zmanjša pritisk na receptorje za bolečino.

Osnovne značilnosti KT trakov so (3):

- po teži, gostoti in elastičnosti je podoben koži;
- elastičnost traku je samo v eni smeri (vzdolžno);
- posebna razporeditev lepila v valovih (nastanek gub in ohranjanje vlažnosti kože);
- omogoča nemoteno delovanje funkcij kože (dihanje, potenje);
- ne pušča sledov;
- ne vsebuje lateksa;
- vsebuje 100% bombažnih vlaken;
- občutljiv na temperaturo;
- je vodoodporen;
- deluje kot limfna drenaža, 24 ur na dan;
- ne vsebuje zdravil in kemijskih snovi.

Po poškodbah in po operativnih posegih se najprej vključi drenažna tehnika aplikacije KT trakov z namenom (3):

- zmanjšati edem (pred in po operaciji);
- pospešiti absorpcijo hematoma;
- zmanjšati lokalno vnetje;
- povečati periferni krvni obtok;
- zmanjšati napetost v prizadetem tkivu;
- zmanjšati bolečino
- omogočiti limfno drenažo.

Trak je lahko nameščen od tri do pet dni, tako da se lahko uporabnik s trakom tudi kopa in tušira. V redkih primerih lahko pride do draženja kože, takrat je potrebno trak takoj odstraniti. Za KT obstajajo tudi kontraindikacije, kot so na primer septični artritis, globoka venska tromboza, maligna obolenja, nezaceljene rane, dermatološka obolenja in bakterijske okužbe (3).

Metode dela

V okviru raziskave smo opazovali rehabilitacijo pacientov v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, ki so bili sprejeti na načrtovano operacijo totalne endoproteze (TEP) kolena in kolka. Zanimalo nas je, kako učinkovita je metoda limfne drenaže s KT trakovi in ali so pacienti, pri katerih so se KT trakovi uporabili, prej okrevali po operaciji kot tisti pacienti, pri katerih KT trakov nismo uporabili. Namen članka je predstaviti delovanje KT trakov in njihovo učinkovitost pri odpravi edema.

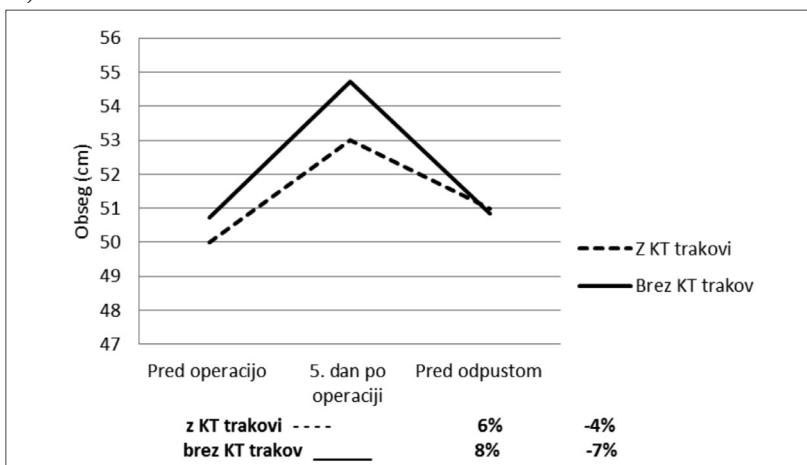
V okviru raziskave smo skupaj zajeli vzorec 54 pacientov (24 pacientov, pri katerih so uporabili KT trakove in 30, pri katerih KT niso bili uporabljeni), ki so bili na oddelek sprejeti zaradi operacije TEP kolka (30 pacientov) oziroma kolena (24 pacientov). KT trakovi so bili uporabljeni pri 17-ih TEP kolena ter pri 7-ih TEP kolka. Trakove so fizioterapevte po lastni presoji aplicirale peti dan po operaciji pacientom, pri katerih se je edem pojavljal v večjem obsegu kot pri ostalih pacientih.

Za pripomočke so uporabili KT trakove, ki so jih fizioterapevtke pred aplikacijo razrezale v obliko pahljače (limfatična korekcija za izboljšanje limfne cirkulacije) in jih nato brez raztega položile na gladko, čisto operirano okončino. Za meritve obsega udov se je uporabil šiviljski meter.

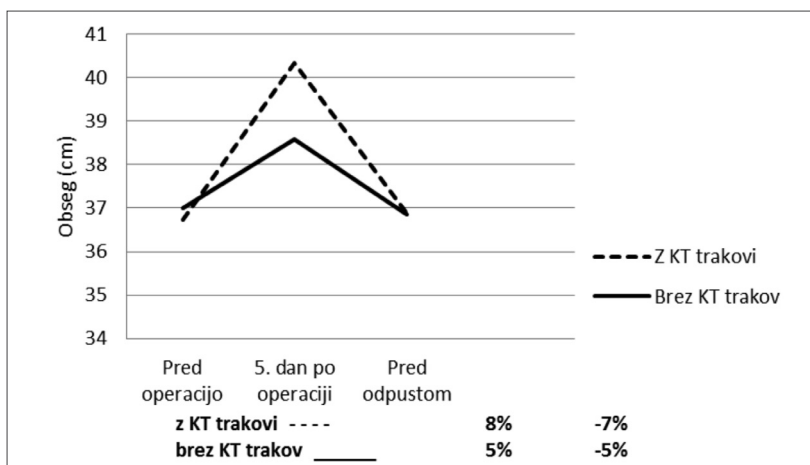
Paciente smo opazovali celoten čas hospitalizacije pred in po operaciji do odpusta. Raziskava je potekala od maja do junija 2013. Pacienti so bili povprečno hospitalizirani 7 dni, kolikor se niso pojavile komplikacije po operaciji. Z meritvami so fizioterapevtke začele že dan pred operacijo in nadaljevale peti dan po operaciji, ko so opazile morebitno prisotnost hematoma oz. limfedema in ugotovile, ali je aplikacija KT trakov potrebna. V času od 7 - 15 ure so fizioterapevtke meritve izvajale pred vstajanjem, ko ud ni bil obremenjen. Pri operaciji kolena so enkrat dnevno izmerile obseg operirane okončine 10 cm nad kolenom v področju štiriglave stegenske mišice in pod operiranim kolenom v področju goleni. Pri operaciji kolka so fizioterapevtke meritve izvajale 15 cm pod operiranim kolkom prav tako v področju štiriglave stegenske mišice. Pri obeh se je meril tudi obseg gležnja. Zadnje meritve so fizioterapevtke opravile na dan odpusta pacienta. KT trakove so aplicirale na popolnoma čisto, nepoškodovano, suho in neporaščeno mesto. Aplikacija je bila izvedena po načinu dekompresije. Baza KT trakov je bila nameščena v bližini limfnih vozlov.

Rezultati

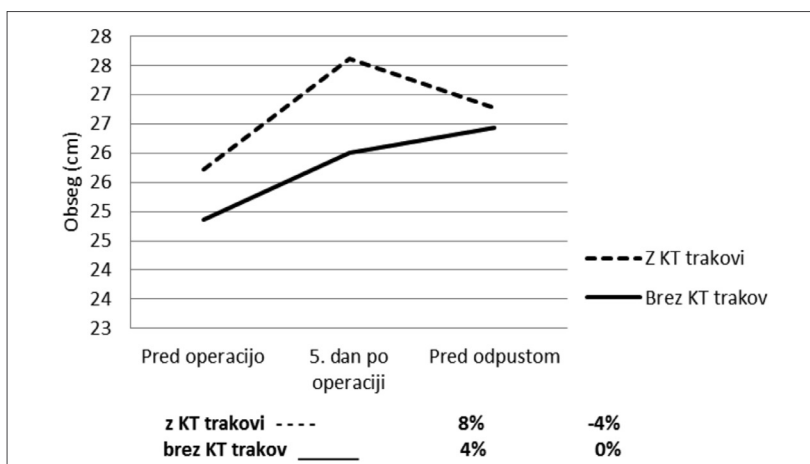
V nadaljevanju so predstavljeni rezultati meritev. Slike 2–4 prikazujejo meritev obsegov po TEP kolena. Slike 5–7 prikazujejo meritev obsegov po TEP kolka. Sliki 2 in 5 prikazujeta omenjene rezultate v področju štiriglave stegenske mišice. Sliki 3 in 6 prikazujeta omenjene rezultate v področju troglave golenske mišice, sliki 4 in 7 pa omenjene rezultate v predelu gležnja.



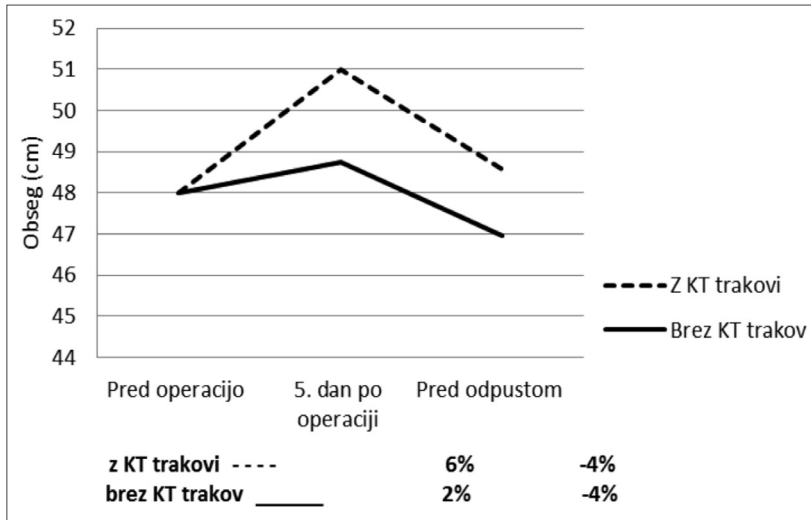
Slika 2: Merjenje obsega povprečne vrednosti in spremembe v področju štiriglave stegenske mišice – TEP kolena.



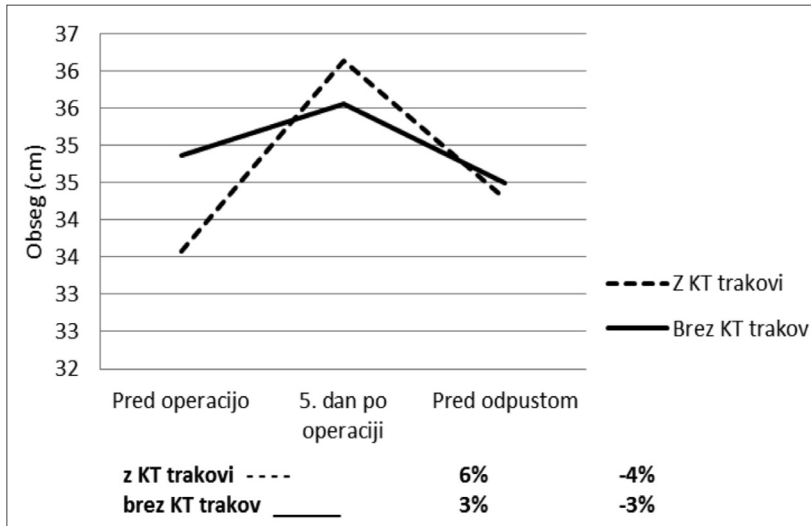
Slika 3: Merjenje obsega povprečne vrednosti in spremembe v področju troglave golenske mišice – TEP kolena.



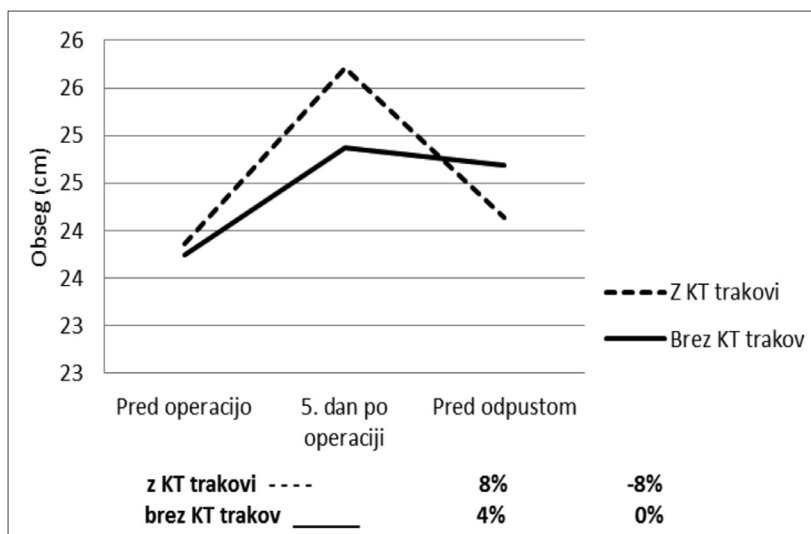
Slika 4: Merjenje obsega povprečne vrednosti in spremembe v področju gležnja – TEP kolena.



Slika 5: Merjenje obsega povprečne vrednosti in spremembe v področju štiriglave stegenske mišice – TEP kolka.



Slika 6: Merjenje obsega povprečne vrednosti in spremembe v področju troglave golenske mišice – TEP kolka.



Slika 7: Merjenje obsega povprečne vrednosti in spremembe v področju gležnja – TEP kolka.

Razprava in zaključek

Merjenja, ki so bila opravljena v bolnišnici, in kasnejša obdelava teh pridobljenih podatkov je pokazala, da je uporaba KT trakov zelo učinkovita po operaciji kolena, saj se je obseg edema bistveno hitreje in bolj zmanjšal. Uporaba KT trakov pri pacientih po operaciji kolka ni dala tako dobrih rezultatov kot po operaciji kolena. Naklon padanja je večji pri pacientih po operaciji kolka brez uporabe KT trakov, zato bi bilo smiselno preveriti, kako bi se spremenili rezultati po operaciji kolka, če bi trakove nameščali ne samo od gležnja do dimelj, ampak tudi od dimelj do pazdušnih bezgavk. Tako bi uporaba KT trakov zmanjšala zastajanje limfe v področju štiriglave stegenske mišice.

Učinek KT trakov je očitno opazen pri pacientih po operaciji kolena, saj je naklon padanja bistveno večji, kakor pri pacientih, kjer KT trakovi niso bili nameščeni. Iz tega lahko povzamemo, da je učinkovitost pogojena s tem, da so trakovi nameščeni nad in pod operiranim sklepom, kar omogoča hitrejši in lažji pretok limfe. Predvsem je učinek opazen na področju troglave golenske mišice in gležnja, malo manj v področju štiriglave stegenske mišice. To nam dovoljuje zaključek, da je smiselno KT trakove polagati tudi nad operiranim sklepom, saj pripomore k zmanjševanju edema, ki je nastal v spodnjih delih operirane okončine zaradi hitrejšega pretoka limfe. Zalar (1) navaja, da je kar nekaj študij potrdilo učinkovitost te terapijske tehnike pri obravnavi akutnih poškodb, pri hitrejši reaktivizaciji, spodbujanju proprioceptivne vadbe, zmanjševanju bolečin, spodbujanju pravih vzorcev gibanja.

Iz literature smo ugotovili, da KT trakovi pripomorejo k hitrejšemu zdravljenju in rehabilitaciji, uporabljajo se lahko tako preventivno kot tudi kurativno (4,5). S pravih postopki in preventivo bi lahko skrajšali čas rehabilitacije. Pomembno pa je, da se priprava in spremljanje rehabilitacijskega postopka zaupa strokovnjaku. KT trakovi ne morejo škodovati, pa vendar le pravilna namestitvev le-teh pokaže spodbudne rezultate (6).

Literatura

1. Zalar M. Učinkovitost uporabe elastičnih lepilnih trakov (kinezio taping). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 2001: 49–53.
2. Studijo Daksis (2013). Kineziološki taping. http://www.studiolinia-bv.si/3_Kinezioloski_taping.html <4.1.2014>.
3. Verdnik NG. Kinesio taping v procesu rehabilitacije. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za medicinsko rehabilitacijo, 2009: 1–11.
4. Merino R, Mayoroga D, Fernandez E, Torres-Ligue G. Effect of Kinesio taping on hip and lower trunk range of motion in triathletes: a pilot study. *J Sport Health Res* 2010; 2 (2): 109–118.
5. Karatas N, Bici S, Baltaci G, Caner H. The effect of Kinesiotape application on functional performance in surgeons who have musculo-skeletal pain after performing surgery. *Turk Neurosurg*. 2012; 22 (1): 83–9.
6. Drouin JL, McAlpine CT, Primak KA, Kissel J. The effects of kinesiotape on athletic-based performance outcomes in healthy, active individuals: a literature synthesis. *J Can Chiropr Assoc*. 2013 Dec; 57 (4): 356–65.

Komplementarne in alternativne metode zdravljenja: priložnosti za zdravstveno in babiško nego

Complementary and Alternative Methods of Health Care: Opportunities for Nursing and Midwifery

Mirko Prosen, Igor Karnjuš

Povzetek

Komplementarne in alternativne metode zdravljenja (KAMZ) lahko opredelimo kot teorije in prakse, ki niso del uradne medicine, čeprav so nekatere izmed njih postopoma postale del nje. Številne KAMZ lahko razdelimo v pet skupin, in sicer intervencije um-telo (npr. meditacija), biološke terapije (npr. zelišča, aromaterapija), manipulativne telesne metode (npr. terapevtska masaža), energijske terapije (npr. terapevtski dotik) ter celoviti medicinski sistemi (npr. homeopatija). K popularnosti teh metod in posledično njihovi večji uporabi prispeva dejstvo, da poudarjajo posameznikovo osebnost ter povezanost med umom in okoljem. V zahodnih državah, kjer imajo KAMZ pravno urejen status, je za njihovo izvajanje v zdravstvenih institucijah kompetentna poleg uradne medicine in drugih uradno priznanih izvajalcev, tudi zdravstvena nega in babištvo. Vsebine KAMZ v teh državah postajajo tudi del učnih načrtov na nivoju fakultetnega izobraževanja medicinskih sester in babic. Z vidika profesionalizacije pomenijo KAMZ, ob naraščajočem številu znanstvenih dokazov o njihovi varnosti in učinkovitosti, priložnost in izziv za razvoj zdravstvene nege in babištva. Čeprav se pojavljajo številna vprašanja in dileme povezane z integracijo in uporabo KAMZ v klinični praksi zdravstvene nege in babištva, pa njihova uporaba predstavlja nadgradnjo v načrtovanju zdravstvene in babiške nege.

Ključne besede: integrativna medicina, zdravstvena nega, babištvo, profesionalizacija, nekonvencionalni pristop

Abstract

Complementary and alternative medicine (CAM) can be defined as the theories and practices that are not part of the conventional medicine, although some of them have gradually become a part of it. CAM is typically divided in five subgroups, namely mind-body interventions (e.g. meditation), biologically based therapies (e.g. herbal remedies, aromatherapy),

manipulative and body based therapies (e.g. massage therapy), energy therapies (e.g. therapeutic touch) and alternative medical systems (e.g. homeopathic medicine). To the popularity of these therapies and consequently their greater use contributed the fact that they emphasise the individual's personality and the relation between the mind and the environment. In Western societies, where CAM is legally regulated, the providers are besides medical doctors and other legal practitioners, also nurses and midwives. In these societies CAM is also becoming a part of the curriculum for medical, nursing and midwifery students. In terms of professionalization of nursing and in light of the growing number of scientific evidence of their safety and efficacy, CAM represents an opportunity and a challenge for further development of nursing and midwifery. Although there are a number of issues and dilemmas related to the integration and use of CAM in clinical practice, their use presents an advanced approach in planning patients care in nursing and midwifery.

Key words: integrative medicine, nursing care, midwifery, professionalization, unconventional approach

Uvod

Če so bile v sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja komplementarne in alternativne metode zdravljenja (v nadaljevanju KAMZ) v glavnem alternativa konvencionalnemu zdravljenju, je v zadnjem desetletju uporaba le-teh doživela velik razmah (1). Slednje je tudi povezano z ekonomskim vidikom in velikim potencialom vstopa tradicionalnih zdravil na globalne trge. Zakonodajalci, uporabniki in profesionalne organizacije (tudi organizacije povezane s prakso konvencionalne medicine) pozivajo k intenzivnejšemu dokazovanju učinkov KAMZ, integraciji KAMZ s konvencionalno medicino, podpori javnega sektorja za uvajanje KAMZ ter razvoju celovite nacionalne politike, ki je v številnih državah nastala na podlagi potreb uporabnikov. Pri tem imamo seveda dve skrajnosti: države, ki želijo vključiti KAMZ v del formalnega zdravljenja in države, kjer se proces regulacije in priznavanja sploh ni začel (2). V tem pogledu Slovenija ubira neko svojo pot. V letu 2007 je bil sprejet Zakon o zdravilstvu (ZZdrav) (3), ki pa področja ne obravnava celovito oz. vsaj ne na način, ki je omenjen zgoraj.

Številne profesionalne skupine znotraj zdravstvenega sistema si prizadevajo po širitvi jurisdikcije tudi na druga področja zdravljenja (4). KAMZ predstavljajo, vsaj za nekatere izmed teh profesionalnih skupin priložnost in izziv, ki bi izboljšal njihov profesionalni status. Zdravstvena in babiška nega, ki sta bili v preteklosti zaradi svojega marginaliziranega položaja v neenakopravnem položaju do ostalih profesionalnih skupin, predstavljata odlično izhodišče za uporabo KAMZ v klinični praksi.

Namen prispevka je predstaviti značilnosti KAMZ, razlike med njimi in biomedicinskim modelom ter možnosti vpljave KAMZ v zdravstveni in babiški negi.

Nekonvencionalni načini zdravljenja

KAMZ vključujejo številne filozofije in metode. Skupaj predstavljajo izziv obstoječim konceptom zdravja in bolezni predstavljenih v medicinskem modelu. Alternativna medicina v današnjem pomenu zajema vse medicinske prakse izven meja konvencionalne medicine (5), imenovane tudi uradna, šolska, veljavna, ortodoksna, tradicionalna zahodna ali alopatska medicina (1). Izraz alternativna medicina se je uveljavil v 80. letih prejšnjega stoletja in je sprva pomenil drugačen pristop k zdravljenju od uveljavljenega modela uradne medicine (6,7).

Poleg pojma alternativna medicina govorimo še o pojmu komplementarna medicina in integrativna medicina. Pri teh ne gre za ene in iste stvari, ampak dva povsem različna terapevtska pristopa (1). Komplementarna medicina vključuje metode zdravljenja, ki se za krepitev zdravja in lajšanje simptomov bolezni uporabljajo ob konvencionalni medicini. Integrativna medicina pomeni združevanje klasične medicine in preverjenih komplementarnih metod zdravljenja s poudarjanjem temeljnega pomena odnosa med pacientom in terapevtom ter pomena sodelovanja pacienta pri ohranjanju zdravja in zdravljenju bolezni. Integrativna medicina obravnava paciente holistično (z umom, duhom, telesom in življenjskim slogom), in vse te dimenzije vključuje tako v diagnozo kot zdravljenje. Temelji na tim. biopsihosocialnem modelu (6 str.134).

West (1993; cit. po 5) priznava, da je težko opredeliti tako raznolike prakse alternativnih in drugih metod zdravljenja. Predlaga delitev metod v tri večje skupine, in sicer fizikalne, psihološke in paranormalne. Znotraj teh skupin lahko poteka nadaljnja členitev na metode, ki zahtevajo visoko mero usposobljenosti in tiste, ko jih avtorica sama imenuje »sam svoj mojster«. V ZDA ustanovljeni Nacionalni center za komplementarno in alternativno medicino (National Centre for Complementary and Alternative Medicine) (2007; cit. po 8) deli KAMZ v pet kategorij: (1) metode um-telo (npr. meditacija, hipnoterapija), (2) biološko osnovane metode (npr. zelišča, aromaterapija), (3) manipulativne in telesne metode (npr. terapevtska masaža), (4) energijske metode (npr. terapevtski dotik, qi gong, reiki) ter (5) celostni medicinski sistemi (npr. homeopatija, kitajska medicina). Tataryn (2002; cit. po 9 str.42–3) predlaga delitev, ki temelji na filozofiji zdravja in bolezni ter jo pokrivata tako komplementarna in alternativna medicina kot konvencionalna:

- Telesna paradigma (npr. diete in prehranska dopolnila);
- Paradigma um-telo (npr. meditacija, hipnoza);
- Paradigma telo-energija (npr. akupresura, kitajska medicina, terapevtski dotik)
- Paradigma telo-spiritualnost (npr. vera v ozdravljenje, spiritualno zdravje)

Marginalizacija nekonvencionalnih pristopov zdravljenja

Pomemben element statusa alternativne medicine, v primerjavi z uradno medicino in njenim biomedicinskim modelom, leži v različni konceptualizaciji odnosov med umom, telesom in dušo (Tabela 1). Drugi in enako pomemben element alternativnih praks je njihova institucionalna in profesionalna marginalizacija (5,10). Številne skupine izvajalcev KAMZ stremijo k priznanju KAMZ kot del metod zdravljenja uradne medicine. Njihova prizadevanja naletijo na različne odgovore, ki pa imajo pomemben vpliv na distribucijo moči znotraj zdravstvenega sistema (8).

Uradna medicina se vse bolj sooča s povečanimi zahtevami svojih uporabnikov. Nekdaj dominantni položaj medicine postavljajo vse bolj pod vprašaj izvajalci KAMZ in tudi informirana javnost. Obenem se z naraščanjem števila zdravilcev ali izvajalcev KAMZ zmanjšuje avtonomija medicine (10,11). Zanimiv preobrat, ki pove, da se medicina poskuša prilagajati novonastalim razmeram, predstavlja tudi vse večje vključevanje KAMZ v učne načrt medicinskih fakultet (v ZDA) (11) in tudi fakultet, ki izvajajo program zdravstvene nege (12). Študija v Veliki Britaniji je pokazala, da 40 odstotkov zdravnikov splošne medicine omogočilo pacientom dostop do oblike KAMZ. Približno 20 odstotkov KAMZ je

pacientom zagotovil zdravnik ali drugi član zdravstvenega tima na primarni ravni (10 str. 108–9).

Tabela 1: Konceptualizacija zdravja: razlike med alternativno medicino in biomedicinskim modelom (Aakster, 1993; cit. po 5 str. 49).

Alternativna medicina	Biomedicinski model
Zdravje je ravnovesje med nasprotujočimi si silami v telesu.	Zdravje je odsotnost bolezni.
Bolezen je razumljena kot prisotnost negativnih sil, ki motijo ravnovesje v telesu. Simptomi so produkt poskusa telesa, da se znebi toksičnih substanc.	Bolezen je opredeljena v povezavi z obolevnostjo specifičnega organa/organskega sistema. Bolezen je razumljena kot deviacija od normalnega delovanja.
Do diagnoze se pride z »branjem« telesa, proučevanjem prehranjevalnih navad, življenjskega stila in tipa konstitucije.	Diagnoza se postavi s pregledom oblike in strukture specifičnega obolelega organa/organskega sistema in stopnjo odstopanja (deviacije) od normale.
Zdravljenje temelji na poskusu krepitev in pozitivne pozitivnih sil znotraj telesa.	Zdravljenje je sestavljeno iz poskusov uničenja ali zatrtja bolezni.

Zdravniki, pacienti, država in druge družbene institucije imajo tako do konvencionalnega kot do nekonvencionalnega razumevanja zdravja (in bolezni) različna stališča. Kar se zdi pomembno pacientu namreč ni nujno pomembno zdravniku. Odločitev, da bo posameznik, zdrav ali bolan, iskal pomoč v okviru konvencionalne medicine, je lahko samo ena izmed možnosti, s katero se sooča. Tudi sama fizična pojavnost bolezni še ni zadosten razlog, da ljudje poiščejo pomoč zdravnika ali zdravitelja; velikokrat so vzroki psihosocialne narave. Na kakšen način bo pacient pristopil k zadovoljevanju svojih potreb po zdravljenju, je odvisno predvsem od socialne mreže oz. referenčnega sistema posameznika ter zdravstvenega prepričanja, ki je pogosto pod vplivom kulture v kateri živi (6 str. 134). Zalokar in Zalokar (1) ugotavljata, da je vse večje zanimanje ljudi za uporabo KAMZ v zadnjem desetletju mogoče pripisati številnim dejavnikom. Med temi izstopajo nezadovoljstvo z izidi zdravljenja in nezadovoljstvo z odnosom med zdravnikom ter pacientom, spremenjene družbene vrednote in prepričanja o zdravju, boljši dostop do informacij ter rastoče število znanstvenih dokazov o varnosti in učinkovitosti KAMZ. Tabela 2 podrobneje prikazuje razloge zakaj se ljudje odločajo za uporabo KAMZ.

Tabela 2: Razlogi zakaj ljudje izberejo KAMZ (Sharma, 1992; Coward, 1993; Lupton, 1995; cit. po 5 str. 51).

Omejitev biomedicine	<ul style="list-style-type: none"> – Biomedicina ni sposobna »zdraviti« določenih stanj. – Biomedicina premalo poudarja vzroke bolezni in se preveč ukvarja z odpravljanjem simptomov. – Stranski učinki biomedicinskega zdravljenja so potencialno nevarni. – Biomedicinsko zdravljenje je pogosto preveč drastično in invazivno.
Koristi alternativne medicine	<ul style="list-style-type: none"> – Zagotavlja razlage o vzrokih slabega zdravja in bolezni v kontekstu posameznikovega življenjskega stila. – Zagotavlja bolj enakopraven odnos med pacientom in zdravitelcem. – Ponuja alternativo »high-tech« medicini. – Pri zdravljenju obravnava posameznika holistično. – Spodbuja posameznika k večji odgovornosti za svoje zdravje.
Uporaba alternativne medicine kot ekspresije postmoderne družbe	<ul style="list-style-type: none"> – Uporaba alternativne medicine izkazuje večjo željo po samo izražanju in možnosti izbire. – Uporaba alternativne medicine izziva kulturno dominanco biomedicine. – Uporaba alternativne medicine je odraz splošnega trenda vzdrževanja telesa skozi potrošniško kulturo.

Uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja v zdravstveni negi in babištvu

Medicinske sestre in babice so zgodovinsko gledano zasedale marginaliziran položaj v odnosu do medicine, čeprav sta obe poklicni skupini poskušali preseči mnogo prej postavljene meje (4). Z internaliziranjem podrejanja kot vrednote je pridobitev moči toliko težja ugotavlja Pahor (13). V tem kontekstu tudi danes, oba poklica nista še dosegla popolno priznanega profesionalnega statusa (4). Walby (1994; cit. po 13) ugotavlja, da elementi nove profesionalne vloge zdravstvene nege temeljijo na večji avtonomiji, zasnovani na teoretičnem znanju; premiku od biomedicinskega modela k holističnemu pristopu; v odnosu do pacienta spodbujati njegove lastne potenciale v procesu zdravljenja. Vstop medicinskih sester in babic na področje komplementarnega in alternativnega zdravljenja je v funkciji njihove profesionalne vloge, zgodovine njihovega poklica, sprememb v njihovi formalni socializaciji, lastnih poklicnih težnjah, samopodobi in dinamiki komponent njihove ženske (ali moške) vloge (14).

Vključevanje medicinskih sester in babic v KAMZ se srečuje s številnimi omejitvami. Shuval (14 str. 1786) opredeljuje pglavitne omejitve, za katere pa pravi, da niso edine in tudi ne nespremenljive:

Teritorialne omejitve, ki opredeljujejo prostorske vrzeli med posameznimi oblikami prakse. Normativna pravila so obvezna znotraj fizičnega in organizacijskega teritorija ter jasno razmejena.

- *Epistemološke omejitve*, ki kažejo na normativne aksiome in teorije na katerih temelji praksa, predvsem njene omejitve in zanesljivost uporabe.
- *Autoritativne omejitve*, ki so povezane s hierarhijo moči in determinirajo vpliv in nadzor. Ravnovesje moči med biomedicino in KAMZ je še vedno v prid biomedicini, ki ima monopolni položaj nad legitimnostjo in nadzorom nad pomembnimi resursi, tako političnimi kot ekonomskimi.
- *Družbene omejitve*, ki opredeljujejo naravo pomembnih družbenih skupin. Te zagotavljajo instrumentalno pomoč, identiteto in družbeno podporo.

Holizem je osnovni element filozofije zdravstvene in babiške nege, kot tudi KAMZ. Zato medicinske sestre in babice predstavljajo odlično izhodišče vključevanja KAMZ v klinično prakso konvencionalnega zdravljenja. Osrednji element tega vključevanja je znanje. Izobraževanje je integralni del razvoja odličnosti v praksi zdravstvene in babiške nege ter kontinuiran, dinamičen proces intelektualne rasti in razvoja (15). Čeprav je izobraževanje s področja KAMZ v učnih načrtih izobraževanja medicinskih sester in babic redkost (15), se razvijajo programi z vsebinami KAMZ ter s tem povezanimi kompetencami (12). Številne študije med študenti zdravstvene nege in medicine tudi potrjujejo pozitiven odnos do KAMZ ter visoko zanimanje za njihovo izvajanje (16). Mednarodna in nacionalna poklicna združenja v zdravstveni negi so izrazila pozitivna stališča do uporabe KAMZ. Mnoga med njimi so tudi opisala osnovne kompetence medicinskih sester in potrebne vsebine kurikulumu v izobraževalnem procesu (12).

Razvoj profesije je dolgotrajen proces, ki vključuje veliko mero »pogajanj« z ostalimi poklicnimi – profesionalnimi združenji. Cant, Watts in Ruston (4) v raziskavi ugotavljajo, da kljub temu, da so KAMZ videne kot sredstvo za povečevanje profesionalnega statusa

medicinskih sester in babic, je povezava med izvajanjem KAMZ in profesionalnim statusom negotova in v stalnem pogajalskem procesu glede kompetenc. Medicinske sestre in babice so v nameri, da bi ohranile status izvajalca KAMZ uporabile vrsto praktičnih in epistemoloških strategij, da bi oblikovale svoje kompetence; urejale svoje odnose do biomedicine in legitimirale izvajanje KAMZ v bolnišnicah.

Diskusija in zaključki

Strokovna literatura zadnjih nekaj let v obravnavi področja KAMZ poudarja vse večje potrebe po izobraževanju in pridobivanju veščin, ustvarjanju formalnih izobraževalnih programov, raziskovanju in razvoju pravne regulative (9). Na prvi pogled se zdi, da je KAMZ idealno področje, na katerem se lahko razvijajo nove oblike avtonomne prakse in v pacienta/ko osrediščene zdravstvene in babiške nege. Zahteve uporabnikov po uporabi KAMZ postajajo iz dneva v dan bolj očitne. Po drugi strani pa gre za področja, kjer je biomedicina relativno neučinkovita ali nezainteresirana, zato predstavljajo KAMZ plodna tla za vstop drugih profesionalnih skupin. Ne glede na to, so poskusi vpeljave KAMZ v bolnišnična okolja doživeli redke uspehe ali pa klavrno propadli (4). Uspehi integracije KAMZ v klinično prakso so bili vidni samo v državah, kjer je področje pravno formalno urejeno (4,11,12).

Čeprav ni dvoma o tem, da so KAMZ v kliničnem okolju s strani vseh formalnih izvajalcev videne kot podporno zdravljenje (biomedicinski način izobraževanja), pa njihovo izvajanje s strani zdravstvene ali babiške nege odpira zlasti dve pomembni vprašanji. Prvo se ukvarja z ožjim profesionalnim delovanjem teh dveh disciplin in drugo, s širšim družbenim konsenzom uporabe KAMZ. Prvi del odpira predvsem razprave o znanju in njihovem formalnem izobraževanju o KAMZ. Kako izobraževati in na kakšen način oblikovati učne vsebine, katere metode KAMZ naj bi sploh izvajale medicinske sestre in babice, kakšne kompetence v odnosu do biomedicine naj bi izvajalci KAMZ posedovali ipd. Drugo, vsaj na prvi pogled kompleksnejše vprašanje, se dotika vpliva kulture in njenega odnosa do KAMZ, sprejemanje KAMZ s strani dominantne profesionalne skupine in najpomembnejše, kakšen je njen odnos do izvajanja KAMZ s strani izvajalcev zdravstvene in babiške nege. Slednje se zdi ključnega pomena, kolikor želimo KAMZ vključiti v klinično prakso.

Komplementarne in alternativne terapije omogočajo v zdravstveni oskrbi holistično obravnavo bolezni in v razvitem svetu bistveno prispevajo k lažšanju simptomov kroničnih obolenj kot tudi preventivi. Dandanes je na voljo vse več kliničnih dokazov o njihovi uspešnosti, kljub temu pa je pred nami še dolga pot k sprejetju in integraciji KAMZ kot delu sodobne zdravstvene oskrbe (17).

Literatura

1. Zaloker A, Zaloker U. Komplementarna in integrativna medicina. *Zdravniški Vestnik* 2011; 80 (1): 33–8.
2. Bodeker G, Burford G. *Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Policy and Public Health Perspectives*. London: Imperial College Press; 2006
3. Zakon o zdravilstvu (2007). <http://www.uradni-list.si/1/content?id=82663<25.11.2013>>
4. Cant S, Watts P, Ruston A. Negotiating competency, professionalism and risk: The integration of complementary and alternative medicine by nurses and midwives in NHS hospitals. *Social Science & Medicine* 2011; 72 (4): 529–36.

5. Barry AM, Yuill C. *Understanding Health: A Sociological Introduction*. London: Sage; 2002.
6. Bezenšek J, Barle A. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta; 2007.
7. Buchan S, Shakeel M, Trinidad A, Buchan D, Ah-See K. The use of complementary and alternative medicine by nurses. *British Journal of Nursing* 2012; 21 (11): 672–5.
8. Smith GD, Wu SC. Nurses' beliefs, experiences and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(17–18): 2659–67.
9. Dayhew M, Wilkinson JM, Simpson MD. Complementary and alternative medicine and the search for knowledge by conventional health care practitioners. *Contemporary Nurse* 2009; 33 (1): 41–9.
10. White K. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage; 2002.
11. Kelner M, Wellman B, Boon H, Welsh S. Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario. *Social Science & Medicine* 2004; 59 (5): 915–30.
12. Booth–LaForce C, Scott CS, Heitkemper MM, Cornman BJ, Lan MC, Bond EF, Swanson KM. Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum. *Journal of professional nursing* 2010; 26 (5): 293–300.
13. Pahor M. *Sociologija za zdravstvene delavce*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 1999.
14. Shuval J. Nurses in alternative health care: Integrating medical paradigms. *Social Science & Medicine* 2006; 63 (7): 1784–95.
15. O'Regan P, Wills T, O'Leary A. Complementary therapies: a challenge for nursing practice. *Nursing Standard* 2010; 24 (21): 35–9.
16. Yildirim Y, Parlar S, Eyigor S, Sertož OO, Eyigor C, Fadiloglu C, Uyar M. An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(7–8): 1157–66.
17. Van der Riet P. Complementary therapies in health care. *Nursing & Health Sciences* 2011; 13 (1): 4–8.

Čuječnost in ustvarjalnost: na čuječnosti temelječe umetnostne terapije in celostna zdravstvena nega

Mindfulness and Creativity: Mindfulness Based Arts Therapies and Holistic Nursing

Aleksandra Schuller

Povzetek

Prispevek predstavi *na čuječnosti temelječe umetnostne terapije* in njihove potenciale za celostno zdravstveno nego. Pri tem se osredotoča na pomen vključevanja *na čuječnosti temelječih praks* in *principov pomoči z umetnostnimi izraznimi sredstvi* v študijske programe Zdravstvene nege ter vseživljenjsko izobraževanje strokovnjakov na tem področju.

Ključne besede: čuječnost, na čuječnosti temelječe umetnostne terapije, umetnostne terapije/ pomoč z umetnostjo in celostna zdravstvena nega

Abstract

Paper presents Mindfulness-Based Arts Therapies and their potentials for Holistic Nursing. With this focuses on the importance of inclusion of Mindfulness Based Practices and principles of Arts Therapies in Nursing Education Programmes and Lifelong Learning for Nursing Professionals.

Key words: mindfulness, mindfulness-based arts therapies, arts therapies and holistic nursing

Uvod

Prispevek predstavi *na čuječnosti temelječe umetnostne terapije* (ČTUT) in osvetli razvojne potenciale, ki jih ima aplikacija principov čuječnosti in ustvarjalnosti v celostni zdravstveni negi. Različne oblike *na čuječnosti temelječih umetnostnih terapij* (to opredelitev predlagam kot prevod termina *Mindfulness Based Arts Therapies*) so v umetnostno-terapevtski praksi prisotne že desetletja. Prva znanstvena monografija, *Mindfulness and the Arts Therapies* (1), sistematičen prikaz teoretskih izhodišč in raznovrstnih praks ČTUT, pa je izšla šele pred kratkim. Pristop v slovenskem prostoru ni širše poznan, zato pričujoča razprava podaja kratek oris njegovih osnovnih značilnosti, s poudarkom na možnostih za vključevanje ČTUT v celostno orientirano zdravstveno nego oziroma zdravljenje.

Umetnostne terapije – pomoč z umetnostnimi izraznimi sredstvi

S pojmom *umetnostne terapije* (v mednarodni rabi sta najpogostejši poimenovanji *Arts Therapies* in *Expressive Arts Therapies*, v Sloveniji pa *Pomoč z umetnostjo*) označujemo (psiho) terapevtsko pomoč z umetnostnimi izraznimi sredstvi: osnovne smeri so glasbena, likovna, dramska, plesno-gibalna terapija; z razvojem pa so nastale tudi njihove izpeljanke kot sta npr. foto- in videoterapija. Navedene prakse so samostojne terapevtske modalitete, ki jih izvajajo strokovnjaki z nazivom umetnostni terapevt oziroma umetnostni psihoterapevt (skladno s kompetencami posameznika).

Phil Jones (2) v svojem pregledu izvorov, teorije in prakse umetnostnih terapij slednje opredeli kot *revolucijo v zdravstvu*: ta oznaka je pomenljiva, saj zelo neposredno definira primarno področje te stroke, umetnostne terapevte pa kot strokovnjake v zdravstvu. Toda, le manjšina umetnostnih terapevtov v EU je zaposlena v javnem zdravstvu, pogosteje jih srečamo na vseh ravneh vzgoje in izobraževanja ter v zasebni praksi, kjer pa njihovo področje delovanja velikokrat ni jasno opredeljeno in obsega tako umetnostno-pedagoške kakor tudi umetnostno-terapevtske dejavnosti.

V Sloveniji izobraževanje umetnostnih terapevtov poteka na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani, na podiplomskem programu *PZU – Pomoč z umetnostjo*: v letih 1996–2009 kot specializacija, od leta 2012 pa kot magisterij (2. bolonjska stopnja). Program je integrativno zasnovan: študenti se seznanijo z različnimi vrstami umetnostnih terapij, praviloma pa se specializirajo v eni izmed njih. Strokovnjaki s področja se od leta 2004 združujejo v SZUT – Slovensko združenje umetnostnih terapevtov, ki si prizadeva za usklajevanje poklicnih standardov z EU združenji, organizira strokovna srečanja, izdaja publikacije ter tako skrbi za uveljavljanje in prepoznavnost stroke v Sloveniji.

Na čuječnosti temelječa umetnostna terapija (ČTUT)

ČTUT se od drugih pristopov na področju umetnostnih terapij razlikuje po podstati ter usmerjenosti svojega dela, zato jo je mogoče opredeliti kot *kultiviranje čuječnosti s pomočjo umetnostnih izraznih sredstev* in tudi kot *čuječnostno usmerjen ustvarjalno-terapevtski proces*. To izhodišče kot predpogoj za izvajanje ČTUT postavlja *osebno izkušnjo*, terapevtovo lastno prakso čuječnosti in ustvarjalnosti.

Čuječnost je pomenski ekvivalent angleškega termina *Mindfulness*, ki se je v slovenskem zdravstvu uveljavil predvsem z raziskavami na čuječnosti temelječih pristopov v psihoterapiji (3, 4). Kot sekularizirana praksa, ki se (za razliko od tradicionalnih praks čuječnosti) izvaja neodvisno od kakršnegakoli sistema religioznih prepričanj, je *čuječnost* zdravstvenim strokovnjakom najbolj poznana preko programa *MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction*, ki ga je leta 1979 v Univerzitetnem medicinskem centru v Massachusettsu pod imenom *Program za zmanjševanje stresa* začel razvijati Jon Kabat-Zinn (5). Ta osemtedenski program obsega različne vidike čuječnosti: udeleženci se zavežejo k vsakodnevni izvajanju niza preprostih jogijskih vaj, program tvorijo tudi meditacija v sedečem položaju in/ali v gibanju, tehnike osredotočanja pozornosti na dihanje in telo, tehnike sproščanja ter praksa nepresojajočega pričevanja toku lastnih zaznav (npr. dihanju, telesnim občutkom, mislim, čustvom). MBSR udeležence senzibilizira za prakticiranje in raziskovanje učinkov čuječe, do sebe ter drugih nepresojajoče in empatično naravnane prisotnosti v vsakdanjem

življenju: npr. kako negujemo svoje telo, kako se hranimo, hodimo, kako se odzivamo na fizično bolečino/misli/čustva/odnose in načine komunikacije; kako prepoznavamo in izražamo svoje potrebe itd.

Iz tega programa je izšla *MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy* (6,7), pa tudi drugi na čuječnosti temelječi pristopi (t. i. *MBA – Mindfulness Based Approaches*, med katere sodi ČTUT), ki se danes uporabljajo v zdravstvu, izobraževanju, v profesionalnem športu in drugih delovnih okoljih. V treh desetletjih razvoja tega področja so nastale številne raziskave (3, str. 81–84), ki izkazujejo zelo pozitivne rezultate, ki jih ima aplikacija čuječnostnih pristopov v poteku soočanja, zdravljenja in življenja z različnimi, tudi kroničnimi boleznimi; še posebej na področju psihiatrije/psihoterapije, npr. pri zdravljenju anksioznosti in depresije.

Čeprav Kabat-Zinnov program izhaja iz tradicionalnih praks čuječnosti (zen budižem in joga), se osredotoča predvsem na njihovo neposredno učinkovitost, brez navezave na duhovno/religijsko tradicijo, ki ji pripada posamezna tehnika: s tem vzpostavi čuječnost kot nadredni pojem, ki zaobjame tako tradicionalne kot tudi sodobne prakse, ki jih ne združuje ideološki kontekst, temveč njihova esenca, osebna izkušnja čuječnosti (8).

Čuječnost v okviru ČTUT Rappaport in Kalmanowitz (9) definirata kot *prakso sprejemanja in nepresojajočega zavedanja danega trenutka*. Ob tem izpostavita, da je čuječnost tudi inherentna značilnost ustvarjalnega procesa, ki se lahko pojavi v trenutkih, ko smo popolnoma osredotočeni na to, kar ustvarjamo: prenehamo se zavedati linearnega poteka časa, dinamika našega uma/telesa se umiri; posamezniki pa takšna stanja pogosto opisujejo kot telesno in duševno sproščenost ter globoko zadovoljstvo; tudi kot transformirajoča in zdravilna. Številni izpostavljajo občutek spojenosti z dejavnostjo: *kot da sem eno z risanjem, gibanjem; s pesmijo, ki jo pojem ali z glasbo, ki jo izvajam* itd.; tako je *kultiviranje notranje priče* neodtujljivi potencial ustvarjalnega procesa, ki se udejanja zmeraj, ko ustvarjalno dejavnost ali ustvarjene produkte motrimo take, kakršni so. To seveda lahko počnemo tako s stališča nepresojajoče priče (brez opredeljevanja prisostvujemo mislim, občutkom, čustvom, podobam, ki se pojavljajo v naši zavesti) in/ali s perspektive estetskega vrednotenja.

ČTUT se je pojavila s prenosi tradicionalnih (kot so jih razvile budistična, hinduistična, judovska, krščanska, islamska duhovna tradicija) in sodobnih, sekulariziranih praks čuječnosti v umetnostno terapijo. Osnovna značilnost slednje je, da ponudi ustvarjalno-terapevtski kontekst in izrazna sredstva za to, da lahko svoje zaznave in odzive nanje raziskujemo tako, da jih *utelesimo* (najbolj eksplicitno v gibalni, plesni ali dramski terapiji), *upodobimo* (izrazimo z likovnimi sredstvi, npr. kolaži, risbe, slikanje, modeliranje v glini, fotografija in video) ali *zvočimo* (uporaba glasbil, zvočil, zvokov v prostoru/naravi, lastnega glasu v glasbeni terapiji). Včasih šele ustvarjalna materializacija notranje izkušnje odpre (nov ali presenetljivo svež) uvid v neko za nas pomembno temo.

Na čuječnost usmerjena umetnostna terapija je lahko *specializirana* (izvaja se v eni sami umetnostno-terapevtski modaliteti) ali *integrativna* (ustvarjalno-terapevtski proces je zasnovan tako, da udeležencem nudi možnost izbire med likovnimi, glasbenimi, dramskimi ali plesno-gibalnimi izraznimi sredstvi/načini izražanja, s čimer tovrstno samoraziskovanje lahko poteka v še bolj pretanjenih odtenkih), *zmeraj pa izhaja iz ustvarjalnega delovanja kot prakse čuječnosti*.

Primer uporabe principov ČTUT: izkustveni seminar Čuječnost in ustvarjalnost

Na čuječnost usmerjena umetnostna terapija se v praksi manifestira na raznovrstne načine, zato se posamezni ČTUT pristopi razlikujejo tako po tem, iz katerih praks čuječnosti izhajajo kakor tudi po tem, katere umetnostne medije uporabljajo. V nadaljevanju bo predstavljen oris študije primera; tj. razvijajočega se ČTUT pristopa, ki nastaja skozi izkušnje pri izvajanju seminarja *Čuječnost in ustvarjalnost*. Izkustveni seminar se osredotoča na samoraziskovanje in kultiviranje čuječnosti skozi različna umetnostna izrazna sredstva, zasnovan pa je kot dolgoročen raziskovalno-izobraževalni projekt (2011–), ki se v organizaciji Javnega sklada za kulturne dejavnosti Republike Slovenije razpiše dvakrat letno.

Čuječnost in ustvarjalnost po svojih vsebinah ustreza tako vseživljenjskemu učenju kakor strokovnemu izpopolnjevanju, zato je seminar doslej pritegnil raznovrstne udeležence: največ strokovnjakov s področja vzgoje in izobraževanja (vzgojitelji in učitelji; specialni, socialni, gledališki, plesni in glasbeni pedagogi); po številčnosti jim sledijo ustvarjalci na področju umetnosti (glasba, likovna umetnost in arhitektura, uprizoritvene umetnosti, literatura); s področja zdravstva so bili zastopani trije strokovni profili (psiholog, delovni in umetnostni (psiho)terapevt); nekaj udeležencev pa je prišlo izključno zaradi osebnega zanimanja. Motivacija za sodelovanje je bila pri večini dvojna: 1. izkusiti ustvarjalni proces kot prakso čuječnosti; 2. nadgraditi svoje, že obstoječe pedagoško/svetovalno/terapevtsko delo z drugimi.

Seminar obsega štirideset pedagoških ur, izvaja pa se v obliki dveh zaporednih vikendov, v katerih je čuječnost osnovna atmosfera našega skupnega delovanja. To se odraža v kvaliteti pozornosti, ki jo člani skupine namenijo sebi, drug drugemu, prostoru in ustvarjalnim izraznim sredstvom; v ohranjanju te naravnosti v odmorih med jutranjim in popoldanskim delom; predvsem pa v tem, kako poteka individualni/skupinski ustvarjalni proces. Čuječnost je v tem kontekstu razumljena kot način posameznikove prisotnosti v danem trenutku: kot nasledek kultiviranja pozornosti in zavedanja, neposrednega izkustva različnih oblik pričevanja sebi. Praksa čuječnosti v predstavljenem primeru poteka s pomočjo umetnostnih izraznih sredstev in to je značilnost ČTUT kot specifičnega pristopa tako v okviru praks čuječnosti kakor tudi umetnostnih terapij.

Delovni pristop v izkustvenem seminarju sodi v heterogeno področje ČTUT zaradi svojega izhodišča v sodobni praksi kultiviranja čuječnosti, v *disciplini Avtentično gibanje – AG (Authentic Movement – AM)*. To je praksa zavedanja v gibanju in eden izmed osrednjih pristopov v sodobni gibalno-plesni terapiji (10). Uporaba principov AG je pogosta tudi na drugih področjih pomoči in poučevanja z umetnostnimi izraznimi sredstvi, v integrativnih in na telo osredotočenih (psiho)terapevtskih pristopih. Tudi pri *Čuječnosti in ustvarjalnosti* zmeraj začnemo z neposredno telesno izkušnjo in se k njej vračamo: AG je iz notranjih vzgibov posameznika izhajajoče gibanje, ki praviloma poteka zaprtih oči in v prisotnosti zunanje *priče*, katere vloga je *dopuščajoča in nepresočajoča prisotnost*, ki podpira *gibalca* pri izkušanju in raziskovanju vsega, kar se med gibalno sekvenco lahko pojavi v njegovi zavesti (misli, čustva, podobe, telesni občutki itd.).

Četudi je osnova te prakse zelo preprosta, nas šele osebna izkušnja sooči z njeno kompleksnostjo in z dejstvom, da se moramo najprej zavedati svojega lastnega doživljanja, da bi mu sploh lahko pričevali; kar vključuje tudi uvid v nenehni tok zaznav, sodb, interpretacij

in projekcij, ki se porajajo v umu ob motrenju vsakršnega pojava – ne glede na to, ali smo ob tem telesno aktivni ali v mirovanju. Tako je v praksi AG vsakdo najprej *gibalec*, kar mu omogoči, da postopoma spoznava venomer spreminjajočo se naravo svojega notranjega doživljanja. Njegova *priča* pa je oseba, ki je izkušena v obeh AG vlogah, torej kot gibalka in kot priča, kajti le tako bo lahko nepresojajoče spremljala in s pozorno strukturiranim besednim pričevanjem podprla gibalčevo izkušnjo v tistih aspektih, ki jih gibalec sam izpostavi kot pomembne; kompleksno celoto svojega lastnega doživljanja pa znala zadržati zase. *Zunanja priča* dobesedno *uteleša razvojni potencial gibalčeve lastne notranje priče*. Udeleženci seminarja se seznanijo z različnimi možnostmi ustvarjalnega izražanja in pričevanja o svoji notranji izkušnji: včasih je izhodišče gibanje, drugič pa pričevanje nekemu pojavu poteka sede in se šele kasneje izrazi skozi gib, glas, zvok ali likovna sredstva. Tudi v praksi AG, kjer pričevanje praviloma poteka v obliki delno strukturiranega pogovora med gibalcem in pričo, je po vnaprejšnjem dogovoru mogoča izbira v danem trenutku najbolj ustrezne oblike pričevanja: kdaj gibalci lažje spregovorijo o svojem doživljanju ali pa ga zapišejo v obliki proze/poezije; drugič pa se ta izkušnja pokaže bolj dostopna preko likovnih sredstev (risba, kolaž, fotografija ipd.) ali z uporabo glasu, zvočil in inštrumentov.

Vsako umetnostno izrazno sredstvo ima številne možnosti za raziskovanje doživetega in, ker delamo z zelo preprostimi pripomočki (npr. suhe barvice, voščenke, revije in časopisi; doma narejena ali v naravi najdena zvočila ter mali glasbeni inštrumenti; lastno telo in glas), je tovrstno delo z majhnimi prilagoditvami primerno za širok in raznovrsten krog posameznikov.

Sodelujoči so že ob začetku seminarja povabljeni k ustvarjanju osebnih dnevnikov, v katerih (skozi pisanje, risanje in kolažiranje) reflektirajo zanje pomembne vsebine in ravni ustvarjalnega procesa, medsebojnih odnosov v skupini ter povezav, ki jih vidijo med izkušnjo našega dela in svojim vsakdanjikom. Nekateri z dnevnikom nadaljujejo tudi po zaključku naših srečanj in to postane del njihove prakse čuječnosti. Seminar sklenemo s pogovorom o tem, kako na preprost način, a s potrebno vztrajnostjo, narediti prostor za kultiviranje čuječnosti in ustvarjalnosti v dnevnem urniku posameznika.

Udeležence seveda tudi zanima, katere ustvarjalne predloge bi bilo mogoče prenesti na njihova delovna področja: o tem govorimo že med potekom seminarja, saj so nekatere vaje, ki jih delamo, relativno preprosto ter varno prenosljive v večino okolij in jih je mogoče izvajati tako v izobraževalnih kot tudi kliničnih okoljih, s skupinami in posamezniki itd. Obenem pa je izpostavljeno priporočilo, da bi vse ustvarjalno-čuječnostne vaje, ki bi jih radi vključili v svoje pedagoško ali terapevtsko delo z drugimi, morali poprej zelo dobro poznati v kar največ razsežnostih in sicer iz neposredne izkušnje, ki ni plod kratkega srečanja z nekim področjem, temveč nasledek srečevanja, dolgotrajnejše prakse. Šele to je osnova za premislek o možnih aplikacijah posameznih elementov/principov ČTUT.

Nekaj dni po zaključku seminarja sodelujoči prejmejo evalvacijski vprašalnik odprtega tipa, ki je izhodišče za osebno refleksijo doživetega. Iz dosedanjih odzivov je mogoče kratko povzeti naslednje značilnosti: večina udeležencev seminar dojame kot izkušnjo intimnega stika s seboj – s svojim telesom, z viri svoje ustvarjalnosti in igrivosti, s sposobnostjo za čuječo prisotnost v danem trenutku; skupino opišejo kot varen prostor, v katerem so se počutili videne, sprejete in empatično podprte v samoraziskovanju; vse to pa povezujejo z občutki bližine, spoštovanja in povezanosti v različnosti ter z izkušnjo globokega bi-

vanjskega smisla v skupnem ustvarjanju lepote – torej s kvalitetami, za katere zapišejo, da jih v svojem vsakdanjiku kdaj tudi povsem pogrešajo ali pa bi jim želeli nameniti več pozornosti. Mnogi ta dva vikenda izpostavijo kot svojevrstno duhovno izkustvo ali kot nekaj zdravilno-transformacijskega v smislu, da so se preko ustvarjalnega procesa na varen in konstruktiven način dotaknili osebnih tem, ki se jih doslej sploh niso zavedali ali pa se z njimi še niso tako neposredno soočili kot se je zdaj zgodilo v npr. v gibanju, risanju ali zvočenju.

Uporaba principov ČTUT nedvomno ima terapevtski potencial in kot taka pomaga vzpostavljati in ohranjati posameznikov stik s samim seboj na vseh pomembnih ravneh (telo-čustva-um-duh), posledično pa vzdrževati celostno zdravje in dobro počutje. To potrjujejo tudi izkušnje z drugimi delovnimi formati, ki vsebujejo prvine ČTUT: med njimi je v letih 2006–2013 zelo zanimive rezultate dalo delo z dodiplomskimi študenti Univerze na Primorskem Fakultete za humanistične študije, ki so pri praktikumu predmeta *Človek in igra: uprizorjanje kulture* (11) v razdobju enega semestra izkusili soroden proces kot udeleženci *Čuječnosti in ustvarjalnosti*. Naša srečanja so potekala enkrat tedensko, iz njihovega (samo)raziskovalnega dela pa je (poleg osebnih dnevnikov ustvarjalnega procesa) v letih izvajanja praktikuma izšla tudi vrsta umetniških projektov: gledališka predstava, avtorski in dokumentarni videi, fotografije, avtorski literarni teksti in foto/video prezentacije.

Kontekst izvedbe in primarna usmerjenost udeležencev sooblikujeta proces, prav tako tudi izvedbeni pogoji (kadar je mogoče, delamo v studiu in v naravi), toda osnova, ki vključuje elemente ČTUT, ostaja ista. Posamezni seminar lahko poteka tudi v eno- ali dvotedenskem intenzivnem formatu, redkeje v obsegu enega samega vikenda. Opisani pristop je bil uporabljen tudi pri delu s do- in podiplomskimi študenti različnih smeri umetnostnih terapij ter uprizoritvenih umetnosti na univerzah v Ljubljani, na Malti, v Nijmegeniu in na visoki strokovni šoli v Ottersbergu; v modificiranih oblikah pa tudi pri delu z mladimi glasbeniki, igralci in gledališkimi pedagogi. V letih 2011–2014 pa sta se iz udeležencev različnih uvodnih seminarjev s principi ČTUT vzpostavili tudi prvi dve slovenski skupini za kontinuirano prakso Avtentičnega gibanja, ki se srečujeta v (dvo)mesečnih intervalih skozi celo leto.

Navedeni primeri se nanašajo na uporabo principov ČTUT izven kliničnega konteksta, a se tudi preko njih začenjajo kazati sorodnosti in možne povezave med *na čuječnosti temelječo umetnostno terapijo* in *celostno zdravstveno nego*: oba pristopa razumeta in obravnavata posameznika celostno ter iščeta načine komunikacije, ki so mu/ji blizu, skozi katere se lahko izrazi in si (dovoli) pomaga(ti). Pri tem empatično upoštevatata in kar najbolj dosledno spoštujeta individualne potrebe, vrednote, osebne izkušnje in prepričanja. Prakse čuječnosti dajejo možnost globinskega stika s samim seboj, s svojim telesom in svojim okoljem; zaradi osredotočenosti na sedanji trenutek pa lahko pomagajo tudi pri sprejemanju bolezni, omejitev in pri odkrivanju novih možnosti, življenjskih smislov. Torej vsega, kar je tudi sestavni del procesa soočanja in sprejemanja bolezni; življenjskega konteksta v danem trenutku bivanja. Umetnostna izrazna sredstva pa so nam na voljo kot medij, s katerim lahko izrazimo svoje doživljanje različnih vidikov procesa zdravljenja oziroma vseživljenjskega vzdrževanja zdravja.

Potenciali na čuječnosti temelječe umetnostne terapije za celostno zdravstveno nego

Celostna zdravstvena nega (12,13) posameznika razume in obravnava kot kompleksno celoto, kar pomeni, da k procesu zdravljenja in ohranjanja zdravja pristopa z upoštevanjem ter vključevanjem vseh, za določenega človeka pomembnih razsežnosti njegovega/njenega bitja kakor tudi z zavedanjem njihovega medsebojnega součinkovanja (telo-um-čustva-duh; odnosi z drugimi; kulturni, družbeni, okoljski kontekst; specifična zanimanja, vrednote in prepričanja itd.).

Posledično celostna zdravstvena nega združuje tako konvencionalne kot komplementarne in alternativne pristope k zdravljenju. Med slednje bi po klasifikaciji, ki jo sprejema *AHNA – American Holistic Nurses Association* (14), uvrstili tudi na čuječnosti temelječe umetnostne terapije, ki jih omenjena razvrstitev (še) ne obravnava kot samostojno modaliteto. Posamezne elemente/vsebine ČTUT pa v AHNA klasifikaciji komplementarnih in alternativnih pristopov v celostni zdravstveni negi najdemo v naslednjih kategorijah: plesna, gibalna, likovna, glasbena terapija; molitev, meditacija, vodena vizualizacija, aktivna imaginacija.

Pregled strokovne literature s področja zdravstvene nege pokaže, da je v zadnjih letih nastalo nekaj zanimivih raziskav o učinkih vključevanja pomoči z umetnostnimi izraznimi sredstvi, različnih praks čuječnosti in osebne duhovnosti v *celostno zdravstveno nego* (15–18): vse izpostavljajo dobrobiti uporabe tovrstnih intervencij tudi v zdravstveni negi. V zvezi z umetnostnimi terapijami je ob tem potrebno opozoriti, da avtorji Rockwood Lane (15); Kelly, Cudney, Weinert (16) in Garland, Carlson, Cook, Lansdell, Specca (18) ne podajajo jasnih ločnic med različnimi oblikami prisotnosti umetniških dejavnosti v zdravstveni negi.

Za afirmacijo področja umetnostnih terapij v zdravstvu pa je pomembno vedeti, po čem se umetnostno-terapevtske intervencije razlikujejo od drugih oblik prisotnosti umetnosti v zdravstvu. Slednje lahko zaobjamemo kot cel spekter dejavnosti, kjer imamo na eni strani npr. oblikovanje bolnišničnega okolja z umetnostnimi izraznimi sredstvi (predvajanje specifične glasbe in postavitve razstav v čakalnicah, poslikave zunanjščine in ureditev notranjih prostorov tako, da so kar najbolj prijazni uporabnikom; estetsko in tudi taktilno zelo premišljena ureditev vrtov ter parkov ipd.), na drugi pa obiske umetnikov v bolnišnicah (npr. za paciente izvajajo glasbo ali uprizorijo neko plesno, lutkovno ali gledališko predstavo; lahko tudi improvizirajo v dani situaciji; obiščejo paciente po sobah in za njih ali z njimi rišejo itd.). V teh primerih so umetniške dejavnosti sicer prisotne in zagotovo imajo tudi zdravilen učinek, a je človek, ki so mu namenjene, praviloma v bolj pasivno-sprejemajoči vlogi kot pri umetnostnih terapijah, kjer je izhodišče in poudarek (ne glede na prilagoditve, ki so morda potrebne zaradi posameznikovega zdravstvenega stanja in z njim povezanih omejitev) na dejavni soudeležbi v ustvarjalno-terapevtskem procesu in, kadar je to mogoče, tudi na njegovi refleksiji. Tak proces se ne konča pri estetskem doživljanju, ampak je prisotna tudi zavest o tem, da ustvarjalno delovanje omogoča dostop in poglobljeno terapevtsko delo z vsebinami, ki se pojavljajo v obliki osebno specifičnih tem, njihovo prepoznanje in pozorna obravnava pa lahko pomenljivo prispevata k procesu celostnega zdravljenja. Zato je poznavanje potencialov in praks čuječnosti ter pomoči z umetnostnimi izraznimi sredstvi ključno za celostno zdravstveno nego.

Negovalno osebje so ljudje, s katerimi je pacient v najpogostejšem in morda tudi najintimnejšem stiku, zato lahko veliko pripomorejo k temu, da se človek počuti videnega, sprejetelega in podprtega v tem, kar doživlja. Znotraj dnevnih delovnih rutin zmeraj obstajajo možnosti za avtentično srečanje dveh ljudi, za pričevanje in bližino. Za vzpostavljanje takšnih odnosov je strokovnjaku celostne zdravstvene nege na voljo veliko sredstev in umetnostni mediji so ena izmed možnosti, prav tako izkušnja v kateri izmed praks čuječnosti.

S celostno orientirano zdravstveno nego pridobimo vsi, izvajalci in prejemniki. Slednjim ČTUT nudi pomembno podporo v vseh fazah procesa zdravljenja; za strokovnjake zdravstvene nege pa redna praksa ČTUT lahko postane: 1. osebni program samopomoči; obvladovanja stresa, ki so mu izpostavljeni na delovnem mestu (posledično pa tudi preprečevanja poklicnega izgorevanja, ki je zelo pogosto pri t. i. poklicih pomoči); 2. strokovna nadgradnja obstoječega dela v smeri holistične zdravstvene nege.

Zaključek

Vsebine na čuječnosti temelječe umetnostne terapije bi bilo vsekakor smiselno vključiti tudi v slovenske študijske programe Zdravstvene nege v obliki izbirnih predmetov na prvi in magistrski stopnji; vsem strokovnjakom zdravstvene nege, ki bi želeli tovrstne pristope vnašati v svoje delo, pa omogočiti različne oblike stalnega strokovnega izpopolnjevanja. Principe tovrstnega dela lahko postopoma uvajamo tudi v sistem obstoječega javnega zdravstva, to niso nadstandardni pristopi: potrebne so le majhne prilagoditve in četudi v svojem okolju ne bomo mogli takoj izvesti velikih sprememb, je pomembno zavedanje, da lahko začnemo pri sebi in da se bo z redno prakso čuječnosti spreminjala tudi kvaliteta naše prisotnosti za drugega. Poznavanje preprostih intervencij z umetnostnimi izraznimi sredstvi pa lahko pomaga razvijati našo lastno ustvarjalno moč, ki nam bo na voljo v situacijah, ko bomo iskali primeren dostop do nekoga, ki ga spremljamo v njegovem procesu zdravljenja.

ČTUT je eden izmed tistih pristopov k zdravljenju in vzdrževanju zdravja, ki neposredno aktivira samozdravilne potenciale posameznika, saj je usmerjen k temu, da človek postopoma pridobi kar največjo samostojnost v smislu sprejemanja aktivne soodgovornosti za svoje telesno-duševno-čustveno-duhovno stanje in počutje. Zato si v razvojni perspektivi tudi v slovenskem javnem zdravstvu želim čimveč dobro strukturiranih, dlje časa trajajočih bolnišničnih ali ekstrahospitalnih programov ČTUT. Tako lahko čuječnost postane način naše prisotnosti, razumevanja in delovanja v svetu: z redno prakso pa je *kvaliteta nepresojajoče prisotnosti, empatične skrbi zase in za druge*, najprej in predvsem, dragoceno darilo nam samim.

Literatura

1. Rappaport L, ur. Mindfulness and the Arts Therapies. London idr.: Jessica Kingsley Publishers, 2014.
2. Jones P. The Arts Therapies. A revolution in Health Care. Hove idr.: Brunner-Routledge, 2005.
3. Černetič M. Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. Psihološka obzorja / Horizons of Psychology 2005; 14 (2): 73–92.
4. Černetič M. Kjer je bil id, tam naj bo ... čuječnost – Nepresojajoče zavedanje in psihoterapija. Kairos 2011; 5 (3–4): 25–36.

5. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. 15th Anniversary Edition. New York idr.: Delta Trade Paperbacks, 2005.
6. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. The Mindful Way through Depression. New York: Guilford Press, 2007.
7. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. London idr.: Routledge, 2009.
8. Kabat-Zinn J. Kamorkoli greš, si že tam. Ljubljana: Iskanja, 2011.
9. Rappaport L, Kalmanowitz D. Mindfulness, Psychotherapy and the Arts Therapies. V: Rappaport L, ur. Mindfulness and the Arts Therapies. London idr.: Jessica Kingsley Publishers, 2014: 24–36.
10. Schuller A. Iz(med) gibalca in priče: disciplina Avtentično gibanje. V: Bucik K, Caf B, ur. Izzivi umetnostne terapije. Ljubljana: Slovensko združenje umetnostnih terapevtov, 2012: 62–83.
11. Schuller A. Ustvarjalno-terapevtski proces: imaginacija, (inter)akcija, (avto)refleksija. V: Caf B, Cajnko B, ur. Oblike in metode dela v umetnostni terapiji. Maribor: Slovensko združenje umetnostnih terapevtov, 2008: 11–20.
12. Dossey BM. Nursing: Integral, Integrative and Holistic: Local to Global. V: Dossey BM, Keegan L, ur. Holistic Nursing. A Handbook For Practice. 6th Edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013: 3–57. http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632_CH01_Pass2.pdf <8.12.2013>.
13. Mariano C. Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice. V: Dossey BM, Keegan L, ur. Holistic Nursing. A Handbook For Practice. 6th Edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013: 59–84. http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632_CH02_Pass1.pdf <8.12.2013>.
14. American Holistic Nurses Association (2013). Description of Healing Modalities. Whole Medical Systems, Manipulative and Body Based Practices, Mind-Body Medicine, Biologically Based Practices, Energy Medicine. <http://www.ahna.org/Home/For-Consumers/Holistic-Modalities> <8.12.2013>.
15. Rockwood Lane M. Arts in Health Care. Journal of Holistic Nursing 2006; 24(1): 70–75.
16. Kelly CG, Cudney S, Weinert C. Use of Creative Arts as a Complementary Therapy by Rural Women Coping With Chronic Illness. Journal of Holistic Nursing 2012; 30(1): 48–54.
17. Scott Barss, K. T.R.U.S.T. An Affirming Model for Inclusive Spiritual Care. Journal of Holistic Nursing 2012; 30(1): 24–34.
18. Garland SN, Carlson LE, Cook S, Lansdell L, Specia M. A non-randomised comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. Journal of Supportive Care in Cancer 2007; 15(8): 949–9.

Komplementarne tehnike medicinski (zdravstveni) rehabilitaciji in fizioterapiji

Techniques Complementary to Medical (Health) Rehabilitation and Physiotherapy

David Ravnik

Povzetek

Pristopi in metode dela v medicinski rehabilitaciji in fizioterapiji se z leti izboljšujejo in dopolnjujejo. Med komplementarnimi pristopi sta tudi refleksoterapija in su jok. Refleksoterapija (tako refleksna masaža kot tudi refleksosonska masaža dlani in stopal), ter celoten koncept su jok terapije, sta lahko učinkoviti, praktični in komplementarni terapevtski ter sprostitveni tehniki. Poleg klasične obdelave točk z rokami, se lahko uporabljajo tudi različni pripomočki, kot so na primer palčke iz različnih materialov, igle, kristali, venduze, moka in drugi. Refleksoterapija vključno z refleksno masažo, ter refleksosonsko masažo dlani in stopal ter su jok se lahko uporabljajo kot samostojne terapije, če jo izvajajo ustrezno izobraženi refleksoterapevti ali su jok terapevti, ali pa kot komplementarna metoda zdravljenja, če jo izvajajo ustrezno strokovno izpopolnjeni drugi zdravstveni delavci. Kot zelo uspešni se kažeta v kombinaciji z drugimi fizikalnimi terapijami ter v kombinaciji s manualno terapijo – terapijo funkcijskih motenj gibanja. Kombinacija terapij lahko zmanjša število obiskov pri terapevtu, skrajša se čas, ko se pojavi izboljšanje stanja ter se deluje lahko bolj celostno.

Ključne besede: refleksoterapija, su jok, alternativna in komplementarna terapija, fizioterapija

Abstract

Approaches and methods in medical rehabilitation and physiotherapy (such as complementary approaches reflexotherapy and su jok) have improved over the years. Reflexotherapy (both reflex massage and massage of reflex zones on hands and feet), and the whole concept of su jok therapy, can be effective, practical, and complementary therapeutic and relaxation techniques. In addition to the conventional processing of reflex points with the hands, also various devices, such as sticks made from different materials, needles, crystals, cups, moxa and others can be used. Reflexotherapy including reflexology and reflex massage of hands and feet and su jok can be used as an independent therapy, if it is performed by regular-

ly trained reflexotherapists or su jok therapists or as a complementary treatment method if it is performed by additionally trained other professional health care workers. Therapies are shown to be very successful in combination with other physical therapies and in combination with a manual therapy - therapy of functional disorders of movement. A combination of therapies can reduce the number of visits to a therapist, shorten the time of occurring remedies and can function more comprehensively.

Key words: reflexotherapy, su jok, alternative and complementary therapy, physiotherapy

Uvod

Beseda terapevt izhaja iz grške besede »terapeuein« in pomeni streči in negovati. Danes se z besedo terapevt označuje osebo, ki obvladuje strokovno znanje izbranega področja in tudi izkazuje usposobljenost za svoje delo ter ima primerno čustveno naravnost, da to delo opravlja (1). Obstaja veliko vrst terapevtov, mnogim pa je skupno to, da delajo z rokami, torej so manualni terapevti v najširšem pomenu besede. Terapija je predvsem fizikalna, saj se preko rok prenašajo različne sile na prejemnika, to je stranko, uporabnika terapevtskih storitev, bolnika. Glede na to so lahko manualne tehnike neinvazivne metode, pri katerih se s posebnimi tehnikami vpliva direktno predvsem na gibalni sistem (funkcijske motnje le-tega), indirektno pa na vse druge podsisteme, z namenom izboljšanja ali ohranitve zdravja, dobrega počutja in s tem preprečiti ali omiliti somatsko disfunkcijo (2).

Paleta terapevtskih in sprostitev tehnik pri obravnavi oseb z različnimi težavami in obolenji je zelo široka. Eden izmed komplementarnih pristopov je tudi *refleksoterapija*. Refleksoterapija kot tehnika refleksologije je lahko učinkovita, praktična in komplementarna terapevtska ter sprostitevna tehnika. Pogosto se uporabljajo tudi tehnike refleksoterapije (tako refleksne masaže kot tudi refleksocoonske masaže dlani in stopal) ter *moksibusijske*. Poleg klasične obdelave točk z rokami, se lahko uporabljajo tudi različni pripomočki, kot so na primer palčke iz različnih materialov, igle, kristali, moksa, venduze in drugi. Refleksoterapija lahko pomaga tako na fizičnem, duševnem in čustvenem področju ter vzpodbuja organizem pri samozdravljenju in ohranjanju zdravja. Zelo podobno, vendar na drugačni projekcijski mapi telesa ter z upoštevanjem pretoka energij v mikrosistemih, deluje tudi *su jok* terapija. Metoda *su jok* je sodobna usmeritev akupunkturo, ki združuje stara znanja s sodobnimi dosežki medicine. Je korejska oblika akupunkturo, ki se izvaja le na dlaneh in stopalih.

Refleksoterapija in su jok

V teoriji poznamo refleksologijo kot metodo in vedo skupaj, nato refleksoterapijo kot uporabo refleksologije v praksi, ter tehniki refleksno masažo telesa ter refleksocoonsko masažo dlani in stopal. V praksi pa se slednji zelo razlikujeta tako v indikacijah, učinkih ter izvedbi. Refleksna masaža se lahko definira kot manualna terapevtska intervencija na površini telesa, ki se izvaja na sekundarnih področjih – se ne izvaja na primarno prizadetih tkivih ali organih. Spremembe se ne kažejo le na koži, temveč tudi na podkožnem vezivnem tkivu, mišičnih fascijah, na samih mišicah, prirastiščih le-teh ter na pokostnici. Točke, kjer se spremembe pokažejo, je že v letu 1898 Henry Head poimenoval »*Maximum points*« (3). Kožne inervacije so segmentno prikazali Dejerin-Hansen ter Head. Leta 1952 sta Gläser in Dalicho izdala knjigo »*Segmental massage*«, 1953 Vogler in Kraus knjigo »*Massage peri-*

osteum« ter v letu 1955 Kohlrausch knjigo »*Massage in the reflex zones*« (3). Refleksiotska masaža stopal in dlani ter in su jok temeljta na teoriji, da obstajajo na akralnih delih telesa refleksiotsne površine, ki odgovarjajo določenim notranjim organom ali predelom telesa. Lahko bi se reklo, da se po tej teoriji na stopalu ali dlaneh (lahko tudi na drugih delih telesa) nahajajo točke za cel organizem. Refleksi, ki se jih uporablja pri refleksiotsni masaži so viscerokutanani, visceromotorični, viscerovisceralni in kutivisceralni (3). Prvi trije imajo v praksi informacijski značaj (lahko glede na njih postavimo delavno diagnozo), medtem ko kutivisceralne lahko uporabimo terapevtsko. Refleksi so vegetativni, odvijajo pa se na ravni refleksiotsnega loka na nivoju hrbtenjače, če pa je prisotna bolečina, pa delno tudi v možganski skorji. Vpliva se lahko tako na funkcijske okvare gibanja, kakor tudi na funkcijske organske motnje. Poleg vpliva preko nevroloških poti, je možno na vegetativni aparat vplivati tudi preko humoralne ter hormonalne komponente.

Zanimivo je dejstvo, da so bili utemeljitelji danes poznane refleksioterapije tudi iz vrst fizioterapevtov, kot na primer Eunice Ingham. Pri svojem delu pa jo fizioterapevti v Sloveniji redko uporabljajo. Uporablja se pretežno v zasebnem sektorju, medtem ko se v javnih zavodih slednja redko uporablja, zavarovalnice v Sloveniji teh storitev ne priznavajo in ne plačujejo. V tujini je zadeva precej drugačna in je storitev plačana s strani mnogih zdravstvenih zavarovalnic, refleksioterapevti pa delajo tudi v sklopu bolnišnic. Zanimivo je, da se pri nas v Katalogu strokovnih znanj in spretnosti za poklic refleksioterapevta v sklopu Nacionalnih poklicnih kvalifikacij uporablja klasifikacija Klasius-P kot terapija in rehabilitacija. Praviloma naj bi rehabilitacijo izvajali visokošolsko izobraženi zdravstveni delavci. Refleksioterapija v najširšem smislu pomena besede se lahko uporablja kot samostojna terapija, če jo izvajajo ustrezno izobraženi refleksioterapevti, ali pa kot komplementarna metoda zdravljenja, če jo izvajajo ustrezno strokovno izpopolnjeni drugi zdravstveni delavci. Kot zelo uspešna se kaže v kombinaciji z drugimi fizikalnimi terapijami, v zadnjih letih se uveljavlja v kombinaciji s manualno terapijo – terapijo funkcijskih motenj gibanja (4). Kot nujne komplementarne tehnike pri rehabilitaciji smatrata Grigoreva in Shavianidze (5) masažo in korektivno gimnastiko, medtem ko se uporabljajo elementi manualne terapije in refleksioterapije po potrebi. Avtor Wang s sodelavci navaja, da je sicer veliko govora o uspešnosti refleksiologije, vendar opozarja, da je potrebno slednje še znanstveno dokazati (6).

Ni pa povsod enaka interpretacija pojma refleksioterapije. Na Češkem na primer slednjo izvajajo fizioterapevti, vendar jo izvajajo povsod na telesu s prijemi grobe frikcije, kar izzove refleksiotsne odgovore (na primer po področju obhrbteničnih mišic). Slednja tehnika je tudi omenjena v knjigi Hanne Marquardt (7) kot *kolateralno in kontralateralno zdravljenje* (Colateral and Contralateral Treatment). Zelo dobro sprejeta je v državah bivše Sovjetske zveze, kjer pa tudi poleg refleksioterapije uporabljajo pojem fizio-refleksioterapije oz. *physio-reflexotherapy* (8). Slednja tehnika se je izkazala za zelo uspešno in jo izvajajo fizioterapevti. V Španiji uporabljajo izraz nevro-refleksioterapija oz. *neuro-reflexotherapy* (9,10). Zanimiv je tudi termin fiziopunktura (*physiopuncture*) kjer je govora o uporabi akupunktore in refleksioterapije v fizioterapiji (11,12). Nekateri avtorji uporabljajo tudi izraz myofascialna meridialna reflexoterapija (*myofascial meridional reflexotherapy*) (13) namesto izraza terapije prožilnih točk (*trigger point*), ki jo pri svojem delu uporabljajo fizioterapevti specializirani v manualni terapiji. Veliko število strokovnih in znanstvenih publikacij prihaja ravno iz držav bivše Sovjetske zveze. Zanimivo je, da veliko raziskav s področja refleksioterapije pri-

haja tudi iz držav Bližnjega vhoda. Zadnje novejše raziskave prihajajo iz Irana, kjer so izvedli kar nekaj raziskav, pretežno na področju babištva (14,15) in srčne kirurgije (16). Tu se je refleksoterapija izkazala kot učinkovita tehnika, izvajajo pa jo izkušene babice in medicinske sestre. V Sloveniji se zadnja leta uveljavlja tudi paliativna medicina in podzvrst paliativna fizioterapija. Prijeme iz refleksoterapije v kombinaciji z drugimi fizioterapevtskimi postopki je na področju paliative nekaj let v praksi v Bolnišnici Golnik uporabljal avtor tega prispevka. Obstajajo pa tudi objavljene raziskave s tega področja iz Anglije (17), kakor tudi s področja onkologije (18,19). Iz Anglije prihajajo tudi raziskave s področja ortopedije (20), bolečinske sindrome pa so preučevali v Španiji (9,10). Pomembno pa je, da se pri pojavu težav, refleksoterapija začne čim prej, kar lahko izboljša rezultate (21).

Komplementarnost medicinski (zdravstveni) rehabilitaciji in fizioterapiji

Kombinacija različnih terapij in pristopov v obravnavi strank oz. bolnikov naj bi vedno bila osnovana na strokovnih izkušnjah in znanjih terapevta, pomemben pa je tudi vrstni red izvajanja terapij (7). Med te pristope se aktivno vključujejo tudi refleksoterapija, su jok, moksibustija in druge (22). Potrebno se je zavedati, da refleksna masaža ne sme trajati več kot 20 minut, kajti doseže se lahko bipolarni efekt ali *Wilderovo pravilo* (3). Za primerjavo se refleksosonska masaža stopal in dlani izvaja vsaj 45 minut. Pri energetskih terapijah pa čas ni tako pomemben, saj se deluje po pravilu »ko je polno, je polno«. Refleksna masaža se lahko za razliko od refleksosonske masaže stopal in dlani izvaja vsak dan, peti dan pa se izvede kontrolni pregled stanja. Pomembno je, da se izvaja v istem času dneva. Učinke refleksne masaže je možno podaljšati tudi z uporabo kineziotapa. Glede na Marquardtovo (7) in Ravnika (4,23) se je refleksoterapija kot uspešna izkazala v različnih kombinacijah z drugimi fizikalnimi terapijami in pristopi:

- nefrofizioterapija (Klein-Vogelbachova terapija, nefrofizioterapija pri cerebralni paralizi ...),
- klasična švedska masaža telesa in RLD (ročna limfna drenaža),
- balneoterapije in respiratorna fizioterapija,
- osteopatija, Feldenkraisov ter Aleksandrov pristop,
- manualna terapija – terapija funkcionalnih motenj gibanja,
- ergonomska intervencija v delovno okolje,
- paliativna terapija in druge.

Refleksoterapija ali su jok izvedena pred drugimi fizikalnimi terapijami je izvedena bolj z diagnostičnim namenom, po njej pa bolj z terapevtskim namenom. V praksi medicinske rehabilitacije in fizioterapije, kakor tudi manualne terapije je uporaba refleksoterapije (refleksne masaže in refleksosonske masaže dlani in stopal) in su joka priporočljiva kot komplementarna metoda (4,5,23,24,25,26), pomembno pa se je zavedati da le opravljen A-test ni dovolj za natančno opredelitev težav (24). Kot glavni atributi prednosti uporabe refleksoterapije in su joka v medicinski rehabilitaciji in fizioterapiji so predvsem:

- visoka učinkovitost: pri pravilni uporabi se viden učinek pojavi že čez nekaj minut, včasih že po nekaj sekundah;
- popolna varnost: te metode zdravljenja ni ustvaril človek (ta jo je le odkril) ampak sama narava, je pa seveda treba upoštevati kontraindikacije;

- univerzalnost metode: z refleksoterapijo lahko vplivamo na katerikoli del telesa, katerikoli organ, katerikoli sklep...;
- dostopnost metode vsakomur: zadostuje metodo enkrat razumeti, potem pa jo lahko uporabljamo in kombiniramo celo življenje;
- enostavnost uporabe: vaša roka in vaše znanje sta vedno z vami. To pomeni da pripomoček zdravljenja najdete brez napora.

Še vedno pa so pomanjkljive raziskave refleksoterapije v Sloveniji. Avtor prispevka je v zadnjih letih objavil mnogo strokovnih in znanstvenih prispevkov, kjer se ukvarja z refleksoterapijo in su jokom, ali pa ju vsaj priporoča. Srečan, kot so dnevi odprtih vrat, ki jih organizira sekcija za refleksoterapijo pri Podjetniško obrtni zbornici v sklopu Gospodarske zbornice Slovenije, bi moralo biti več.

Zaključek

Refleksoterapija in su jok sta zelo uspešni metodi v kombinaciji z drugimi fizikalnimi terapijami. Dodatno izobraženi zdravstveni delavci jo v tujini s pridom uporabljajo. Pri nas kljub vsemu potrebujemo ustrezne in kvalitetne izobraževalne programe, da bo bolj uporabna tudi v zdravstveni praksi, kakor tudi v praksi medicinske rehabilitacije in fizioterapije. Še vedno pa so pri nas pomanjkljiva raziskovanja s področja refleksoterapije, za kar pa je lahko razlog slabša prepoznavnost in uporaba tehnike med zdravstvenimi delavci (4). Uporabnost refleksoterapije in su joka je tako preventivna kot tudi kurativna, saj zmanjšata direktno in indirektno učinke stresa na telo. Priporočljivo bi bilo, da bi pri delu te tehnike uporabljati tudi v poklicih, kjer se soočajo z veliko stresa in utrujenosti, npr. v intervencijskih enotah (27).

Literatura

1. Vrhunc M. Refleksoconska masaža. Ljubljana: Zavod Irc, 2011: 5–7.
2. Ravnik D. Dejavniki, ki vplivajo na pojav težav pri izvajalcih manualnih tehnik. V: Tomazin Dokl N (ur.). S poslušom do kakovostne storitve : zbornik prispevkov Svit. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije, 2009: 17–19.
3. Žaloudek K. Masaž. Avicenum, Praga, 1975.
4. Ravnik D. Uporabnost refleksoterapije v praksi medicinske rehabilitacije in fizioterapije. V: Tomazin Dokl N (ur.). Telo v harmoniji : zbornik prispevkov Svit. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije, 2011: 23–27.
5. Grigoreva DV, Shavianidze GO. Prophylaxis and medical rehabilitation of patients presenting with soft tissue diseases. Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult. 2010; (1): 42–6.
6. Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, Yang CM. The efficacy of reflexology: systematic review. J Adv Nurs. 2008; 62 (5): 512–20.
7. Marquardt H. Reflexotherapy of the Feet. Georgh Thieme Verlag. 2000.
8. Guseinov T. Interdisciplinary physio-reflexotherapy in the treatment of headache. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova; 1999; 99 (9): 23–7.
9. Kovacs F, Abaira V, Muriel A, Corcoll J, Alegre L, Tomas M, Mir MA, Tobojas P, Gestoso M, Mufraggi N, Gil del Real MT, Zamora J. Prognostic factors for neuroreflexotherapy in the treatment of subacute and chronic neck and back pain: a study of

- predictors of clinical outcome in routine practice of the Spanish National Health Service. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007; 1; 32 (15): 1621–8.
10. Berguer A, Kovacs F, Abaira V, Mufraggi N, Royuela A, Miriel A, Gestoso M, Falahat F, Martin–Granizo R, Zamora J. Neuro–reflexotherapy for the management of myofascial temporomandibular joint pain: a double–blind, placebo–controlled, randomized clinical trial. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66 (8): 1664–77.
 11. Samosiuk IZ, Kozhanova AK, Samosiuk NI. Physiopuncture therapy of trigeminal neuralgia. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 2000; (6): 29–32.
 12. Macheret EL, Chervonnyi IP, Kovalenko OE, Kireev VV, Chuprina GN. Eclecticism in medicine. *Lik Sprava*. 2004; (7): 88–91.
 13. Avershin VA, Oleinikov BV, Pilkevich RP, Sofel SA, Kniazhishche AN, Grebenkin SS. Sanatorium-based treatment of lumbar quadrante myofascial pain syndrome. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 2009; (4): 44–5.
 14. Poor Ghaznin T, Ghafari F. Effects of foot reflexology on fatigue severity in pregnant women. *Hayat-Nursing Journal of Medical Sciences and Health Services Tehran*. 2005; 12 (4): 5–11.
 15. Valiani M, Shiran E, Kianpour M, Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010; 15 (Suppl 1): 302–10.
 16. Moeini M, Kahangi LS, Valiani M, Heshmat R. The effect of reflexotherapy on patients' vital signs before coronary artery bypass graft surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011; 16 (1): 8–12.
 17. Gambles M, Crooke M, Wilkinson S. Evaluation of Hospice Based Reflexology Service: A Qualitative Audit of Patient Perceptions. *Eur J of Oncology Nursing*. 2002; 6 (1): 37–44.
 18. Quattrin R, Zanini A, Buchini S, Turello D, Annunziata MA, Vidotti C, et al. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes. *J Nurs Manag*. 2006; 14 (2): 96–105
 19. Stephenson NL, Swanson M, Dalton J, Keefe FJ, Engelke M. Partner–delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34 (1): 127–32.
 20. Poole H, Glenn S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. *Eur J Pain*. 2007; 11(8): 878–87.
 21. Wang R. An Approach to Treatment of Cerebral Palsy of Children by Foot Massage, A Clinical Analysis of 132 Cases. (19)96 Beijing International Reflexology Conference. China Preventive Medical Association and the Chinese Society of Reflexology, Beijing, 1996, 26.
 22. Presker M, Ravnik D. Uporabna refleksoterapija pri osebah s posebnimi potrebami. V: Tomazin Dokl N (ur.). Delujemo z dotikom in besedo : zbornik prispevkov Svit. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije, Združenje drobnega gospodarstva, Sekcija refleksoterapevtov Slovenije, 2007; 24–28.
 23. Ravnik D. Ergonomija sedenja kot skupna točka pri izvajanju refleksoterapije. V: Tomazin Dokl N (ur.). Delujemo z dotikom in besedo : zbornik prispevkov Svit. Ljublja-

- na: Gospodarska zbornica Slovenije, Združenje drobnega gospodarstva, Sekcija refleksoterapevtov Slovenije, 2007; 29–32.
24. Ravnik D. Refleksoterapija kot komplementarni pristop manualni terapiji – terapiji funkcijskih motenj gibanja. V: Tomazin Dokl N (ur.). Človek kot celota : zbornik prispevkov Svit. Ljubljana: GZS – Podjetniško trgovska zbornica, 2012; 28–32.
 25. Quirico PE, Allais G. The Italian Society of Reflexotherapy, Acupuncture and Auricular Therapy (SIRAA) : from the origins to the third millennium. 2003; 94 (4 Suppl 1): 1–7.
 26. April KT, Feldman DE, Zunzunequi MV, Descarreaux M, Grilli L. Complementary and alternative health care use in young children with physical disabilities waiting for rehabilitation services in Canada. *Disabil Rehabil.* 2009; 31 (25): 2111–7.
 27. Ketiš Ž, Ravnik D. Uporabnost refleksoterapije za intervencijske enote : reševalci, gasilci, policisti, civilna zaščita, gorska reševalna služba in druge. V: Tomazin Dokl N (ur.). Razsežnosti refleksoterapije : zbornik prispevkov Svit. Ljubljana: GZS – Podjetniško trgovska zbornica, 2013; 44–48.

Pregled vključitve Splošne bolnišnice Brežice v projekt WHO-HPH

Review of the Integration of General Hospital Brežice in the WHO-HPH Project

Robert Sotler

Povzetek

Pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije je bila leta 1990 ustanovljena Mednarodna mreža za promocijo zdravja v bolnišnicah, ki danes povezuje več kot 850 bolnišnic iz 40 držav sveta. Oba kolaborativna centra na Dunaju in Kopenhagnu zagotavljata vključenim bolnišnicam stalno strokovno podpora. V okviru sodelovanja se bolnišnice vključujejo v različne raziskave. Splošna bolnišnica Brežice je trenutno vključena v randomizirano raziskavo, ki bo trajala tri leta. Ključni namen raziskave je preverjanje uveljavljanja načel in aktivnosti klinične promocije zdravja v bolnišnicah. Namen tega prispevka je predstaviti potek vključevanja bolnišnice v projekt Svetovne zdravstvene organizacije. Predstavljene bodo nekatere metode dela uporabljene pri raziskavi in delni rezultati ter nekateri pomembni ukrepi za izvajanje akcijskega načrta na področju klinične promocije zdravja v bolnišnici. Pomembno dejstvo pa je, da se bo poleg običajne kurativne dejavnosti v bolnišnici intenzivno uvajala še promocijska zdravstvena dejavnost in dejavnost preprečevanje obolevnosti zlasti na področju kroničnih bolezni.

Ključne besede: promocija zdravja, zdravstvena nega, bolnišnica

Abstract

In 1990, on the initiative of the World Health Organisation, the International Network of Health Promoting Hospitals was established. Today, it connects over 850 hospitals in 40 countries of the world. Both collaborative centres in Vienna and Copenhagen provide the hospitals included in the network with permanent professional support. As part of this project, hospitals are involved in various researches, with General Hospital Brežice currently taking part in a randomized research that will last three years. Its major purpose is to assess the implementation of principles and activities in the clinical promotion of health in hospitals. The aim of this article is to present the integration of the General Hospital Brežice in

WHO's project. It lays out some working methods used in the research, interim results, and some important measures for the implementation of the action plan in the field of clinical health promotion in hospitals. Beside the usual curative treatment in hospitals, promotional health activities will be intensively introduced, along with the prevention of chronic diseases.

Key words: health promotion, health care, hospital

Uvod

V okviru strategije in vizije razvoja regijske bolnišnice do leta 2020 je Splošna bolnišnica Brežice (v nadaljevanju SB Brežice) opredelila šest globalnih ciljev, trinajst razvojnih nalog in šest ključnih razvojnih projektov. Globalni cilji so vezani na dvig kakovosti in dostopnosti do zdravstvenih storitev ter posledično povečanje zadovoljstva pacientov, ki naj bi bili ustrezno osveščeni tudi o skrbi za lastno zdravje. Eden od ciljev opredeljuje pogoje za uspešno poslovanje in razvoj bolnišnice, ki so vezani na ustrezno informiran, usposobljen ter motiviran kader, ki bi lahko vplival na izboljšanje učinkovitosti in kakovosti svojega delovanja. V posameznih razvojnih nalogah so razčlenjene aktivnosti splošne promocije zdravja in pomen sodelovanja s sorodnimi inštitucijami tudi na mednarodni ravni in v Sloveniji, z namenom prenosa primerov dobrih praks (1).

Z namenom, da bi se v pretežno kurativno usmerjenih bolnišnicah pričele uvajati tudi vsebine promocije zdravja in preprečevanja bolezni, je bila ustanovljena Mednarodna mreža za promocijo zdravja v bolnišnicah (2).

Vse k projektu pridružene slovenske bolnišnice so članice Slovenske mreže za promocijo zdravja. Slovenska mreža za promocijo zdravja v bolnišnicah ima svoj sedež v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Pisna zaveza bolnišnic je, da bodo med trajanjem raziskave dosledno spoštovale ustavo in druge strateške dokumente. Poseben poudarek je na spoštovanju načel Helsniške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku, dostojanstva človeškega bitja v zvezi uporabo biologije in medicine ter vseh načel slovenskega Kodeksa medicinske deontologije. Vključitev bolnišnic k posameznim projektom Health Promoting Hospitals ni obvezna. Pomemben je lastni interes bolnišnice, ki predhodno oceni primernost projekta in poskrbi za nemoteno izpeljavo raziskave s kadrovske, prostorske in finančno podporo (3).

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) opredeljuje promocijo zdravja kot pomemben dejavnik za ohranjanje in izboljševanje kakovosti življenja, trajnostnega zdravja in delovne učinkovitosti. Umešča jo ob bok varnosti in klinične učinkovitosti kot temeljno dimenzijo kakovosti bolnišničnih storitev (4).

Ena od bistvenih vrednot zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) je znanje. Medicinska sestra spodbuja raziskovalno dejavnost in sodeluje pri raziskovalnih projektih ter na ta način dopolnjuje osebno in strokovno rast, ob tem pa spodbuja ostalo strokovno osebje za nadaljnje pridobivanje znanja ter spretnosti (5).

Človekove pravice z zvezi z biomedicino oziroma biomedicinskimi raziskavami opredeljujejo dodatni protokol. Evropska skupnost, države članice in druge države, podpisnice protokola, so se zavezale upoštevati identiteto in ohraniti dostojanstvo vsem ter vsakomur brez razlikovanja. V zvezi z uporabo medicine in biologije so med drugim dolžne jamčiti spoštovanje telesne in duševne nedotakljivosti ter spoštovanje temeljnih svoboščin in pravic (6).

Ob pacientovi prisotnosti pri izvajalcu zdravstvenih dejavnosti je pomembno preprečevanje morebitne škode, ki bi lahko nastala pri sami obravnavi. Le na ta način se pojmuje, da je zdravstvena oskrba lahko za pacienta varna (7).

Dostojanstvo medicinskih sester (v nadaljevanju MS) neposredno vpliva tudi na ohranjanje dostojanstva pacientov. Kakovostno opravljanje ZN izrazito zaznamuje medosebni odnos med bolnikom in MS (8).

V nadaljevanju prispevka bo opisan dosedANJI potek raziskave v SB Brežice.

Pregled poteka raziskave

Komisija za medicinsko etiko Slovenije je dne 15. 3. 2013 izdala dovoljenje za pričetek raziskave v Sloveniji. Datum izdaje dovoljenja je bil štet kot pričetek raziskave v SB Brežice. Vse sodelujoče bolnišnice so s strani kolaborativnega centra prejele obvestilo o razvrstitvi v intervencijsko oziroma kontrolno skupino. SB Brežice je bila razvrščena v intervencijsko skupino, čemur je sledil zajem podatkov za namen podaje ocene izhodišnega stanja in pripravo akcijskega načrta.

Zajemali smo podatke:

- o dejavnikih tveganja in aktivnostih promocije zdravja v bolnišnici,
- o zdravju in z zdravjem povezani kakovosti življenja med pacienti in zdravstvenim osebjem,
- o delovanju sistema vodenja kakovosti bolnišničnega oddelka na področju klinične promocije zdravja.

Pri zajemu podatkov smo uporabili »Standard za promocijo zdravja v bolnišnicah« in »Orodje za samooceno na osnovi standarda za promocijo zdravja«. Pomembni cilji Standarda promocije zdravja v bolnišnicah so naslednji:

- kot sestavni del sistema vodenja kakovosti v bolnišnici je potrebno vključiti tudi aktivnosti promocije zdravja,
- krepiti zdravje ter kakovost življenja pacientov, dopolniti njihovo zdravljenje in izboljšati prognozo zdravljenja,
- zagotoviti obveščenost pacientov o načrtovanih aktivnostih promocije zdravja,
- paciente spodbujati za aktivno sodelovanje, vključiti aktivnosti promocije zdravja v klinične poti obravnave pacientov,
- spodbujati aktivnosti promocije zdravja za zaposlene, ob tem podpirati razvoj zdravega in varnega delovnega okolja,
- razvijati partnerstva za povezano vključevanje aktivnosti promocije zdravja v klinične poti obravnave pacientov, zagotoviti sodelovanje z drugimi izvajalci zdravstvenih storitev (9).

Metode

Za namen priprave prispevka je bil opravljen pregled nekatere domače in tuje literature s področja promocije zdravja v bolnišnicah, pri iskanju so bili uporabljeni tudi internetni viri.

V prispevku bo prikazana metoda zajema podatkov o dejavnikih tveganja in zajem ostalih podatkov iz zdravstvene dokumentacije.

Iz zdravstvene dokumentacije 50 zaporedno hospitaliziranih pacientov na Internem oddelku SB Brežice smo zajeli podatke o najpogostejših tveganjih za nastanek kroničnih bolezni in ostale podatke v času hospitalizacije, ki se nanašajo na obdobje mesec dni pred uradno vključitvijo bolnišničnega oddelka v raziskavo.

V standardiziran obrazec za zajem podatkov o dejavnih tveganja smo zajemali podatke osredotočene na prehranski status (indeks telesne mase, apetit, izguba telesne teže), podatke o telesni aktivnosti in razvadah. Pri aktivnostih klinične promocije zdravja se podatki osredotočajo na posredovanje informacij pacientom z zvezi z dejavniki tveganja, izvajanje zdravstvene vzgoje in motivacijskega svetovanja, izvajanje šole za paciente, izvajanje bolnišnične rehabilitacije in izvajanje bolnišničnih kratkih intervencij glede promocije zdravja. Vneseni podatki ne vsebujejo numeričnih vrednosti, pri posamezni trditvi je izbrana ena od treh ponujenih možnosti (ne, da, neznano).

Na osnovi zbranih podatkov je bil pripravljen akcijski načrt, ki se ga udejanja leto dni. V nadaljevanju bomo prejeli končno dokumentacijo, določena bo časovnica raziskave, pripraviti bo potrebno dopolnjen akcijski načrt, podana bodo navodila za ponovni zajem podatkov. Na osnovi prejetih podatkov bo kolaborativni center podal oceno učinkovitosti, sledil bo obisk glavnih raziskovalcev in certificiranje.

Rezultati

Zbrani podatki iz opazovanih 50 primerov zdravstvenih dokumentacij pacientov so nam bili osnova za pripravo akcijskega načrta. Ob pregledu zdravstvene dokumentacije in vnosu podatkov smo ugotovili nekatere pomembne izstopajoče pomanjkljivosti kot sledijo:

- pri posameznih pacientih niso znani podatki o njihovi telesni teži in višini, ki so osnova za izračun indeksa telesne mase, podatki so bili zapisani pri 7 pacientih,
- v vseh opazovanih dokumentacijah ni nikjer zapisanih podatkov o meritvah obsegu pasu pacientov,
- iz zdravstvene dokumentacije v večini primerov ni jasen vpliv socialnega statusa pacientov kot rizični faktor, podatki so bili zapisani samo pri 2 pacientih,
- samo v 2 primerih je razvidno, ali religioznost pacientov potrebuje posebno pozornost ali specifični dietni režim,
- v dokumentaciji so nepopolno zapisani podatki o škodljivih razvadah pacientov,
- samo v 1 primeru je iz opazovane dokumentacije razvidna ocena psiho-socialnega statusa.

Pri pripravi akcijskega načrta smo upoštevali izstopajoče pomanjkljivosti, ki jih želimo dokončno odpraviti najkasneje do marca 2014. V okviru priprave načrta smo se odločili za določene ukrepe kot so: prenova in dopolnitev obstoječe zdravstvene dokumentacije, uvedba polne procesne metode ZN na nivoju internega oddelka in bolnišnice, ukrepi doslednega beleženja podatkov. Za nadzor izvedbe je bila imenovana komisija za nadzor uporabe zdravstvene dokumentacije in izvajanje pojasnilne dolžnosti.

Razprava

V svojem končnem cilju sta javno zdravje in klinična medicina usklajeni znanstveni vedi. Doseganje najboljše možne ravni zdravja in z zdravjem povezane kakovosti življenja je možno razumeti in razložiti s konceptom klinične promocije zdravja (10).

Iz delnih rezultatov raziskave v SB Brežice, na osnovi katerih se izvaja akcijski načrt, lahko sklepamo, da je promocija zdravja v bolnišničnem okolju še v fazi razvoja. Upravičeno lahko domnevamo, da tudi iz finančnih razlogov.

Bolnišnice se osredotočajo med drugim na financiranje iz vira akutnih bolnišničnih obravnav, na osnovi »Skupine primerljivih primerov«, ki je bil v slovenski zdravstveni sistem uveden leta 2003. Omenjeni sistem se v praksi ni izkazal za optimalnega, zato je bila leta 2010 s strani tedanjega ministra za zdravje ustanovljena delovna skupina, ki je pripravila dokument »Nacionalna strategija razvoja modelov financiranja zdravstvene dejavnosti v RS«. Dokument naj bi vzpostavil podlago za trajen razvoj financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji z izhodišči, kot na primer, da je potrebno slediti potrebam prebivalstva in prilagajati vsebine ter proračun izvajalcev, ki so financirani iz javnih sredstev (11).

Aktivnosti promocije zdravja so tako tudi del opravil in nalog vseh zaposlenih v zdravstvu, kar nazorno opredeljujejo posamezna načela etičnih kodeksov zdravnikov in MS.

»Definicija zdravja po SZO obvezuje zdravnike in tudi drugo zdravstveno osebje, da delujejo zdravstveno vzgojno na svojem delovnem mestu ali v javnem življenju in tako pomagajo ljudem k boljši kakovosti življenja. Zdravnik si mora prizadevati za zdravstveno vzgojo in zdravstveno kulturo ljudi, za preprečevanje vsega, kar ogroža človekovo zdravje, za odpravo splošne zaostalosti, ostankov vraž, predsodkov in mazaštva« (12).

Pri načrtovanju in izvajanju zdravstvenih programov skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci sodeluje tudi MS. Je pobudnica in podpornica aktivnosti, ki so v širšem družbenem interesu, ob tem podpira zdrav življenjski slog lokalne skupnosti, skupin in posameznikov (5).

Zaposleni v zdravstvu se ob svojem delu vsakodnevno srečujejo z različnimi občutljivimi podatki, ki jih morajo varovati kot poklicno skrivnost. Vključitev SB Brežice v projekt promocije zdravja v bolnišnicah je pomembna tudi za uporabnike zdravstvenih storitev, oziroma za paciente, predvsem glede dostopa do njihovih podatkov o zdravljenju. Člani raziskovalnega tima, ki so neposredno vključeni v raziskavo, pridobivajo podatke iz zdravstvene dokumentacije pacientov. V skladu z zavezo o doslednem varovanju človekovih pravic in dostojanstva človekovega bitja so odgovorni raziskovalci podpisali posebno izjavo. Predstojnik ustanove, direktor SB Brežice, pa je s posebno izjavo zagotovil ustrezno strokovno usposobljenost članov raziskovalnega tima, ki bodo zagotavljali varnost vseh oseb, vključenih v raziskavo.

Ob vsakem izvajanju zdravstvene dejavnosti je potrebno zagotoviti varovanje osebnih podatkov pacientov in podatkov o zdravljenju. Zelo občutljiva vrsta podatkov so osebni podatki v povezavi s področjem zdravljenja. Kolikor se kljub vsemu razkrijejo določeni podatki o medicinskih posegih ali zdravljenju v povezavi z osebnimi podatki pacienta lahko pride do diskriminacije obravnavanega in do predsodkov s strani družbe (13).

Skupek potrebnih znanj, spretnosti in usposobljenosti za izvajanje poklicnih nalog lahko izrazimo kot kompetentnost. Le-ta zajema vsa znanja, spretnosti in usposobljenosti za izvajanje nalog v poklicu, ki jih oseba pridobi z izobraževanjem in izkušnjami pri delu (14).

Zaključek

Vključitev slovenskih bolnišnic v projekt promocije zdravja je zagotovo ena od dobrih priložnosti za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev in je nesporna dodana vrednost pri

ohranjanju in krepitvi splošnega zdravja prebivalcev. Za izvedbo projekta je pomembno ohranjanje zasebnosti pacientov ob zdravljenju in izvajanju klinične promocije zdravja. Pomembno je kontinuirano usposabljanje zaposlenih in izmenjava izkušenj za kakovostno izvedbo načrtovanih ciljev projekta. V SB Brežice kot v eni od najmanjših slovenskih bolnišnic smo k projektu pristopili v lastnem interesu in v skladu s strategijo in vizijo razvoja bolnišnice do leta 2020. Eden do pomembnih ciljev je vzpostavitev celovite zdravstvene oskrbe, ki vključuje tako kurativno kot preventivno zdravstveno dejavnost v dobrobit pacientov in zaposlenih. Na osnovi izdelanega akcijskega načrta smo posodobili zdravstveno dokumentacijo in smo v fazi uvajanja nekaterih novih delovnih ter ostalih postopkov za zagotavljanje ustrezne klinične promocije zdravja v bolnišnici. V projektu so neposredno vključeni tudi zaposleni v ZN, ki so nepogrešljivi člen pri timski obravnavi pacientov in pri izvajanju aktivne promocije zdravja v bolnišnici.

Literatura in viri

1. Splošna bolnišnica Brežice. Strategija razvoja Splošne bolnišnice Brežice do leta 20120. Dostopno na: http://www.sb-brevice.si/news/news_item.asp?NewsID=88 (27.12.2013).
2. World Health Organization. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007.
3. Farkaš-Lainščak J, Košnik M. Izhodišča in proces vključevanja v Mednarodno mrežo za promocijo zdravja v bolnišnicah. Dostopno na: http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/promocija-zdravja-v-bolnisnicah/datoteke/izhodišca_in_proces_vkljucevanja_hph.pdf (27.12.2013).
4. World Health Organization. Health Promoting Hospitals Network (HPH). Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph> (27.12.2013).
5. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2006.
6. Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Oviedska konvencija in dodatni protokoli. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2009.
7. Balažic J, Brulc U, Ivanc B, Korošec D, Kralj K, Novak B, et al. Zakon o pacientovih pravicah (ZPaP) s komentarjem. 1. natis. Ljubljana: GV Založba; 2009: 79–93.
8. Šmitek J. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 23–35.
9. Šprajcar D, Farkaš-Lainščak J. Standard za promocijo zdravja v bolnišnicah. Dostopno na: http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/promocija-zdravja-v-bolnisnicah/datoteke/standard_za_promocijo_zdravja_v_bolnisnicah.pdf (27.12.2013).
10. Farkaš-Lainščak J, Košnik M. Javno zdravje in klinična medicina: partnerja v doseganju najboljše možne ravni zdravja in z zdravjem povezane kakovosti življenja. V: Farkaš-Lainščak J, Košnik M, ur. Promocija zdravja v bolnišnicah. Zbornik prispevkov. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011: 1–3.

11. Keber D, Markovič S, Mate T, Morovič B. Nacionalna strategija razvoja financiranja zdravstvene dejavnosti (2010–2020). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010: 1–3.
12. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 1997.
13. Krušič Mate Z. Pravica do zasebnosti v medicini. Ljubljana: GV Založba; 2010:145–150.
14. Može M. Pridobivanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij na področju zdravstvene nege. Obzor. Zdr. N. 2005; 39:39–46.

Programi zmanjševanja škode in vloga zdravstvene nege

Harm Reduction Programs and the Role of Nursing

Milan Krek

Povzetek

Programi zmanjševanja škode so v EU pomemben javnozdravstveni pristop na področju obravnave uporabnikov drog, ki zmanjšuje tveganje za okužbo z HIV, hepatitisom C in prezgodnjo umrljivost zaradi uporabe drog. Gre za pragmatični pristop, ki temelji na človekovih pravicah in dejstvu, da nikoli ne bomo dosegli, da bi vsi uporabniki vzpostavili abstinenco. Vedno bodo tudi uporabniki, ki bodo potrebovali programe in pristope, ki jim zmanjšajo škodo ob aktualni uporabi drog. V praksi je pogosto nasprotovanje med klasičnim abstinenci in novim pristopom zmanjševanja škode. Najbolje je, da oba pristopa potekata z roko v roki v veliko korist uporabnika drog in tudi družbe. Medicinske sestre se pri svojem delu velikokrat srečujejo z osebami, ki uporabljajo droge, zato bi bilo potrebno, da se že v času dodiplomskega študija seznanijo z različnimi pristopi pomoči in zmanjševanja škode, da bi ta pristop lahko uporabljale ob srečanju z uporabniki drog.

Ključne besede: zmanjševanje škode, medicinska sestra, heroin, varna soba, zdravstvena nega

Abstract

Harm reduction programs in the EU are an important public health approach to the treatment of drug users, which reduces the risk of infection with HIV, hepatitis C and premature mortality due to drug use. It is a pragmatic approach based on human rights and the fact that we will never reach to all users establish abstinence. There will always be the users who will need programs and approaches that have reduced the damage at current drug use. In practice, often there is opposition between classical abstinence and new approach of harm reduction. It is better to approach both to go hand in hand for the greater benefit of drug users and society. Nurses in their work are often faced with people who use drugs, it would be necessary to see at the time of undergraduate study acquainted with different approaches and help to reduce the damage that this approach can be applied at meeting with drug users.

Key words: harm reduction, nurse, heroin, safe room, nursing

Začetki programov zmanjševanja škode zaradi uporabe drog

Pristop zmanjševanja škode zaradi uporabe drog, ki je prevladujoč javnozdravstveni model v EU, zajema intervencije, programe in politike, ki zmanjšujejo zdravstvene, socialne in ekonomske posledice zaradi uporabe drog pri posamezniku, skupnosti in v celotni družbi (1). Programi zmanjševanja škode imajo svoj začetek med cestnimi uporabniki drog na Nizozemskem v devetdesetih letih, ko je prišlo do epidemije intravenozne uporabe heroína, HIVa ter hepatitisa C in umiranja zaradi predoziranja z drogami. To je bil čas, ki je zahteval nov javnozdravstveni pragmatični odgovor na potrebe oseb, ki so tvegano uporabljale droge. Leta 1984 je Nizozemska javno zdravstvena stroka neposredno na terenu, na ulici, kjer se je razvila odprta scena injiciranja drog, vzpostavila prvi program izmenjave igel in svetovanja z namenom zmanjševanja tveganj za prenos nalezljivih obolenj med uporabniki drog. (2, slika 1) Kasneje je Nizozemska vse do danes gradila na tej osnovi napredno politiko na področju drog, ki je temeljila in še vedno temelji na principih zmanjševanja škode.



Slika 1: Ulica v Amsterdamu, kjer so zdravstveni in socialni delavci začeli izvajati prve programe zmanjševanja škode. Foto: Milan Kreck

Nizozemski zdravstveni in socialni delavci so v neposrednem kontaktu z uporabniki drog iskali odgovore na njihove potrebe. Pristop so poimenovali zmanjševanje škode (Harmreduction). Z vpeljavo teh programov, ki so se kasneje razširili v številne države sveta, so se rešila mnoga življenja in omogočilo se je, da so osebe odvisne od drog uporabljale droge bolj varno in na način, ki je zmanjševal prenos HIV in hepatitisa C in zmanjševal še druge posledice, ki jih prinaša tvegana uporaba drog. Danes je ta pristop dokazano uspešen pri reševanju težav, ki jih imajo uporabniki drog (3).

Pristop zmanjševanja škode zaradi uporabe drog

Uporaba drog se ne more jemati kot pojav, ki bo s časoma z ustreznimi ukrepi izginil (4). Nasprotno, je bil ta problem prisoten v zgodovini človeštva, je prisoten danes in bo tudi

še naprej obstajal. Uporaba drog povzroča škodo tako uporabnikom drog kot družinam in tudi skupnosti. Zato politika na področju drog ne more sloneti le na predpostavkah, da bodo uporabniki drog droge vedno uporabljali varno, ali da bodo vsi uporabniki drog vzpostavili abstinenco. Politika na področju drog mora biti pragmatična in grajena na realnih (znanstveno dokazljivih) posledicah uporabe drog in ne na osnovi slabih ali mešanih sporočil. Zmanjševanje škode je pragmatičen pristop, grajen na podlagi izkušenj iz vsakodnevne prakse in znanstvenih dokazov, ki so pokazali kaj dejansko daje rezultate. Deluje na individualnem nivoju (vrstniška pomoč), lokalnem (vzpostavljanje programov zmanjševanja škode) in družbenem nivoju (sprejemanje dogovorov in zakonov, ki omogočijo vzpostavitve programov). Kaj pomeni dejansko škodo, pa je odvisno od konkretne skupnosti in skupine, kaj ta skupina ljudi dejansko sprejema kot škodo za zdravje in posameznika ter v čem prepozna skupnost in posameznik tveganje (2).

Za posameznika pomeni souporaba že uporabljenih igel tveganje, da se bo okužil s HIV, hepatitisom C, da bo dobil na mestu vboda nekrozo ali se soočil še s hujšimi posledicami. Za skupnost pomeni povečano tveganje prenosa HIV in hepatitisa C v lokalno skupnost. Za nacionalni nivo pa pomeni škodo na področju izgube denarja, zaradi povečanih potreb po zdravljenju in intervencijah in povečano število okuženih in mrtvih. Pristop je najbolj učinkovit, če je integriran v skupnostne pristope. Od samega začetka je pristop zmanjševanja škode temeljil na prizadevanjih za preprečevanje marginalizacije uporabnikov drog. V praksi se je pokazalo, da je sprejemljiv pristop tako za uporabnike drog, kot tudi za izvajalce programov. (2) Program skuša vplivati na zmanjševanje škode in ne zgolj na zmanjšanje tveganega vedenja posameznika in dopušča tudi uporabo drog, a ob tem ne izključuje abstinence. Opolnomočiti skuša posameznika z dodatnim znanjem, da bi lažje sledil svojim željam in potrebam in bi lažje zagovarjal svoje potrebe in interese. Ker je sam pristop zelo prilagodljiv vsakemu okolju in posamezniku, je blizu tako posameznikom, kot skupnostim (2). Z vidika socialne pravičnosti bi morali biti programi zmanjševanja škode dostopni vsem, ki jih potrebujejo (5). Pragmatizem programov sloni na podmeni, da bo vedno prisotna populacija, ki bo živela v velikem tveganju tako na družbenem, ekonomskem, duševnem kot osebnem nivoju. Odvisnost sprejema kot celosten fenomen in kot vedenje, ki se razvija od občasne uporabe drog, pa do kronične odvisnosti od drog in pušča za seboj tako osebno kot družbeno škodo. Program je bolj osredotočen na zmanjševanje škode zaradi uporabe drog, kot pa na zmanjšanje ali prekinitev rabe uporabe drog. Vseskozi poudarja potrebo po spremembah v smeri varnejšega injiciranja drog, ob tem pa ne opušča dolgoročnega cilja vzpostavitve in ohranjanja abstinence. Temelj strategije zmanjševanja škode so človekove pravice, saj poudarja in ščiti človekove pravice uporabnikov drog. Ne dovoljuje nobenega obsojanja niti propagiranja uporabe drog in uporabnikov drog. Podpira različne pristope, saj ni programov, ki bi ustrezali vsem uporabnikom drog. Vedno pa je pristop zmanjševanja škode najprej usmerjen v cilje, ki so pomembni za uporabnika, da mu uporaba droge ne bi povzročala posledic. Pomembna naloga strategije zmanjševanja škode je upoštevanje želja uporabnikov drog in vključevanje uporabnikov drog v upravljanje programov. Pristopi zmanjševanja škode imajo pomemben pozitiven vpliv na javno zdravje, saj zmanjšujejo škodo, ki bi jo brez programov zmanjševanja škode tako uporabnik kot družba nedvomno ne bi bili deležni (6). Pristop zmanjševanja škode upošteva dejstvo, da si je vedno bolje postaviti realne cilje in jih vsaj delno doseči, kot pa nerealne in jih nikoli doseči. Mno-

gi uporabniki drog trenutno niso sposobni doseči abstinence, medtem ko drugi niti nočejo prenehati z uporabo drog. Pri obeh skupinah je pristop zmanjševanja škode najbolj realen in pragmatičen pristop (3).

Terapevt, ki deluje v skladu z pristopom zmanjševanja škode, bo zadovoljen že s tem, če je pacient od začetka terapije že znižal pogostost in količino uporabljenih drog. Ugotoviti skuša, do katere mere je človek sposoben in ali želi spremeniti svoje slabe navade. Terapevti v programih zmanjševanja škode pogosto uporabljajo motivacijske intervjuje in ne tehnik, ki obsojajo vedenje uporabnika drog. Pacientu dovolijo, da lahko sam poišče razloge za spremembo vedenja. Uporabnik drog se spremembi običajno upira, vendar mu s pomočjo terapevta uspe počasi usmeriti aktivnosti v smeri sprememb in posledično tudi vzpostaviti napredka pri obravnavi odvisnosti. S pomočjo terapevta vzpostavi pacient realne cilje in identificira pravi vedenjski vzorec, ki lahko prepreči tudi ponovni zagon bolezni. Glavna razlika pri v abstinenco usmerjenem zdravljenju in pristopu zmanjševanja škode je, da je drugi bolj postopen in prilagojen uporabnikovim sposobnostim za spremembe (7). Zmanjševanje škode je tudi seznanjanje uporabnikov drog o varnejšem injiciranju drog in napotitve uporabnikov drog v primarno zdravstveno oskrbo. Nenehno se je potrebno prilagajati potrebam uporabnikov in temu ustrezno prilagajati metode dela na ciljno skupino. Glavna naloga zdravstvenega osebja je zmanjšati škodo na kratek in dolgi rok. Pristop zmanjševanja škode vpliva na sprejemanje drog in uporabnikov drog s strani skupnosti, omogoči jim neposreden dostop do socialne in zdravstvene pomoči in ustvarja varna mesta za injiciranje drog (varne sobe). Zagovarja odgovoren in etični odnos do uporabnikov drog. Poleg pomanjkanja programov zmanjševanja škode v skupnosti je najbolj pereč problem pomanjkanje teh programov v zavodih za prestajanje kazni. V skupnosti so tudi potrebni programi zmanjševanja škode za mlade. Ti programi so ne stigmatizirajoči in ne obsojajoči (8).

Različni programi zmanjševanja škode na področju drog

Pristop zmanjševanja škode se na področju drog uporablja že dolgo. Uspešni so tudi programi zmanjševanja škode zaradi drog preko svetovnega spleta, ker so široko dostopni in zelo fleksibilni. Omogočajo anonimno svetovanje in hitro pridobitev informacij in nasvetov (9). V osemdesetih letih je bil za uporabnike drog v Španiji zelo omejen dostop do vzdrževalne terapije z metadonom (za vstop so čakali tudi do 12 mesecev) in osebe odvisne od drog so praviloma pošiljali v psihiatrične ustanove ali v terapevtske skupnosti. Število umrlih zaradi nenadne zastrupitve z drogami je bilo vse večje in med uporabniki drog je bilo zelo veliko oseb okuženih s HIV. S sistematično uvedbo zdravljenja odvisnosti z metodo zmanjševanja škode, opijatno nadomestno terapijo, se je število umrlih začelo zmanjševati, zmanjševalo pa se je tudi število okuženih s HIV (10). Z uvajanjem programov zmanjševanja škode, ki svetujejo na terenu in zamenjujejo že uporabljene igle za sterilne, se je umirila epidemija hepatitisa C med intravenoznimi uporabniki drog tudi v Avstraliji (11).

V zadnjih letih je med uporabniki drog vse bolj prisotna uporaba pripravkov, narejenih iz različnih na črnem trgu kupljenih psihoaktivnih zdravil. Ker ta zdravila niso namenjena za injiciranje, vsebujejo delce v velikosti, ki lahko izzovejo pljučno embolijo. V okviru pristopa zmanjševanja škode se predlaga, da se uporablja igle s filtrom, ki preprečijo vstop tem delcem v brizgo in posledično tudi embolije (12). Eden ključnih programov zmanjševanja škode je predpisovanje heroína na recept, ki je rezerviran predvsem za dol-

goletne uporabnike opiatov, ki ne zmorejo obiskovati bolj zahtevnih programov. Švica je uvedla ta program že leta 1994. Evalvacija programa zmanjševanja škode je ugotovila, da se je med uporabniki močno zmanjšalo število pacientov, ki so še uporabljali droge in bili obravnavani zaradi kriminalnih dejanj. Prišlo je do pomembnih sprememb na črnem trgu v smislu manjše preprodaje heroina (13). Izboljšalo se je njihovo zdravstveno stanje in duševno zdravje, zmanjšala se je uporaba kokaina in benzodiazepinov. Povišala se je zaposlenost uporabnikov programa (14, Slika 2).



Slika 2. Soba v centru za zdravljenje odvisnosti na Nizozemskem, v kateri uporabniki drog pod supervizijo medicinske sestre kadijo na foliji od strani zdravnika predpisani heroin. Foto: M. Krek

Med aktivnostmi, ki jih Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) predlaga za zmanjševanje škode v zaporih, sodijo naslednji programi: informacije o HIV, prostovoljno testiranje na HIV, distribucija kondomov, razkužil, izmenjava sterilnih igel, nadomestno zdravljenje (15). Lekarne lahko razdeljujejo sterilni pribor za injiciranje drog in zbirajo že uporabljene igle. Lahko pa lekarne tudi razdeljujejo substitucijska zdravila, kot je npr. metadon (16).

Neenakost v zdravju

Javnozdravstveni ukrepi morajo zato biti oblikovani tako, da povečajo dostopnost uporabnikov drog do različnih programov in tako posredno zmanjšajo škodo za zdravje uporabnikov drog in zmanjšujejo neenakosti v zdravju. Neustrezno bivališče povečuje tveganja za prenos nalezljivih bolezni. Tvegano vedenje uporabnikov drog, ki sodijo med ranljive skupine prebivalstva, je tako oblikovano tudi s socialnimi in ekonomskimi realnostmi časa. Te neposredno vplivajo na dostopnost do programov in različnih virov ter dostopnost do socialnega varstva in zdravstvenih programov. Osebe se v programih zmanjševanja škode nenehoma srečuje z neenakostjo v zdravju (8). Ustrezno družbeno okolje lahko ponudi zadostne elemente zaščite pred uporabo drog in vzpostavi ustrezne programe v svojem okolju

(17). Dostopnost do programov pomoči je bistveno manjša med uporabniki drog, saj nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja (18).

Nasprotovanja med abstinenčnim pristopom in pristopom zmanjševanja škode

Abstinenca je pogosto predpogoj za sprejem v stanovanjske skupine ali druge oblike pomoči namenjene uporabnikom drog (7). Klasičen, v abstinenco usmerjen pristop obravnave oseb odvisnih od drog trdi, da se lahko škoda zaradi uporabe drog zmanjša samo, če se preneha z uporabo drog, torej doseže abstinenco. Vendar pa politika na področju drog in obravnava oseb odvisnih od drog v praksi ne more sloneti le na predpostavkah, da bodo uporabniki drog droge vedno uporabljali varno, ali da bodo vsi uporabniki drog vzpostavili abstinenco (4). Po drugi strani pristop zmanjševanja škode trdi, da se da z določenimi posegi pravočasno zmanjšati škodo tudi pri osebah, ki še vedno uporabljajo droge (19). Zato se ta pristop velikokrat prikazuje kot pristop, ki promovira legalizacijo drog, vendar je potrebno to trditev v celoti zanikati (3, 6). Na področju obravnave odvisnih od drog je zato že vrsto let prisotno nesoglasje in neodobranje med v abstinenco orientiranimi terapevti in v zmanjševanje škode usmerjenimi terapevti. Prvi obtožujejo druge, da ne omogočajo zdravljenja odvisnosti, ampak samo še nadaljevanje odvisniškega vedenja, drugi pa jim odgovarjajo, da je potrebno zmanjševati škodo tudi pri tistih, ki še ne bodo prenehali z uporabo drog, a bodo nekoč morda le prenehali z uporabo drog. Taka nasprotovanja so najbolj v škodo uporabnikom programov. Vsekakor je potrebno ob tem ugotoviti, da ima pristop zmanjševanja škode pomembne uspehe pri zmanjševanju tveganj za uporabnike drog in pri ohranjanju njihovega zdravja. Zato je treba poudariti, da morajo podporniki tako ene kot druge skupine med seboj sodelovati, ker je le to v veliko pomoč uporabnikom drog v svetu, ki izgublja podporno socialno strukturo, ki je stoletja pomagala preživeti ljudem vsakodnevne težave (20). V Kanadi je moralo v te spore poseči vrhovno sodišče, ki je odločilo, da imajo osebe odvisne od drog pravico do programov zmanjševanja škode in s tem zaščitilo uporabnike drog, ki potrebujejo te programe pred dnevno strokovno političnimi boji med pristaši za in proti (21). Navkljub številnim medsebojnim nasprotovanjem je potrebno poudariti, da sta oba pristopa lahko kompatibilna in kot taka uspešna. Primerjava med učinki motivacijskega intervjuja, ki ga uporabljajo v abstinenco usmerjeni programi in pristopom zmanjševanja škode pri osebah odvisnih od drog s pridruženno duševno motnjo, je pokazala, da so učinki na dolgi rok podobni (22). Danes je znanstvena razprava o upravičenosti pristopa zmanjševanja škode pri obvladovanju HIV infekcije med uporabniki drog mimo in ta pristop je strokovno učinkovit in sprejet ter tudi finančno sprejemljiv. Pristopi zmanjševanja škode ne vplivajo na zgodnejšo uporabo drog, podaljšanje kariere uživanja drog ali pogostejše injiciranje drog. Pristop se je izkazal za enega najpomembnejših javnozdravstvenih pristopov na področju preprečevanja škode pri uporabi prepovedanih drog in HIV okužbe (3). Ta oblika dela z osebami odvisnimi od drog je podprta tudi s strani SZO, ki je pripravila priročnik za vzpostavitev programov, ki razdeljujejo sterilne igle in pribor (23).

Širitev ideje zmanjševanja škode na druga področja

Čeprav se pristop zmanjševanja škode velikokrat povezuje ravno z uporabo drog, se ga pogosto aplicira tudi na druga področja (7). Pristop je tako vstopil na področje brezdomstva,

prostitucije, odvisnosti od alkohola, odvisnosti od tobaka in na druga področja. V Avstraliji se uporablja ta pristop tudi na področju splošne preventive (24).

Nekateri bolnišnični programi ne sprejemajo ljudi, ki si injicirajo droge, zato so leti prikrajšani za te programe. V bolnišnico bi morali sprejemati tudi aktualne uporabnike drog in jih s pomočjo pristopa zmanjševanja škode usmerjati v abstinenčne programe. Uporabniki drog uporabljajo droge tudi, ko so na zdravljenju v bolnišnici. Če osebe ugotovi, da so uporabljali droge, sledi izključitev iz sistema bolnišnične oskrbe (25).

Pristop zmanjševanja škode pri igrah na srečo je usmerjen na tiste aktivnosti pri igranju iger na srečo, ki bi lahko z zmanjšanjem povzročile bistveno manjšo škodo za igralca iger na srečo in za njegovo družino in okolico (legalizacija iger na srečo, pomoč družinam igralcev iger na srečo, pomoč otrokom, ki so ostali zaprti v avtomobilih medtem, ko so njihovi starši igrali igre na srečo, preprečevanje samomorilnih teženj pri igralcih, ki so v krizi in izgubljajo na igrah (19).

Umrljivost zaradi uporabe tobakov je v povezavi z številom in količino toksinov v tobaku, zato pomeni kakršno koli zmanjšanje števila pokajenih cigaret tudi manjši vnos toksinov in daljše preživetje posameznika. Raziskave so pokazale, da želi takoj prenehati s kajenjem le 10 % kadilcev. Ostalih 90 % pa bi lahko z ustreznimi programi zmanjševanja škode zmanjšalo škodo zaradi uporabe tobaka. Med programe zmanjševanja škode se uvršča uporaba tobaka za žvečenje, zmanjšanja števila pokajenih cigaret, podaljšanje časa med eno in drugo cigareto, izogibanje situacijam, kjer se skupinsko kadi tobak in uporaba nadomestkov nikotina (26).

Programe zmanjševanja škode se uvaja tudi na področju obravnave nosečnic, ki uporabljajo droge. Pri teh nosečnicah je cilj urejanje zdrave prehrane, pospeševanje gibanja in fizična aktivnost, vključevanje v družbo in nudenje socialne podpore. Ob tem pa jih motiviramo, da zmanjšajo število pokajenih cigaret, zmanjšajo količino popite alkoholne pijače in zmanjšajo uporabo prepovedanih drog. Najbolje je, če se sprejme tako nosečnico v varno okolje, ki je ne obsoja, kjer ima zagotovljene vse osnovne pogoje bivanja in ustrezno oskrbo z zdravili. Pomembna je skrb za otroka ob rojstvu in spremljanje razvoja otroka. S takim pristopom zmanjšujemo škodo, ki bi jo bil brez takega pristopa deležen otrok (27).

Zdravljenje nevropatskih bolečin se običajno izvaja s predpisovanjem močnih analgetičnih sredstev, s katerimi pa se lahko bolnik zastrupi in celo umre. Veliko manj nevarna je v skladu s pristopom zmanjševanja škode, uporaba marihuane v analgetične namene (28).

Vloga medicinske sestre v programu zmanjševanja škode z vidika zdravnika

Slovenski kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (kodeks medicinskih sester in tehnikov Slovenije, 2005) ima elemente zmanjševanja škode in določa, da medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravje ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne navede, potrebe in vrednote. Spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja. Medicinska sestra ravna v skladu z usmeritvami, ki zagotavljajo boljše zdravje. Medicinska sestra spoštuje temeljne človekove vrednote (29). Slovenski koncept zdravstvene nege na psihiatričnem področju bi lahko opisali z naslednjimi besedami: Cilj psihiatrične zdravstvene nege je vrniti, krepiti ali ohraniti zdravje ter dvigniti kakovost življenja pacienta. Zdravstveno nego izva-

jajo medicinske sestre v okviru negovalnega tima. Izvajajo jo samostojno, s polno strokovno, moralno in etično odgovornostjo. Pri celoviti oskrbi bolnika se vključujejo v zdravstveni tim in izvajajo diagnostično terapevtske posege po naročilu ali v sodelovanju z zdravnikom (30). Pri tem je potrebno upoštevati individualne potrebe pacientov in tudi načrtovati aktivnosti v skladu s potrebami bolnika. Izvajalci zdravstvene nege so v zdravstvu številna skupina, ki zaradi svoje narave dela prihajajo v stik z zelo širokim krogom prebivalstva. Kot profesionalci na zdravstvenem področju so pogosto prvi člen, s katerimi se srečajo uporabniki drog. Njihova vloga je v prepoznavanju odvisnosti, ocenitvi stanja in ustreznem interveniranju z namenom pomagati uporabniku drog. Običajno pa imajo izvajalci zdravstvene nege za učinkovito delovanje na tem področju premalo znanja, veščin, samozavesti in premalo profesionalne in organizacijske (31). Z ustreznimi intervencijami lahko izvajalci zdravstvene nege učinkoviteje delajo z obremenjeno populacijo. Bolezen odvisnosti je dinamična. Zdravljenje je lahko dobro, spodrseljaji so pogosti, prav tako recidivi. Spodrseljaj ne pomeni neuspeha, ampak izkušnjo v procesu zdravljenja. Skoraj 90 % bolnikov, ki so zaključili detoksikacijo, ima vsaj en spodrseljaj v dobi enega leta po zdravljenju. Tudi vsak recidiv ne pomeni katastrofe (31). Z razumevanjem, da abstinenca ni edini cilj zdravljenja in da je naše poglavitno delo na področju zmanjševanja škode, lažje spremljamo uspehe in hkrati padce bolnikov (31). Medicinska sestra se pri svojem delu pogosto srečuje ranljivimi skupinami med katere sodijo tudi uporabniki drog. Z uporabniki drog se srečuje v zaporih, na terenskem delu, zdravstvenih domovih in bolnišnicah in v socialno varstvenih organizacijah. Pri svojem delu ima priložnost zmanjševati škodo, preprečevati negativne posledice na zdravje in promovirati zdrav življenjski stil. Pristop zmanjševanja škode zahteva veliko spoštovanja in sočutja do uporabnikov drog in ohranjanje njihovega dostojanstva. Uporaba drog prinaša s seboj nalezljive bolezni kot sta HIV in hepatitis C, predoziranja, ki se končajo lahko s smrtjo, vnetja podkožnega tkiva na mestu vbrizgavanja drog, kriminalizacijo in stigmatizacijo konkretne osebe, ki uporablja droge in ne nazadnje nasilje, ki je povezano z nakupom droge in življenjskim stilom uporabnika drog (32). Medicinska sestra lahko nekritično prevzame negativne poglede in odnose v družbi do uporabnikov drog in jih vnese v svoje profesionalno delo v delu z osebami uporabniki prepovedanih drog (33). To je lahko zelo moteče za same uporabnike drog. Če medicinska sestra celo dela v okolju, ki ni naklonjeno uporabnikom drog, lahko prevzame ta negativni odnos do uporabnikov drog, ki je splošno prisoten v njenem okolju. Medicinska sestra, ki v takem okolju zagovarja pristope zmanjševanja škode, ima lahko celo težave z nadrejenimi in sodelavci. Lahko se neugodno počuti, ko deluje v nasprotju s prevladujočimi normami v okolju, kjer dela in živi. (33,29) Medicinska sestra je v programih zmanjševanja škode ključna oseba za uporabnike drog, saj jim lahko pomaga postopoma v kratkih korakih zmanjševati škodo zaradi uporabe drog, kot so predoziranje, HIV, hepatitis. Medicinska sestra pri svojem delu vstopa v polje, kjer se vsakodnevno nahajajo osebe odvisne od drog, nenehoma spremlja zdravje uporabnikov drog in pogoje v katerih živijo. Pomembna je zaposlitev, pridobitev stanovanja, vsakodnevne potrebe in duševno zdravje uporabnikov drog. Medicinska sestra vzpostavi terapevtsko komunikacijo in zaupanje ki vključuje zaupanje pričakovanja od ljudi glede na njihove sposobnosti. Vprašanja, ki jih postavlja medicinska sestra uporabniku drog so v smeri opozarjanja na tveganja in ne smejo biti obsojajoča in diskriminirajoča ampak usmerjena v ohranjanje zdravja. Ljudje morajo videti bonitete, ki bodo sledile varnejšemu injiciranju drog in

manj tveganemu stilu življenju. Posredovati jim je potrebno znanja s področja infekcij in različnih obolenj ter zaščite pred njimi (6). Uporabniki drog imajo težji dostop do zdravniška po redni poti kot druge osebe, zato običajno vstopajo v zdravstveni sistem preko urgentnih ambulant. Pogosto so uporabniki drog prepeljani v bolnišnične oddelke, kjer pa morajo bolnišnične sestre tudi obvladovati pristop zmanjševanja škode. Dobro je, da medicinska sestra dobro obvlada pristop zmanjševanja škode pri sprejemu takega bolnika, njegovi napotitvi na druge oddelke in tudi izvajati zagovorništvo teh ljudi. Uporabniki drog uporabljajo droge tudi v bolnišnici, če ne prejmejo ustrezne terapije. Pomembne so tudi odtegnitvene krize, ki jih doživljajo uporabniki drog v bolnišnicah in medicinska sestra na pravilen in strokoven način pristopa k tem ljudem. Uporabnik v bolnišnici ne sme biti kaznovan, stigmatiziran ali drugače obravnavan samo zato, ker je uporabnik drog (8). Pristop zmanjševanja škode je filozofija, ki dovoljuje medicinski sestri, da dela s posameznikom tam, kjer je in na razvojni stopnji bolezni, kot je v danem trenutku, brez ključne zahteve, da mora prenehati z uporabo drog. Ta pristop je nepogrešljiv element pri preventivi, oskrbi in kontinuirani obravnavi pacienta. Je sestavni del skrbi za duševno zdravje, odvisnost in zdravstveno nego osebe. Pristop zmanjševanja škode je bil nekaj časa kritiziran kot neetičen, ki se ne more primerjati z etiko zdravstvenih delavcev. Varne sobe v Vancouvru kot programi zmanjševanja škode so zmanjšale umrljivost uporabnikov drog, zmanjšale souporabo pribora in zmanjšale zaplete pri injiciranju drog. Pomemben delež v teh programih lahko prispevajo medicinske sestre. Na posameznih točkah, kjer se izmenjujejo uporabljeni pribori in igle, delujejo skupine medicinskih sester in psihiatričnih sester, ki pomagajo uporabnikom drog na področju nege, informacij in napotitve v druge programe in preprečevanja prenosa nalezljivih obolenj. Pod nadzorom medicinske sestre si uporabniki drog v teh prostorih injicirajo droge. Na ta način se posledice zaradi samega injiciranja drog zmanjšajo na minimum. Medtem ko si uporabnik pripravlja drogo, ima medicinska sestra čas za podajanje informacij s področja zdravja in varnejšega injiciranja drog. Medicinska sestra tudi opazuje reakcijo pacienta po injiciranju drog in po potrebi tudi posreduje. Po injiciranju droge se lahko uporabnik obrne po pomoč na medicinsko sestro, ki lahko svetuje uporabniku. V prostorih za varno injiciranje drog je tudi posebna soba za opazovanje in za bolj zaupne pogovore. V teh prostorih se lahko tudi opravijo razgovori s predstavniki drugih, za uporabnika v tistem trenutku bolj zahtevnih programov odvajanja od drog. V teh prostorih je tudi posebno mesto za počitek in tedaj zopet lahko medicinska sestra opravi razgovor s pacientom. Srečanje z medicinsko sestro je velikokrat prva prilika za uporabnika drog, da se sreča z zdravstvenim osebjem. Tu je prilika, da se uporabnik drog zaupa zdravstvenemu osebju in dobi ustrezno zdravstveno pomoč. Medicinska sestra se lahko pri svojem delu tudi sooči z nasprotovanjem ostalih medicinskih sester, češ, da ne dela etično in da ne dela profesionalno. Za vse medicinske sestre bi bilo dobro, da bi bile informirane o pristopih zmanjševanja škode in bi bile usposobljene, da bi lahko to metodo prenesle v vsakodnevno prakso. (34)

Zakon o pacientovih pravicah upošteva naslednja načela, ki podpirajo programe zmanjševanja škode: spoštovanje vsakogar, kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj, spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti, varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju, spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstve-

nega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen.(35)

Zaključek

Programi zmanjševanja škode predstavljajo v EU pomemben javno zdravstveni pristop na področju obravnave uporabnikov drog, ki zmanjšuje tveganje za okužbo z HIV, hepatitisom C in prezgodnjo umrljivost zaradi uporabe drog. Pristopi na področju drog ne morejo sloneti le na prepovedi in v abstinenco usmerjenih programih, ampak morajo vključevati tudi programe zmanjševanja škode, med katerimi so svetovanje, razdeljevanje sterilnih igel, vzpostavljanje varnih sob, zavetišč in predpisovanje heroina na recept. Vsi programi temeljijo na temeljnih principih zmanjševanja škode, ki temeljijo na pragmatičnem pristopu, na človekovih pravicah, ki zagotavljajo tudi obravnavo in pomoč osebam, ki morda nikoli ne bodo vzpostavile abstinence in sledijo potrebam po pomoči uporabnikov drog. Pomembni so majhni koraki, in majhni uspehi, ki na koncu lahko pripeljejo tudi do abstinence ter zmanjšajo škodo, ki bi jo sicer brez naše intervencije imel uporabnik drog. Pristopi zmanjševanja škode se prenašajo tudi na področje preventive uporabe drog, alkohola in tobaka. Medicinska sestra se pogosto sooča z uporabniki drog in pristop zmanjševanja škode bi lahko pripomogel pri razumevanju pojava uporabe drog in pri delu z uporabniki. Medicinska sestra pri načrtovanju zdravstvene nege uporabnika drog upošteva njegove specifične negovalne probleme, za katere načrtuje ustrezne cilje, ki vključujejo pristop zmanjševanja škode. Potrebna je njena prisotnost v programih zmanjševanja škode. S svojo prisotnostjo, spremljanjem uporabnikov drog in svetovanjem lahko pomembno vpliva na zmanjšanje tvegane uporabe drog in zmanjšanja posledic uporabe drog. Delo medicinske sestre na področju zmanjševanja škode je lahko oteženo v okolju, ki je usmerjeno predvsem v podporo abstinenci programov. Pri svojem delu ima medicinska sestra pomembno oporo v kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki določa, da je dolžna spoštovati pacientove individualne navade, potrebe in vrednote. To področje podrobneje opredeljuje tudi Zakon o pacientovih pravicah.

Potrebno je poudariti potrebo, da zdravstveni delavci pridobijo dodatna znanja s področja zmanjševanja škode tako v dodiplomskem, kot v podiplomskem izobraževanju. Samo na ta način bo mogoče implementirati pristop zmanjševanja škode tudi v vsakodnevno klinično prakso in omogočiti uporabnikom drog ustrezno pomoč v nevladnih organizacijah in zdravstvenih ustanovah.

Literatura

1. Rhode T., Hendrich D.. Harm reduction: impacts and challenges. EMCDDA. Publication office of the EU. 2010.
2. Alan G.M., Mary E.L., Katie W.. Harm reduction pragmatic strategy for managing high risk behaviors. Golfordpress. New York 2012.
3. Wodak A., McLeod L.. The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. AIDS: 2008. 22 (supl 2): S81–S92.
4. Don C.D.J.. Editorial: Harm Reduction—A Frame work for incorporating Science into Drug Policy. American journal of public health. 1995. 1: 10–12.
5. Bernadette P.. Harm reduction through a social justice lens. Commentary International Journal of Drug Policy 19 (2008): 4–10

6. Working with people who use drugs: A harm reduction approach. CanadianLiverFoundation. 2007.
7. Marlatt G.A., Logan D.E.. Harm reduction therapy: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of clinical psychology*. 2010. 66; 201-214.
8. Taylor M., Caine V.. Exploring practices of harm reduction. *Alberta RN*. 2013. 68. 4: 17-19. www.nurses.ab.ca
9. Moro L., Racz J.. Online drug user-lead harm reduction in Hungary. A review of Dath. *Harm reduction Journal*. 2013, 10: 18.
10. Torres M., Fonesca F., Castello C., Domingo-Sahrony A.. Methadone maintenance treatment in Spain: The a harm reduction approach. *Bull World health organ*. 2013; 91: 136-141.
11. Iversen J., Wand H., Topp L., Kaldor J., Maher L.. Reduction in HCV incidence among Injection drug users attending needle and syringe programs in Australia. *American Journal of public Health*. 2013; 8: 1436-1444.
12. Marseille F.. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug and alcohol review*. 2011; 30: 287-290.
13. Killias M., Aebi M.F.. The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland. *Crime prevention studies*. Vol 11.
14. Brehmer C., Iten P.X.. Medical prescription heroin addicts in Switzerland – a review. *Forensic science International*. 2001; 121: 23-26.
15. WHO Europe. Status paper on prisons, drug and harm reduction. WHO regional office for Europe. 2005.
16. Matheson C., Bond C., Tinelli M.. Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: national service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *Journal of public health*. 2007. 29; 4: 350-357.
17. Sandro G., David V., Social Determinants and the Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness, and Incarceration. *Public Health Reports*. 2002. Vol 117, supplement 1.
18. Cisneros GO., Dowaihy AB., Kirisci L.. Access to Healthcare Among Injection Drug Users at a Needle Exchange Program in Pittsburgh, PA.. *J Addict Med*. 2009. 3 (2): 89-94.
19. Michael C. Robert L.. Harm Reduction and Electronic Gambling Machines: Doesthis Pair Make a Happy Couple or is Divorce Foreseen? *J Gambl Stud* (2008) 24: 39-54.
20. Bruce A.. Treatment and harm reduction professionals need to make peace. *TheCanadianNurse*. 2009.
21. Small D. Canada's highest court unchain injection drug users: implications for harm reduction as standard of health care. *Harm reduction Journal*. 2012, 9: 34.
22. Laker C.J.. Howreliable is thecurrent evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing intervention in the treatment of patients with a dual diagnosis? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007. 14; 7 20-726.
23. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. WHO, departmentof HIV/AIDS. 2007.

24. Midford R, Cahil H., Toxcroft D., Lester L., Venning L., Ramsden R., Pose M.. Drug education in victorian schools (DEVS): the study protocol for a harm reduction focused school drug education trial. *BMC PublicHealth* 2012, 12: 112.
25. Beth S.R., Thomas K., Julio M., Eva W.. Harm reduction in hospitals: is it time? *Harm reduction Journal* 2009, 6: 9.
26. Hatsukami D.K., Henningfield J.E., Kotlyar M.. Harm reduction approaches to reducing tobacco– related mortality. *Annu.Rev. PublicHealth.* 2004. 25: 377–95.
27. Wright T.E., Shutter R., Fombonne E., Stephenson J., Hanging W.F., Implementation and evolution harm reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm reduction Journal.* 2012.
28. Collen M. Prescribing cannabis for harm reduction. *Collen harmreduction Journal* 2012.
29. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005. www.dmszt-nm.si
30. Videčnik I., Vizija psihiatrične zdravstvene nege . Zbornik: raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični negi. (urednica: Vesna Čuk)Zbornica zdravstvene in babiške nege, zveza društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2006. 87–90.
31. Branko B.. Odvisnost od prepovedanih drog – teorija in praksa. OBRAVNAVA bolnika odvisnega od prepovedanih drog : zbornik prispevkov, Medis, Brnčičeva 3, Ljubljana, 18. april 2008 / [uredila Barbara Možgan]. – Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege –Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2008. 117–129.
32. Canadian Nurses Association Discussion Paper on Harm Reduction and Currently Illegal Drugs: Implications for Nursing Policy, Practice, Education and Research. Canadian Nurses Association. March 2010.
33. Pauly B., Irene G., Jane C., Fiona G., Sarah P.. Theethical, legal and social context of Harm Reduction. *HecanadianNurse.* 2007. 103; 19–23.
34. Lightfoot B., Panessa C., Hayden S., Thunoth M., Goldestone I., Pauly B.. Harmreduction in nursing practice. *CanadianNurse.* 2009. April; 16–20.
35. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS. 15/2008.

Alkohol in mladi: način pitja med študenti zdravstvene nege

Alcohol and Young People: Drinking Patterns among Nursing Students

Urška Bogataj, Nadja Plazar

Povzetek

Uvod: Namen naše raziskave je bil ugotoviti način in pogostost pitja alkohola v populaciji študentov zdravstvene nege.

Metode: Anketiranje je potekalo v letu 2012, ko je bil razdeljen AUDIT vprašalnik rednim študentom prvega letnika zdravstvene nege. Vzorec je zajemal 116 študentov in je bil pridobljen s priložnostnim vzorčenjem. V analizi je bila uporabljena osnovna deskriptivna statistika.

Rezultati: Iz rezultatov seštevka točk vidimo, da moški anketiranci pogosteje posegajo po alkoholnih pijačah in pijejo večje količine ob eni priložnosti. Kar četrtnina vseh anketiranih do trikrat mesečno pije 5 oziroma 6 ali več meric ob pivski priložnosti. Kaže se prisotnost »binge drinkinga«.

Diskusija in zaključek: Rezultati raziskave kažejo, da določen odstotek anketiranih pije po tipu »binge drinking«. Izkazalo se je tudi, da po količinah popitih meric prednjačijo moški anketiranci.

Gljučne besede: raba alkohola, »binge drinking«, študentje zdravstvene nege

Abstract

Introduction: The purpose of our study was to determine the manner and frequency of alcohol consumption among nursing students.

Methods: The survey was conducted in 2012. AUDIT questionnaire was distributed to full time nursing students. The sample included 116 students and was obtained through informal sampling and the data was analysed with basic descriptive statistic.

Results: The results show that male students are more likely to reach for alcoholic drinks and drink large quantities. A quarter of all respondents drink 5 or 6 cups at one drinking occasions three times monthly. Also »binge drinking« is present way of consuming alcohol.

Discussion and conclusions: The certain percentage of respondents drink by »binge drinking« type and it has been shown that male respondents drink more.

Key words: alcohol use, »binge drinking«, nursing students

Uvod

Raba alkohola je dejavnik tveganja za negativne posledice na zdravju, sreči, varnosti in blaginji ljudi (1). Poraba alkohola na prebivalca je v Sloveniji med najvišjimi v Evropi (2) in podobno kot v drugih državah, so v porastu tvegane oblike uporabe alkohola, kot je denimo načrtno popivanje v kratkem času oziroma angl. »binge drinking«, pri čemer gre za pitje velikih količin pijače nekaj urah oziroma enem večeru (3; 4).

Raba alkohola močno zadeva tudi najbolj občutljive dele družbe, kamor sodijo mladi in ravno problematika rabe alkohola med mladimi v zadnjem desetletju predstavlja osrednji predmet številnih mednarodnih raziskav, kamor je vključena tudi Slovenija (2). Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju, angl. »Health behaviour in school – aged children« (HBSC) je eden izmed aktualnih projektov, ki poteka pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, kjer sodeluje 43 držav. Pogostost pitja alkoholnih pijač pri mladostnikih statistično značilno narašča s starostjo (3). Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino angl. »The european school survey project on alcohol and other drugs« (ESPAD) (4), pa je eden izmed mednarodnih projektov, ki raziskuje porabo psihoaktivnih substanc (PAS) med mladimi. Leta 2011 je bilo v raziskavo vključenih 36 držav, med njimi tudi Slovenija. Slovenija je sodelovala v projektu ESPAD že v letih 1995, 1999, 2003 in 2007 (2). Raba alkohola med mladostniki v preteklosti naraščala, podatki za leto 2011 pa kažejo, da se je ustalila (5).

Študentje so ravno tako občutljiva skupina mladih, podvržena rabi alkohola. V tem življenjskem obdobju je tveganje za uživanje alkohola največje, v povezavi s tem se posledično povečuje tudi možnost rabe ostalih prepovedanih psihoaktivnih substanc (6). Posebno pozornost velja posvetiti obdobju prehoda mladih iz srednje šole na fakulteto, ki je lahko posebno rizično za porast uživanja alkoholnih pijač. Ob vstopu na univerzo se soočajo z velikimi spremembami socialnega okolja, kjer navezujejo številne nove stike z vrstniki (7). Ob tem je nedvoumna ugotovitev Becka in sod. (7), ki pravijo, da se vzorci pitja, ki so jih mladi razvili v srednješolskem obdobju, najverjetneje razvijajo še naprej in se še močneje izrazijo v novem okolju. »Binge drinking« je poleg starejših opredelitev danes najpogosteje definirano kot pitje ob eni priložnosti ali epizodično prekomerno pitje, ob katerem količina popitega alkohola dosega vsaj 60 gramov zaužitega alkohola oziroma po nekaterih definicijah 5 meric ali več (8). Ena merica ali ena enota alkoholne pijače pa vsebuje 10 gramov čistega alkohola (9). Večina raziskav vezanih na »binge drinking« se usmerjajo predvsem v pivske navade mladih odraslih med 16 in 25 letom (10). Ob dejstvu, da je tovrsten način pitja alkohola značilen za mlade, se je usmeritev naše raziskave zdela povsem na mestu.

Metode

Raziskava je bila izvedena z namenom pridobiti vpogled značilnosti pitja pri študentih prvih letnikov zdravstvene nege. Uporabljena je bila neeksperimentalna opisna raziskovalna metoda. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja. Zbiranje podatkov je potekalo v koledarskem letu 2012.

Opis instrumenta, vzorca in poteka raziskave

Uporabljen standardiziran anketni vprašalnik AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) so oblikovali strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije (11). Vsebuje 10 zaprtih, s točkami ovrednotenih vprašanj, točkovanih od 0 do 4 (11). Vprašalnik opredeljuje način pitja in stopnjo tveganja. V Sloveniji je pogosto uporabljan za oceno stopnje tveganja pri pitju alkohola v družbi pri različnih skupinah v populaciji (12). V raziskavi so bila uporabljena prva tri vprašanja, ki opredeljujejo pogostost pitja in količino popitega alkohola ob pivskih priložnostih.

V raziskovani vzorec, dobljen iz priložnostnega vzorčenja, so bili zajeti študentje prvega letnika rednega študija zdravstvene nege na Univerzi na Primorskem, Fakulteti za vede o zdravju. Anketo so anonimno izpolnjevali študentje, ki so bili na dan razdeljevanja vprašalnikov prisotni pri študijskih obveznostih. V raziskavi je sodelovalo 116 rednih študentov. Razmerje zastopanosti anketiranih po spolu je bilo 66,4 % žensk in 33,6 % moških. Povprečna starost pri študentih rednega študija je bila 20 let ($SD = 1,7$). Ob tem je bila najnižja starost 18 let, najvišja pa 33 let.

Raziskava je bila izvedena s soglasjem izobraževalne ustanove, Univerze na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju. Dobljeni podatki so bili analizirani s pomočjo programa IBM SPSS 20.0, rezultati pa prikazani v obliki opisa, tabel in komentarjev. Uporabljena je bila osnovna deskriptivna statistika z izračunom frekvenc, povprečja in standardne deviacije. Starost anketirancev je bila opredeljena še z minimalno in maksimalno vrednostjo.

V okviru raziskave, ki je bila izvedena med študenti zdravstvene nege UP FVZ v letu 2012 nas je zanimala tudi prisotnost »*binge drinking*« pri omenjeni populaciji.

Rezultati

V raziskavi nas je zanimalo, v kolikšni meri je pitje pri anketirancih prisotno. Iz Tabele 1 je razvidno, kako pogosto so anketiranci posegali po alkoholnih pijačah in koliko meric so ob tem popili, kar je moč pridobiti iz prvih treh vprašanj AUDIT vprašalnika.

Tabela 1: Pogostost pitja med študenti glede na spol.

Vprašanje (N= 116)	Trditve	Pogostost izbora		
		Spol n (%)		
		Moški	Ženske	Skupaj
Kako pogosto ste v 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?	Enkrat na mesec ali manj	14 (35,9)	43 (55,9)	57 (49,1)
	2- do 4-krat na mesec	12 (30,8)	32 (41,6)	44 (38,0)
	2- do 3-krat na teden	11 (28,2)	2 (2,6)	13 (11,2)
	4- ali večkrat na teden	2 (5,1)	0 (0)	2 (1,7)
Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili?	0 do 1 merico	2 (5,1)	26 (33,8)	28 (24,1)
	2 merici	6 (15,5)	15 (19,5)	21 (18,1)
	3 ali 4 merice	8 (20,5)	22 (28,6)	30 (25,9)
	5 ali 6 meric	7 (17,9)	10 (13,0)	17 (14,7)
	7 ali več meric	16 (41,0)	4 (5,2)	20 (17,2)
Kako pogosto se vam je zgodilo, da ste ob eni priložnosti popili: moški 6 meric ali več, ženske 5 meric ali več?	Nikoli ali manj kot 1-krat na mesec	21 (53,8)	60 (78,0)	81 (69,8)
	1- do 3-krat na mesec	13 (33,3)	16 (20,8)	29 (25,0)
	1- do 3-krat na teden	5 (12,8)	1 (1,3)	6 (5,2)

Legenda: N –število; % – odstotek

Kot je razvidno iz Tabele 1, je v zadnjem letu več kot polovica vseh anketiranih (N= 116) pila alkoholne pijače enkrat na mesec ali manjkrat. Nadalje se skoraj polovica anketirancev opredeljuje za uživanje alkoholnih pijač 2 do 4 krat mesečno in 2 do 3 krat tedensko pa jih pije manj pogosto. Dva anketiranca pa sta v zadnjih obdobju zadnjih dvanajst mesecev pila alkoholne pijače 4 ali večkrat na teden. Pitje od enkrat do štirikrat mesečno je bolj izraženo pri ženskah, medtem ko se pogostejše pitje pojavlja pri moških študentih.

Dve ali manj popitih meric ob pivski priložnosti je popilo več kot polovico žensk ter petina moških. V razponu od 3 do 6 popitih meric je skupno razmerje med moškimi in ženskami podobno, medtem, ko je 7 ali več meric ob eni priložnosti popilo kar 40 procentov moških v primerjavi s 5 procenti žensk.

Glede na to, kako pogosto so ob eni priložnosti moški spili šest ali več meric oz. ženske pet ali več meric, so rezultati pokazali, da se je večini (približno 3/4) to zgodilo nikoli ali manj kot enkrat v mesecu, medtem ko se je približno četrtini preiskovancev to zgodilo pogosteje. Pogosteje se je zgodilo moškimi študentom pri pogostosti 1 do 3 krat mesečno (ob tem razlike med moškimi in ženskami niso velike. Pri pogostosti 1 do 3 krat tedensko pa prednjačijo moški anketiranci. Za odgovor dnevno ali skoraj vsak dan se ni opredelil nihče od anketiranih.

Diskusija

Anketirance smo povprašali o pogostnosti pitja in količini zaužite pijače ob pivskih priložnostnih. Večina anketiranih pije alkoholne pijače manj kot štirikrat na mesec. Desetina vseh pa dva ali celo trikrat tedensko. V izbiri odgovorov ki zastopajo tudi pogostejše pitje in višjo stopnjo tveganja prednjačijo moški. Podobno sta DeMartini in Carey (13), v njihovi raziskavi ugotavljala, da moški statistično pomembno večkrat v tednu posegajo po alkoholu. Kaže se, da so z vidika pogostosti pitja in popitih meric alkohola ob eni priložnosti rezultati povečini višji na strani moških anketirancev. Iz odgovorov je razvidno, da določen delež študentov pije velike količine pijače ob eni pivski priložnosti, pri čemer izstopajo moški. Po številu popitih meric je razvidno, da določen delež študentov posega po 7 ali več mericah, kar seže čez mejo, ki opredeljuje »binge drinking«. Podobno so ugotavljali tudi Esser, Kanny, Brewer in sod. (14) »binge drinkers« navadno pijejo nad nivojem, ki ta način pitja determinira. Ob tem moški anketiranci 8 krat pogosteje popijejo 7 ali več meric kot ženske. Izstopajoč je tudi rezultat, kjer se pri pogostosti pitja večjih količin alkohola ob eni priložnosti, ženske anketiranke v izbiri odgovora 1 do 3 krat mesečno zelo približajo moškimi anketirancem. Ob tem pa moški bistveno večkrat izberejo odgovor pitja velikih količin alkohola 1 do 3 krat v tednu.

Kot je bilo pričakovati, se je določen delež študentov v vprašanih umestilo v kategorijo »binge drinking«, kar dobimo iz števila popitih meric ob eni priložnosti. Binge drinking je najbolj prisoten med adolescenti in mladimi odraslimi in se kasneje v življenju ta odstotek zniža (14). Ob tem ne moremo mimo dejstva, da ima pri tem pomemben vpliv pritisk sovrstnikov, ki je močnejši kot vpliv staršev in da so temu načinu pitja bolj podvrženi ekstrovertirani posamezniki (14).

Zaključek

Raba alkohola med študenti je po rezultatih raziskave aktualen problem. Pomembna ugotovitev je, da moški pijejo bolj tvegano kot ženske, kar pa sicer tudi ne izstopa. Izgleda tudi, da se »binge drinking« kot način pitja v mladosti nadaljuje tudi v mlado odraslo dobo. In zaskrbljujoče je, da je pri mladih, ki pijejo na ta način tudi povečano tveganje za posledice, ki jih ta način pitja prinaša. Ob tem pa je razumljivo, da utrjene vzorce pitja mladi prenašajo s seboj tudi v mlado odraslo dobo in tudi kasneje v življenje.

Literatura

1. Šešok J. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006: 1–38.

2. Zalta A, Kralj A, Zorc J, Lenarčič B, Medarić Z, Simčič B. Mladi in alkohol v Sloveniji: zaključno poročilo ciljno – raziskovalnega projekta. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno – raziskovalno središče; 2008: 1–104.
3. Bajt M. Tvegana vedenja: uporaba tobaka, alkohola in marihuane. In: Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T, eds. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007: 121–50.
4. Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. ESPAD: Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Urad za droge; 2005: 1–129.
5. Hibell B, Guttormsson, U, Ahlström, S, Balakireva, O, Bjarnason, T, Kokkevi, A, et al. The 2011 ESPAD Report: substance use among students in 36 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs; 2012: 64–151.
6. Matute RS, Pillion SC. Alcohol consumption by nursing students in Honduras. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2008; 16: 584–9.
7. Beck KH, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, O'Grady KE, Wish ED. Social context of drinking and alcohol problems among college students. *Am J Health Behav*. 2008; 32 (4): 420–30.
8. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008). Binge Drinking and Europe. Hamm: DHS. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Pathways_for_HealthProject/binge_drinking_and_europe_report.pdf <12.11.2013>.
9. Gantar Štular H. Novejša spoznanja s področja odvisnosti od alkohola. In: Avberšek Lužnik I, Kaučič BM, Hvalič Touzery S, eds. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: zbornik prispevkov z recenzijo, Bled, 13. oktober 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 65–73.
10. McMahon J, McAlaney J, Edgar F. Public and professional conceptualisations of binge drinking: Are we all talking the same language? V: DiGuarde K I, ur. Binge drinking research progress. New York: Nova science publishers inc, 2009: 1–24.
11. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005: 1–172.
12. Kolšek M, Visnovič-Poredoš A. Pivske navade uporabnikov spletne strani v Sloveniji. *Zdrav Vestn*. 2011; 80 (9): 676–85.
13. Demartini KS, Carey KB. Correlates of AUDIT risk status for male and female college students. *J Am Coll Health*. 2009; 58 (3): 233–9.
14. Esser MB, Kanny D, Brewer RD, Naimi TS. Binge drinking intensity. A comparison of two measures. *Am J Prev Med*. 2012; 42 (6): 625–29.
15. Kuntche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med*. 2004; 59: 113–27.

Vpliv zdravstvene vzgoje na ozaveščenost in zavzetost pacientov pri varni rabi zdravil: evalvacija zdravstveno vzgojnih delavnic na Oddelku za zdravljenje odvisnosti

The Influence of Health Education on Awareness and Adherence of Patients in the Safe Use of Medicines: Evaluation of Health Education Workshops at the Department for Addiction Treatment

Aleksandra Ferfolja, Nataša Hvala

Povzetek

Izbodišča: Zdravstvena vzgoja je pomemben element promocije zdravja. Pacienti z odvisnostjo od alkohola in drugih psihoaktivnih substanc, s pridruženimi razpoloženskimi in somatskimi motnjami imajo lahko predpisanih več zdravil hkrati. Zasvojiva zdravila lahko zlorablajo, jih jemljejo nenadzorovano, ali opuščajo varno predpisana. Zdravstveno vzgojne aktivnosti medicinske sestre doprinesejo k promociji bolj odgovornega uživanja predpisanih zdravil in pozitivno vplivajo na ozaveščenost in zavzetost pacientov.

Namen in metode dela: Namen prispevka je v prvem delu predstaviti zdravstveno vzgojne delavnice na temo varne in pravilne rabe zdravil. V drugem delu je prikazana analiza podatkov, zbranih z anketnim vprašalnikom na vzorcu pacientov, ki so se udeležili zdravstveno vzgojnih delavnic. Ugotavlja se znanje pacientov ob začetku ter pridobljeno znanje in stališča po izvedbi delavnic. Na osnovi ugotovitev analize podatkov in pregleda virov je namen prispevka opozoriti na nujnost zdravstveno vzgojnega dela v kliničnih okoljih.

Rezultati: Ugotovili smo, da imajo pacienti ob vstopu v delavnice slabšo ozaveščenost in pogosto precenjen občutek za obvladovanje varne rabe zdravil. Ob zaključku zdravstveno-vzgojnih delavnic pacienti izražajo izpolnjena pričakovanja in pozitivna stališča ter osvojen splošno veljavna pravila o varni rabi zdravil.

Diskusija in zaključki: Sestavni del načrta zdravljenja z zdravili je vključevanje medicinske sestre v učenje pacientov varne in pravilne rabe predpisanih zdravil, ki ima vpliv na njegov

koncept razumevanja, zadovoljstva in dejavnosti v zvezi z navodili skladnega jemanja varno predpisanih zdravil.

Ključne besede: medicinska sestra, zdravstvena vzgoja, zdravila, ozaveščenost, zavzetost, pacient

Abstract

Introduction: The health education is important element of the promotion of the health. The patients with a alcohol addiction, or addiction from other psychoactive substances, with joint mood and somatic disorders often have subscribed a number of medical drugs at the same time. They can misuse addictive medication, use them without control or stop using them although they are properly subscribed. Health education activities of medical nurse is contributing the promotion of more responsible use of subscribed medication and has positive impact onto patients awareness and commitment.

Methods: At the first part of the paper, the purpose is to present the health educational workshops about the safe and proper use of medication. In the second part we are going to be presented the data, collected by questionnaire used on the patients which participated at the health educational workshops. We identified the level of knowledge of the patients at the beginning and acquired knowledge and view point after the workshop. On the basis of the findings, analysis of the data and overview of the sources, the goal of the paper is to point out the need for the health educational work in clinical environment.

Results: By the entering of the workshops we identified lower level of the patients awareness and often overrated own feeling about management of safe use of medication. At the end of the workshops they expressed fulfilled expectations and positive attitude as well as the obtained generally accepted rules about safe use of medication.

Discussion and conclusions: The integral part of the plan of medical treatment is an integration of the medical nurse in the education of the patient about the safe and proper use of subscribed medication. This influence his concept of understanding, satisfaction and activities with the instructions of accordance use of safely subscribed medical drugs.

Key words: nurse, health education, medication, awareness, adherence, patient

Uvod

Promocija zdravja je proces, ki omogoča posamezniku povečati nadzor nad lastnim zdravjem, zdravje ohranjati in ga krepiti. Gre za celovit pristop k doseganju zdravja s ciljem, da se posameznik zavestno, vsakodnevno odloča v prid zdravja. Ključnega pomena pri promociji, uveljavljanju ali pospeševanju zdravja imajo tudi vsi trije nivoji zdravstvene dejavnosti. Opolnomočenje pacientov na področju zdravja v kliničnih okoljih terciarne zdravstvene dejavnosti zahteva temeljno preusmeritev od, v zdravljenje usmerjenega pristopa zdravstvene oskrbe, ki nudi le akutno, nenačrtovano in občasno oskrbo, v model celostne, kontinuirane in učinkovite obravnave pacientov. Poleg vseh ukrepov za varovanje in izboljšanje zdravja, promocija zdravja v kliničnem okolju, vključuje tudi učinkovito samoobvladovanje bolezni in doseganje zadovoljive, z zdravjem in dobrim počutjem povezane kakovosti življenja pacientov (1–4). Medicinske sestre so prepoznani strokovnjaki znotraj zdravstva in zdravstvenih timov, ki pacientu lahko pomagajo pri soočanju z boleznijo, sprejemanju novih okoliščin in dejstva, da bodo morali živeti s problemi, ki jih kronična bolezen, vodena tudi z zdravili, prinaša v njihovo življenje. Pomembne aktivnosti medicinskih sester

so iskanje najustrežnejših načinov informiranja in izobraževanja, izbiranja metod učenja in poučevanja, ki najbolj ustreza potrebam oziroma značilnostim posameznika ali skupine pri spreminjanju življenjskega sloga, oblikovanja ali spreminjanja njihove miselnosti, stališč, navad in vedenja, prilagajanja bolezni, preprečevanju dejavnikov tveganja ter soočanju s spremembami zdravja. Iz vidika zdravstvene nege je zdravstvena vzgoja v procesu ozaveščanja in zavzetosti pacientov pri zdravljenju z zdravili pomemben segment v tem, da je načrtovan, dokumentiran, kontinuiran in evalviran proces (5–10). Zavzetost in/ali sodelovanje pacienta pri zdravljenju z zdravili je na področju bolnišničnega zdravljenja odvisnosti od alkohola, je pri pacientih s so pojavnostjo še drugih duševnih in somatskih motenj, zelo pomembno. Dokazano je, da pacientova zavzetost pri rednem jemanju predpisanih zdravil izboljšuje prognozo in zmanjšuje tveganje za poslabšanje motenj (8,9,11,12). Zavzetost in/ali sodelovanje pacienta pri zdravljenju z zdravili je dinamična kategorija. Pogojujejo jo številni dejavniki, med katerimi prihaja do medsebojnega součinkovanja (5,9,10,13–16). Vpliv medicinskih, psiholoških, okoljskih in drugih dejavnikov se kaže v različnih oblikah tudi nesodelovalnega vedenja. Slednje se nanaša na prepozno iskanje zdravstvene pomoči, nesodelovanje v programih zgodnjega odkrivanja bolezni ali poslabšanja, opuščanje kontrolnih pregledov in jemanja predpisanih zdravil ter neizpolnjevanje navodil zdravnika. Nesodelovalno vedenje je lahko hoteno ali nehoteno. Večina pacientov vsaj občasno dela nehotene napake pri uživanju zdravil zaradi pozabljivosti ali nerazumevanja navodil. Pomembna težava je tudi hoteno nesodelovanje. Kot vzrok za opustitev zdravljenja z zdravili je pacientov subjektivni občutek dobrega počutja. Pacienti lahko slabo poznajo terapevtske prednosti zdravil, ki jih prejema. Oviro za dobro sodelovanje pacienta predstavlja deficit v zaznavnih funkcijah pri pacientih katerekoli starosti, strah pred neželenimi stranskimi učinki in zaznava neučinkovitega zdravljenja (5,8–10,17). O primerni stopnji sodelovanja ali primerinem obsegu upoštevanja priporočil zdravstvenih delavcev govorimo takrat, ko pacient sledi predpisanemu režimu zdravljenja brez odstopanj in ne izpušča odmerkov, ne vzame dodatnih odmerkov ter ne jemlje prevelikih ali premajhnih odmerkov. Upoštevanje priporočil se nanaša na jemanje zdravila ob pravem času in jemanje zdravila tako dolgo, kot je predpisano (5,10,14,15,18).

Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je pomemben element promocije zdravja. Opolnomočenje pacientov na področju zdravja v veliki meri pomeni tudi individualizacijo odgovornosti za zdravje. Pacientom ne zagotavlja le pravic in možnosti, ampak jim nalaga tudi dolžnosti, odgovornosti in omejitve, ki sežejo tudi na področje zdravljenja z zdravili. Zdravje in dobro počutje je dober motivacijski dejavnik za izvajanje preventivnih ukrepov ter preprečevanje poslabšanja bolezni in za spreminjanje življenjskih navad posameznikov (5,7,10,19,20). V povezavi s slednjim je pomemben, sestavni del načrtovanja terapije z zdravili v kliničnem okolju, vključevanje medicinske sestre v učenje pacientov o varni rabi zdravil s ciljem, da pacienti poznajo naziv zdravila, namen uživanja, da zdravila učinkovito in samostojno uživajo ter prepoznajo možne neželene reakcije na zdravilo in da v terapiji vztrajajo. Pacientovo, z zdravjem povezano znanje, prepričanja, stališča, motivacija in zaznavanje učinka zdravljenja so pomembni dejavniki, ki lahko pozitivno vplivajo na njegovo dobro sodelovanje (5,8,10,13,21). Ključnega pomena pri zdravstveni vzgoji so različne učne in vzgojne meto-

de. Njihova uporaba spreminja vlogo medicinske sestre od tiste, ki daje, vse razloži in naredi, v tisto, ki pripravlja pogoje za učenje, usmerja, svetuje, podpira in daje povratne informacije (22). Uporaba metode pogovora, metode razprave, metode praktičnega dela, metode spodbujanja, metode prepričevanja, vpliva na pacienta zdravstveno-vzgojnih delavnic, da se aktivno vključuje v proces pridobivanja znanja s svojimi razmišljanji, mnenji, primeri iz lastnih izkušenj in aktivnim delom. Zelo učinkovita je različna izpeljava metode ustnega razlaganja, metoda dela z besedili in metoda demonstracije. Kot oblika dela ima nesporno veliko prednosti skupinska oblika. Pacientom omogoča izmenjavo izkušenj, občutkov, opogumljanje, razumevanje in poduk o konkretnih veččinah. Pomembno je ustvarjanje pacientu prijaznega okolja, mu dovoliti, da razloži stvari s svojimi besedami; ugotoviti, v kaj pacient verjame; mu dajati pozitivne povratne informacije, ga spodbujati in opogumljati. Pri delu v zdravstveno vzgojni delavnici je potrebno poudarjati pomen določene vsebine in jo ponavljati, uporabiti pacientu razumljivi jezik ter povedati pomembne informacije najprej in jih na koncu ponoviti. Upoštevati je potrebno podajanje specifične informacije in se ogibati nejasnih, splošnih. Vse povedano je potrebno podpreti s pisnim materialom, napisanim v pacientu razumljivem jeziku (1,8,13,23,24).

Namen in metode dela

Namen prispevka je, v prvem delu, predstaviti zdravstveno-vzgojne delavnice o varni in pravilni rabi zdravil. V drugem delu je prikazana analiza podatkov zbranih z anketnim vprašalnikom na vzorcu pacientov, ki so se udeležili zdravstveno-vzgojnih delavnic. Ugotavlja se znanje pacientov ob začetku delavnic, ter pridobljena nova znanja in spretnosti po izvedbi zdravstveno-vzgojnih delavnic.

Literatura je bila pridobljena s pomočjo bibliografskih baz podatkov Google, Google učenjak, Cinahl ter specializirane knjižnice Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Vključena je bila domača in tuja literatura. Ključne besede v slovenskem jeziku so bile zdravila, zdravstvena vzgoja, medicinska sestra, zavzetost, ozaveščenost ter medication, health education, nurse, adherence, awareness v angleškem jeziku.

V raziskovalnem delu je bilo izvedeno zbiranje podatkov na izbranem vzorcu 80 pacientov, ki so se od marca 2011 do septembra leta 2012 udeležili zdravstveno-vzgojnih delavnic ter izpolnili anketni vprašalnik. Predstavljena je priprava in izvedba zdravstveno vzgojne delavnice ter analiza podatkov zbranih z anketnim vprašalnikom. Podatki so bili zbrani v dveh časovnih obdobjih. Prvi del vprašalnika so pacienti izpolnili ob pričetku delavnice, drugi del pa ob zaključku delavnice. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz štirih sklopov. Prvi sklop je vključil zaprta vprašanja o poznavanju imen zdravil ter poznavanju učinkov zdravil, poznavanju načina, namena in predvidenega časa jemanja zdravil. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na znanje pacientov o rokovanju in ravnanju z zdravili. Po zaključku zdravstveno-vzgojnih delavnic so pacienti izpolnili tretji sklop vprašanj, ki je vključil odprta vprašanja o pridobljenem znanju ter uspešnosti in zadovoljstvu pacientov z učenjem v delavnici. Anketiranci so imeli tudi možnost podajanja pripomb, pohval in pritožb.

Zbiranje podatkov je bilo prostovoljno in anonimno. Uporabljeni so bili etični vidiki raziskovanja. Pridobljeno je bilo pisno soglasje vodstva bolnišnice. Rezultati ankete so prikazani v tekstu z ugotavljanjem povprečnih vrednosti.

Rezultati

Predstavitev zdravstveno vzgojne delavnice »Varna in pravilna raba zdravil«

Zdravstveno vzgojna delavnica na temo »Varna in pravilna raba zdravil« se je oblikovala marca leta 2011. V okviru bolnišničnega zdravljenja odvisnosti poteka tri zaporedne srede v sklopu deset tedenskega programa zdravstveno vzgojnih vsebin. Najobsežnejši del zajema program »Pot k dobremu počutju«, kjer se izmenjujejo teme na prehrano in telesno aktivnost v povezavi z zdravim življenjskim slogom, zaključuje pa se s prej omenjeno zdravstveno-vzgojno delavnico.

Delavnice so potekale v skupinah po 10 pacientov. Vodila jih je diplomirana medicinska sestra. Potekale so v prostorih terapevtske skupine Oddelka za zdravljenje odvisnosti Psihiatrične bolnišnice Idrija. Paciente se ciljno določi na tiskem sestanku, v dogovoru z oddelčno zdravnico. Kriteriji, ki se upoštevajo pri vključitvi v delavnico, so omejeni na paciente, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od alkohola in/ali drugih psihoaktivnih substanc (med njimi tudi od zasvojljivih zdravil, tj. pomirjeval, uspaval, analgetikov); paciente s pridruženimi razpoloženskimi motnjami in/ ali pridruženimi somatskimi motnjami, ki jim je predpisano več zdravil; paciente z nizko ozaveščenostjo glede varne in pravilne rabe zdravil; paciente brez zaupanja v terapevtske učinke zdravil. Pri izvedbi delavnic so bile uporabljene izobraževalne tehnike, elementi kognitivno vedenjskih tehnik in motivacijskega intervjuja.

Tabela 1: Aktivnosti prve zdravstveno vzgojne delavnice Varna in pravila raba zdravil.

OPREDELITEV VSEBINE DELAVNICE	Obravnavajo splošnih vsebin o zdravilih. Identifikacija potreb in raziskovanje pacientovih stališč, odgovorne vloge pri jemanju zdravil.
TRAJANJE	45 minut
OPERATIVNI UČNI CILJI DELAVNICE	Pacient je dejaven, spoštuje in upošteva ideje ter razmišljanja ostalih članov skupine. Ugotavlja lastno znanje. Osveži znanje, znanje dopolni z novimi informacijami. Spozna splošno veljavna znanja o zdravilih. Je motiviran za prevzemanje aktivne vloge pri jemanju zdravil.
VSEBINA DELAVNICE	Spodbujanje k izražanju asociacij na temo varna in pravilna raba zdravil po principu »možganske nevihte« ter svobodnemu izražanju že privzetega znanja o varni in pravilni rabi. Motiviranje vseh udeležencev pri sestavljanju »zemljevid znanja« na podlagi njihovih izkušenj. Povzemanje bistva, ponavljanje že znanega, poudarjanje novega znanja, novo pridobljenih informacij. Refleksija aktivnosti skupine. Določitev terapevtskih nalog (npr: samoiniciativno, točno pristopanje k razdeljevanju zdravil na oddelku ob določenem časovnem terminu, informiranje o imenu zdravil, ki jih jemljejo ter njihovo pisno ali mentalno pomnenje, sestava seznama vprašanj, ki jih zanimajo v zvezi z zdravili...).
AKTIVNOST PACIENTA	Aktivno pisanje in izražanje asociacij, dejstev na liste Izmenjava izkušenj z drugimi pacienti Dejavno poslušanje – osvaja dejstva in poveže povedano s predhodno izkušnjo
METODE DELA	Metoda dela z besedilom: metoda stene z listki, demonstracijska metoda: prikaz shematske risbe, metoda pogovora, razlage, skupinske razprave
PRIPOMOČKI	Stojalo, papir, pisala, tabla

Na drugi delavnici (Tabela 2) ima aktivnejšo vlogo medicinska sestra. Odgovori na morebitna vprašanja, ki jih pripravijo pacienti sami. Vsebina aktualne delavnice upošteva komponento znanja, čustveno in vedenjsko komponento in se spreminja glede na strukturo pacientov prisotnih na delavnici.

Tabela 2: Aktivnosti druge zdravstveno vzgojne delavnice Varna in pravila raba zdravil.

OPREDELITEV VSEBINE DELAVNICE	Pomen ustreznega jemanja zdravil. Pomen pozitivnih in negativnih čustev ob jemanju zdravil. Raziskovanje pripravljenosti, motivacije in zavzetosti pacienta.
TRAJANJE	45 minut
OPERATIVNI UČNI CILJI DELAVNICE	Pacient pridobi informacijo o njemu nerazumljivih pojmih v zvezi z zdravili. Je poučen o pomenu individualnega medikamentoznega režima. Je seznanjen s tveganji ne varne rabe zdravil. Pozna navodila za postopanje z neuporabljenimi zdravili. Prepozna in popravlja rezultat lastne aktivnosti – zazna potrebo po spremembi življenjskega stila jemanja zdravil.
VSEBINA DELAVNICE	Poudarjanje pozitivne konotacije pomena ustreznega načina jemanja zdravil, veččin varne in pravilne rabe zdravil – skladnosti jemanja zdravil s priporočili zdravnika; poznavanje terapevtskih prednosti zdravil. Seznanjanje o pridobivanju relevantnih informacijah v zvezi z ravnanjem z zdravili; tveganji, če se zdravilo opusti ali pozabi vzeti odmerek. Poudarjanje pomena doživljanja pozitivnih in /ali negativnih čustev v zvezi z rabo zdravil kot so strah, negotovost, nezaupanje/ zaupanje, pozitivne/ negativne izkušnje s terapevtskimi učinki zdravil. Raziskovanje zavzetosti udeleženca za redno jemanje zdravil in morebitne pripravljenost za spremembo vedenja v zvezi s tem. Poudarjanje pomena rednega jemanja predpisane terapije, zavedanje posledic tveganj sočasne rabe alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc; ravnanje z zalogo zdravil na domu ob odhodu na terapevtske vikend dopuste ter vpliv zdravil na psihofizične sposobnosti udeležencev v prometu. Povzemanje bistva, ponavljanje že znanega in poudarjanje novega znanja. Spodbujanje k izvajanju že priporočenih terapevtskih nalog v tednu do tretje delavnice s poudarkom na prevzemanju aktivne vloge.
AKTIVNOST PACIENTA	Dejavno poslušanje – poslušanje z razumevanjem, osvaja dejstva in poveže povedano s predhodno izkušnjo, si zapomni informacije Ustvarjanje idej
METODE DELA	Metoda ustnega razlaganja, demonstracijska metoda, skupinska razprava
PRIPOMOČKI	Tabla, papir, pisalo, demonstracijske škatlice zdravil

Tretja delavnica ponovno zahteva aktivnejšo vlogo pacienta (Tabela 3).

Tabela 3: Aktivnosti tretje zdravstveno vzgojne delavnice Varna in pravila raba zdravil.

OPREDELITEV VSEBINE DELAVNICE	Preverjanje razumevanja načina, namena ter razloga za jemanja zdravil
TRAJANJE	45 minut
OPERATIVNI UČNI CILJI DELAVNICE	<i>Pacient pozna</i> zdravila, ki jih jemlje. <i>Si izdelala</i> seznam zdravil, ki jih prejema.
VSEBINA DELAVNICE	<i>Ponovitev</i> ključnih vsebin prve in druge delavnice ter odgovori na morebitna vprašanja pacientov. <i>Preverjanje</i> poznavanja nazivov zdravil, ki jih pacient prejema. <i>Preverjanje</i> razumevanja načina, namena uživanja ter razlogov zaradi katerih morajo predpisana zdravila uživati. <i>Poudarjanje</i> pomembnih informacij glede varnega in samostojnega jemanja zdravil ob pripravah na odpust ali odhod na terapijski vikend. <i>Pacient</i> (po želji) <i>prejme</i> Priročnika o varni in pravilni rabi zdravil.
METODE DELA	Metoda pogovora, diskusije v skupini
AKTIVNOST PACIENTA	<i>Dejavno poslušanje in sodelovanje</i> – oceni vrednost predstavljene vsebine, kritično vrednoti <i>Izdelava</i> poimenskega seznama zdravil, ki jih pacient prejema, vključno s podatki o odmerku in načinu jemanja <i>Samorefleksija</i>
PRIPOMOČKI	Tabla, papir, pisalo, Priročnik o varni in pravilni rabi zdravil

Analiza anketnih vprašalnikov o uspešnosti izvedbe zdravstveno-vzgojnih delavnic

Rezultati so prikazani v štirih sklopih, ki jih vsebuje anketni vprašalnik. Odprti odgovori iz tretjega in četrtega sklopa, so bili urejeni po vsebini in razvrščeni v sklope. Služijo za lažjo interpretacijo podatkov.

Kvantitativno obdelani podatki prvega sklopa, ki zajema poznavanje zdravil in drugega sklopa, ki se nanaša na rokovanje z zdravili, pokažejo, da ob začetku delavnice 52 (65 %) pacientov meni, da pozna zdravila, ki jih prejema. 30 % (24) pacientov zdravil ne pozna. Samo delno (ne vseh) poznata zdravila 2 (2,5 %) pacienta. Eden pacient na vprašanje ne odgovori. Po zastavljenem splošnem vprašanju o poznavanju imena zdravil, ki je od pacientov zahteval samo opredelitev med tremi kategorijami (da, ne, delno), razporeditev rezultatov v nadaljevanju pokaže večji premik v le delno poznavanje. Večina pacientov (65) vseh zdravil ne zna poimenovati. Menijo, da poznajo natančna navodila kdaj in kako predpisano zdravilo jemati (70 %). Ob tem 26 (33 %) pacientov ne pozna delovanja predpisanih zdravil, 8% le delno. 37 (48 %) pacientov ne pozna časa, ki je predviden za zdravljenje s posameznim zdravilom. V manjši meri poznajo neželene učinke zdravila. Pozna jih 29 (36 %) pacientov. 48 (60 %) pacientov se je pozanimalo o vplivu zdravil na psihofizične sposobnosti in vožnjo avtomobila, pri čemer ga 4 (5 %) pacienti ne vozijo/nimajo voznškega dovoljenja.

Analiza rezultatov pokaže, da 69 (86, 3 %) pacientov pozna način shranjevanja zdravil, 62 (77, 5 %) je seznanjenih z rokom uporabnosti zdravila. 58 (72,5) pacientov pozna postopek ravnanja z zdravilom, ko ga ne potrebuje več.

Prikaz analize podatkov iz tretjega sklopa s podajanjem odgovorov pacientov. »*Najprej nisem vedel nič o zdravilih, sedaj pa sem marsikaj pridobil in izvedel.*« in »*O poznavanju zdravil bi se morali spoznati vsi odjemalci. Veliko jih zdravila namreč premalo pozna.*«

sta dve izmed izjav, ki dopolnjujeta tretji sklop anketnega vprašalnika. Kvantitativna analiza tretjega sklopa potrди, da ob zaključku delavnic večina pacientov 62 (77 %) pozna zdravila, ki jih prejema. 18 (23 %) ima zdravila poimensko zapisana, seznam pa prinašajo s seboj. Možnost odprtega odgovora pokaže, da 11 pacientov poudari zavedanje pomena rednega jemanja zdravil. 5 pacientov navede, da so iz delavnice pridobili nujnost zaupanja zdravniku. 4 pacienti so seznanjeni s stranskimi učinki. Enako število pacientov izpostavi njihovo odgovornost za pravilno in redno jemanje.

Pričakovanja v zvezi z delavnico, njihovo organizacijo in vsebino so se izpolnila vsem 80 udeležencem. 4 pacienti poudarijo, da so bili z delavnico zelo zadovoljni. Med aktivnostmi, ki so jih predlagali, je bila potreba po večjem poznavanju teorije o posameznih zdravilih, želijo si »še več dodatne individualne obravnave«, »več primerov iz prakse«, seznaniti se želijo o tem »kako posamezna zdravila vplivajo na odvisnost«.

Razprava

Analiza podatkov, zajetih preko anketnega vprašalnika na izbranem vzorcu 80 pacientov na Oddelku za zdravljenje odvisnosti od alkohola, o uspešnosti izvedbe zdravstveno vzgojnih delavnic, pokaže, da prihajajo pacienti na zdravstveno-vzgojno delavnico v povprečju slabše ozaveščeni. Samoocena pacientov o poznavanju varne in pravilne rabe zdravil kaže, da imajo pacienti v povprečju pogosto precenjen občutek obvladovanja jemanja predpisane terapije. Izkazuje se, da se varno jemanje zdravil, po predpisanem urniku, zdi sicer preprosto ravnanje, vendar za paciente pogosto predstavlja dokaj zapleteno dejanje oziroma prizadevanje. Raziskave potrjujejo, da je med najpomembnejšimi vzroki za neupoštevanje nasvetov, pacientova zmanjšana zmožnost, da bi se natančno spomnil, kaj mu je bilo rečeno (5,8,10,13, 24) ali upoštevanje izključno tistih navodil, ki jim osebno verjame in tistih, ki jih je sposoben izvajati (5,8,10,13,21). Razlog za slabšo ozaveščenost in zavzetost pri sodelovanju z zdravili je tudi na strani zdravstvenih delavcev. Nanaša se na njihovo nezmožnost sprejemanja dejstva, da si pacient ne zapomni vsega (5,8,10,13,24). Pacientovo ne sodelovalno vedenje se lahko razume kot »okvara« v zavezništvu med pacientom in zdravstvenim vzgojiteljem ter implicitno ali eksplicitno pogodbo med njima (5,13–16). Dejstvo torej je, da gre pri problemu slabše ozaveščenosti, zavzetosti in/ali sodelovanju za zelo kompleksen proces, ki zahteva večplasten pristop (9). Sodobni pristopi pri obravnavi in zdravljenju z zdravili pojmujejo pacienta kot soodločevalca, temeljijo na dvosmerni komunikaciji, pacienti pravi do informiranja, njegovi zavestni odločitvi, izbiri in strinjanju ter ne nazadnje tudi odločitvi ali zdravilo sprejme ali ga preneha uživati. Odnos se torej mora spreminjati od bolj tradicionalno avtoritarnega v smeri partnerstva in harmonije med pacientom, zdravnikom in/ali medicinsko sestro v vlogi zdravstvenega vzgojitelja. Temelji na vzajemnih ciljih in skupnem razumevanju problemov ter njihovih možnih rešitvah (5,10,13,16,25). Terapevtsko zavezništvo zaznamuje dober terapevtski odnos s pozitivnimi čustvi, pozitivnim predznakom, komunikacijo ter aktivno soudeležbo pacienta. Pomembno je pacientu omogočiti pravilno informacijo o naravi duševne ali somatske motnje in možnostih zdravljenja. Vplivni dejavniki na pacientovo odločitev o uživanju zdravil vključujejo naravo duševne ali telesne motnje, družben pritisk, njegovo zavedanje in uvid v lastno bolezen, zaupanje v obravnavo, poznavanje terapevtskih učinkov zdravil in znanje ustreznega ukrepanja ob pojavu neželenih (5,8,10,13).

Izobraževanje pacientov je eden od ključnih dejavnikov za obvladovanje duševnih in somatskih motenj. V tem kontekstu imajo zdravstveno vzgojne delavnice varne in pravilne rabe zdravil, pomemben vpliv na pacientov koncept razumevanja, zadovoljstva in dejavnosti z navodili skladnega jemanja predpisanih zdravil. Cilj je ozaveščen in zavzet posameznik, ki ve kaj storiti če pozabi vzeti zdravilo, natančno vodi lasten seznam zdravil, ki ga vedno nosi s seboj, vodi dnevnik jemanja zdravil, se je sposoben o morebitnih neželenih stranskih učinkih posvetovati z zdravnikom, pozna ustrezne načine varnega shranjevanja zdravil, ne dela prevelikih zalog zdravil, pozna navodila kako ravnati z zalogo zdravil, ki jih ne potrebuje več, ne daje jih v uporabo sorodnikom, znancem ali prijateljem niti jih od njih prejema. S to predpostavko lahko medicinska sestra z zdravstveno-vzgojnimi delavnicami pomembno pomaga udeležencem do dozorelosti v spoznanju, da s samodisciplino rednega jemanja zdravil ponovno pridejo do zdravja oziroma stabilizacije stanja in ga potem vzdržujejo. Pacientova zavzetost, da se drži svojega načrta zdravljenja z zdravili je pomembna komponenta za doseganje ciljev obvladovanja duševnih in somatskih motenj ter sodelovanje v širšem kontekstu zdravljenja. Slednje pomeni, da pacient postane bolj dostopen tudi za druge, različne, prilagojene psihoterapevtske pristope (20,26,27). Izkušnje medicinske sestre z vodenjem zdravstveno vzgojnih delavnic potrjujejo dejstvo, da pacient kot udeleženec ni le pasiven poslušalec in opazovalec, temveč v središču dogajanja. Zaseduje cilje, uči se razvijati svoje ideje, zastavljati tehtna vprašanja, preizkušati nove možnosti, sodelovati, nastopati in poslušati druge, presojati kakovost svojega znanja, veščin in dosežkov ter jih izboljševati. Kot uporabne so se izkazale metode in oblike dela, ki so prilagojene cilju, vsebini, pacientovim sposobnostim sprejemanja, pomnjenja informacij in zmožnostim sodelovanja. Pomembno je, da se udeležencem omogoči čas za osvetlitev informacije, ki je dana. Enak pomen se izkazuje tako informiranju in podajanju snovi kot tudi pogovoru ter izmenjavi osebnih izkušenj med udeleženci (20,22,23,27).

Oddelek za zdravljenje odvisnosti v Psihiatrični bolnišnici Idrija sledi cilju opolnomočiti posameznika in ga narediti zdravstveno pismenega. Bolezen odvisnosti in sopojava drugih duševnih in/ ali telesnih motenj pacienti ter njihovi svojci spoznajo v naprej strukturiranem izobraževalnem programu, ki ga organizira oddelek. Cilj psihoedukacije, ki poteka tedensko je, da udeleženci dobijo uvid v svojo bolezen in se ozavešijo, da jo obvladujejo ter prevzamejo soodgovornost za sicer zelo kompleksno zdravljenje. Psihoedukacijski program izvajajo različni strokovnjaki tima oddelka za zdravljenje odvisnosti. Zajema izobraževanje na temo razvoja boleznih odvisnosti, tudi od zdravil, ki povzročajo odvisnost, vzrokih, posledicah in zdravljenju, zmanjševanju in obvladovanju stresnih obremenitev, komunikaciji, preprečevanju recidiva, družini. Program temelji na utemeljitvi, da je bolezen odvisnosti bolezen možgan, ki ima svojo nevrobiološko osnovo in, da na njen potek lahko vpliva pacient sam kot tudi njegovi bližnji.. Ob sočasno pojavnih še somatskih zapletih so pacienti deležni tudi individualnega informiranja in učenja (primer iztirjene sladkorne bolezni, hipertenzije, metabolni sindrom). Pacienti s pomočjo psihoedukacijskega programa in zdravstveno vzgojnih delavnic pridobivajo uvid v realno stanje, seznanjajo se z možnostmi nadziranja in vodenja svoje bolezni. Izobraževanje, podpora in opogumljanje pri sodelovanju, zavzetosti in vztrajanju v režimu varno predpisanih zdravil prinaša pomemben prispevek k opolnomočenju. Pacient bo tako sposoben sprejemanja in odločanja v korist vodenja svoje bolezni ne glede na različne življenjske okoliščine priložnosti in dogod-

ke. Sposoben bo razumeti zgodnje simptome, poiskati pravega zdravnika in razumeti pomen natančnega upoštevanja navodil za zdrav življenjski slog in za jemanje varno predpisane terapije (5,10,14,15,18,28,29).

Zdravljenje z zdravili je za bolj ranljivo skupino pacientov, ki so obravnavani v tem prispevku pomembna terapevtska izbira. Prepletanje psihopatologije tudi s somatskimi zapleti zahteva veliko terapevtskih naporov zdravljenja in terapevtske tolerance. Na odgovorno pot vse do občutljive meje med ugodnim in škodljivim delovanjem ob neustrezni rabi istih zdravil (predvsem zdravil, ki povzročajo odvisnost) vstopa tudi zdravstvena vzgoja. Njena pomembna vloga je poleg tega da informira, svetuje in poučuje tudi v tem, da lahko spodbudi pri pacientih proces oblikovanja, preoblikovanja ali pa spreminjanja njihovih stališč, miselnosti, navad in vedenja v zvezi z (varno) rabo zdravil. Čas med hospitalizacijo predstavlja priložnost za opisane spremembe in priložnost za krepitev pacientovega aktivnega sodelovanja pri tem (9,17,19,25,27,30).

Zaključek

Javnozdravstvena praksa in klinična praksa si preko stičišč obeh ved prizadevata za skupen cilj ohraniti in krepiti zdravje ter učinkovito, kakovostno in celostno obvladovati bolezen. Sodelovanje pacienta v obravnavi, tudi pri zdravljenju z zdravili, predstavlja pomemben pogoj za dober izid. Razumevanje in odziv pacienta na predpisano zdravljenje z zdravili je pomembno izhodišče za doseganje ciljev in pot do obvladovanja bolezni. Sestavni del načrta zdravljenja z zdravili je učenje pacientov o varnem in pravilnem jemanju predpisanih zdravil. Medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo. Vplivajo na pacientovo pridobivanje ozaveščenosti in zavzetosti ter spremembo mnenj, stališč in vedenja pri zdravljenju z zdravili. Osnovno poslanstvo medicinske sestre kot zdravstvene vzgojiteljice je, da pacientom v okviru njihovih zmožnosti in sposobnosti s svojimi pristopi in načini dela omogoči čim večjo samostojnosti, odgovorno kritičnost pri varnem uživanju zdravil. V učnem načrtu zdravstveno vzgojnih delavnic je zdravstvena vzgoja načrtovan, dokumentiran, kontinuiran in evalviran proces. Priložnosti za nenačrtovano zdravstveno vzgojo so tudi individualni razgovori s pacienti na primer ob delitvi zdravil na oddelku ali pa takrat, ko se v različnih stiskah in krizah obračajo na medicinsko sestro in potrebujejo čustveno podporo. Za obvladovanje bolezni je zelo pomembno, da so pacienti dobro informirani o svoji bolezni in aktivno sodelujejo pri zdravljenju, še posebej, ko imajo več zdravstvenih težav in jemljejo več različnih zdravil. V povezavi s slednjim je nujno, da natančno poznajo tudi svoja zdravila, ki jih prejemajo. Pacienti ki so prejeli njim razumljive zdravstvene vzgoje nasvete, poročajo o občutku aktivnega vključevanja v obvladovanje svoje bolezni. Nakazuje se nujno potrebno vzporedno in stalno izobraževanje medicinskih sester o managementu z zdravili.

Literatura

1. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005: 11–25, 148–192, 205.
2. Tønnesen H. Clinical Health Promotion – what does it mean? *Clinical Health Promotion* 2011; 1 (2): 39–40.
3. Zaletel Kragelj L. Promocija zdravja v bolnišnicah – priložnost za javno zdravje in klinično medicino. V: Farkaš Lainščak J, Košnik M, ur. Promocija zdravja v bolnišni-

- cah. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011: III–IV.
4. Fras Z. Promocija zdravja v bolnišnicah – koncept, vizija, strategija ali standard dobre klinične prakse? V: Farkaš Lainščak J, Košnik M, ur. Promocija zdravja v bolnišnicah. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011: V–VII.
 5. Petek D. Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju. Medicinski razgledi 2002; 41 (Suppl 4): 322–326.
 6. International Council of Nursing. Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care. Dostopno na: www.icn.ch (1. 10. 2013).
 7. Kamin T. Promocija zdravja. V: Kvas A, ur. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2011: 1–20.
 8. Sedej Kodela A, Filipovič Z. Vloga zdravstvene vzgoje pri uživanju medikamentozne terapije pacientov s psihotično motnjo v Psihiatrični bolnišnici Idrija. V: Bregar B, Mrak L, ur. Izzivi pri obravnavi psihoz: zbornik prispevkov z recenzijo. Idrija: Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 22–33.
 9. Antolič R. Zavzetost za zdravljenje z zdravili – zakaj je tako nizka in kaj lahko storimo? Farmacevtski vestnik 2013; 64 (4): 304–308.
 10. Petek D. Stališča in zavzetost bolnikov za zdravljenje sladkorne bolezni [magistrsko delo]. Univerza v Ljubljani: Medicinska fakulteta, 2004: 58–66.
 11. Žvan V. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. V: Tomori M, Zihlerl S, ur. Psihiatrija. Ljubljana: Litteraptica, Medicinska fakulteta; 1999: 198–203.
 12. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. American journal of psychiatry 2002; 159 (10): 1653–1664.
 13. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2002; 9 (3): 277–284.
 14. Coombs T, Deane FP, Lambert G, Griffith R. What influence patients' medication adherence? Mental health nurse perspectives and need for education and training. International Journal of Mental Health Nursing 2003; 12 (2): 148–152.
 15. Pregelj P. Sodelovanje bolnikov s shizofrenijo pri zdravljenju z antipsihotiki. Zdravstveni vestnik 2009; 78 (1): 33–36.
 16. Kleinsinger F. Work with the Noncompliant Patient. The Parmanente Journal 2010; 14 (1): 54–60.
 17. Gold DT, McClung B. Approaches to patient education: emphasizing the long term value of compliance and persistence. The American Journal of Medicine 2006; 119 (4 Suppl 1): 32–37.
 18. Lokar K. Ali pacienti upoštevajo priporočila pri zdravljenju z zdravili? V: Kvas A, et al, ur. Predpisovanje zdravil – izziv medicinskim sestram za prihodnost?: zbornik prispevkov. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2012:95–110.

19. Farkaš Lainščak J. Predstavitev koncepta promocije zdravja v bolnišnicah: od ideje o podpornih okoljih do razvoja Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. V: Farkaš Lainščak J, Košnik M, ur. Promocija zdravja v bolnišnicah. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011: 4–12.
20. Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? V: Kvas A, ur. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2012: 33–45.
21. Rašković Malnaršič R. Vloga medicinske sestre pri izvajanju medikamentozne terapije. Obzornik zdravstvene nege 2003; 37 (3): 229–232.
22. Sewchuk H. Experiential learning – a theoretical framework for perioperative education. Association of perioperative registered nurses journal 2005; 81 (6): 1311–1318.
23. Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege 2003; 37 (4): 268–271.
24. Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002: 271.
25. Spiers JA, Wood A. Building a therapeutic alliance in brief therapy: the experience of community mental health nurses. Archives of Psychiatric Nursing 2010; 24 (6): 373–386.
26. Ferfolja A, Hvala N. Proces zdravstvene nege pri pacientu z dvojno diagnozo: prikaz primera. V: Bregar B, Mrak L, ur. Izzivi pri obravnavi psihoz: zbornik prispevkov z recenzijo. Idrija: Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 48–57.
27. Česnik J. Psihoedukacija – izobraževalni program za bolnike s shizofrenijo in njihove svojece [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko, 2006: 45–81.
28. Singh J, Singh N, Kumar R, Bhandari V, Kaur N, Dureja S. Awareness about prescribed drugs among patients attending out – patient departments. International Journal of Applied and Basic medical Research 2013; 3 (1): 48–50.
29. Hayden BB. Medication adherence: making the case for increased awareness. North Carolina: Duke medical university medical center, National consumers league. Dostopno na:
30. http://scriptyourfuture.org/wpcontent/themes/cons/m/Script_Your_Future_Briefing_Paper.pdf (22.10.2013) Karoli B. Zdravstvena vzgoja bolnikov odvisnih od zdravil. V: Radovanović M, ur. Raba, škodljiva raba in odvisnost od zdravil III. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2005: 53–6.

Psihiatrično zdravljenje v skupnosti – primer dobre prakse: Psihiater na domu – dodana vrednost

Psychiatric Treatment in the Community – An Example of Good Practice: Psychiatrist at Home-Added Value

Katalin Tubić, Klavdija Širaj Mažgon

Povzetek

Psihiatrično zdravljenje v skupnosti ima namen, da pacienti z duševno motnjo po zdravljenju v bolnišnici ostanejo čim dlje časa doma in da niso potrebne pogoste hospitalizacije. Cilj programa je zagotavljanje varnosti v lokalnem okolju ter krepitev duševnega zdravja in integracije v skupnosti. Program se začne z načrtovanjem različnih aktivnosti že v bolnišnici glede na potrebe pacientov, izvaja pa se na domu in v skupnosti. Zaradi vse večje potrebe po delu na terenu je Ministrstvo za zdravje leta 2013 odobrilo dodatni program – obisk psihiatra na domu. V prispevku je predstavljen primer dobre prakse in aktivnosti programa psihiatričnega zdravljenja v skupnosti ter izkušnje članov multidisciplinarnega tima Psihiatrične bolnišnice Idrija, ki izvaja program v skupnosti od leta 2008.

Ključne besede: psihiatrično zdravljenje v skupnosti, multidisciplinarni tim, skupnost, zdravstvena nega, psihiater, dom.

Abstract

Psychiatric treatment in the community has a goal to patients with a mental disorder after treatment in hospital stay as long as possible at home and they are not required frequent hospitalization. The aim of the program is to ensure the safety of the local environment and the promotion of mental health and integration in the community. The program begins with planning various activities already in the hospital according to the needs of patients and is carried out at home and in the community. Due to the growing need for work on the ground in 2013 by the Ministry of Health has approved an additional program – a visit to a psychiatrist at home. The professional paper presents an example of good practice and activity program psychiatric treatment in the community and experience of the members of the team in Psychiatric Hospital Idrija, which implements the program in the community since 2008.

Key words: psychiatric treatment in community – PZS, multidisciplinary team, community nursing, psychiatrist, home.

Uvod

Duševna bolezen prizadene celotno človekovo osebnost, poruši celotno mrežo medsebojnih odnosov in življenjskih ciljev. Pacienti se morajo po preživelih krizi bistveno bolj truditi za vzpostavitev prejšnjega stanja, da spremenijo okoliščine, ki lahko vplivajo na ponovno hospitalizacijo. Pri telesnih boleznih je po navadi motena specifična vitalna funkcija, zato največkrat zadostuje, da je zdravljenje bolj usmerjeno v bolezen samo (1). Razvoj psihiatričnega zdravljenja v skupnosti sledi namenu, da so pacienti čim dlje doma, da niso potrebne pogoste hospitalizacije ter da se z načrtovanjem aktivnosti v bolnišnici, doma in v skupnosti, zadovoljijo potrebe pacientov. Po preboleli akutni fazi duševne bolezni se lahko razvijejo številne težave, ki nastopijo kot posledica bolezni. Še pogosteje se težave razvijejo kot posledica neustreznih odgovorov na bolezen, ki se kažejo kot nezmožnosti na področju zadovoljevanja lastnih potreb in pričakovanj pomembnih drugih oseb (2). Program psihiatričnega zdravljenja v skupnosti (v nadaljevanju PZS) se intenzivno izvaja od leta 2008. Poteka z vodenjem pacientov na domu s strani strokovnjakov. Psihiatrična bolnišnica Idrija (PBI) je v skladu z usmeritvami Zdravstvenega sveta RS oblikovala program dela v skupnosti, sprejeta je bila tudi klinična pot programa PZS. Od septembra leta 2012 v bolnišnici deluje multidisciplinarni tim, ki v skupnosti spremlja paciente s kroničnimi duševnimi motnjami in sodeluje s celotno mrežo strokovnjakov na terenu. Pri sodelovanju s strokovnjaki v skupnosti se je odprla potreba po pregledih pacientov na domu, ki so bili ali niso zdravljeni v bolnišnici in niso vključeni v program psihiatričnega zdravljenja v skupnosti. Zaradi potrebe po delu psihiatra na terenu, so na Ministrstvu za zdravje odobrili dodatni program: obisk psihiatra na domu. Cilj je zagotavljanje varnosti v lokalnem okolju kot krepitev duševnega zdravja in integracije v skupnosti. Ta program se poleg programa PZS tudi uspešno izvaja (3). Program PZS zagotavlja lažjo dostopnost do potrebne psihiatrične pomoči in boljše medsebojno povezanost služb za duševno zdravje na terenu in s tem hitrejši odziv na potrebe ljudi z duševnimi motnjami. Tim strokovnjakov PBI zelo dobro sodeluje s patronažnimi službami na primarni ravni, osebnimi zdravniki, ambulantnimi psihiatri, centri za socialno delo, koordinatorji obravnave v skupnosti, nevladnimi organizacijami idr. To je primer dobre prakse in spodbuda za izboljšanje medsebojnega sodelovanja. Prepletenost in soodvisnost zdravstvenih in socialnih služb ter nevladnih organizacij pri zdravljenju in psihosocialni rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju je danes namreč tako velika, da je njihovo sodelovanje nujno potrebno (4). Nepretrgana obravnava skupine pacientov zagotavlja boljše kakovost obravnave, pravočasne nujne posege, izboljša kakovost življenja, vpliva na število ponovnih sprejemov in lahko skrajša obdobja hospitalizacije. V skladu z razvojem psihiatričnega zdravljenja v skupnosti Psihiatrična bolnišnica Idrija izvaja program kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, da se zagotovi zgodnje prepoznavanje poslabšanj motenj, takojšnjo psihiatrično obravnavo in visoko prilagodljivost psihiatričnega zdravljenja (5). Analiza programa PZS od leta 2008 do leta 2012 je potrdila pričakovanja, da se z rednim spremljanjem pacientov v skupnosti, zmanjša število hospitalizacij in število oskrbnih dni v bolnišnici (6).

Predstavitev Programa psihiatričnega zdravljenja v skupnosti

Psihiatrično zdravljenje v skupnosti (PZS) predstavlja obliko zdravljenja in vodenja pacientov z duševnimi motnjami, ki imajo pogoste ponovitve bolezni, so pogosto hospitalizirani, lahko tudi proti njihovi volji, težje sodelujejo pri zdravljenju z opuščanjem zdravil in kontrolnih pregledov in imajo dvojne diagnoze z odvisnostjo ali ponavljajočimi se zlorabami psihoaktivnih substanc. Skupnostna obravnava je organizacija mreže interdisciplinarnih služb, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje, zaposlovanje, izobraževanje, nastanitev s podporo in druge rehabilitacijske storitve predvsem osebam s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki tako pomoč najbolj potrebujejo. Izvajajo jo javne službe socialnega in zdravstvenega varstva, zaposlovanja in izobraževanja (3). Skupnost vključuje pacienta, njegovo ožjo in širšo družino, prijatelje, zdravstvene, socialne in druge službe, formalne in neformalne mreže pomoči na območju na katerem pacient živi. Tim PZS je sestavljen multidisciplinarno z naslednjimi strokovni delavci/delavke: psihiater/psihiatrinja, diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik, delovni terapevt/terapevtka, socialni delavec/delavka in klinični psiholog/psihologinja (3–6). Povezovanje pozitivne naravnosti, empatičnosti, motiviranje, upoštevanje človeških vrednot in znanje je ključ, ki nam omogoča, da skupaj zmoremo (4). Ena od največjih bitk, zaradi katere pacienti z duševno motnjo ne pridejo do učinkovite in vsestranske obravnave, je stigma. O pacientih z duševno motnjo, ki imajo enake potrebe in želje kot zdravi ljudje, o njihovi bolezni, sposobnostih, možnostih in o poteku bolezni same, je potrebno govoriti v skupnosti, informirati in pisati (7–10).

Predstavitev klinične poti

Izvajanje programa PZS je del dejavnosti Psihiatrične bolnišnice Idrija (PBI). Organiziran z ekipo strokovnjakov, ki deluje kot multidisciplinarni tim, ki se med seboj povezuje in dopolnjuje. Vsi člani tima so strokovno usposobljeni za delo in imajo večletne izkušnje z delom v psihiatriji. Program spremljanja je sestavljen celostno glede na potrebe pacientov (6).

Indikacije za izvajanje klinični poti v programu PZS so (3):

- pacienti so pogosti sprejeti v psihiatrično bolnišnico (dva ali več sprejemov na leto),
- pacienti trpijo zaradi akutnega poslabšanja duševne motnje, ki lahko vodi tudi v samomorilno vedenje,
- pri pacientih je prišlo do takšnega upada v funkcioniranju, da trpijo tudi zaradi pridruženih zdravstvenih, socialnih, gmotnih, bivanjskih, izobraževalnih, zaposlitvenih problemov,
- imajo pridružene duševne motnje, predvsem odvisnosti od psihoaktivnih substanc,
- odklanjajo zdravljenje ali slabo sodelujejo pri zdravljenju, predvsem z opuščanjem zdravil in kontrolnih pregledov,
- zaradi narave in obsežnosti duševne motnje je pri njih potrebno zgodnje odkrivanje sprememb,
- so bili samomorilno ogroženi v preteklosti,
- so bili sprejeti v bolnišnico proti volji,
- so bili nevarni za druge in

- pacienti, ki spadajo v rizične skupine, ki potrebujejo selektivne preventivne intervencije.

V program PZS so vključeni pacienti, na pobudo oddelčnega tima, ki so zdravljeni in odpušteni iz bolnišnice, na predlog lokalnih služb oz različnih strokovnjakov v skupnosti, na predlog pacienta samega ali njemu najbližje osebe (3).

Pri delu v okviru programa PZS, ki ima cilj doseči kvalitetnejše pacientovo življenje, se upošteva pacientovo avtonomijo, da je sposoben sprejeti odločitve in izbrati med različnimi možnostmi zdravljenja, razvija se zaupanje, varuje in upošteva se njegove pravice. Tim je odgovoren za izvajanje obravnave paciente zato stremi k nepretrganosti obravnave, dostopnosti, upošteva etična načela. Vsi podatki, pridobljeni pri opravljanju dela se upoštevati kot poklicno skrivnost in brez soglasja pacienta, zastopnika ali skrbnika se ne posredujejo naprej. S kontinuiranim spremljanjem pacientov s hudo duševno motnjo, tako v bolnišnici, kot na domu, se zelo učinkovito pomaga pri vzdrževanju njegovega zdravja, dobrega počutja, optimalnega funkcioniranja v njegovih posebnih življenjskih okoliščinah in pri napredovanju v procesu zdravljenja in rehabilitacije (3–9).

Delovni terapevt ima cilj, da oceni spretnosti ter zaposlitvene in prostočasne dejavnosti, da nudi podporo, na domu izvaja aktivacijo ter pomaga pri razporeditvi nalog v gospodinjstvu. V domači situaciji skupaj s pacientom oceni probleme z aktivnostjo na več področjih: osebne aktivnosti, funkcionalna gibljivost, funkcioniranje v družbenem okolju, gospodinjenske aktivnosti in potrebe po izobraževanju. Skupaj s pacienti in svojci oziroma drugim bližnjimi se preverijo dejanske možnosti v domačem okolju in po potrebi se preuredi tudi shema izvajanja dnevnih aktivnostih (DA). Izvaja trening aktivnosti, poučevanje in usmeritev svojcev oz. bližnjih za motiviranje in pomoč pacientom pri dogovorjenih aktivnostih (3).

Socialni delavec v času spremljanja v programu PZS oceni življenjsko situacijo (možnosti samostojnejšega življenja, v smislu soodločanja v družinski skupnosti, pomoč pri vključevanju v socialno mrežo. Doma v terapevtskem smislu nudi osebno pomoč v obliki pogovora, svetovanja in informiranja. Izvaja pomoč pri urejanju denarnih socialnih prejemkov, bivanjsko pomoč ali pomoč pri urejanju nastanitve na domu, sodeluje s pristojnimi strokovnimi službami na terenu oz. pri vključevanju le-teh v individualni načrt posameznika. Pomembno je tudi sodelovanje s svojci: podpora, informiranje, svetovanje, situacijsko načrtovanje, glede na aktualno problematiko. Potrebno je spremljanje uresničevanja individualnega načrta ter druge intervencije. Individualni program zajema prilagojeno povezovanje s skupnostnimi službami, predvsem organizacijami, ki v času obravnave vključijo pacienta v svoje službe (zaposlovanje, dnevni center ali stanovanjska skupina, prostovoljna pomoč). Cilj je ublažitev pritiska okolja, aktivno vključevanje v družbo ter razporeditev vlog v družini v smislu sožitja bivanja ter zmanjševanje stresorjev doma in v okolju. Prioritete so v oceni socialnega stanja, podpori, komunikaciji, intervencijah in oceni družinskih interakcij (5). Psiholog bo v času spremljanja pacienta v programu PZS po potrebi opravil hišni obisk (na podlagi mnenja ekipe PZS in na podlagi mnenja psihiatrinje) ali pa bo pacienta po terapevtskih pristopih spremljal ambulantno (3).

Zdravstvena nega na psihiatričnem področju je specialno področje klinične prakse, ki pomaga pacientom, svojcem ali skupnosti (10). Aktivnosti diplomirane medicinske sestre v času spremljanja v programu PZS so usmerjene v ugotavljanje potreb po zdravstveni

negi, skrbi za življenjske aktivnosti, oceno sposobnosti samooskrbe in potrebe po pomoči ter v zdravstveno vzgojno delo (7). Z uporabo terapevtske komunikacije, medicinska sestra na domu ugotovi potrebe in sposobnosti samooskrbe ter potrebe po pomoči, skupaj s pacientom izvaja terapevtske ali negovalne intervencije pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Ključna naloga je nudenje podpore, informiranje, psihoedukacija ter poučevanje pacientov in svojcev v domačem okolju. Po potrebi izvaja diagnostično terapevtske postopke in posege v primeru, da pacienti prejemajo vzdrževalno (depo) terapijo in ne obiskujejo kontrolnih pregledov. Vzpostavijo tudi povezavo s patronažno službo in psihiatrom v ambulanti (5). Kontinuirana zdravstvena nega s svojim specifičnim delovanjem zelo učinkovito preprečuje, odkriva in rešuje pacientove probleme od sprejema v bolnišnico, premestitve na drug oddelek, bolnišnico ali ustanovo in vse do odpusta v domače okolje ali druge institucije. V proces pa se vključuje tudi aktivno sodelovanje pacienta, njegovih svojcev ali zanj pomembnih drugih.

Zdravnik psihiater bo v času spremljanja pacienta v programu PZS na terenu ocenil urgentna stanja, izvedel strokovno oceno in indikacije, opravil hišni obisk na domu, sodeloval pri intervencijah, sodeloval z osebnim zdravnikom ter ambulantnim psihiatrom. Cilj je zagotavljanje varnosti pacientu in drugim, preprečevanje samomorilnega in heteroagresivnega vedenja, vzdrževanje medikamentozne psihofarmakoterapije po odpustu, kronološko spremljanje depo terapije, vzdrževanje čim daljšega stabilnega počutja in preprečevanje ponovitve bolezni, zmanjševanje števila novih epizod bolezni, povečanje znanja in sodelovanja pacienta, pomoč in podpora v vsakodnevnem funkcioniranju, redne ambulantne kontrole. Prioritete so ocena stanja, dogovor z izbranim psihiatrom in splošnim zdravnikom, usmerjanje v bolnišnično obravnavo (po dogovoru z ekipo NMP). Specialist psihiater kot član tima PZS, v času spremljanja pacienta naredi indikacijo za obisk na pacientovem domu, največkrat na podlagi ocene članov ekipe PZS. Opiše se vsak pojav znakov in simptomov duševne motnje, sprememba v somatskem stanju in njegovem funkcioniranju ali neustrezen odziv na predpisano terapijo in pojavo dejavnikov tveganja za poslabšanje stanja. Indikacije za obisk psihiatra na domu so določene v treh stopnjah:

I – poslabšanje psihičnega stanja, zdravstvenega stanja in predviden razvoj bolezni ter posledic poslabšanja bolezni, ki lahko nastopijo:

- ob nesodelovanje pri procesu zdravljenja in rehabilitacije do takšne ravni, da se z obiskom psihiatra na domu lahko prepreči bolnišnično zdravljenje,
- ob odklanjanje terapije,
- zaradi opuščanja rednih kontrol pri izbranem psihiatru ali osebnem zdravniku,
- ob odklanjanja predlaganega predčasnega pregleda pri izbranem ambulantom zdravniku;

II – prisotnost neželenih učinkov, negativnih posledic in drugih neprijetnosti predlaganega zdravljenja, ocena možnih tveganj;

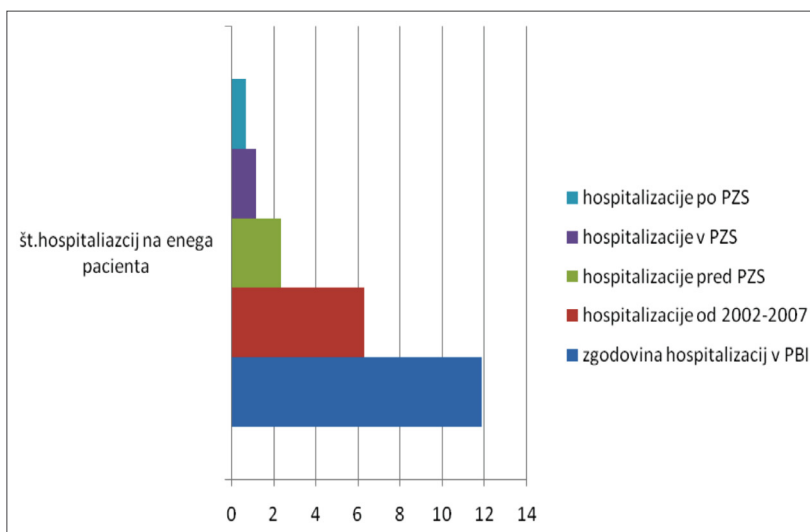
III – ocena nujnosti za hospitalizacijo brez privolitve, sodelovanje s pristojnim zdravstvenim domom (5).

Izkušnje dobre prakse programa psihiatričnega zdravljenja v skupnosti

Vsi člani tima so strokovnjaki na svojem področju, z več let dela na oddelkih v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Vsi člani tima delujejo po strokovnih smernicah stroke, ocenijo pacien-

tovo zdravstveno (psihično in telesno stanje), socialno (bivalne razmerje, socialno mrežo, družinsko situacijo, osnovne življenjske pogoje) in ekonomsko stanje, morebitne dejavnike tveganja, funkcioniranje v domačem okolju oz. njegove potrebe in določimo cilje ki jih treba doseči. Člani med seboj sodelujejo, se pogovarjajo, sprejemajo zavezanost in prispevajo k ciljem, izražajo čustva, soglasje ali nestrinjanje. Skupaj naredijo načrt, ki ga prilagajajo glede na stanje duševne bolezni, pacientovo vedenje, aktivnosti, ki jih opravlja in sodelovanje. Eden od članov tima je odgovoren za načrt zdravljenja in skrbi za posameznega pacienta in je v timu koordinator za tega pacienta. Vsi člani tima pa so seznanjeni s potekom obravnave, ker so obveščeni s strani koordinatorja in lahko drug drugega nadomeščajo. Ves potek obravnave se podrobno dokumentira v popis pacienta.

Analiza podatkov zadnjih petih let (Slika 1) pokaže, da se je potrebno število hospitalizacij na posameznega pacienta, vključenega v program skupnostne obravnave zmanjšalo za 5,5 krat, število trajanja hospitalizacij na pacienta pa kar za 9,6 krat (4).



Slika 1: Uspeh programa psihiatričnega zdravljenja v skupnosti v PBI (4).

Glede na potrebe pacienta ob vsakem poslabšanju, tako psihičnega kot zdravstvenega stanja, tim sodeluje z razširjenimi člani tima, včasih je nujno zagotoviti pomoč pri ukrepanju na terenu. Za uspešno delo morajo biti zagotovljeni določeni pogoji, timski sestanki, telefonski klici, edukacija svojcev in pacienta v domačem okolju, poslušanje, medosebni dialogi, izhajanja s konflikti, komunikacija in povezovanje s timi v skupnosti.

Z vsakim pacientom in s člani družine se naredi osebni krizni načrt, ki bo pacientu pomagal prepoznati znake poslabšanja bolezni in predvidel skladne ukrepe. V začetku poslabšanja psihičnega počutja se svetuje naj pacient pokliče člane ekipe PZS, koordinatorja v skupnosti, svetuje se tudi obisk pri psihiatru, obisk pri osebnem zdravniku. Takrat se ovrednoti ustreznost zdravljenja z zdravili in sodelovanje pri farmakoterapiji, po potrebi se sproži intervencija na terenu, obisk psihiatra na domu, prostovoljno hospitalizacijo ali hospitalizacijo proti volji in prijavo sodišču (5). Program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja, ki ga izvaja Psihiatrična bolnišnica Idrija, je v okviru presoje zagotavljana kakovosti in varno-

sti zdravstvene obravnave v skladu z mednarodnim standardom HIAHO, kot izjemen primer dobre prakse ocenila tudi mednarodna akreditacijska komisija DNV(6).

Ugotavljamo, da je z zgodnjim odkrivanjem oseb z duševno motnjo ali poslabšanje stanja pacienta, ki je že v procesu zdravljenja vendar v stabilni remisiji, boljši terapevtski odgovor in prognoza, je manj direktnih (hospitalizacije, ambulantno zdravljenje, obiski na domu) in indirektnih stroškov (bolniški stalež, prezgodnja upokožitev zaradi invalidnosti, večje število nesreč, hitrejša umrljivost, znižana delovna produktivnost), je pa večja vključenost v delovno in družinsko okolje in kakovost življenja je boljša, kar pa je cilj doseči pri vsakem pacientu.

Za paciente so s ciljem psihoedukacije organizirali suportivno-edukativno skupino (skupina v podporo pacientom). Cilj skupine je, da se naučijo kako prepoznati poslabšanje svoje bolezni, se naučiti kaj je bolezen, kateri so znaki in simptomi duševnih motenj, kako nastopi, poteka, se zdravi. Pacienti dobijo informacije o zdravilih in stranskih učinkih, prejmejo druge informacije, ki jih zanimajo in si v skupini izmenjujejo izkušnje med seboj, drug drugega podpirajo, spodbujajo k zdravljenju in kaj je najbolj pomembno ugotavljajo, da niso edini z duševno motnjo. Pacienti so za skupino pokazali veliko zanimanja. Skupine potekajo enkrat na mesec, trajajo po 1 uro v zelo prijetni atmosferi. Z edukativno skupino se povečuje pacientovo znanje, kar je uspeh k boljšem sodelovanju in preprečevanju hospitalizacij.

Podatki kažejo, da se je program obisk psihiatra na domu, s ciljem zagotavljanja varnosti v lokalnem okolju kot krepitev duševnega zdravja in integracije v skupnosti, izkazal za koristnega. Glede na število obiskov se ugotavlja, da je bilo potrebno malo hospitalizacij (4).

Zaključek

Ljudje, ki zbolijo za duševno boleznijo so bolj potrebni oskrbe, podpore, pomoči, usmerjanja, zdravljenja, ker živijo z istimi željami in potrebami kot zdravi ljudi. V svojem domačem in družinskem okolju s medsebojnim sodelovanjem s svojci in s strokovnjaki v skupnosti se lahko doseže izboljšanje bolezni in pacientovo vsakodnevno delovanje. Pacient se usmeri k ponovni integraciji v skupnost ter se prepreči zdravljenje v bolnišnici. Psihosocialna rehabilitacija pacienta v skupnosti in njegovo redno spremljanje v programu psihiatričnega zdravljenja v skupnosti ter ambulantni pregledi psihiatra, so učinkoviti v smeri stabilizacije psihičnega počutje ter funkcioniranje pacienta v družinskem in delovnem okolju.

S temi programi smo zmanjšali število hospitalizacij. Izjema so postopki hospitalizacij brez privolitve, ko ni možno z ustreznimi postopki psihosocialne rehabilitacije doseči izboljšanje simptomov bolezni. Za to je s strani ekipe PZS velika zahvala urgentnim ekipam, ki so zmeraj pripravljene za sodelovanje in pravočasno ukrepanje na terenu. Da bi delo bilo še bolj kakovostno in učinkovito bo potrebno v bodoče poskrbeti za čas in za več timov z ustreznim strokovnim kadrom, da bi pravočasno sodelovali in pomagali pacientom in njegovim svojcem ob poslabšanju tako psihičnega kot somatskega stanja, ker je pri pacientih z duševnimi boleznimi večinoma pridružena še telesna bolezen, sekundarne bolezni odvisnosti in kar je najhujše lahko samomor. Pričakovali bi večji posluš s strani države, da bi omogočala hitrejšo, fleksibilnejšo vključevanje pacientov na področju zaposlovanja, ali pa hkrati omogočala manj obremenjujočo zakonodajo za socialno varnost naših pacientov.

Skupaj se zavedamo pomembnosti krepite pacientove moči. Z veseljem ugotavljamo, da se pacienti veselijo naših obiskov, izražajo zadovoljstvo naših skupnih uspehov. Zaupanje in občutek varnosti zaradi podpore, ki jim jo nudimo v spremljanju je tisto, kar nas bogati in optimistično usmerja naprej.

Literatura

1. Mažgon KŠ. Analiza podatkov [Interno gradivo]. Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2012.
2. Švab V. Skupnostna psihiatrija (2006). Dostopno na: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf. <14.9.2012>.
3. Mažgon KŠ, Tubić K, Gorjup V. Klinična pot, Skupnostna psihiatrična obravnava (Psihiatrično zdravljenje v skupnosti – PZS); Psihiatrična bolnišnica Idrija; izdaja 02. (2012): Dostopno na <http://www.pb-idrija.si/> <27.11.2013>.
4. Mažgon KŠ. Analiza programa PZS za obdobje 2008–2012; Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2013 [interno gradivo].
5. Kaurič A, Mažgon, KŠ, Stolec JA. Evalvacija programa skupnostnega psihiatričnega zdravljenja v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Ljubljana; Socialno delo. Tematska številka Socialno delo v zdravstvu. 2012; 51 (1–3): 177–180.
6. Zakon o duševnem zdravju /ZDZdr/, Ur. l. RS, št. 77/2008.
7. Ferfolja A, Hvala N. Kontinuirana zdravstvena nega v psihiatriji – izkušnje v Psihiatrični bolnišnici Idrija. V: Čuk V. (ur.): Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji. Zbornik prispevkov. Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007. Ljubljana: Zbornica – Zveza, 2007: 32–41.
8. Mažgon ŠK. Psihiatrično zdravljenje v skupnosti. V: Bregar B, Mrak L. (ur.) Izzivi pri obravnavi psihoz. Zbornik prispevkov. Psihiatrična bolnišnica Idrija, november 2012. Ljubljana: Zbornica – Zveza, 2012: 66–72.
9. Tušar B. (2013): Poslovno poročilo za leto 2012. Psihiatrična bolnišnica Idrija. Idrija Dostopno na <http://www.pb-idrija.si/> <27.11.2013>.
10. Čuk V. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. Obzor Zdrav Neg 2010; 44 (1): 21–26.

Elementi zdravega življenjskega sloga

Elements of a Healthy Lifestyle

Ruža Pandel Mikuš, Blaž Jelenc

Povzetek

Zdrav življenjski slog omogoča ohranjanje in krepitev lastnega zdravja in vedno vključuje uravnoteženo prehrano in redno telesno dejavnost. Nezdrav življenjski slog vodi v razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, med katerimi debelost dosega epidemiološke razsežnosti tako v svetu kot v Sloveniji.

Namen: Namen članka je predstaviti pomembne elemente zdravega življenjskega sloga in s kvalitativno analizo znanstvenih študij potrditi naslednje trditve: kronična dehidracija je vzrok številnim škodljivim posledicam za zdravje; prekomeren vnos trans-maščobnih kislin ima številne škodljive posledice na zdravje; prehranske vlaknine so za zdravje pomembno funkcionalno živilo; pomemben temelj zdravega življenjskega sloga je telesna dejavnost vsaj 30 minut dnevno.

Metode dela: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Literatura je bila iskana prek uporabe bibliografskega servisa COBISS.SI in tujih podatkovnih baz (CINAHL, MEDLINE, ERIC, Web of Science, ScienceDirect, PubMed) ter sorodnih storitev, dostopnih prek spletnih servisov EBSCOHost in DikUL. Kvalitativna meta-sinteza znanstvenih študij je bila izvedena na podlagi vrednotenja po sistemu štiristopenjske lestvice, pri čemer ima največjo vrednost stopnja I.

Rezultati: Analiza znanstvenih študij je za vse trditve pokazala jasno sliko potrditve.

Razprava in sklep: Voda je eden od pogojev življenja za vsakogar in kronična dehidracija nesporno škodljivo vpliva na zdravje. Trans-maščobne kisline so škodljiv in nekoristen element v prehrani človeka in jih je potrebno izločiti v čim večji meri. Prehranske vlaknine imajo vrsto ugodnih učinkov na zdravje in so pomembno funkcionalno hranilo. Telesna dejavnost v obsegu 30 minut dnevno, večino dni v tednu, je temelj zdravega življenjskega sloga, za namen hujšanja pa je potreben večji obseg. Zdravstvena nega oziroma medicinska sestra izvaja

in povezuje aktivnosti v zdravstveno-vzgojnem delu in promociji zdravja, za to pa potrebuje kakovostna in široka, sodobna znanja.

Ključne besede: zdrava prehrana, debelost, dehidracija, telesna aktivnost

Abstract

Introduction: A healthy lifestyle enables the keeping and strengthening of one's health and always includes a balanced nutrition and regular physical activity. An unhealthy lifestyle leads to development of chronic noncommunicable diseases among which obesity has already reached epidemic levels around the world as well as in Slovenia.

Purpose: The purpose of this paper is to present elements of a healthy lifestyle and through a qualitative analysis of scientific studies confirm the following statements: chronic dehydration is fundamental to many harmful effects on health; excessive intake of trans-fatty acids has many detrimental effects on health; dietary fibers are functional foods with great value to health; an important foundation of a healthy lifestyle is regular physical activity at least 30 min. daily.

Methods: A descriptive method was used in the thesis. References were found by using the COBISS.SI bibliographic service and foreign databases (CINAHL, MEDLINE, ERIC, Web of science, ScienceDirect, PubMed), along with related services, accessed through web-based tools EBSCOHost and DikUL. The qualitative meta-analysis of scientific studies was performed based on a four-point scale, wherein a scale of I. has the greatest value.

Results: The analysis of scientific studies revealed a clear image for every statement.

Discussion and conclusion: Water is an elementary condition to life for everyone and chronic dehydration unarguably has detrimental effects on health. Trans-fatty acids are a harmful and nutritionally unimportant element of human nutrition and have to be excluded in the greatest amount possible. Dietary fibers have many beneficial effects on health and represent an important functional food. Moderate and regular physical activity in the range of 30 min daily on most days of the week is a cornerstone of a healthy lifestyle, yet losing weight requires a greater amount of activity. Nursing, i.e. nurses, act as implementers of and intermediaries in activities of health education and health promotion and therefore need to possess current, broad and quality knowledge.

Key words: healthy diet, obesity, dehydration, physical activity

Uvod

Zdrav življenjski slog (ZŽS) predstavlja po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (1) vzorec vedenja posameznika, ki omogoča ohranjanje in krepitev lastnega zdravja ter kakovost življenja (2). ZŽS je iskanje ravnotežja med izboljševanjem lastnega zdravja, zdravja in dobrega počutja drugih in zdravja skupnosti (3). ZŽS posameznika zmanjšuje družbene stroške preprečevanja in zdravljenja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB), invalidnosti in prezgodnje smrtnosti (2). Ni enega samega načina ZŽS, ker je dejavnikov, ki ga oblikujejo veliko, vedno pa vključuje zdravo in uravnoteženo prehrano, redno telesno dejavnost, pa tudi izogibanje dejavnikom tveganja (3–6).

Neustrezna prehrana, stres in pomanjkanje gibanja so glavni dejavniki za razvoj številnih kroničnih bolezni (7), med katere večina zdravstvenih organizacij prišteva tudi debelost (6). Pojavnost prekomerne telesne mase (PTM) in debelosti dosega v svetu epidemiološke razsežnosti (6,4). V letu 2008 je bila PTM po svetu prisotna pri 1,5 milijarde oseb

starejših od 20 let, od tega je bilo 500 milijonov (200 milijonov moških in 300 milijonov žensk) primerov debelosti, po podatkih SZO pa se je prevalenca debelosti od leta 1980 več kot podvojila (WHO, 2012) in skokovito narašča (8). Najvišja prevalenca PTM in debelosti med razvitimi državami je v Združenih državah Amerike (ZDA) (6) in skokovito narašča (9).

Pomanjkanje vode v telesu (dehidracija) lahko pomeni hude okvare organizma. Že izguba le 3 % vode v telesu pomeni zgotovitev krvi in funkcionalne motnje, kot so otežena telesna dejavnost, brezvoljnost, nepotrpežljivost, z napredujočim pomanjkanjem pa se motnje še stopnjujejo in končajo pri odpovedi krvnega obtoka in smrti pri izgubah nad 10 % (10–12). Občutek žeje, ki se pojavi že pri najmanjši stopnji dehidracije, ni zanesljivo vodilo zanjo, izogniti se ji je možno le z enakomernim in zadostnim nadomeščanjem prek celega dne (12).

Redna telesna dejavnost vpliva na povečan metabolizem lipidov in s tem na njihov nivo v krvi, vpliva na izboljšanje občutljivosti za insulin in izboljšanje tolerance na glukozo, normalizira nivo glukoze v krvi, vpliva na vzdrževanje in izgradnjo pustega tkiva, zmanjšanje stresa, anksioznosti, depresije, na povečan občutek nadzora, samozavesti, volje. Telesna dejavnost pomembno prispeva k zmanjšanju tveganja za nastanek KNB, izboljšuje telesno pripravljenost in sposobnost, deluje na izboljšanje psihičnega in duševnega počutja. Vpliva na bistvene elemente kakovosti življenja in je pomemben del zdravega življenjskega sloga za vse (12).

Namen

Namen članka je predstaviti prehrano kot pomemben element zdravega življenjskega sloga in vpliv telesne dejavnosti pri ohranjanju zdravja. Namen dela je z meta-sintezo znanstvenih študij potrditi naslednje trditve:

Trditev 1 – kronična dehidracija je vzrok številnim škodljivim posledicam za zdravje.

Trditev 2 – prekomeren vnos trans-maščobnih kislin ima številne škodljive posledice na zdravje.

Trditev 3 – prehranske vlaknine so za zdravje pomembno funkcionalno živilo.

Trditev 4 – pomemben temelj zdravega življenjskega sloga je telesna dejavnost vsaj 30 minut dnevno.

Metode dela

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Opravljen je bil pregled tako tuje kot domače strokovne literature. Iskanje je potekalo preko uporabe bibliografskega servisa COBISS.SI ter vzajemnega kataloga COBIB; prek uporabe bibliografskih podatkovnih baz (CINAHL, MEDLINE, ERIC, Health Source – nursing/academic edition, Web of Science, ScienceDirect, PubMed) in sorodnih storitev (Cochrane Library, Wiley Online Library, ProQuest, BioMed Central), dostopnih prek iskalnih servisov EBSCOHost in DikUL. Obiskane so bile tudi spletne strani nekaterih strokovnih organizacij in združenj (American college of sports medicine – ACSM, Centers for disease control – CDC, European food safety authority – EFSA, Food and agriculture organization of the United nations – FAO, Food and drug administration – FDA, Institute of medicine – IOM, National institutes of health – NIH, United states department of agriculture – USDA, World Health

Organization – WHO). Ključne besede, ki so bile uporabljene pri iskanju: slovenske – prehrana, debelost, telesna masa, hujšanje, dieta, motnje hranjenja, zdrav življenjski slog, telesna dejavnost, prevalenca; angleške – nutrition, dietary intervention, obesity, weight management, dieting, eating disorders, healthy lifestyle, exercise, prevalence. Literatura je bila izbrana glede na časovni interval (2001–2012) in dostopnost celotnega besedila. Za namen meta-sinteze znanstvenih študij so bile dodatno iskane klinične študije in randomizirane kontrolne študije. Opravljena kvalitativna meta-sinteza kliničnih študij je bila izvedena na podlagi vrednotenja po sistemu štiristopenjske lestvice, razvrščene glede na stopnjo dokazov po Eccles in Mason (13), pri čemer ima največjo vrednost stopnja I.

Tabela 1: Stopnja dokazov po štiristopenjski lestvici (13).

I.	Dokazi, pridobljeni z meta-analizo randomiziranih kontrolnih študij ali iz vsaj ene randomizirane kontrolne študije.
II.	Dokazi, pridobljeni iz vsaj ene kontrolirane študije brez randomizacije ali iz vsaj ene delno eksperimentalne študije.
III.	Dokazi, pridobljeni iz neeksperimentalnih, opisnih oziroma deskriptivnih študij, kot so primerjalne študije, korelacijske študije in študije primera.
IV.	Dokazi, pridobljeni iz poročil ekspertnih skupin oziroma mnenje ali klinična izkušnja spoštovane avtoritete.

Rezultati

Rezultate prikazujemo v tabelah 2,3, 4, 5.

Tabela 2: Pregled dokazov znanstvenih študij za trditev 1.

Predmet trditve	Trditev	Stopnja	Vir
Kronična dehidracija je vzrok številnim škodljivim posledicam za zdravje.	Dnevni vnos tekočine, manj kot 600 ml / m ² telesne površine, je povezan s pogostejšimi infekcijami sečil pri deklisah. Študija je zajela 135 deklic v obdobju 2 let.	III.	(14)
	Dehidracija v obsegu izgube 2 – 3 % TM je vplivala na upad nekaterih kognitivnih in psihomotoričnih sposobnosti in povečala občutek utrujenosti. Študija je zajela 8 oseb v obdobju 60 dni.	II.	(15)
	Manjši skupni dnevni vnos tekočine pomeni večje tveganje za razvoj kroničnega obolenja ledvic (povprečen skupen vnos 1,7 l tekočine na dan je pomenil več kot 30-% večje tveganje); analiza 2 presečnih študij s skupno 5.220 osebami je potekala v Avstraliji, prva 2 druga pa 3 leta.	III.	(16)
	Manjši vnos tekočine pomeni večje tveganje za razvoj ledvičnih kamnov pri moških (vnos manjši od 1,2 l dnevno pomeni vsaj 20-% večje tveganje); rezultati raziskave o 45.619 moških v obdobju 14 let; podatki so del večje kohortne študije, ki poteka že od leta 1986.	III.	(17)
	Manjši vnos tekočine pomeni večje tveganje za razvoj ledvičnih kamnov pri ženskah (vnos manjši od 1,4 l dnevno pomeni vsaj 30-% večje tveganje); rezultati raziskave o 96.245 ženskah v obdobju 8 let.	III.	(18)

Tabela 3: Pregled dokazov znanstvenih študij za trditev 2.

Predmet trditve	Trditev	Stopnja	Vir
Prekomeren vnos trans-maščobnih kislin ima številne škodljive posledice na zdravje.	Delež 7-% energijskega vnosa v obliki industrijskih trans-maščobnih kislin v približno 40-% energijskem deležu vseh lipidov je povišal nivo LDL holesterola za 11,6 %, zvišal razmerje med celokupnim in HDL holesterolom v prid prvega za 11,6 % in povišal nivo trigliceridov v krvi za 16,1 %. Študija je zajela 61 zdravih oseb v obdobju 9 tednov.	I.	(19)
	Nadomestitev delno hidrogeniranih rastlinskih olj z nehidrogeniranimi maščobami (maslo, živalska mast) in predvsem olji (sončnično, repično, sojino olje), zniža tveganje za razvoj SŽB v razponu vsaj 12–20 %. Meta-analiza je zajela 13 randomiziranih študij s skupno 518 osebami ter povprečnim trajanjem 34 dni, ter 4 kohortne študije s skupno 139 836 osebami in večletnim trajanjem.	I.	(20)
	Pri ženskah je povišan vnos TMK statistično pomembno povezan s povečanim tveganjem za razvoj hipertenzije, še posebej pri ženskah mlajših od 55 let. Študija je zajela 28.100 žensk, v obdobju 12,9 let.	I.	(21)
	Visoka vsebnost maščob v prehrani, še posebej pa TMK, poslabša vnetje dihalnih poti pri astmatikih. Študija je zajela 51 oseb, spremljala jih je en dan.	I.	(22)

Tabela 4: Pregled dokazov znanstvenih študij za trditev 3.

Predmet trditve	Trditev	Stopnja	Vir
Prehranske vlaknine so za zdravje pomembno funkcionalno hranilo.	Vnos 16,8–18,5 g prehranskih vlaknin dnevno, iz polnozrnatih živil (pšenica, oves), je znižal sistolični krvni tlak za 5 mm Hg. Študija je zajela 206 oseb v obdobju 16 tednov.	I.	(23)
	Prehrana z vlakninami iz stročnic (21 g prehranskih vlaknin / 1000 kcal) zniža skupni nivo holesterola za 10 %, LDL holesterola za 10,9 % in nivo trigliceridov za 14,8 %, za okoli 3 % pa zniža tudi razmerja med skupnim holesterolom, LDL in HDL holesterolom v prid slednjemu. Študija je zajela 64 oseb v obdobju 10 – 12 tednov.	I.	(24)
	Vodotopne prehranske vlaknine imajo učinek na simptome kroničnega zaprtja in omogočajo pogostejše odvajanje. Podatki so osnovani na sistematičnem pregledu 6 randomiziranih kontrolnih študij s 368 udeleženci in trajanjem 2 – 4 tedne.	I.	(25)
	Višji dnevni vnos (30 g) prehranskih vlaknin, v obliki uravnotežene prehrane, bogate s sadjem in zelenjavo (DASH dieta), je znižal nivo CRP v krvnem obtoku za 0,6–0,8 mg / l. Študija je vključila 35 oseb v obdobju 6 tednov.	I.	(26)
	Dodatek β -glukana, prehranske vlaknine, prisotne v ječmenu, je pomembno prispeval k rasti črevesne mikroflore pri osebah, starejših od 50 let ter k manjši rasti pri mlajših osebah. Študija je zajela 52 oseb v obdobju 6 tednov.	I.	(27)

Tabela 5: Pregled dokazov znanstvenih študij za trditve 4.

Predmet trditve	Trditev	Stopnja	Vir
Pomemben temelj zdravega življenjskega sloga je telesna dejavnost vsaj 30 minut dnevno.	Redna telesna dejavnost (vadba 3-x tedensko po 60 minut) ima učinke na povečanje sposobnosti srčno-dihalnega sistema, izboljšanje insulinske občutljivosti, nivoja insulina v krvi in prispeva k zmanjšanju tveganja za razvoj esencialne arterijske hipertenzije pri mladih ženskah s familiarno hipertenzijo. Študija je zajela 59 normotenzivnih žensk v obdobju 16 tednov.	I.	(28)
	Redna telesna vadba (vsaj 2-x tedensko po 20 minut pri visoki intenzivnosti, oziroma 3-x tedensko po 60 minut pri zmerni intenzivnosti) ima učinke na izboljšanje sposobnosti srčno-dihalnega sistema, krvnega tlaka ter izboljšanje tolerance na glukozo. Študija je obravnavala 36 moških v obdobju 12 tednov.	I.	(29)
	Hoja 30 minut dnevno, 6-x tedensko, zmanjša tveganje za 32 %; povečanje hitrosti hoje za 2 km/h zmanjša tveganje za nastanek koronarne bolezni za 21 %. Meta-analiza obravnava podatke 11 kohortnih študij in 1 randomizirane kontrolne študije, s skupno 295.177 osebami in trajanjem med 2 in 16 let.	I.	(30)
	Telesna dejavnost (tako aerobna kot anaerobna vadba) ima pomemben antidepresivni učinek tako v klinični kot neklinični populaciji in je primerljiva s psihoterapijo in antidepresivnimi zdravili. Meta-analiza je zajela podatke iz 58 randomiziranih kontrolnih študij, ki so vključile 2982 oseb v obdobjih med 4 in 52 tedni.	I.	(31)

Diskusija

Do danes je v ZDA skupen delež oseb s PTM ali debelostjo že višji od 65 % odraslih prebivalcev (9,32), debelih pa je več kot 34 % odraslih prebivalcev; še bolj zaskrbljujoč je podatek, da je debelost prisotna pri več kot 18 % otrok in mladostnikov (12). Tudi v državah Evropske unije (EU) podatki kažejo, da je PTM prisotna pri vsaj 54 % moških in 37 % žensk, debelost pa pri okoli 23 % moških in 20 % žensk, prisoten pa je trend rasti (33). Debelost je poglaviti faktor tudi pri nastanku simptomov gastro-ezofagealne bolezni (GERB), je dokazala študija Leeja in sodelavcev (34). Posledica GERB je refluksni ezofagitis, lahko pride tudi do Barrettovega požiralnika in adenokarcinoma požiralnika.

Kot v razvitem svetu sta tudi pri Slovencih prisotna tako neuravnoteženost prehrane kot pomanjkanje gibanja (7). Podatki najnovejše raziskave CINDI Slovenija kažejo, da je v Sloveniji PTM prisotna že pri 42 % odraslih, debelost pa pri skoraj 18 % (35).

Problem dehidracije je v sodobnem svetu pogosto prisoten. Priporočila zaradi zelo raznolikih dejavnikov, ki vplivajo na potrebe po vodi, govorijo o orientacijskih povprečnih vrednostih vnosa, ki so za odrasle osebe vsaj 1,2 l vnosa vode s pijačami in 740 ml vnosa s trdno hrano na dan (11) oziroma 1–1,5 ml vode/kcal energije, kar v povprečju pomeni najmanj 2 l celokupnega dnevnega vnosa (11,10,36); novejšje vrednosti podajajo oceno zadostnega vnosa prek tekočin prav tako v okviru 2–3 l (37,12).

Ko govorimo o telesni dejavnosti kot dejavniku zdravega življenjskega sloga, mislimo na obseg vadbe, ki je potreben za splošno vzdrževanje TM. Ta je po različnih priporočilih med 30 in 60 minut dnevno, 5 dni v tednu. Glede telesne dejavnosti je bila leta 2003 v Sloveniji opravljena raziskava, ki je pokazala, da velik delež (kar 25,5 %) odraslega prebivalstva

ni bil redno telesno dejaven nikoli v življenju, ali pa je bil telesno dejaven le četrtno dosedanje življenjske dobe (3,7 % anketirancev); ti dve skupini sta v raziskavi izkazovali tudi najvišje deleže prevalence debelosti, hiperholesterolemije in arterijske hipertenzije (38).

Zaključek

Razlogi za povečano prevalenco debelosti so genetski dejavniki, sedeči način življenja in večja razpoložljivost okusne in energijsko goste hrane ter tudi neredna prehrana. Bistveno je torej neravnovesje med energijskim vnosom in porabo. Pomembna je tudi hidriranost organizma, ki optimalno funkcionira le ob zadostnem vnosu vode. Zaradi dehidracije se lahko pojavijo številne kronične težave, oslABLJENE so kognitivne in psihomotorične sposobnosti organizma.

Ni pomembno le pravo ravnovesje hranilnih snovi v vsakdanji prehrani, važna je tudi kakovost in vrsta hranil. To se v zadnjih letih poudarja predvsem pri maščobah. Prekomeren vnos trans-maščobnih kislin ima številne škodljive posledice na zdravje (povišane skupne maščobe v serumu, povišan LDL holesterol, povišan krvni tlak), višji vnos vlaknin pa deluje obratno (nižji sistolični krvni tlak, nižji LDL holesterol). Zdrava prehrana in redna telesna dejavnost vplivata na zdravje neodvisno, vsaka zase, in hkrati sinergijsko.

Literatura

1. WHO – World Health Organization. Fact Sheet, 2012; Nr.311 – Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> <30.4.2012>.
2. Fras Z. Oblikovanje nacionalne strategije telesne dejavnosti za zdravje v Sloveniji. V: Strokovni posvet Gibanje za zdravje odraslih – stanje, problemi, podpora okolja, zbornik referatov, Ljubljana, 10. maj 2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
3. Public health agency of Canada. Healthy Lifestyle: strengthening the effectiveness of lifestyle approaches to improve Health, 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/healthy-sain/chap1-eng.php>, <30.4.2012>
4. Pokorn D. Oris zdrave prehrane – priporočena prehrana. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2001: 6, 29, 30, 13, 16.
5. Berčič H. Pojavnost in opredelitve športne rekreacije. V: Kajtna T, Tušak M., ur. Psihologija športne rekreacije. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport, 2005: 7.
6. Dunford M, Doyle JA. Nutrition for sport and exercise. 2nd ed.. Belmont: Cengage learning, Wadsworth, 2012: 477–85.
7. Pandel Mikuš R. Prehrana za ohranitev zdravja. V: Varovanje zdravja – prehrana, telesna dejavnost in pozitivna samopodoba, zbornik predavanj, XVII. strokovno srečanje, Radenci, 2. in 3. junija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, 2006: 9–18.
8. Rokholm B, Baker JL, Soerensen TIA. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *Obes Rev* 2010; 11 (12): 835–46.
9. DeBruyne LK, Pinna K, Whitney E. Nutrition & diet therapy. 8th ed. . Belmont: Cengage learning, Wadsworth, 2012: 132–49.
10. Whitney E, SR Rolfes. Understanding nutrition. 12th ed. . Belmont: Cengage learning, Wadsworth, 2011: 2–25, 96–259, 382–90, F-1.

11. Referenčne vrednosti za vnos hranil. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2004: 20–54.
12. Summerfield LM. Nutrition, exercise & behavior. 2nd ed. . Belmont: Cengage learning, Wadsworth, 2012: 1–38, 81–110, 155–225, 235–52, 272–85, 357–70.
13. Eccles M, Mason J How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 2001; 5(16): 1–69.
14. Stauffer CM, van der Weg B, Donadini R, Ramelli GP, Marchand S, Bianchetti MG. Family history and behavioral abnormalities in girls with recurrent urinary tract infections: a controlled study. *J Urol* 2004; 171 (4): 1663–5.
15. Cian C, Koulmann N, Barraud PA, Raphel C, Jimenez C, Melin B. Influences of variations in body hydration on cognitive function: Effect of hyperhydration, heat stress, and exercise-induced dehydration. *J Psychophysiol* 2000; 14 (1): 29–36.
16. Strippoli GFM, Craig JC, Rochtchina E, Flood VM, Wang JJ, Mitchell P. Fluid and nutrient intake and risk of chronic kidney disease. *Nephrology* 2011; 16 (3): 326–34.
17. Taylor B, Irving HM, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2009; 104 (12): 1981–90.
18. Curhan GC, Willett WC, Knight EL, Stampfer MJ. Dietary factors and the risk of incident kidney stones in younger women: Nurses' Health Study II. *Arch Intern Med* 2004; 164 (8): 885–91.
19. Wanders AJ, Brouwer IA, Siebelink E, Katan MB Effect of a high intake of conjugated linoleic acid on lipoprotein levels in healthy human subjects. *PLoS ONE* 2010; 5(2): e9000 <http://www.plosone.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0009000> <31.5.2012>
20. Mozaffarian D, Clarke R. Quantitative effects on cardiovascular risk factors and coronary heart disease risk of replacing partially hydrogenated vegetable oils with other fats and oils. *Eur J Clin Nutr* 2009; 63(Suppl 1): S22–S33.
21. Wang L, Manson JE, Forman JP, Gaziano JM, Buring JE, Sesso HD Dietary fatty acids and the risk of hypertension in middle-aged and older women. *Hypertension* 2010; 56(4): 598–604.
22. Wood LG, Garg ML, Gibson PG. A high-fat challenge increases airway inflammation and impairs bronchodilator recovery in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127 (5): 1133–40.
23. Tighe P, Duthie G, Vaughan N, et al. Effect of increased consumption of whole-grain foods on blood pressure and other cardiovascular risk markers in healthy middle-aged persons: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2010; 92 (4): 733–40.
24. Zhang Z, Lanza E, Kris-Etherton PM, Colburn NH, Bagshaw D, Rovine MJ, Ulbrecht JS, Bobe G, Chapkin RS, Hartman TJ. A high legume low glycemic index diet improves serum lipid profiles in men. *Lipids* 2010; 45 (9): 765–75.
25. Suares NC, Ford AC. Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 33 (8): 895–901.
26. King DE, Egan BM, Woolson RF, Mainous AG 3rd, Al-Solaiman Y, Jesri A Effect of a high-fiber diet vs a fiber-supplemented diet on C-reactive protein level. *Arch Intern Med* 2007; 167 (5): 502–6.

27. Mitsou EK, Panopouloub N, Turunena K, Spiliotisc V, Kyriacou A. Prebiotic potential of barley derived β -glucan at low intake levels: A randomised, double-blinded, placebo-controlled clinical study. *Food Res Int* 2010; 43 (4): 1086–92.
28. Ciolac EG, Bocchi EA, Bortolotto LA, Carvalho VO, Greve JM, Guimares GV. Effects of high-intensity aerobic interval training vs. moderate exercise on hemodynamic, metabolic and neuro-humoral abnormalities of young normotensive women at high familial risk for hypertension. *Hypertens Res* 2010; 33 (8): 836–43.
29. Nybo L, Sundstrup E, Jakobsen MD, Mohr M, Hornstrup T, Simonsen L, Bülow J, Randers MB, Nielsen JJ, Aagaard P, Krstrup P. High-intensity training versus traditional exercise interventions for promoting health. *Med Sci Sports Exerc* 2010; 42 (10): 1951–8.
30. Zheng H, Orsini N, Amin J, Wolk A, Nguyen VT, Ehrlich F. Quantifying the dose-response of walking in reducing coronary heart disease risk: meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2009; 24 (4): 181–92.
31. Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Med* 2009; 39 (6): 491–511.
32. La Bounty PM, Campbell BI, Wilson J et al. International society of sports nutrition position stand: meal frequency. *J Int Soc Sports Nutr* 2011; 8 (4): 1–12. <http://www.jissn.com/content/8/1/4> <30.4.2012>.
33. Von Ruesten A, Steffen A, Floegel A, et al. Trend in obesity prevalence in european adult cohort populations during follow-up since 1996 and their predictions to 2015. *PLoS One* 2011; 6 (11): e27455 <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0027455> <30.4.2012>.
34. Lee SW, Lien HC, Chang CS et al. Impact of body mass index and gender on quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 2012; 18 (36): 5090
35. Hlastan-Ribič C, Djomba JK, Zaletel-Kragelj L, Maučec Zakotnik J, Fras Z. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije – rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 142.
36. Brown JE *Nutrition Now*. 6th ed. Belmont: Cengage learning, Wadsworth, 2011: 1–8, 8–13.
37. Institute of medicine. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids*. Washington: National academy press, 2005: 16, 268, 542. <http://fnic.nal.usda.gov/dietary-guidance/dri-reports/energy-carbohydrate-fiber-fat-fatty-acids-cholesterol-protein-and-amino#overlay-context=dietary-guidance/dietary-reference-intakes/dri-reports>. <30.4.2012>
38. Djomba JK, Fras Z, Zerjal I, Zaletel-Kragelj L Učinki telesne dejavnosti v preteklosti na zdravje in kazalnike zdravja v sedanjosti. V: Zbornik 8. kongresa športne rekreacije, Rogla, 1.–3. oktober, 2010. Ljubljana: Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez, 2010: 4.

Uživanje sadja in zelenjave ter telesna dejavnost med učenci Osnovne šole Lucija

Fruit and Vegetable Consumption and Physical Activity among Pupils of Primary School Lucia

Romana Čuk, Ester Benko, Tamara Poklar Vatovec

Povzetek

Zdrava prehrana je v fazi rasti ter razvoja otrok in mladostnikov nujno potrebna. Energijska in hranilna vrednost obrokov sta pomembna dejavnika, in sicer kot energija za vsakdanje delo, pa tudi kot gradivo za rast in razvoj telesa. Namen raziskave je bil ugotoviti prehranjevalne navade mladostnikov in poznavanje zdrave prehrane, uživanje sadja in zelenjave doma in v šoli ter ukvarjanje s telesnimi dejavnostmi.

Raziskava med 44 učenci je bila izvedena med učenci sedmega razreda Osnovne šole Lucija, in je potekala septembra 2011. Podatki za raziskavo so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika in obdelani s statističnimi metodami opisne statistike.

Raziskava je pokazala, da se učenci izbrane osnovne šole nezdravo prehranjujejo, uživajo premalo sadja in zelenjave, njihov indeks telesne mase je v mejah normale in so redno telesno aktivni. Povzamemo lahko, da šola predstavlja pomembno področje za zdravstveno vzgojo otrok in mladostnikov.

Ključne besede: zdrava prehrana, prehranjevalne navade, mladostnik, telesna dejavnost

Abstract

Healthy nutrition is in the process of growth and development of children and adolescents is necessary. Energy and nutritional value of the meals are important factors, namely as energy for daily work, as well as material for the growth and development of the body.

A survey of 44 students was conducted among the students of the seventh grade primary school Lucia, and was held in september 2011. Data for the study were collected by means of questionnaires and processed with statistical methods of descriptive statistics.

Research has shown that students selected primary schools eating junk food, do not eat enough fruits and vegetables, their body mass index was within normal limits and exercising

regularly. It can be concluded that the school represents an important area for health education of children and adolescents.

Key words: healthy diet, eating habits, adolescent, physical activity

Uvod

Šolski otroci so v zdravju posebno ogroženi. Prav zaradi tega jim posvečamo posebno zdravstveno skrb, ki zajema tudi pravilno prehrano v šoli ali v varstveni ustanovi. Na prehrano, ki je temelj za dobro zdravje vsakega otroka, vplivajo številni dejavniki, ki niso samo gastronomsko-kulinarične oziroma tehnološke narave. Zato mora biti načrtovanje prehrane otrok strokovno kakovostno opravljeno delo (1). Prehranski strokovnjaki štejejo sadje in zelenjavo k hrani z visoko gostoto hranljivih snovi, kar pomeni, da vsebujejo veliko vitaminov in mineralov, hkrati pa so bogati z antioksidanti ter predstavljajo dober vir prehranskih vlaknin (2). Med šolskim obdobjem, tj. med 6. in 14. letom starosti, fizični razvoj otrok nekoliko upočasni, zato šoloobvezen otrok ni toliko lačen v primerjavi z večjimi otroci. Z uživanjem hrane moramo otroku zagotoviti dovolj energije za ves dan.

Zdrava prehrana

Zdrava prehrana je tesno povezana z zdravjem ljudi, saj z njo lahko ohranjamo ali krepiamo zdravje. Z zdravim prehranjevanjem zdravje varujemo in sočasno preprečujemo številne dejavnike tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. Zdrava prehrana je (3) uravnotežena prehrana, varna prehrana, varovalna prehrana in mešane sestave. Poleg uravnotežene prehrane imajo pomembno vlogo tudi naslednji dejavniki: način življenja, okolje, zavestno uživanje hrane, hitrost in pogostost uživanja hrane, redno uživanje obrokov ter vzgoja in izobraženost (4). Pri sestavljanju jedilnika zdrave prehrane izhajamo iz priporočil Referenčnih vrednosti za vnos hranil (5) ter Smernic zdravega prehranjevanja v vzgojnoizobraževalnih ustanovah od prvega leta starosti naprej (1). Kakovostni jedilniki ustrezajo kriterijem zdrave prehrane po energijski in hranilni vrednosti ter naj bi vsebovali lokalno pridelano hrano in so higiensko neoporečni, prav tako pa vzpodbujajo zdrave prehranjevalne navade. Imeti morajo ustrezno nasitno vrednost in upoštevati režim prehrane (6).

Prehranjevalne navade mladostnikov in vloga šole pri pridobivanju prehranjevalnih navad

Mladostniki izoblikujejo prehranjevalne navade že v otroštvu. Tako kot majhni otroci tudi šolarji, ki še rastejo, za zadovoljevanje svojih potreb po energiji in različnih hranilih potrebujejo uravnoteženo prehrano. Ko postanejo starejši, njihovo prehrano težko nadzorujemo, saj prepogosto uživajo nezdrave prigrizke in pijače. Ne zajtrkujejo, izpuščajo obroke in so telesno neaktivni.

Slovenija je ena izmed redkih evropskih držav, ki ima sistemsko organiziran sistem prehrane otrok in mladostnikov, urejen na nivoju države. Na skoraj vseh osnovnih šolah v Sloveniji imajo urejene šolske kuhinje, kjer pripravljajo obroke. Navajanje na zdravo prehranjevanje v šoli je lahko prijetna in poučna izkušnja, saj otrok teži k posnemanju in se zato hitreje uči. Izkazalo se je, da je sodelovanje staršev in učiteljev zelo pomembno (7).

Pomen uživanja sadja in zelenjave

Priporočila za dnevni vnos sadja in zelenjave so – 400 do 650 g sadja in 80 g zelenjave na obrok. Strokovnjaki ugotavljajo, da nezadosten vnos sadja in zelenjave dokazano predsta-

vlja dejavnik tveganja za prezgodnjo umrljivost tako v EU kot v Sloveniji. Prehrana, ki vsakodnevno vključuje različne vrste sadja in zelenjave, je za otroke zelo pomembna, in sicer iz več razlogov: zaradi zviševanja hranilne vrednosti obrokov, nizke energijske gostote, vzdrževanja priporočene telesne mase in preprečevanja nastanka nekaterih kroničnih nenalezljivih bolezni.

Po priporočenih dnevni energijskih vnosih naj bi mladostniki v šolah dnevno zaužili po tri enote sadja in štiri enote zelenjave. Priporočeno število enot pa je namenjeno lažji hranilno in energijsko uravnoteženi pripravi jedilnikov (8).

Telesna dejavnost mladostnikov

Telesna aktivnost in gibalni razvoj omogočata mladostnikom vključevanje v socialne skupine, kar pomeni prispevek k razvoju ustreznih sposobnosti za ukvarjanje s skupinskimi aktivnostmi kot tudi k izgraditvi njihove identitete. Gibanje s športom je tako prek vpliva na učenčev celostni razvoj posredno eden izmed dejavnikov šolske uspešnosti. V kombinaciji z ustrežno prehrano pa redna telesna aktivnost mladostnika varuje pred prekomerno telesno maso (9).

Vloga medicinske sestre pri zdravstveno-vzgojnem delu

Medicinska sestra ima pri svojem delu s svojim znanjem in ravnanjem možnost vplivati na zdravje ljudi. V zdravstveno-vzgojni program vključuje otroke v različnih življenjskih obdobjih, zato mora poznati posebnosti učne motivacije v posameznih življenjskih obdobjih in jih tudi upoštevati, če želi dosežati dobre rezultate. Pri promociji zdravja v šoli sodelujejo učitelji in diplomirana medicinska sestra. Vloga diplomirane medicinske sestre je, da z zdravstveno-vzgojnim delom v vsakem posamezniku prebudi občutek odgovornosti za lastno zdravje, ki postaja njegova dolžnost in ne le pravica. Zaradi poudarka na spremljanju mladostniškega razvoja imajo medicinske sestre pomembno samostojno vlogo pri izvajanju preventivnih zdravstvenih pregledov šolarjev od vstopa v šolo do zaključka osnovnega in srednješolskega izobraževanja. Redno spremljanje rasti, razvoja in zdravja šolskih otrok ter mladine je temelj ustreznega in pravočasnega strokovnega ukrepanja za ohranitev ter izboljšanje zdravja (10).

Metode

Namen raziskave je bil, ugotoviti, kakšne so prehranjevalne navade mladostnikov starih od 11–13 let, s poudarkom na uživanju sadja in zelenjave v šoli in doma, ukvarjanje s telesnimi aktivnostmi ter primerjava z indeksom telesne mase.

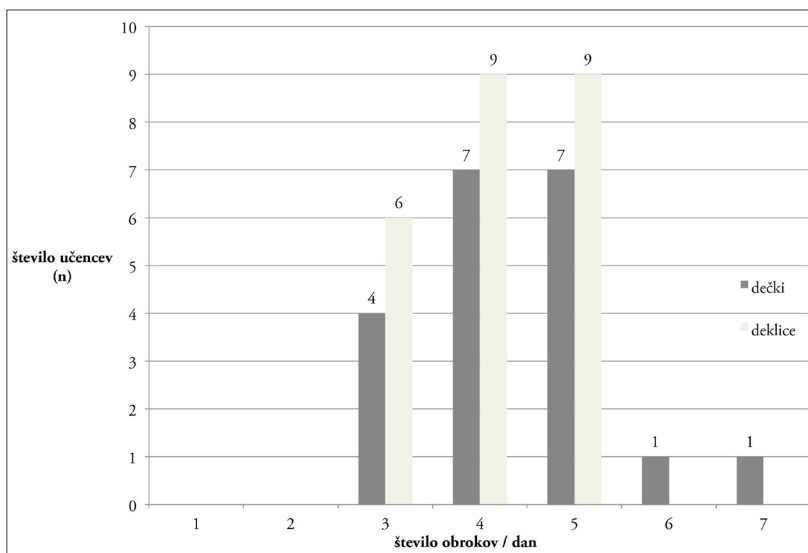
Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Raziskava je potekala od 19. do 23. septembra 2011 na Osnovni šoli Lucija. Anketni vprašalnik je vseboval vprašanja odprtega in zaprtega tipa. Razdeljenih je bilo 46 anketnih vprašalnikov, vrnjenih pa je bilo 44 (95,6 %) vprašalnikov. Obdelava podatkov je bila izvedena s pomočjo programa Microsoft Excel.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 44 učencev, starih od 11 do 13 let (Slika 1). Od tega 24 (55 %) deklic in 20 (45 %) dečkov.

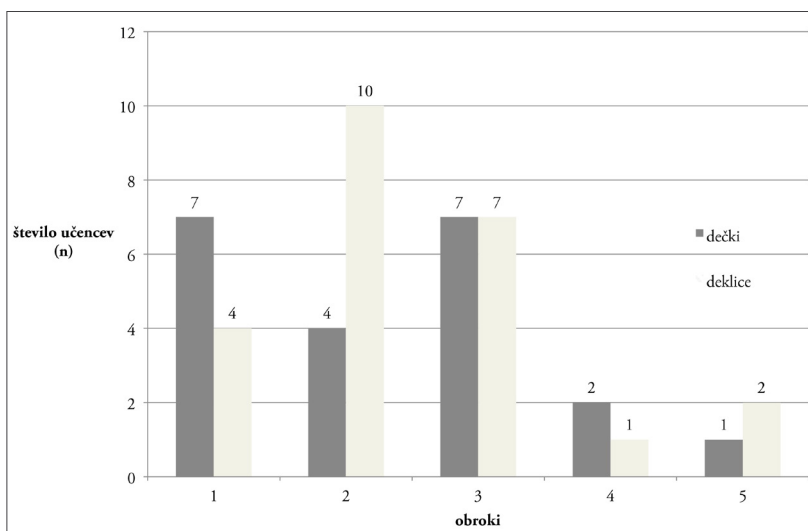
Učenci zaužijejo v povprečju od tri do pet obrokov dnevno. Tri obroke dnevno imajo 4 (20 %) dečki in 6 (25 %) deklic, štiri obroke dnevno ima 7 (35 %) dečkov in 9 (37 %) de-

klic, pet dnevnih obrokov pa ima 7 (35 %) dečkov in 9 (37 %) deklic. Dva učenca zaužijeta več kot 5 obrokov dnevno (Slika 1).



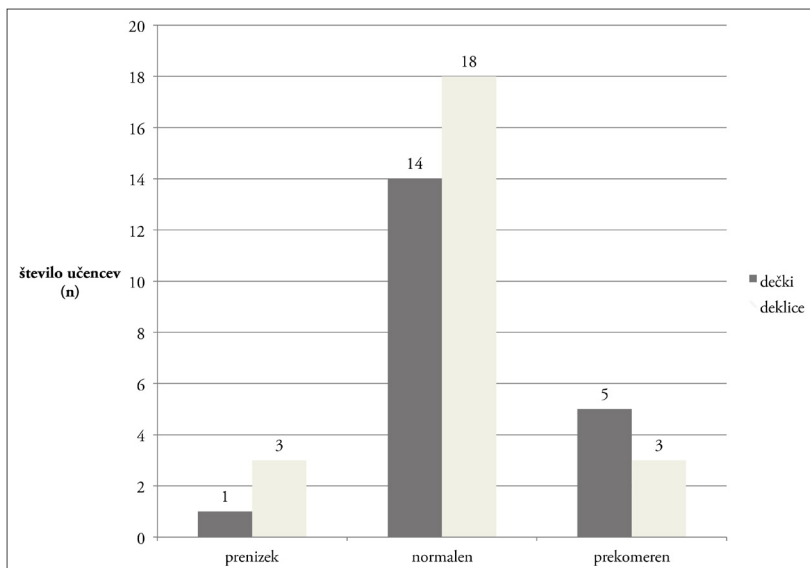
Slika 1: Število obrokov na dan.

Obrok sadja in zelenjave dnevno zaužije 7 (35 %) dečkov in 4 (17 %) deklice. Štirje (20 %) dečki in 10 (42 %) deklic zaužije dnevno dva tovrstna obroka, sledi 7 (35 %) dečkov in deklic, ki dnevno zaužijejo po tri obroke, štiri obroke dnevno zaužijejo 2 (10 %) dečka in ena (4 %) deklica, pet obrokov sadja in zelenjave pa dnevno zaužijejo le en (5 %) deček in dve (8 %) deklici (Slika 2). Rezultati so pokazali, da 92 % učencev od sadja najpogosteje uživa jabolka, od zelenjave pa zeleno solato 85 % učencev.



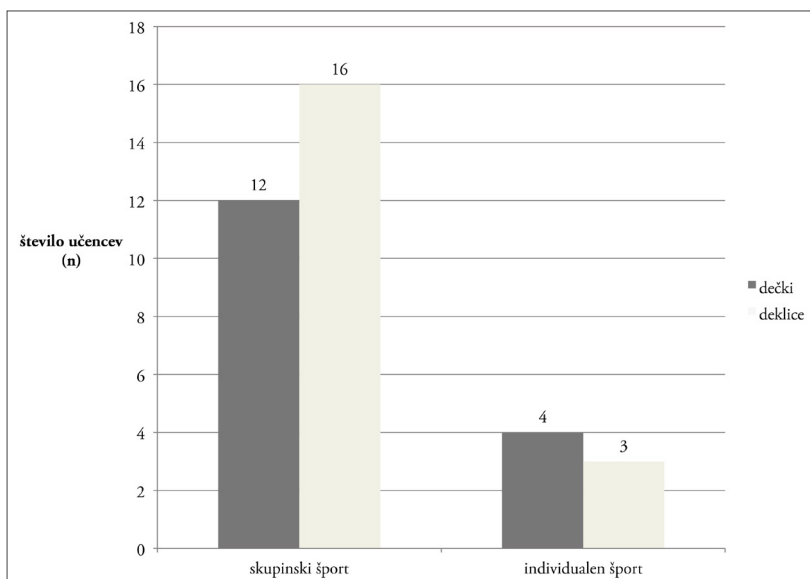
Slika 2: Število dnevnih obrokov, ki vsebujejo sadje in zelenjavo.

V nadaljevanju nas je zanimal indeks telesne mase (ITM) učencev. Rezultati kažejo, da ima tri četrt učencev normalen ITM (75 % deklic in 70 % dečkov), prenizek ITM imajo 3 deklice in 1 deček, medtem ko ima prekomeren ITM 5 dečkov in 3 deklice (Slika 3).



Slika 3: Indeks telesne mase (ITM) pri dečkih in deklicah.

Pri vprašanju o športnih aktivnostih nas je zanimalo, pri katerih športih učenci sodelujejo. Največ učencev, in sicer 12 (60 %) dečkov in 16 (65 %) deklic, se ukvarja s skupinskimi športi, medtem ko se 4 (20 %) dečki in 3 (14 %) deklice ukvarjajo z individualnim športom (Slika 4).



Slika 4: Športna aktivnost.

Zaključki

Priporočila za zdravo prehranjevanje so pomembna tako za otroke in mladostnike kot tudi za odrasle. Vendar je zdrava prehrana za otroke in mladostnike še toliko pomembnejša, ker je odraščanje obdobje intenzivnega fiziološkega, psihosocialnega in kognitivnega razvoja posameznika. Redno uživanje glavnih dnevnih obrokov je temelj zdrave prehrane. V zdravi prehrani se priporoča uživanje od štiri do pet obrokov dnevno (1). Raziskava je pokazala, da imajo tri obroke dnevno 23 % mladostnikov, štiri do pet obrokov 36 %, šest in sedem obrokov pa 5 % mladostnikov. Nezdre prehranjevalne navade, zlasti neprimerna izbira živil in neredna prehrana, lahko povzročijo slabše počutje ter slabšo delovno storilnost. Sadje in zelenjava sta odlični viri vitaminov, elementov in prehranskih vlaknin. Prehrana, bogata s sadjem in z zelenjavo, je pomembna za zdravje, saj vsebuje številne za normalno rast in razvoj nujno potrebne snovi, ki obenem varujejo pred nenalezljivimi boleznimi v odrasli dobi. Četrtnina mladostnikov vključenih v našo raziskavo enkrat dnevno zaužije sadje in zelenjavo. 64 % mladostnikov zaužije od dva do tri obroke in le 11 % mladostnikov dnevno zaužije do pet obrokov na dan. Rezultate naše raziskave je mogoče primerjati s Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010 (11), ki kaže na nezdravo prehranjevanje ter nezdrav življenjski slog mladostnikov, saj smo ugotovili, da se tudi naši mladostniki nezdravo in neredno prehranjujejo. Sadje in zelenjavo na dan uživa le 16,7 % mladostnikov, medtem ko ju nikoli ne uživa 5,3 % mladostnikov objavljeno v raziskavi HBSC, v naši raziskavi pa je ta delež 25%. Redna in zadostna telesna dejavnost pozitivno vpliva na zdravje, razvoj in splošno dobro počutje, pri tem pa ima pomembno vlogo tudi vrsta telesne dejavnosti. Zanimiv je tudi podatek, da se kar 63 % mladostnikov vključenih v našo raziskavo ukvarja s skupinskimi športi in le 17 % z individualnimi športi. O tem pomenu in povezavi je bilo objavljeno in predstavljeno že v prvi Strategiji prehranske politike. Telesna dejavnost vsekaror pripomore k lažji socialni integraciji v času adolescence. Problem nezdravega prehranjevanja ni v tem, da učenci niso dovolj ozaveščeni o zdravi prehrani, temveč v njihovi motivaciji. Večina šolskih otrok namreč živi v prepričanju, da zdrav način življenja ni jamstvo, da ne bodo zboleli za rakom ali kakšno drugo boleznijo. Za zdrav način življenja se jih veliko odloči šele, ko jih življenje v to prisili. Šele takrat spoznajo, da delajo nekaj narobe. Poseben pomen za zdravstveno vzgojo šoloobveznih otrok imata pravilna prehrana in pridobivanje prehranskih navad v najzgodnejši dobi življenja. Navajanje na zdravo prehranjevanje v šoli je lahko prijetna in poučna izkušnja, saj otrok teži k posnemanju primerov dobre prakse ter se zato hitreje uči. Izkušnje iz različnih šolskih programov in shem šolskega sadja kažejo, da lahko v šolskem okolju razvijamo mladostnikove veščine za zdravo prehranjevanje, ga spodbujamo in mu pomagamo pri odločanju, navajamo k samostojnosti pri izboru sadja in zelenjave ter tako povečamo otrokovo motivacijo za zdravo prehranjevanje (12). Naloga medicinske sestre je, da s svojim delom in vzgledom sodeluje z mladostnikom z roko v roki.

Literatura

1. Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah od prvega leta starosti naprej. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2005: 15–68.
2. Graimes N. 5 na dan za otroke. Izola: Meander, 2009: 8.
3. Pokorn D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih. Ljubljana: Marbona, 2004: 23.
4. Pokorn D. Oris zdrave prehrane. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001: 44.

5. Referenčne vrednosti hranil 200. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2004: 10–27.
6. Požar J. Hranoslovje – Zdrava prehrana. Maribor: Obzorja, 2003: 10–1, 130–2.
7. Elliman D, Bedford H. Zdravje za otroke. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2001: 37.
8. Inštitut za varovanje zdravja RS (2010). Zdrav življenjski slog v šoli: Zdrava prehrana v šoli. <http://www.zdravjevsoli.si> <11. 9. 2011>.
9. Zirc J. Biti najboljši: pomen gibalne aktivnosti za otrokov razvoj in šolsko uspešnost. Radovljica: Didakta, 2008: 19.
10. Prebevšek M. Vloga medicinske sestre pri izvajanju preventivnih pregledov v Zdravstvenem domu Maribor na Dispanzerju za šolske otroke in mladino. XV. Srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in II. Srečanje medicinskih sester z mednarodno udeležbo: Zbornik referatov. Maribor, 15.–16. april 2005. Maribor: Zbornik, 2005: 244.
11. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: Poročilo o raziskavi. HBSC Slovenija 2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 129–140.
12. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005 – 2010. Ur. l. RS, št. 39/2005: 13.

Prehranjevalne navade osmošolcev v Mestni občini Koper

Eating Habits of 8th Class Pupils within Municipality Koper

Gordana Kremenović, Tamara Poklar Vatovec

Povzetek

Teoretična izhodišča: Zdrava prehrana ali zdravo prehranjevanje vključuje varno, energijsko in hranilno uravnoreženo, varovalno in biološko sprejemljivo hrano, ki ohranja in krepi človekovo zdravje. Namen raziskave je bil proučiti, kakšno je znanje osmošolcev o pomenu zdrave prehrane, in ugotoviti, od kod pridobivajo informacije ter ali te informacije in znanje upoštevajo.

Metode: Raziskava je bila izvedena med osmošolci na treh osnovnih šolah v mestni občini Koper, in sicer OŠ Antona Ukmarja, OŠ Šmarje pri Kopru in OŠ Hrvatini. Potekala je v času od 6.12.2010 do 17.12.2010, vključenih je bilo 95 osmošolcev. Podatki za raziskavo so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika in obdelani v programu SPSS 17 za okolje Windows.

Rezultati: O pomenu zdrave prehrane je raziskava pokazala, da je informiranih več kot polovica osmošolcev, informacije in znanje najpogosteje dobijo od staršev, znancev in prijateljev in kar polovica je mnenja, da upošteva pridobljeno znanje in informacije. Ugotovili smo, da to ne drži, saj izpuščajo zajtrk, večina jih za prvi dnevni obrok zaužije malico. Nekaj jih za prvi obrok zaužije šele kosilo.

Ključne besede: mladostniki, prehranjevalne navade, zdrava prehrana, zdravstvena vzgoja

Abstract

Introduction: A healthy diet includes food that is safe, energetically and nutritionally balanced, safe and biologically appropriate and at the same time it strengthens and maintains a person's overall health. The purpose of the survey is to examine the actual knowledge that 8th graders have about the importance of a healthy diet and establish where they have gained this information and how they have used the information at hand.

Methods: The survey was conducted among of 8th graders from three elementary schools of the Municipality of Koper, in detail Anton Ukmar Primary School, Šmarje pri Kopru Primary School and Hrvatini Primary School at the time of 6.12.2010 do 17.12.2010. the sample included 95 the 8th graders. Data for the study were by means questionnaires and were analyzed using the SPSS 17 in Windows program.

Results: More than half of the 8th graders know about the importance of a healthy diet and get most of their information and knowledge from parents, acquaintances and friends. Half of the 8th graders are convinced that they wisely use the acquired knowledge and information. Unfortunately, in the research it was established that this was not actually true, because many of them skip breakfast, most of them have a snack as their first meal and some do not eat anything before lunch.

Key words: adolescents, eating habits, healthy diet, health education

Uvod

Prehrana mladostnika je v primerjavi s hrano odraslega toliko pomembnejša, ker že kratkotrajno pomanjkanje esencialnih in /ali energijskih hranil upočasni rast in razvoj, povzroča slabo počutje in utrujenost ter zniža odpornost organizma (1). Zdrava prehrana ali zdravo prehranjevanje vključuje varno, energijsko in hranilno uravnoteženo, varovalno in biološko sprejemljivo hrano, ki ohranja in krepi človekovo zdravje (2). Slabe prehranjevalne navade in nezadostna telesna aktivnost vodijo v številna obolenja moderne dobe, ki se pogosto pokažejo šele v odraslem obdobju. S težavami uravnavanja primarne telesne teže in boleznimi gibal se srečujejo tudi že otroci in mladostniki (3). Zato je zelo pomembno izobraževanje in vzgoja za zdravo prehrano ter nudenje ustrezne prehrane že v šolskem obdobju (2,4).

Prehranjevalne navade

Pojem prehranska navada ali prehranjevalni vzorec predstavlja način prehranjevanja posameznika, neke skupine ali družbe kot celote. Prehranjevalne navade vključujejo izbor in količino živil ali hrane, ki jo uživamo, delež posameznih živil v prehrani, način priprave hrane ter pogostost in razporejenost uživanja posameznih obrokov hrane preko dneva (5). Starši imajo močan vpliv na izbiro živil, ki jih uporabljajo v družinski prehrani, in so otrokom za zgled. Vzpostavljanje zdravih prehranjevalnih navad v zgodnjem otroštvu namreč predstavlja ključni dejavnik za kratkoročno zdravje; prehranski vzorci, ki jih privzgojimo v tem obdobju, pa so izredno pomembni za navade v obdobju odraslega in pogosto vplivajo na dolgoročno zdravje posameznika. Po 12. letu starosti je možnost vplivanja na otrokove prehranjevalne navade in na njegovo izbiro živil bistveno manjša kot v zgodnjem starostnem obdobju (6,7,8).

Zdrava in ne zdrava prehrana

Zdrava prehrana ali zdravo prehranjevanje vključuje varno, energijsko in hranilno uravnoteženo, varovalno in biološko sprejemljivo hrano, ki ohranja in krepi človekovo zdravje. Zdrava prehrana omogoča optimalni psihofizični razvoj, dobre intelektualne sposobnosti, vitalnost in zorenje, poveča splošno odpornost in delovno storilnost. Nezdrava prehrana, nezdravo prehranjevanje – sta pojma, ki celostno zajemata več komponent prehranjevanja. Pod tema pojmomoma so mišljeni neustrezna hranilna in energijska vrednost zaužite hrane, uporaba neustreznih ali celo nepravilnih načinov njene priprave in tudi nepravilen ritem uživanja

hrane, kar vse vpliva na zdravje človeka (9). Nezdrava prehrana vključuje: premajhno število dnevni obrokov (<3/dan), opuščanje jutranjega obroka hrane, menjavanje časa uživanja dnevni obrokov hrane, menjavanje obsegov (volumna in/ali Kcal) dnevni obrokov hrane, spremembe v kakovosti dnevni obrokov in pogosti nočni obroki hrane (10).

Smernice za zdravo prehranjevanje

Za varno in zdravo prehranjevanje ter doseganje priporočenih vrednosti hranil in prehranskih ciljev so pomembni: pravilen izbor živil, način priprave obrokov ter sam ritem prehranjevanja. Smernice zdravega prehranjevanja zajemajo: pravilen ritem prehranjevanja: zajtrk, kosilo, večerja in po možnosti dva manjša vmesna obroka (priporočljivo sadje in zelenjava), pravilen način uživanja hrane (počasi: 20–30 minut za glavne obroke, 10 minut za vmesne obroke), primerno porazdelitev dnevnega energijskega vnosa po obrokih: 25 % zajtrk, 15 % dopoldanska malica, 30 % kosilo, 10 % popoldanska malica in 20 % večerja, pravilno sestavo hrane glede na kritje dnevni energijskih potreb v skladu s priporočili za vnos hranil in glede uživanja zdravju koristnejši živil (uživanje hrane z manj skupni maščob, nasičenih in trans maščobnih kislin ter manj sladkorja, veliko prehranskih vlaknin, vitaminov, mineralnih snovi in snovi z antioksidativnim učinkom) ter zdrav način priprave hrane (mešana in toplotna obdelava, ki ohranja količino in kakovost zaščitni snovi in ne uporablja ali čim manj uporablja dodatne maščobe, sladkor in kuhinjsko sol, na primer: kuhanje, dušenje, priprava hrane v konvekcijski pečici) (9).

Načela prehranske politike

Prehranska politika se izraža v načrtovanju in izvajanju ukrepov in aktivnosti države, ob sodelovanju različni javnosti ter organizacij civilne družbe, ki spodbujajo in krepijo kakovostno in zdravo prehranjevanje prebivalcev Republike Slovenije in s tem varujejo in krepijo njihovo zdravje ter kakovost življenja. Temeljni cilji prehranske politike so zagotavljanje varne hrane vzdolž celotne živilske verige, vzpostavljanje, ohranjanje in krepitev zdravih prehranjevalni navad prebivalcev Republike Slovenije ter zagotavljanje zadostne preskrbljenosti prebivalstva s kakovostno in zdravju koristno hrano na trajnostni način (9).

Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja

Zdravstvena vzgoja je del splošne vzgoje in pomemben dejavnik napredka posameznika in skupnosti. Lahko bi rekli, da je zdravstvena vzgojnost tudi odraz splošne izobrazbe in kulture posameznika ter celotnega naroda. Zdravstvena vzgoja spada na področje javnega zdravstva in je metoda dela v preventivni medicini ter zdravstvenih strokah, ki se razvijajo ob medicini, kot so zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija, sanitarno inženirstvo. Je samostojna disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, načela, vsebine, metode, sredstva, kadri, organizacija dela in raziskovalno delo. Promocija zdravja pomeni poenoten načrt za tiste, ki želijo spremeniti način in pogoje življenja zaradi krepitev zdravja. Vsebuje celovito medsebojno vplivanje, sodelovanje posameznikov in okolja, usmeritev, ki združuje osebno izbiro in družbeno odgovornost v naporih za izgradnjo bolj zdrave prihodnosti (11).

Metode dela

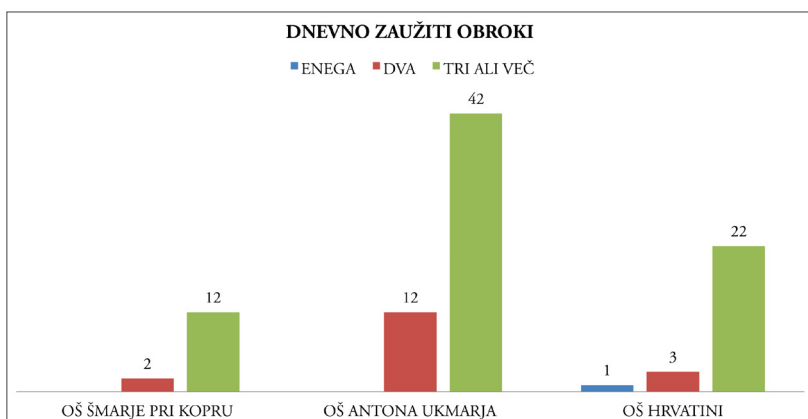
Namen raziskave je bil proučiti, kakšno je znanje osmošolcev o pomenu zdrave prehrane, in ugotoviti, od kod pridobivajo informacije ter ali te informacije in znanje upoštevajo.

Vzorci in metode

Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Obdelava podatkov je bila izvedena s programom SPSS 17 za okolje Windows. Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Raziskava je potekala od 6. do 17. decembra 2010 na OŠ Šmarje pri Kopru, OŠ Antona Ukmarja in OŠ Hrvatini. Anketne vprašalnike odprtega in zaprtega tipa smo razdelili med 95 osmošolcev. Anketirani so bili vsi osmošolci, ki so bili prisotni na dan anketiranja. Razdeljenih je bilo 95 vprašalnikov in prav toliko je bilo vrnjenih in izpolnjenih, od tega je bilo 47 dečkov in 48 deklic.

Rezultati

Osmošolce OŠ Šmarje pri Kopru, OŠ Antona Ukmarja in OŠ Hrvatini smo spraševali, koliko obrokov hrane zaužijejo dnevno. Slika 1 prikazuje rezultate ter primerjavo odgovorov osmošolcev vseh treh osnovnih šol.



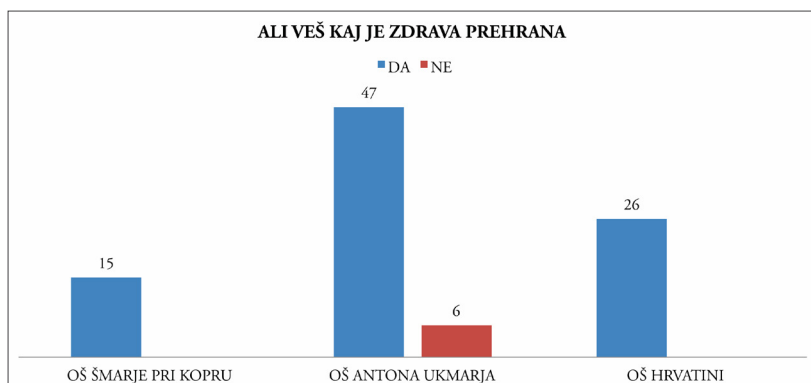
Slika 1: Dnevno zaužiti obroki (n).

Na Osnovni šoli Šmarje pri Kopru je 12 (85,7 %) osmošolcev odgovorilo, da zaužijejo tri ali več obrokov hrane na dan in 2 (14,3 %) osmošolca sta odgovorila, da zaužijeta dva obroka na dan, ter osmošolcev, ki zaužijejo en obrok na dan nimajo. Na Osnovni šoli Antona Ukmarja je 42 (77,8 %) osmošolcev odgovorilo, da zaužije tri ali več obrokov na dan in 12 (22,2 %) osmošolcev zaužije dva obroka na dan; osmošolcev, ki zaužijejo en obrok dnevno nimajo. Na Osnovni šoli Hrvatini je 22 (84,6 %) osmošolcev odgovorilo, da zaužijejo tri ali več obrokov hrane na dan, 3 (11,1 %) osmošolci so odgovorili, da zaužijejo dva obroka hrane in 1 (3,8 %) osmošolec zaužije en obrok hrane dnevno.

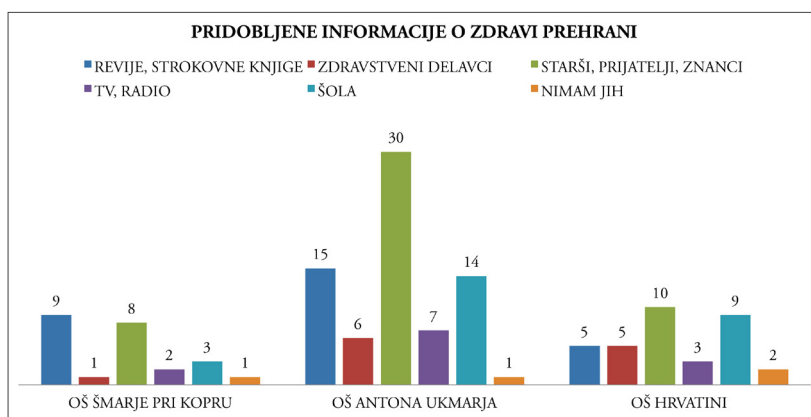
V nadaljevanju anketnega vprašalnika smo osmošolce spraševali, ali vedo kaj je zdrava prehrana. Slika 2 prikazuje odgovore rezultatov treh osnovnih šol Mestne občine Koper.

Na Osnovni šoli Šmarje pri Kopru in na Osnovni šoli Hrvatini so vsi (100 %) odgovorili, da vedo, kaj je zdrava prehrana. Na Osnovni šoli Antona Ukmarja je 47 (88,7 %) osmošolcev odgovorilo, da vedo, kaj je zdrava prehrana, 6 (11,3 %) osmošolcev pa ne ve, kaj je zdrava prehrana.

Pri naslednjem vprašanju smo osmošolce spraševali, od kod pridobijo največ informacij o zdravi prehrani. Slika 3 prikazuje rezultate odgovorov.



Slika 2: Ali veš, kaj je zdrava prehrana (n).



Slika 3: Od kod pridobiš največ informacij o zdravi prehrani (n).

Na Osnovni šoli Šmarje pri Kopru 9 (60 %) osmošolcev pridobi informacije o zdravi prehrani preko revij in strokovnih knjig, 1 (6,7 %) osmošolec pridobi informacije o zdravi prehrani od zdravstvenih delavcev, 8 (53,3 %) osmošolcev od staršev, znancev in prijateljev, 2 (13,3 %) osmošolca preko televizije in radia, 3 (20 %) osmošolci v šoli in 1 (6,7 %) osmošolec informacij o zdravi prehrani ne pridobiva nikjer. Na osnovni šoli Antona Ukmarja 15 (27,8 %) osmošolcev pridobiva informacije iz revij in strokovnih knjig, 6 (11,1 %) osmošolcev pridobiva informacije od zdravstvenih delavcev, 30 (55,6 %) osmošolcev od staršev, znancev in prijateljev, 7 (12,9 %) jih pridobiva preko televizije in radia, 14 (25,9 %) osmošolcev v šoli in 1 (1,8 %) osmošolec ne pridobiva informacij o zdravi prehrani. Na Osnovni šoli Hrvatini 10 (38,5 %) osnovnošolcev najpogosteje pridobiva informacije o zdravi prehrani od staršev, prijateljev in znancev, 5 (19,2 %) osmošolcev pridobiva informacije preko televizije in radia, 5 (19,2 %) osmošolcev od zdravstvenih delavcev, 9 (34,6 %) v šoli, 3 (11,5 %) osmošolci preko televizije in radia ter 2 (7,6 %) osmošolca informacij o zdravi prehrani ne pridobivata od nikoder.

Z naslednjimi vprašanji smo želeli ugotoviti, kakšno je znanje osmošolcev o zdravi prehrani. Vprašanja so bila odprtega tipa, kjer so osmošolci pisno odgovarjali na zastavljena vprašanja. Odgovore smo ocenili za pozitivne, če je bilo na vprašanje odgovorjeno toč-

no, v nasprotnem primeru pa smo jih ocenili kot negativne. Preglednica 1 prikazuje rezultate odgovorov treh osnovnih šol.

Tabela 1: Odgovori na naslednja vprašanja.

Vprašanje	OŠ ŠMARJE PRI KOPRU		OŠ ANTONA UKMARJA		OŠ HRVATINI	
	POZITIVNO	NEGATIVNO	POZITIVNO	NEGATIVNO	POZITIVNO	NEGATIVNO
Koliko obrokov na dan moramo jesti?	13	2	21	33	20	6
Ali veš, koliko sadja na dan je priporočljivo jesti? Navedi koliko.	0	15	3	50	1	24
Koliko tekočine na dan bi moral mladostnik popiti?	10	5	36	17	18	7
Ali hamburger, pica in ponfri spadajo v zdravo prehrano?	14	1	49	4	24	2
V katere obroke na dan vključujemo kuhano in surovo zelenjavo?	13	2	42	11	23	2
Kolikokrat tedensko se priporoča zaužiti ribo?	2	13	5	48	5	20
Kaj je to prigrizek?	12	3	47	6	23	3
Do kdaj zvečer lahko jemo?	9	6	32	21	11	15
Ali čokolada spada v zdravo prehrano?	14	1	39	15	19	7
POVPREČJE	10 (66,7 %)	5 (33,3 %)	30 (55,5 %)	23 (42,6 %)	16 (62,3 %)	10 (37,7 %)

Na zastavljena vprašanja je bilo na OŠ Šmarje pri Kopru največ pozitivno ocenjenih odgovorov, kar 66,7 %. Vendar na vprašanje »Ali veš, koliko sadja na dan je priporočljivo jesti?« pozitivno ni odgovoril nihče. Na OŠ Antona Ukmarja en osmošolec ni odgovarjal na vprašanja.

Preglednica 2 prikazuje rezultate pozitivno in negativno ocenjenih odgovorov anketiranih osmošolcev.

Tabela 2: Rezultati odgovorov.

Število pravih odgovorov	Število učencev (n)	Ocena	Število učencev (n)	Število učencev (%)
0	1	Negativna	24	25,5
1	0			
2	2			
3	11			
4	10			

Število pravilnih odgovorov	Število učencev (n)	Ocena	Število učencev (n)	Število učencev (%)
5	24	Pozitivna	70	74,5
6	25			
7	18			
8	3			
9	0			

Na OŠ Šmarje pri Kopru, OŠ Antona Ukmarja in OŠ Hrvatini je 70 (74,5 %) osmošolcev odgovorilo pozitivno na zastavljena vprašanja in 24 (25,5 %) osmošolcev negativno.

Razprava

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšne prehranjevalne navade imajo osmošolci. Število dnevnih obrokov pomembno vpliva na zdravje. S prehranjevalnimi navadami osmošolcev ne moremo biti zadovoljni, saj izpuščajo zajtrk, večina jih za prvi dnevni obrok zaužije malico. Nekaj jih tudi kot prvi obrok zaužije kosilo. Če podatke primerjamo z raziskavo HBSC 2006 (33), ugotovimo, da prav tako tretjina osmošolcev odhaja v šolo brez zajtrka. Rezultati so zaskrbljujoči, kajti pri naslednjem vprašanju, ali meniš, da je redno uživanje zajtrka pomembno za tvoje zdravje, so skoraj vsi osmošolci odgovorili, da je pomembno. V zdravi prehrani se priporoča uživanje od štirih do petih obrokov dnevno. Pri otrocih, ki niso zaužili zajtrka, se lahko delovna storilnost, tako gibalna kakor kognitivna, v primerjavi z njihovimi vrstniki, ki so zajtrkovali, zmanjša za do 20 % (17). Ugotovili smo, da dve tretjini osmošolcev vseh treh osnovnih šol uživata sadje vsak dan, zelenjavo pa jih uživa le slaba polovica osmošolcev. Če rezultate primerjamo z raziskavo HBSC 2006 (33), lahko ugotovimo, da temu merilu zdravega prehranjevanja ustreza le 28,3 % anketiranih. Ugotavljali smo ali vedo, kaj je zdrava prehrana. Kar 96,2 % osmošolcev je informiranih, kaj je zdrava prehrana. Z raziskavo smo ugotovili, da je 24 (25,5 %) osmošolcev na zastavljena vprašanja o zdravi prehrani odgovorilo negativno. Več kot polovica osmošolcev pridobiva znanje o zdravi prehrani od staršev, znancev in prijateljev in kar polovica osmošolcev pridobljeno znanje in informacije upošteva. Rezultati na kažejo, kakšen je lahko pomen promocije zdravja in zdravstveno vzgojnega izobraževanja otrok in mladostnikov in kot zdravstveni tim se moramo spraševati, koliko informacij posredujemo otrokom in mladostnikom o pomenu zdrave prehrane v praksi.

Zaključek

Zdrav vzorec prehranjevanja in zdrava prehrana sta ključnega pomena pri mladostnikovem psihičnem in fizičnem razvoju. Zdrava prehrana za otroke in mladostnike je zelo pomembna, saj je v teh letih potreba po energiji, beljakovinah, vitaminih in mineralih še posebej velika. Napačne navade, ki jih pridobijo v otroški dobi, kasneje težko odpravijo. Zato že v zgodnjem otroštvu navajamo otroke in mladostnike na zdrav način prehranjevanja in pravilen izbor živil, ki sestavljajo obroke. Da bi izboljšali prehranjevalne navade otrok in mladostnikov, je treba spodbujati njihovo znanje o zdravi prehrani. Glede na to, da največ informacij o zdravi prehrani in pomenu zdrave prehrane dobivajo od staršev, bi bilo potrebno osveščati tudi njih in ne le otrok in mladostnikov. V promociji zdravega prehranjevanja otrok in

mladostnikov moramo uporabiti enostavna in jasna sporočila in jih prikazati z vidika praktične uporabnosti ter izvajati pogosteje.

Literatura

1. Pokorn D, Arko U. Prehrana adolescenta. *Zdrav Var* 1995; 34 (3/4): 113–116.
2. Hlastan Ribič C, Maučec Zakotnik J, Koroušič Seljak B, Pokorn D. Smernice zdravega prehranjevanja za študente z jedilniki. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2008: 6–16.
3. Brčar P, Gabrijelčič Blenkuš M, Koprivnikar H. Zdrav življenjski slog srednješolcev: priročnik za učitelje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005: 21–24.
4. Padel Mikuš R, Kvas A. Prehrana otrok in mladostnikov. V: Rugelj D, ed. Posvetovanje: Varna in zdrava prehrana na mizi potrošnika: Zbornik predavanj. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, Univerza v Ljubljani, 2007: 99–106.
5. Poklar Vatovec T. Prehranjevalne navade zdravstvenih delavcev na Obali. V: Zbornik 3. strokovnega seminarja Zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja z roko v roki na temo Promocija zdravja. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper, 2010: 55–69.
6. Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Fajgida Turk V. Prehranske navade in prehranski status. V: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 31–49.
7. Balaban M, Zaletel M. Vpliv zdravstvene vzgoje na prehrano osnovnošolca. *Obzor Zdr N* 2000; 34 (3–4): 143–9.
8. Poličnik R, Hlastan Ribič C, Pokorn D. Prehranjevalne navade predšolskih otrok v Ljubljani in okolici. *Obzor Zdr N* 2009; 43 (2): 89–94.
9. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (ReNPPPP). Ur. l. RS. 39 (2005): 3681–720.
10. Pokorn D. Oris zdrave prehrane: priporočena prehrana. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001: 44–45.
11. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, 2005: 5–45.
12. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajanc D. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007: 183–201.
13. Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Adamič M, Čampa A. Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah: od prvega leta starosti naprej. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2005: 53–79.

Avtorji in avtorice prispevkov

Katarina Babnik	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Polje 42, 6310 Izola	katarina.babnik@fvz.upr.si
Barbara Babuder	Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	bbabuder@onko-i.si
Ester Benko	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola	ester.benko@fvz.upr.si,
Albina Bobnar	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	albina.bobnar@zf.uni-lj.si
Urška Bogataj	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	urska.bogataj@fvz.upr.si
Romana Čuk	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	cuk.romana@gmail.com

Vesna Čuk	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	vesna.cuk@fvz.upr.si
Tamara Ditrich	University of Sydney, Nan Tien Institute, 180 Berkeley Road, Berkeley NSW 2506, Australia	t.ditrich@gmail.com
Aleksandra Ferfolja	Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot Sv. Antona 49, 5280 Idrija	aleksandra.ferfolja@pb-idrija.si
Maruška Ferjančič	Register raka Republike Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	mferjancic@onko-i.si
Sabina Fijan	Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor	sabina.fijan@um.si
Mojca Florjančič	Epidemiologija in register raka, Državni program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	mflorjancic@onko-i.si
Nataša Hvala	Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot Sv. Antona 49, 5280 Idrija	natasa.hvala@pb-idrija.si
Dejan Hozjan	Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, Cankarjeva ulica 5, 6000 Koper	dejan.hozjan@pef.upr.si
Katja Hrustel	Zasebna ginekološka ambulanta Dr. Sonje Levak Hozjan, Vodnikova 1, 3320 Velenje	katja.hrustel@gmail.com
Urška Ivanuš	Program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	uivanus@onko-i.si
Blaž Jelenc	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	blazh.jelenc@gmail.com
Anita Jug Došler	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babišvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	anita.jug@zf.uni-lj.si

Igor Karnjuš	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	igor.karnjus@fvz.upr.si
Nina Kastelic	Ambulanta za onkološko genetsko svetovanje, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	
Boris Miha Kaučič	Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje; Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, Glavni trg 1, 2380 Slovenj Gradec	kaucic@amis.net
Andrej Kirbiš	Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, Oddelek za sociologijo, Koroška cesta 160, 2000 Maribor	andrej.kirbis@um.si
Karmen Kobe	Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	
Diana Koren	Zdravstveni dom Izola, Ulica oktobrske revolucije 11, 6310 Izola	dianakoren.kp@gmail.com
Mateja Krajc	Ambulanta za onkološko genetsko svetovanje, Program in register DORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	mkrajc@onko-i.si
Polona Krajnc	Alumni klub, Visoka šola za zdravstvene vede, Glavni trg 1, 2380 Slovenj Gradec	krajnc.polona@gmail.com
Andrej Krašovec	Register raka Republike Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	akrasovec@onko-i.si
Milan Krek	Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Vojkovo nabrežje 4a, 6000 Koper	milan.krek@zzv-kp.si

Gordana Kremenović	Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva ulica 3, 6000 Koper	gordana.kremenovic@gmail.com
Nataša Kumer	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	natasa.kumer@zf.uni-lj.si
Mojca Kuster	Epidemiologija in register raka, Državni program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	mkuster@onko-i.si
Andreja Kvas	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	andreja.kvas@zf.uni-lj.si
Sabina Ličen	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	sabina.licen@fvz.upr.si
Tamara Lubi	Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor	who.kcmb@zd-mb.s
Ruža Pandel Mikuš	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	ruza.pandel@zf.uni-lj.si
Ana Polona Mivšek	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	polona.mivsek@zf.uni-lj.si
Melita Persolja Černe	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola	melita.persolja@fvz.upr.si

Petra Petročnik	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	petra.petrocnik@gmail.com
Nadja Plazar	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	nadja.plazar@upr.si
Tamara Poklar Vatovec	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	tamara.poklar.vatovec@fvz. upr.si
Maja Primic Žakelj	Program in register ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	mzakelj@onko-i.si
Mirko Prosen	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola	mirko.prosen@fvz.upr.si
Firdeusa Firi Purić	Program in register DORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	firi@onko-i.si
Gordana Ratoša	Splošna bolnišnica Izola, Polje 40, 6310 Izola	Gordana.Ratosa@sb-Izola.si
David Ravnik	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	david.ravnik@fvz.upr.si
Doroteja Rebec	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	doroteja.rebec@fvz.upr.si
Aleksandra Schuller	Univerza na Primorskem, Fakulteta za humanistične študije, Titov trg 5, 6000 Koper; samostojna pedagoginja v kul- turi, Topniška 43, 1000 Ljubljana	aleksandra.schuller@guest. arnes.si
Helena Skočir	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola	helena.skocir@fvz.upr.si

Metka Skubic	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	metka.skubic@zf.uni-lj.si
Robert Sotler	Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva cesta 15, 8250 Brežice	robert.sotler@sb-brezice.si
Tita Stanek Zidarič	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	tita.zidaric@zf.uni-lj.si
Majda Šavle	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	majda.savle@fvz.upr.si
Klavdija Širaj Mažgon	Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot Sv. Antona 49, 5280 Idrija	klavdija.s.mazgon@pb-idrija.si
Teja Škodič Zakšek	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	teja.zaksek@zf.uni-lj.si
Franciška Škrlec	Register raka Republike Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	fskrlec@onko-i.si
Polona Škulj	Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	pskulj@onko-i.si
Sonja Šostar Turk	Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor	sonja.sostar@um.si
Tamara Štemberger Kolnik	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	tamara.kolnik@fvz.upr.si
Klelija Štrancar	Vrtnarija 2d, 1360 Vrhnika	klelija.strancar@siol.net
Nataša Šturm	Register raka Republike Slovenije, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	nsturm@onko-i.si

Cveto Šval	Program in register DORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	firi@onko-i.si
Marina Tavčar Krajnc	Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, Oddelek za sociologijo, Koroška cesta 160, 2000 Maribor	marina.tavcar@um.si
Monika Tratnik	Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	monika.tratnik@gmail.com
Kim Trobec	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola	
Katalin Tubić	Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot Sv. Antona 49, 5280 Idrija	
Nataša Vidnar	Oddelek za promocijo zdravja, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor; Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, Glavni trg 1, 2380 Slovenj Gradec	
Alenka Vrečar avrecar@onko-i.si	Ambulanta za onkološko genet- sko svetovanje, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	avrecar@onko-i.si
Vesna Zadnik	Epidemiologija in register raka, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	vzadnik@onko-i.si
Slavko Založnik	Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor	slavko.zaloznik@gmail.com
Anamarija Zore	Univerza v Ljubljani, Zdravst- vena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana	anamarija.zore@zf.uni-lj.si

Boštjan Žvanut

Univerza na Primorskem,
Fakulteta za vede o zdravju,
Polje 42, 6310 Izola

bostjan.zvanut@fvz.upr.si

Donatorji in sponzorji

Programski in organizacijski odbor konference se zahvaljujeta:

častni pokroviteljici dogodka

Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov



donatorju

Ω Omega d.o.o.

Dolinškova 8, 1000 Ljubljana
tel. 01 4273213, 4283650, fax 01 4273191
el. pošta: omega@omega.si

in sponzorjem

nielsen

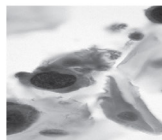


Odkrijte dejstva. Prepoznajte nevarnost. Zanj.

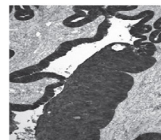
cobas®
HPV Test



CINtec®
PLUS
Cytology



CINtec®
Histology



Presejanje Spremljanje Obravnava Diagnostika



Celovita rešitev v diagnostiki raka na materničnem vratu

Dx: 090114

Roche farmacevtska družba d.o.o., Divizija za diagnostiko, Vodovodna cesta 109, 1000 Ljubljana, T : 01/56 80 260, F : 01/56 80 273, www.roche.si



Založba Univerze na Primorskem
www.hippocampus.si
ISBN 978-961-6832-59-5

