



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije



ZDRAVSTVENA VZGOJA V VSEH ŽIVLJENJSKIH OBDOBJIH

Zbornik prispevkov z recenzijo
4. strokovno srečanje

Moravske Toplice, 15. 6. in 16. 6. 2018



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije



ZDRAVSTVENA VZGOJA V VSEH ŽIVLJENJSKIH OBDOBJIH

**Zbornik prispevkov z recenzijo
4. strokovno srečanje**

Moravske Toplice, 15. 6. in 16. 6. 2018

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA
STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV SLOVENIJE

Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji

Zbornik prispevkov z recenzijo

ZDRAVSTVENA VZGOJA V VSEH ŽIVLJENJSKIH OBDOBJIH

Moravske Toplice, 15. in 16. junij 2018

4. strokovno srečanje

Urednice: *Majda Šmit, doc. dr. Andreja Kvas, asist. Sanja Vrbovšek*

Recenzija prispevkov: *doc. dr. Andreja Kvas*

Jezikovni pregled: *asist. Sanja Vrbovšek*

Izdal in založil: *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza
strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji*

Programsko-organizacijski odbor: *Tadeja Bizjak, pred. Sandra Gaber Flegar,
doc. dr. Andreja Kvas, Mirna Nemanič, Ksenija Noč, Renata Škrget, Majda Šmit,
Boštjan Viher, asist. Sanja Vrbovšek*

Oblikovanje in priprava za tisk: *ABO grafika, Ob železnici 16, Ljubljana*

Naklada: *100 izvodov*

Izdano v Ljubljani, junij 2018

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

613:37(082)

ZDRAVSTVENA vzgoja v vseh življenjskih obdobjih : zbornik prispevkov z recenzijo
: 4. strokovno srečanje, Moravske Toplice, 15. 6. in 16. 6. 2018 / [urednice Majda Šmit,
Andreja Kvas, Sanja Vrbovšek]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege
Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije, Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji, 2018

ISBN 978-961-273-190-8

1. Šmit, Majda
295345152

KAZALO

SKRB ZA ZDRAVO USTNO VOTLINO – ZDRAVA PREBAVA SE ZAČNE V USTIH: POMEN ZOBOZDRAVSTVENE PREVENTIVE V ŠOLI ZA STARŠE, PRI ZDRAVEM HUJŠANJU IN VKLJUČEVANJE RANLJIVIH SKUPIN	7
---	----------

Boris Egić, Andreja Kos, Maja Koudila

PODPORA STARŠEM PRI UVAJANJU MEŠANE PREHRANE PO SMERNICAH ZDRAVEGA PREHRANJEVANJA ZA DOJENČKE	19
--	-----------

Nataša Kocjan, Cvetka Lorgar Rekić

IZVAJANJE NADGRAJENE DELAVNICE ZDRAVEGA HUJŠANJA V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH IN CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA	27
--	-----------

Rok Poličnik, Nika Berlic, Maja Petrič, Andrea Backović Juričan, Tjaša Knific, Nataša Sedlar Kobe, Lucija Furman, Marjeta Keršič Svetel, Sanja Vrbovšek, Jana Govc Eržen

ZDRAVSTVENOVZGOJNO DELO V LOKALNI SKUPNOSTI S PRIMERI DOBRE PRAKSE	41
---	-----------

Slavica Mencingar

PREHRANSKO SVETOVANJE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE	51
---	-----------

Metka Žitnik

ŠOLSKI PREVENTIVNI PROGRAM TO SEM JAZ: RAZVOJ SOCIALNO-EMOCIONALNIH KOMPETENC IN IZZIVI PREVENTIVNEGA DELOVANJA V ŠOLSLEM KONTEKSTU	61
--	-----------

Nataša Sedlar Kobe, Ksenija Lekić, Nuša Konec Juričić, Alenka Tacol, Petra Tratnjek, Domen Kralj

SPREJETOST PSIHOEDUKATIVNIH DELAVNIC V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUTOMER	75
--	-----------

Danijela Kutnjak

SLOVENSKA MOKRA KULTURA IN POGLOBLJENO KRATKO SVETOVANJE V OKVIRU PROJEKTA SKUPAJ ZA ODGOVOREN ODNOS DO PITJA ALKOHOLA: INTERDISCIPLINARNA CELOSTNA OBRAVNAVA TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA	81
<i>Jasmina Črnko Papić, Tadeja Hočevar, Karmen Henigsman</i>	
SVETOVANJE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE GLEDE DEJAVNIKOV TVEGANJA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA	91
<i>Boštjan Viher</i>	
VLOGA ZDRAVSTVENIH STROKOVNJAKOV PRI ZDRAVLJENJU ZASVOJENOSTI S TOBAKOM	105
<i>Mihaela Lovše, Maja Lovše, Katarina Marija Rozman</i>	
VKLJUČEVANJE KINEZILOGA V DELOVANJE ZDRAVSTVENOVZGOJNEGA CENTRA V ZDRAVSTVENEM DOMU ČRNOMELJ: PRIMER DOBRE PRAKSE	117
<i>Dejan Spudić, Tatjana Gregorič</i>	
SKRIB ZA ZDRAVJE V ROMSKI SKUPNOSTI – ORGANIZIRANA TELESNA VADBA V ROMSKEM NASELJU PUŠČA	129
<i>Sandra Gaber Flegar, Mitja Dišič</i>	
ZMANJŠEVANJE STRAHU OTROK PRED ZDRAVSTVENIMI PREGLEDI	139
<i>Ria Jagodic, Mateja Učakar</i>	
POKONČNA DRŽA PRI OTROCIH	155
<i>Majda Šmit, Alenka Slapšak</i>	

ZBORNIKU NA POT

Spoštovane kolegice in kolegi,

pred vami je prvi Zbornik prispevkov z recenzijo, ki smo ga pripravili v Sekciji medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji. Prispevke ste pripravili številni strokovnjaki, ki delate na področju javnega zdravja, vzgoje za zdravje in zdravstvene vzgoje v različnih okoljih, na različnih področjih in z različnimi populacijskimi skupinami, od otrok, mladostnikov in odraslih do starejših. Medicinske sestre svoje javnozdravstveno in zdravstvenovzgojno poslanstvo udejanjamo v zdravstvenih institucijah, vrtcih, šolah, delovnih organizacijah, lokalnih skupnostih, nevladnih organizacijah, pa tudi v domačem okolju posameznikov in družin, ki jih obravnavamo. Vse to široko in pomembno polje delovanja se odraža tudi v vsebinah prispevkov tega zbornika, ki smo ga zato naslovile z »Zdravstvena vzgoja v vseh življenjskih obdobjih«.

Ime našega prvega zbornika se prav tako povezuje z logotipom sekcije, ki ga je zasnoval Tomaž Kvas. Napis Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji obkroža podobe petih oseb v različnih življenjskih obdobjih, na podlagi petih poti v barvah mavrice. Logotip simbolizira ciljne populacije v različnih življenjskih obdobjih, ki jih obravnavamo medicinske sestre, delujoče na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje, ter zdrav in aktiven življenjski slog, h kateremu jih spodbujamo. Poti v barvah mavrice pa predstavljajo raznolikost življenjskih slogov posameznikov, raznolikost zdravstvenovzgojnih pristopov, ki jih medicinske sestre uporabljamo pri svojem delu s ciljem opolnomočenja posameznikov, družin in skupnosti.

Pestrost delovanja medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji nas povezuje in združuje. Zato je pomembno, da svoja interdisciplinarna znanja in veščine ter izkušnje delimo tako na strokovnih srečanjih kot s pisnimi prispevki ter tako prispevamo k vse kakovostnejšemu izpolnjevanju našega poslanstva.

Majda Šmit, predsednica Sekcije, in
Sanja Vrbovšek, podpredsednica Sekcije

SKRB ZA ZDRAVO USTNO VOTLINO – ZDRAVA PREBAVA SE ZAČNE V USTIH: POMEN ZOBOZDRAVSTVENE PREVENTIVE V ŠOLI ZA STARŠE, PRI ZDRAVEM HUJŠANJU IN VKLJUČEVANJE RANLJIVIH SKUPIN

*Boris Egić, dr. dent. med., spec. otroškega in preventivnega zobozdravstva, Andreja Kos, dipl. m. s., Maja Koudila, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Murska Sobota*

IZVLEČEK

Ni zdrave prehrane brez zdravih ust. Usta so vrata v prebavni sistem, v katerem se nahajajo jezik, žleze slinavke in zobovje. Vsi naštetni elementi enakopravno sodelujejo v procesu prebave in ta proces deluje optimalno samo v primeru, če so ohranjeni vsi sestavni deli. V primeru različnih bolezni ali terapij se lahko zgodi, da se prizadene katerikoli del tega sistema in so sami procesi sprejema hrane, žvečenja, začetne prebave, izgovorjave in estetike prizadeti. Skrb za zdravo ustno votlino je področje dela zobozdravnika ter zobozdravstvene preventive in vzgoje. Skrb za zdrava usta se začne v nosečnosti in traja do konca življenja. Zaradi tako dolgega obdobja skrbi za ustno votlino je ključni pomen interdisciplinarno sodelovanje. Zobozdravstvo aktivnosti izvaja v sodelovanju z dispanzerjem za žene, pediatri, patronažno službo, vrtci, osnovnimi in srednjimi šolami, zdravstvenovzgojnim centrom, lokalnimi skupnostmi, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje, lokalnimi mediji (radiom in televizijo) itd. s ciljem, da zajame čim večjo populacijo. Preventivne dejavnosti v zobozdravstvu potekajo skupinsko ali individualno. Specialistična zobna ambulanta ter Zobozdravstvena preventiva in vzgoja Zdravstvenega doma Murska Sobota sta primer uspešnega medresorskega sodelovanja s ciljem preventive nastanka ustnih in zobnih bolezni, ozaveščanja otrok in odraslih o dejavnikih tveganja za nastanek kariesa in parodontopatije ter aktivnega poučevanja.

Ključne besede: medresorsko sodelovanje, zobozdravstvena vzgoja, diplomirana medicinska sestra, pedontolog

UVOD

Prebavna cev je sistem, ki sprejema in prebavlja hrano, iz nje dobi energijo in hranila ter izloča neuporabne ostanke. Začne se z ustno votlino in konča z danko. Dodane so ji prebavne žleze (ustne slinavke, trebušna slinavka in jetra). Prva stopnica v procesu prebave je ustna votlina, začetni razširjeni del prebavil, kjer poteka sprejem, žvečenje in priprava hrane za nadaljnjo prebavo. Usta so vstopna vrata za hrano, kjer se hrana žveči, pod delovanjem encima se začne proces prebave. Hrana se drobi in reže s pomočjo zob, s pomočjo jezika se meša s slino, jezik pa pomaga pri premikanju hrane proti žrelu (Balentine, 2016). Razen prebave oziroma prehranjevanja ustna votlina služi še za artikulacijo, tam je tudi čutilo okusa. Ustni votlini so dodane žleze slinavke.

V ustni votlini se nahaja jezik, ki je mišični organ in sodeluje v žvečenju, pripravi grizljaja (Balentine, 2016), požiranju, fonaciji in sesanju. Na njegovi površini se nahajajo brbončice s funkcijami zaznavanja okusa: sladko, kislo, slano in grenko (Rodrigues, et al., 1999), dotika, bolečine in temperature.

Ustni votlini so dodane žleze slinavke, ki izločajo slino. Obstajajo 3 pari velikih in veliko število drobnih žlez slinavk v ustni sluznici in sluznici jezika. Slina ima nalogo v obrambi, prehranjevanju in izločanju. Obrambna funkcija sline se izkaže kot baktericidna (poteka s pomočjo mehanične eliminacije mikrobov, s pomočjo mucina, ki precipitira ali fiksira mikroorganizme, s pomočjo amonijum nitrata, ki deluje inhibitorno na razvoj mikroorganizmov in s pomočjo imunoglobulina-A, ki preprečuje prodiranje epitela). Poleg obrambne funkcije ima slina pomembno nalogo v prehranjevanju (vlaži hrano, olajša premikanje, oblikuje bolus hrane, olajša požiranje in začne proces razgradnje ogljikovih hidratov s pomočjo amilaze) (Heyden, 2016). Preko sline se izločajo težke kovine (živo srebro) in nekatera zdravila (jodidi, fenitoin, teofilin) (Aravindha Babu, et al., 2014), nekateri antidepresivi, antihipertenzivi, antihistaminiki (Jaume, et al., 2015).

V ustni votlini se nahajajo še zobje, ki imajo vlogo pri mehanični pripravi hrane (hrano režejo, oprijemajo, trgajo, zdrobijo, žvečijo in meljejo), izgovorjavi glasov in estetiki.

Skrb za zdravo ustno votlino traja celo življenje. Pravi čas za začetek skrbi za zdravo ustno votlino je nosečnost. V primeru, da ni ohranjeno zdravje ust,

pride do težav s prehranjevanjem in prebavo, zaradi tega je zobozdravstvena preventiva neizogiben člen verige v šoli za starše. S ciljem ohranitve zdravja ustne votline mora biti zobozdravstvena preventiva dostopna, še posebej ranljivim skupinam, ki potrebujejo večjo pozornost pri skrbi za zdravje.

Namen prispevka je prikazati pomen vključitve zobozdravstvene preventive v šolo za starše, pri zdravem hujšanju, vključevanju ranljivih skupin in ostale oblike preventivnih akcij. Cilj je prikazati primer dobre prakse tima specialistične zobne ambulante in zobozdravstvene vzgoje in preventive (pod vodstvom specialista otroškega in preventivnega zobozdravstva) oziroma prikazati, kako je dobro medresorsko sodelovanje ključ do uspeha.

PATOLOŠKA STANJA USTNE VOTLINE

Funkcije žvečenja, priprave hrane za nadaljnjo prebavo, govora, okušanja, zaznavanja dotika, bolečine in temperature delujejo optimalno edino v primeru, če so prisotni in zdravi vsi sestavni deli ustne votline. Različna bolezenska stanja ali terapije lahko prizadenejo enega ali več delov in funkcije ustne votline ne delujejo optimalno.

Različne prirojene bolezni jezika, kot so lingua bifida (dvojni jezik), aglossia (totalno ali delno pomanjkanje jezika) ali ankyloglossia (priraščen jezik) (Sumairi, 2015) so vzrok, da jezik ne opravlja svojih nalog v žvečenju, požiranju, sesanju ali fonaciji. Posledica bolezni žlez slinavk, kot so Mikuliczeva bolezen (Dinesh, et al., 2017) in Sjorgenov sindrom (Xavier, et al., 2018) je moteno ustvarjanje ali/in pretok sline. Nekateri antidepressivi, antihipertenzivi, antihistaminiki (Jaume, et al., 2015), antiepileptiki in diuretiki (Šekoranja, 2010) prav tako zmanjšajo izločanje sline. V primeru zmanjšane ustvarjanja ali izločanja sline njene naloge v obrambi, prehrani in izločanju niso zadovoljive.

Najpogostejši bolezni v ustni votlini sta parodontopatija in karies. V primeru nezdravljenja le-teh pride do izgube zob, kar posledično pomeni moten proces predelave hrane in nadaljnje prebave.

ORGANIZACIJA PREVENTIVNIH AKTIVNOSTI SPECIALISTIČNE ZOBNE AMBULANTE

S skrbjo za zdravo ustno votlino začnemo že v nosečnosti in traja do konca življenja. V skrbi za zdravo ustno votlino poleg kurative (zdravljenja)

organiziramo zobozdravstveno preventivo, ki je namenjena širokemu krogu prebivalstva. Preventiva je poseg z namenom, da preprečimo bolezni ali kak drug negativen zdravstveni pojav (Zaletel-Kragelj, et al., 2008) ter pravočasno in pravilno seznanimo prebivalstvo o škodljivostih, ki ogrožajo zdravje. Zaradi tako dolgega časovnega obdobja je zelo pomembno in potrebno sodelovanje izvajalcev zobozdravstvene preventive z različnimi strokami/panogami.

ŠOLA ZA STARŠE

Prvo pomembno interdisciplinarno sodelovanje je z dispanzerjem za žene. V Zdravstvenem domu (ZD) Murska Sobota se v okvirju šole za nosečnice/ šole za bodoče starše, ki jih organizira dispanzer za žene, s strani zobozdravnika izvajajo predavanja v dveh sklopih: na prvem predavanju se nosečnice seznanijo z novo nastalimi dejavniki tveganja za nastanek ustnih in zobnih bolezni ter načini, kako preprečiti nadaljnjo okvaro ustnih in zobnih struktur. Na drugem predavanju se seznanijo z razvojem otroških zob, z dejavniki, ki vplivajo na pravilen in nepravilen razvoj zobnih tkiv, ter načini, kako zagotoviti pravilen rast in razvoj. Poseben poudarek je na procesu skrbi za zdrave otroške zobe, ki se začne že v nosečnosti.

INTERDISCIPLINARNO SODELOVANJE

Naslednji korak v skrbi za zdravje ust so otroci. Karies je najpogostejša bolezen otrok po svetu (Vadiakis, 2008) in zaradi tega se priporoča prvi obisk zobozdravniku v prvem letu starosti (Beil, et al., 2012). S ciljem zajeti čim večje število otrok, sodelujemo s patronažno službo in pediatri. Omenjeni službi seznanjata starše s pomenom prvega obiska otroka pri zobozdravniku in jih napotujeta na posvetovalne preglede.

Z vstopom otroka v vrtec se naše aktivnosti nadaljujejo. V sodelovanju z vzgojitelji organiziramo skupinske obiske otrok v naši ambulanti in predavanja za starše. Diplomirani medicinski sestri redno obiskujeta vrtce in izvajata predavanja in delavnice, prilagojene starosti otrok.

V sodelovanju z mladinskimi zobozdravniki se organizirajo sistematični pregledi osnovnošolcev od 1. do 9. razreda. V sodelovanju s srednjimi šolami organiziramo sistematične preglede dijakov 1. in 3. letnikov. Izvajalki zobozdravstvene vzgoje in preventive hkrati opravita predavanja in praktični prikaz pravičnega ščetkanja zob.

Starši so tisti, ki otroka naučijo, navadijo in seznanijo z redno ustno higieno ter načinom prehranjevanja. Zato izvajalci zobozdravstvene vzgoje in preventive organizirajo predavanja in delavnice za starše otrok, ki hodijo v vrtec in starše osnovnošolskih otrok. Pedontolog v sodelovanju z izvajalkami zobozdravstvene vzgoje in preventive obiskuje območja, ki ju pokrivata ZD Ljutomer in ZD Murska Sobota; prav tako so bili posebej organizirani obiski v osnovnih šolah za otroke s posebnimi potrebami.

Cilj izvajanja sistematičnih pregledov je ugotavljanje zdravstvenega stanja določene populacije (starosti). Na podlagi pridobljenih informacij na sistematičnih pregledih podatke obdelamo in jih posredujemo na Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Pridobljeni rezultati so pomembni za kakovostnejše načrtovanje in odločanje v javnem zobozdravstvu.

Preventivne dejavnosti so namenjene širšemu krogu prebivalstva. Zobozdravstveno preventivni tim ZD Murska Sobota se je priključil izvajanju različnih projektov s ciljem, da zajame čim večje število populacije. Prvo uspešno sodelovanje je bilo v projektu *On the move* (izvajal ga je Center za zdravje in razvoj iz Murska Sobote); eden od ciljev tega projekta je bila zdrava prehrana otrok. Zdrave prehrane ni brez zdravih ust. S tem namenom je bil v projekt vključen naš tim. V okviru projekta smo obiskali nekaj vrtcev v našem okolju. Obiskali smo tudi romsko skupnost kot ranljivo ciljno skupino. Organizirana so bila predavanja in delavnice za starše in otroke.

VKLJUČEVANJE V DELO Z RANLJIVIMI SKUPINAMI

Na našem območju živijo posamezniki in skupine, ki so zaradi določenih življenjskih okoliščin oziroma življenjskega stila še posebej izpostavljeni zdravstvenim tveganjem in jih uvrščamo v ogrožene ali ranljive skupine prebivalstva (Lalič, et al., 2008). Ranljive skupine prebivalstva potrebujejo posebno skrb, saj so pogosteje izpostavljene različnim dejavnikom, ki ogrožajo življenje.

Na našo lastno iniciativo in željo, da naše aktivnosti približamo ranljivim skupinam na našem območju, smo v dogovoru z Romsko zvezo izvajali dodatne aktivnosti (tudi v času šolskih počitnic) v romskih naseljih. Drugo sodelovanje v romski skupnosti je bila pridružitvev projektu *Zdravje dostopnost za vse*. V okviru tega projekta smo izvajali zobozdravstveno vzgojo za

romsko prebivalstvo (na različnih lokacijah po Sloveniji), o načinih pravilne prehrane in o pomenu izvajanja redne in pravilne ustne higijene. Romsko prebivalstvo smo prav tako seznanjali o njihovih pravicah v zobozdravstvu, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Otroci s posebnimi potrebami so prav tako ranljiva skupina, ki potrebuje večjo skrb. S ciljem večjega ozaveščanja staršev otrok in zaposlenih na šoli za otroke s posebnimi potrebami smo večkrat organizirali predavanja za starše in zaposlene. Diplomirane medicinske sestre, izvajalke zobozdravstvene vzgoje, obiskujejo učence večkrat letno in izvajajo svoje aktivnosti. Poleg timskega dela zobozdravnika specialista in izvajalk zobozdravstvene vzgoje smo organizirali še dodatne obiske otrok v prostorih zdravstvenega doma, pri čemer smo izvajali predavanja, prilagojena otrokom, in še dodatno individualno vzgojo za vsakega učenca posebej. Na koncu smo opravili sistematične preglede in obvestili starše o ustnem zdravju otrok z namenom dodelitve terminov za nadaljnjo sanacijo.

Posebnost našega območja je multikulturalnost. Na območju živita že omejenjena romska skupnost in madžarska skupnost. Zdravje je dostopno za vse in s ciljem, da se približamo skupnostim, smo izdali zloženko v treh jezikih (slovenščina, romščina in madžarščina).

ZOBOZDRAVSTVENA PREVENTIVA PRI ZDRAVEM HUIŠANJU

Skrb za zdravje/zdrava usta se nadaljuje v starejših letih. Pri starejših je pogosto prisotna večja izguba zob (zaradi kariesa ali parodontopatije), xerostomija (zaradi sistemskih bolezni, zdravil ali obsevanja v predelu vratu in glave) (Jaume, et al., 2015), zaradi česar so moteni prehrana, žvečenje in okus. Starostniki ne morejo žvečiti hrane, spreminja se način prehrane in posledično lahko pride do motenj v prehranjevanju. V nekaterih raziskavah je bilo ugotovljeno, da je debelost drugi največji dejavnik tveganja vnetja/destrukcije parodontalnega tkiva (Nishida, et al., 2005) ali potencialni dejavnik tveganja za nastanek parodontalne bolezni, posebej pri mlajših odraslih (Mohammad, et al., 2003) ter povezave med debelostjo in izgubo zob (Forslund, et al., 2002; Ostberg, et al., 2009). Nekatere raziskave so pokazale, da je lahko hiposalivacija (manjše izločanje sline) v povezavi z debelostjo pri mlajših odraslih osebah (Mohammad, et al., 2003, Flink, et al., 2008). Zaradi vsega zgoraj omenjenega je samoumevno, da je splošno in ustno zdravje potrebno izvajati naenkrat (Jagannathachary & Kamaraj,

2010). Vodja zdravstvenovzgojnega centra (ZVC) ZD Murska Sobota je prepoznala problematiko in je aktivirala zobozdravstveno preventivo pri izvajanju zdravstvenovzgojne delavnice zdravega hujšanja. Kot je že v naslovu povedano – »zdrava prebava se začne v ustih«, je zelo pomembno aktivirati zobozdravstveno preventivo in vzgojo tudi v akcijah, ki so namenjene starejši populaciji. Naloga izvajalcev zobozdravstvene vzgoje in preventive (ZZVP) v tej skupini prebivalcev je pomembna, saj svetujejo o pomenu ustne higiene, prehranjevanju in o pomembnosti nadomestitve izgubljenih zob s ciljem, da starejši prebivalci živijo bolj kakovostno. Interdisciplinarni tim naj bi delal skupaj, da bi se zagotovilo dobro ustno zdravje in s tem ustrezna prehrana starostnikov (Pla GW, 1994).

ZOBOZDRAVSTVENA VZGOJA IN PREVENTIVA

Zobozdravstvena vzgoja je temeljni preventivni ukrep, s katerim ozaveščamo ter motiviramo družbo in posameznike, da bi osvojili dobre navade, ki pomembno vplivajo na življenje. V predšolskem obdobju poteka preventivna zobozdravstvena vzgoja na več načinov. V okviru sistematskih pregledov, preventivnih zobozdravstvenih pregledov idr. Glavni poudarki so na celostni skrbi za ustno zdravje otrok, razvoju zobovja, uporabi dude, dojenju, zdravi prehrani ter uporabi fluoridnih past (Ranfl, 2015).

Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so zaposleni v ambulantah otroškega in mladinskega zobozdravstva, so izvajalci vzgoje za ustno zdravje, ki naj bi program preventivne zobozdravstvene vzgoje izvajali od vstopa otrok v vrtec do zaključka srednješolskega izobraževanja. Cilji so informiranje, obveščanje ter usvajanje veščin za skrb za zdrave zobe, kjer so poleg tehnik o pravilni ustni higieni pomembne tudi vsebine o zdravi prehrani, razvadah ter uporabi zobnih pripomočkov (Koprivnikar, Pucelj, 2009). Zobozdravstvena vzgoja je namenjena zdravstvenim delavcem drugih medicinskih vej, ki obravnavajo otroke in mladino, vzgojiteljem in učiteljem, staršem, nosečnicam, mladim staršem predšolskih otrok, osnovnošolskim otrokom, srednješolcem (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998). Diplomirana medicinska sestra, ki opravi daleč največ zobozdravstvene vzgoje, mora biti razgledana, strokovno podkovan, poznati mora značilnosti določenega starostnega obdobja otrok, mora se izobraževati, širiti znanje, nabirati dragocene izkušnje, predvsem pa gojiti ljubezen do otrok ter do dela z njimi (Makovec, 2011).

Pri ohranjanju zdravih zob ter ustne votline je potrebno razviti pozitiven odnos do zdrave prehrane in otroka naučiti, kaj so zdrave prehranjevalne navade, kajti pomemben dejavnik v razvoju kariesa je način prehranjevanja. Temelj zdrave prehrane je uživanje raznovrstne in uravnotežene hrane (polnovredna žita, zelenjava, sadje, mleko, ribe, puste vrste mesa, stročnice, rastlinska olja) v več dnevni obrokih (Drglin, et al., 2014).

Izogibati se moramo tudi uživanju živil med glavnimi obroki v obliki manjših prigrizkov. To velja predvsem za različne sladke pijače in slaščice. Svetujemo zmernost pri uživanju in uživanje omejimo na glavne obroke. Otrok naj ne uživa sladkorjev več kot štirikrat na dan. Zaradi vsebnosti sladkorjev v različnih pijačah in naravnih sokovih z nižjim sadnim deležem za žejo raje svetujemo pitje navadne vode (Ranfl, et al., 2015).

Način prehranjevanja je tesno povezan z ustnim zdravjem. Z upoštevanjem prehranskih priporočil lahko pomembno zmanjšamo tveganje za nastanek zobnih in ustnih bolezni. Povzetek prehranskih priporočil z vidika ohranjanja ustnega zdravja:

- zmanjšajmo količino in pogostost uživanja hrane in pijače, ki vsebujeta sladkorje,
- sladkorjev ne uživajmo več kot štirikrat dnevno,
- morebitno uživanje sladkih pijač in živil omejimo na čas obrokov,
- izogibajmo se uživanju sladkih pijač in živil pred spanjem,
- hrano in pijačo, ki imata nizek pH, uživajmo v času obrokov,
- počakajmo s ščetkanjem eno uro po užitju kisle hrane (Ranfl, et al., 2015).

Vse to svetujemo otrokom na predavanjih, ob naravoslovnih dnevih, na različnih delavnicah, ki jih izvajamo po vrtcih in šolah, tudi v sodelovanju s starši. Po osnovnih šolah izvajamo tudi akcijo »Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani«.

Vzgoja za ustno zdravje v večji meri obsega izvajanje dejavnosti v skupinah. V nekaterih primerih (ko skupinska oblika dela ni dovolj primerna) se pristopi k individualnemu vključevanju otroka (Markočič Tadič, et al., 2016).

DISKUSIJA

Oblike zobozdravstvenih preventivnih dejavnosti v ZD Murska Sobota, ki so pod vodstvom specialista otroškega in preventivnega zobozdravstva, so

prepoznane in dobro sprejete v lokalni skupnosti. Strokovna javnost poudarja potrebo po preventivnih ukrepih od nosečnosti (Blagojević, et al., 2002; Hartner, et al., 2016) do starosti (Nihtilä, et al., 2017). V našem območju se izvajajo preventivne dejavnosti v šoli za starše, v sodelovanju s pediatri, patronažno službo, vrtci, osnovnimi šolami, srednjimi šolami, šolami za otroke s posebnimi potrebami, drugimi zobozdravniki, z NIJZ- jem, Centrom za zdravje in razvoj, romsko skupnostjo, z ZVC ZD Murska Sobota.

Skrb za zdravo ustno votlino je pomemben dejavnik tudi v šoli za starše (Silk, et al., 2008), pri zdravem hujšanju in vključevanju ranljivih skupin. Multikulturalnost je bogastvo našega območja in naš doprinos približevanja tem skupinam je izdaja zloženke v treh jezikih (slovenščina, romščina in madžarščina). Dobra praksa je pokazala pozitiven učinek prisotnosti zobozdravstvenega tima v naštetih aktivnostih in primer, kako dobro in uspešno interdisciplinarno sodelovanje daje dobre rezultate.

ZAKLJUČEK

Dobro organiziran tim zobozdravstvene vzgoje in preventive (specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva in diplomirana medicinska sestra v zobozdravstvu) mora pri izvajanju svojih aktivnosti zajeti širšo populacijo. Iz vsega naštetega je razvidno, da ima preventivno zobozdravstvo pod vodstvom pedontologa veliko vlogo v preventivi od spočetja do starosti. Organizacija dela s ciljem obravnave določene populacije je zapletena ter zahteva dobro organizacijo in sodelovanje z različnimi strokami, organizacijami in starostnimi skupinami, pri čemer je pomembno tudi zadovoljstvo uporabnikov. Naše dosedanje aktivnosti so bile večinoma usmerjene k otrokom. Z našim aktivnim sodelovanjem v preventivnih akcijah, ki so namenjene odraslim (šola za starše, zdravo hujšanje in vključevanje ranljivih skupin), smo ugotovili, da so uporabniki zadovoljni in da je ta oblika preventivnih aktivnosti potrebna.

Dobro bi bilo razmisliti o povečanju števila preventivnih aktivnosti, namenjenih odraslim osebam (odrasle osebe s posebnimi potrebami, osebe v domu za upokojence, odvisniki, brezdomci idr.). Upamo, da se bo naše sodelovanje nadaljevalo z naštetimi strokami tudi v prihodnosti. Za uspešno organizacijo je pomembno interdisciplinarno sodelovanje oziroma »*Conditio sine qua non*«. Z medsebojnim sodelovanjem lažje pridemo do modrejših rešitev.

LITERATURA

- Aravindh Babu, N., K.M.K. Masthan, T. Gopalakrishnan, M., Elumalai, 2014. Drug excretion in Saliva – A Review. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 26(1), pp. 76–77.
- Balentine Jerry, R., 2016, DO, FACEP; The digestion process (organs and functions), The mouth. medically reviewed on 9/12/2016. Available at: https://www.medicinenet.com/the_digestion_process_organs_and_functions/article.htm#the_mouth [6.5.2018].
- Beil Heather, Gary Rozier, R., Preisser, J.S., Stearns, S., Lee, J.Y., 2012. Effect of early preventive dental visits on subsequent dental treatment and expenditures. *Medical care*, 50(9), pp. 749–756. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3419323/> [4.5.2018].
- Blagojević, D., Brkanić, T., Stojić, S., 2002. Oral health in pregnancy. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12170864> [3.5.2018].
- Dinesh Rao, Natter, P., Fernandes, R., Zhiqiang Wang, B., Sukhwinder, J., Sandhu, S., 2017. A case report of Mikulicz syndrome; *Journal Radiology Case Report*, 11(7), pp. 1–7. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5743147/> [30.4.2018].
- Drglin, Z., Gregorič, M., Artnik B., Ranfl, M., Gabrijelčič Blenkuš, M., 2014. *Za odlično ustno zdravje od nosečnosti do zrelih let: Zdravo prehranjevanje skozi življenjska obdobja*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Flink, H., Bergdahl, M., Tegelberg, A., Rosenberg, A., Lagerlöf, F., 2008. Prevalence of hyposalivation in relation to general health, body mass index and remaining teeth in different age groups of adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(6), pp. 523–531. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18422708> [25.4.2018].
- Forslund, H.B., Lindroos, A.K., Lomkvist, B.K., Hakeberg, M., Berggren, U., Jonnell, M., et al., 2002. Number of teeth, body mass index, and dental anxiety in middle-aged Swedish women. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60(6), pp. 346–352. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/000163502762667379?journalCode=iode20> [25.4.2018].
- Hartnett, E., Haber, J., Krainovich-Miller, B., Bella, A., Vasilyeva, A., Kessler, L., 2016. Oral health in pregnancy. *JOGNN*, 45, pp. 565–573. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217516301599> [19.5.2018].
- Heyden, J.R., 2016. *The digestive system: chapter 23*. The mouth, pharynx, and esophagus. Available at: <https://opentextbc.ca/anatomyandphysiology/chapter/23-3-the-mouth-pharynx-and-esophagus/> [28.4.2018].
- Miranda-Rius, J., Brunet-Llobet, L., Lahor-Soler, E., Farré, M., 2015. Salivary secretory disorders, inducing Drugs, and clinical management, *International Journal of Medical Sciences*, 12(10), pp. 811–824. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26516310> [1.5.2018].

-
- Jagannathachary, S., Kamaraj, D., 2010. Obesity and periodontal disease. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 14(2), pp. 96–100. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110475/> [30.4.2018].
- Koprivnikar, H., Pucelj, V., 2009. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0–19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Lalić D., 2008. Ranljive skupine: seksualne delavke in delavci. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje- Socialna medicina.
- Makovec, R., 2011. Vloga medicinske sestre v zobozdravstveni preventivi na terenu. In: *Zbornik predavanj, Rogaška Slatina 25. in 26. marec 2011*. Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 75–80.
- Markočič Tadič, I., Čok, M., Pucelj, V., 2016. Vsakodnevna skrb za ustno zdravje: usmeritve za izvajanje zobozdravstvene vzgoje in preventive v okviru preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 24.
- Mohammad, S., Al-Zahrani, Nabil, F., Elaine, A., Borawski, 2003. Obesity and periodontal disease in young, Middle-Aged, and Older Adults. *Journal of Periodontology*, 74(5), pp. 610–615. Available at: <https://doi.org/10.1902/jop.2003.74.5.610-20> [4.5.2018].
- Nihtilä, A., Tuuliainen, E., Komulainen, K., Autonen-Honkonen, K., Nykänen, I., Hartikainen, S., et al., 2017. Preventive oral health intervention among old home care clients. Available at: <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/46/5/846/2993058> [20.5.2018].
- Nishida, N., Tanaka, M., Hayashi, N., Nagata, H., Takeshita, T., Nakayama, K., et al., 2005. Determination of smoking and obesity as periodontitis risks using the classification and regression tree method. *Journal of Periodontal Research*, 76, pp. 923–928. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15948686> [3.5.2018].
- Östberg, A.L., Nyholm, M., Gullberg, B., Råstam, L., Lindblad, U., 2009: Tooth loss and obesity in a defined Swedish population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, pp. 427–433. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19141542> [3.5.2018].
- Pla GW, 1994. Oral health and nutrition. Department of Nutritional Sciences, Howard University, Washington, DC. 1994 21(1), pp. 121–133. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8197250> [5.5.2018]
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. *Uradni list Republike Slovenije št. 19/ 98*.
- Ranfl, M., 2015. Prehrana in ustno zdravje. In: *Zbornik člankov in izvlečkov, Portorož 4.-6. junij 2015*. Ljubljana: Stomatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva, 47–53.
- Ranfl, M. 2015. Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

-
- Rodriguez, E., McDonald, B., McQuay, A., 2018. Inner Body.com 1999 – 2018. Available at: http://www.innerbody.com/image_nerv12/dige12.html [7.5.2018].
- Sumairi, B., Tongue, 2015. Abnormalities. Ismail. Available at: <http://www.myhealth.gov.my/en/tongue-abnormalities/> [7.5.2018].
- Silk Hugh , Douglass, A:B., Joanna, M., Douglass, B.D.S., Silk, L., 2008. Oral health during pregnancy. *American Academy of Family Physicians*, (15;77(8), pp. 1139–1144.
Available at: <https://www.aafp.org/afp/2008/0415/p1139.html> [20.5.2018].
- Šekoronja, J., 2010. *Izločanje sline, vzroki zmanjšanega izločanja sline*. Available at: <http://pza.si/Clanek/Izlocanje-sline.aspx>; juli, avgust 2019; 7.7.201 [13.4.2018]
- Vadiakas, G., 2008. Aetiology and risk assessment of early childhood caries (ECC): A revisited review. *European Archives of Pediatric Dentistry*, 9, pp. 114–125.
- Zaletel-Kragelj, L., 2008. *Preventivno zdravstveno varstvo (dispanzerska metoda dela)*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za javno zdravje.
- Xavier, M., Criswell, L.A., 2018. Primary Sjogren's Syndrome, *England Journal Medicine*, 378(10), pp. 931–939. Available at: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1702514?page=0&> [7.5.2018].

PODPORA STARŠEM PRI UVAJANJU MEŠANE PREHRANE PO SMERNICAH ZDRAVEGA PREHRANJEVANJA ZA DOJENČKE

Nataša Kocjan, dipl. m. s., Cvetka Lorger Rekić, viš. med. ses.
Zdravstveni dom Piran, patronažna služba

IZVLEČEK

Vloga patronažnega varstva je v najzgodnejšem obdobju rasti in razvoja novorojenčka in dojenčka zelo pomembna, še posebej na področju zdravega prehranjevanja. Potreba po hrani je ena najpomembnejših potreb od rojstva dalje, materino mleko pa je najprimernejša hrana za dojenčka. V prvih šestih mesecih priporočamo izključno dojenje, kasneje pa svetujemo postopno uvajanje mešane, čvrste prehrane. Patronažne medicinske sestre pri svojem delu upoštevamo smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke, starši pa potrebujejo ustrezne informacije, podporo in pomoč pri dojenju ter kasneje pri uvajanju dopolnilne mešane prehrane. Pogosto pri svojem delu opažamo pomanjkanje znanja glede pravilne priprave in obdelave hrane za dojenčke, glede izbire živil, določene jedi je treba nadomestiti z drugimi, primernimi za otrokovo starost. Z namenom ustrezne informiranosti in podpore staršem smo se v Patronažni službi zdravstvenega doma Piran odločili za organizacijo praktične kuharske delavnice, kjer predstavimo najpomembnejša načela uvajanja mešane prehrane, svetujemo glede načina priprave hrane, izbire in kombinacije živil. Kuharske delavnice so zelo dobro obiskane, vseeno pa nas je zanimalo, kako so starši zadovoljni z izvedbo delavnic, njihove prednosti in slabosti, zanimalo nas je mnenje staršev, ali so prejeli dovolj uporabnih informacij. V ta namen smo pripravili evalvacijski vprašalnik, ki ga starši prejmejo in izpolnijo po končani kuharski delavnici. V obdobju dobrih treh let, odkar izvajamo delavnice, je zanimanje za udeležbo vedno večje, večina udeležencev je z vsebino zadovoljnih, s takšnim pristopom in načinom predstavitve starši pridobijo veliko več znanja in informacij kot pa samo v pisni obliki. Zaradi pozitivnih odzivov je naš namen, da z izvedbo kuharskih delavnic nadaljujemo vsaj 4-krat letno, pri tem zajamemo čim večje število staršev in s tem spodbudimo zdrav način prehranjevanja v družinah, saj se to odraža na zdravju in počutju v kasnejšem življenjskem obdobju otrok.

Ključne besede: patronažno varstvo, prehranjevalne navade, medicinska sestra, kuharska delavnica

UVOD

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varstvo pri pacientu v družini in skupnosti, kjer so zaradi bioloških lastnosti ali zaradi določenih obolenj še posebej dovzetni za škodljive vplive iz okolja (Geč, 2001). Patronažna zdravstvena nega nosečnic, otročnic in novorojencev je pomembna za varovanje reproduktivnega zdravja, zdravja otrok in vse družine. Novorojenček je s strani patronažne medicinske sestre obravnavan takoj po odpustu iz porodnišnice do 28. dneva starosti. Dojenček je obravnavan od 1. do 12. meseca starosti v 4.–5. mesecu, 7.–8. mesecu in 10.–11. mesecu. Patronažna medicinska sestra opravi šest patronažnih obiskov pri dojenčku v 1. letu starosti, dva dodatna obiska pri dojenčkih slepih, slabovidnih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti in po en obisk v 2. in 3. letu starosti (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015). Novorojenček in dojenček sta obravnavana z vidika patronažne zdravstvene nege s poudarkom na zdravstveni negi in oskrbi. Patronažna medicinska sestra sistematično obravnava pacienta po principu načrtovanega dela na svojem določenem terenu. Standard dela zahteva obravnavo novorojenca v 24 urah po odpustu iz porodnišnice (odstopanja možna v primeru objektivnih ovir) in kasnejše obravnavanje glede na strokovno odločitev patronažne medicinske sestre (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015). Najpomembnejši cilji pri obravnavi novorojenčkov so vzpostavljen dober odnos s starši, vzpostavljanje dojenja, zagotavljanje primernega razvoja, podpora staršem, da so sposobni samostojne nege novorojenca. Obravnavanje dojenčka zahteva obiske na domu glede na negovalno anamnezo, najmanj pa ob vsaki bistveni spremembi, ki se dogaja ob otrokovem razvoju (način prehrane, mejniki psihičnega oziroma fizičnega razvoja otroka). Cilj obravnave je zdrav psihofizičen razvoj novorojenčka in dojenčka (Ljubič & Mernik Merc, 2016).

Pomemben del celotnega procesa obravnav predstavlja vzgoja za zdravje, ustreza ozaveščenost staršev in upoštevanje zdravih prehranjevalnih navad v vsakdanjem življenju. Zdrave prehranjevalne navade so bistvenega pomena za ohranjanje zdravja, preprečevanje nastajanja kroničnih bolezni in prezgodnje umrljivosti (Bratanič, et al., 2010). Za doseganje čim bolj zdravega razvoja novorojenčka je potrebno starše usmerjati že v času nosečnosti, zato so ključne Šole za bodoče starše, ki omogočajo seznanitev bodočih

staršev z informacijami oz. smernicami zdravega prehranjevanja, negi novorojenčka, pripravi na porod in zdravih življenjskih navadah celotne družine. Patronažna medicinska sestra ima z namenom zdravstvenovzgojnega svetovanja po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2015) možnost obiskati nosečnico tudi na njenem domu v zadnjem tromesečju nosečnosti. Medicinske sestre se znotraj teh okvirov lahko poslužujejo različnih tehnik in metod promocije in zdravstvene vzgoje na različnih tematskih področjih.

Z izdajo Smernic zdravega prehranjevanja za dojenčke smo v patronažnem varstvu pridobili pomembne informacije, ki jih prenašamo mladim staršem in njihovim otrokom. Smernice predstavljajo standard glede vnosa energije in hranil pri zdravih otrocih do 1. leta starosti, pristopov pri uvajanju mešane prehrane ob dojenju in privajanje otroka na družinsko ali mešano prehrano (Bratanič, et al., 2010). Po Smernicah zdravega prehranjevanja za dojenčke delimo prehranjevanje dojenčka v 1. letu življenja na tri obdobja: izključno mlečna prehrana prvih 6 mesecev, uvajanje dopolnilne (dopolnilne, mešane, čvrste prehrane) ne pred 17. tednom in ne po 26. tednu starosti, prehod na prilagojeno družinsko prehrano od desetega meseca dalje (Bratanič, et al., 2010).

Ob dopolnjenih 6 mesecih življenja je dojenček že dovolj razvit, da se lahko nauči jesti po žlički. Vsako novo živilo se mu ponudi enkrat na dan v majhni količini, najprej v tekočem stanju (Mahorič & Jančar, 2017). Nova živila se priporoča uvajati z razmikom enega tedna, da se dojenček navadi na nov okus in da ob morebitni preobčutljivostni reakciji lahko ugotovimo, katero živilo jo je povzročilo. Dojenčki so v prvih mesecih življenja najbolj prilagodljivi za sprejemanje novih okusov, zato je pomembno, kako jim pripravimo in ponudimo prvo hrano. Nove obroke (kosilo zelenjavno – krompirjevo-mesna kašica, večerja mlečno-žitna kašica, popoldanska malica žitno-sadna kašica) uvajamo tako, da trikrat v razmiku štirih tednov en mlečni obrok nadomestimo z novim obrokom (Sedmak, et al., 2010). Uvajanje mešane prehrane pa ne pomeni konec dojenja, saj ima dojenje še naprej pomembno vlogo v prehrani dojenčka, dokler mama in dojenček to želita (Bratanič, et al., 2010).

Patronažne medicinske sestre obiskujemo družine z dojenčki, ko le-ti dopolnijo starost 5 mesecev, z namenom podajanja navodil za uvajanje mešane hrane. Mamice pogosto ob tem zaznajo potrebo po dodatnih vsebinah

na področju izbire raznolikih in hranljivih živil ter načinu priprave hrane. V izogib uporabi kupljene že pripravljene hrane za novorojenčke smo patronažne medicinske sestre uvedle delavnice z demonstracijo in poglobljanjem znanja glede prehrane in priprave obrokov za dojenčka.

Namen raziskave je bil preveriti zadovoljstvo mladih staršev, ki so se udeležili delavnice v Zdravstvenem domu Piran, organizirane kot podpora pri uvajanju mešane prehrane za otroke do enega leta starosti.

PREDSTAVITEV KUHARSKE DELAVNICE

Prva delavnica je bila izvedena decembra 2014. Obisk mamic in dojenčkov je bil nad pričakovanji, zato smo leta 2015 realizirali dve delavnici. Povpraševanje s strani mamic iz Občine Piran in tudi drugih obalnih občin je bilo ob vsaki ponovitvi večje. V letu 2016 so bile tako realizirane štiri delavnice v razmiku treh mesecev. V letu 2017 smo organizirali še tri delavnice. Delavnice potekajo v dopoldanskem času in trajajo približno eno uro. Delavnica vsebuje teoretični uvod s smernicami zdravega prehranjevanja za dojenčke, praktični del, ki zajema pripravo hrane, prikaz kuhanja kosila, večerje in popoldanske oz. dopoldanske malice ter kombiniranje različnih živil. Sledi preizkušanje kuhane hrane in kašic, čisto na koncu pa izpolnjevanje evalvacijskega vprašalnika. Delavnice so za udeležence brezplačne, vsa organizacija delavnic je prostovoljna, za izvajanje delavnic pa smo pridobili dovoljenje s strani vodstva Zdravstvenega doma Piran. Občina Piran spada med manjše občine. Po zadnjih statističnih podatkih Republike Slovenije iz leta 2014 živi v občini 17.800 prebivalcev (Statistični urad RS, 2017). Na število prebivalcev je razporejenih pet patronažnih medicinskih sester in dva zdravstvena tehnika. V letu 2016 je bilo v občini 7,6 rojstev na 1000 prebivalcev (Statistični urad RS, 2017).

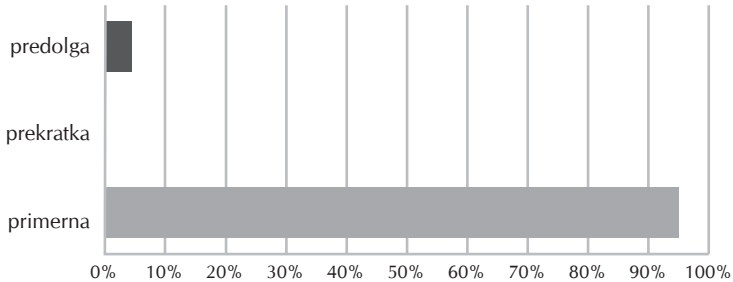
METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Kot merski instrument je bil uporabljen evalvacijski vprašalnik, ki smo ga pripravili sami, z dovoljenjem delovne organizacije. Vprašalnik je vseboval odprta in zaprta vprašanja, s katerimi smo želeli ugotoviti prednosti in slabosti delavnic. Anketiranje je bilo anonimno, udeleženske so se lahko same odločile za sodelovanje. Razdeljenih je bilo 40 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 25 (realizacija vzorca je bila 62,5 %).

REZULTATI

Največ udeleženk je bilo prvorodk, kar 72 %. Po izobrazbi anketiranke lahko delimo pretežno na tiste, ki imajo srednjo izobrazbo (42 %) in tiste, ki imajo univerzitetno ali višjo izobrazbo (42 %).

95 % anketirank se je strinjalo, da so bile delavnice primerno dolge (slika 1).



Slika 1: Opredelitev časovne primernosti delavnice

90 % staršev je informacijo o kuharski delavnici prejelo od patronažnih medicinskih sester. V 95 % so anketiranke izrazile zadovoljstvo z izvedbo delavnice.

Na odprto vprašanje o razlogih za udeležbo na delavnici so anketiranke navedle naslednje razloge:

- da bi dobila dodatne informacije in nove ideje glede priprave goste hrane za dojenčke,
- da me spomnijo, na kaj je treba biti pozoren pri uvajanju goste hrane, zaradi novih smernic pri prehranjevanju dojenčka,
- da pridobim koristne informacije s področja uvajanja goste hrane,
- da se naučim, kdaj in kako pripraviti hrano za dojenčka,
- da se naučim primerno pripraviti hrano ter kako in kdaj začeti,
- ker sem kupila knjigo in me je zanimala praksa,
- zanimanje za pripravo mlečno-žitne kaše,
- ker želim dopolniti znanje o zdravem načinu prehranjevanja otrok.

Prav tako so v nadaljevanju z odprtim vprašanjem anketiranke navedle prednosti delavnice v prepoznavanju različnih možnih kombinacij, prepoznavanju različnih žitaric ter maščob (predvsem olj), ki se lahko uporabljajo za popestritev prehrane. Na odprto vprašanje, kaj bodo po delavnici spre-

menile v prehrani novorojenčka, so udeleženske navedle uvajanje zdravih maščob, sadnih sokov, pri kuhanju uporabo soparnika, uporabo sezonskega sadja in zelenjave. Zanimiv pa je bil odgovor: »Poskušala bom čim več obrokov skuhat sama.«. Udeleženske so podale tudi svoje predloge in mnenja o kuharski delavnici, kot so:

- Posebej mi je bila všeč demonstracija in način priprave hrane. Pohvale gredo tudi predavateljici in organizatorjem.
- Vse je bilo super.
- Premalo poudarka na pomembnosti sezonske hrane. Skozi demonstracijo se je PREVEČ poudarjalo uporabo soparnika in s tem preusmerilo pozornost s hrane.
- Na delavnici mi je bilo všeč, ker je bilo še precej drugih mamic z dojenčki in smo lahko kakšno rekle (kdaj so začele uvajati gosto hrano ali še dojijo, ipd.). Motilo pa me je, da nisem uspela slediti razlagi izvajalke delavnice, ker sem se morala posvečati svojemu radovednemu dojenčku. Drugače super izkušnja.
- Super informacije o razmerjih med živili in oljih, soparnik še vedno uporabljam, knjiga je super.
- Super je bilo, zanimivo, poučno in organizirano.
- Zdi se mi super, kar tako naprej.

DISKUSIJA

Smernice pri dojenčkih z družinsko anamnezo alergij (alergija pri materi, očetu, bratu ali sestri) priporočajo individualen pristop pri uvajanju novih živil, ki naj bo sistematično, postopno, v majhnih količinah ter ne pred dopolnjenim 17. tednom starosti (štirje meseci). Obsežen pregled kliničnih študij namreč kaže, da ni prepričljivih znanstvenih dokazov, da bi s kasnejšim uvajanjem potencialno alergogenih živil, kot so jajca, ribe, arašidi, zmanjšali nastanek alergij pri otrocih, ki imajo večje tveganje za razvoj alergije, v primerjavi z otroki, ki tega tveganja nimajo (Greer, 2001; Agostoni, et al., 2008).

Smernice ravno tako odsvetujejo alternativne oblike prehranjevanja pri dojenčkih, saj lahko že manjše nepravilnosti pri sestavljanju vegetarijanskih obrokov privedejo do pomanjkljivega vnosa nekaterih nujno potrebnih hranil (npr. vitamina B12, vitamina D, železa, cinka, joda, kalcija) in energije. Skladno s sodobnimi usmeritvami mora biti dojenček, ki se ga kljub odsvetovanju vegetarijanske prehrane hrani na ta način, pod rednim zdravniškim

nadzorom ter spremljanjem dietetika (Bratanič et al., 2011). Veganska in makrobiotična prehrana nista primerni za otroke (Sedmak, et al., 2010).

S kuharsko delavnico, ki smo jo ponudili v patronažni službi ZD Piran, smo želeli staršem predstaviti najpomembnejša načela uvajanja mešane prehrane, načine priprave hrane, izbiro in različne kombinacije živil. Z raziskavo o zadovoljstvu staršev s kuharsko delavnico smo ugotovili, da so starši zadovoljni z izvedbo kuharske delavnice. Všeč jim je nadgradnja že obstoječega patronažnega obiska pri uvajanju mešane prehrane na domu, saj na delavnici spremljajo praktični prikaz priprave treh obrokov, tako mlečno-žitne kašice, kosila in sadno-žitne kašice. Pridobili so znanja na področju kombiniranja različnih živil v obrokih in kuhanju na sopari, znanja glede uporabe različnih žitaric tudi v prehrani dojenčka ter uporabe in koristnosti različnih maščob.

Staršem priporočamo, da pri uvajanju novih okusov poskušajo biti čim bolj potrpežljivi, prisluhnejo naj otroku, naj se z njim pogovarjajo. In kot navajajo Bratanič in sodelavci (2010), naj bo uživanje hrane spontan prijeten družinski dogodek. Otroka naj počasi navajajo na nov okus, vonj, videz in otip osnovnega živila. Otrok naj hrano raziskuje, vonja, okuša, tipa in si jo sam nosi v usta.

Delavnice se izvajajo že več kot tri leta, vsako leto pa beležimo večje zanimanje, še posebno smo zadovoljni, ker na delavnice prihaja velik odstotek prvorodk. Ker imamo v naši občini kar nekaj staršev, kjer je materin jezik albanščina, smo v ta namen pripravili zloženko v albanskem jeziku. V času delavnice pa imamo prevajalko, bivšo študentko Fakultete za vede o zdravju Izola. Svojo aktivnost na področju delavnic širimo onstran meja, saj smo jo v začetku junija ponovno izvedli z medicinskimi sestrami s hrvaške Istre, ker želijo prakso prenesti v Umag in Buje.

ZAKLJUČEK

Prehrana je danes kazalnik pozitivnega zdravja, ki mu ljudje posvečajo veliko pozornost. Razpon med promocijo zdrave prehrane, znanjem in informacijami, ki jih imajo ljudje o zdravi prehrani, in dejanskimi življenjskimi navadami, je še vedno zelo velik. Ljudje sicer veliko vedo o zdravi prehrani, vendar se ne prehranjujejo zdravo. Ključna populacija, ki je pripravljena slišati navodila o zdravem življenjskem slogu in le-ta tudi vnesti v svoje življenje, so nosečnice in starši z majhnimi otroki, ki v skrbi zanje poskušajo najti pot do zdravih življenjskih navad.

Pri izobraževanju mladih staršev upoštevamo smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke, ki so velika pridobitev v Sloveniji na področju javnega zdravja. Z omenjenimi smernicami upoštevamo referenčne nacionalne in strokovne usmeritve na področju prehranjevanja prebivalcev. Slednje predstavljajo pomembno strokovno izhodišče za ozaveščanje javnosti o pomenu zdrave prehrane.

Z organizacijo kuharskih delavnic v ZD Piran 4-krat letno, vsake tri mesece, zajamemo čim širšo populacijo staršev in s tem spodbudimo zdravo prehranjevanje v družinah, ki se bo tako lažje odražalo tudi v kasnejšem življenjskem obdobju otrok.

LITERATURA

- Bratanič, B., Fidler Mis, N., Hlastan Ribič, C., Poličnik, R., Širca Čampa, A., Kosem, R., et al., 2010. *Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
- Geč, T., 2001. Patronažna medicinska sestra in okolje. *Zbornik predavanj in posterjev 3. kongresa zdravstvene nege »Zdravstvena nega – okolje in viri«, Portorož, 11.-14. september 2001*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 185–189.
- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., et al., 2008. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition*, 46(1), pp. 99–110.
- Ljubič, A. & Mernik Merc, A., 2016. Obravnava novorojenčka in dojenčka na domu. In: Ramšak Pajk, J. & Ljubič, A. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. *Strokovna sekcija medicinskih sester v patronažni dejavnosti*, pp. 35–45.
- Mahorič, R. & Jančar, I., 2017. *Dojenčki za mizo: pripravljeno za dojenčke: jejmo vsi!* Ljubljana: Remina.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 17.
- Poličnik R., 2011. Nacionalne smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(4), pp. 283–286.
- Sedmak, M., Homan, M., Breclj, J., Orel, R., Kržišnik, C., Battelino, T. et al., 2010. In: *Smernice za prehrano dojenčkov v Sloveniji*. Maribor, Univerzitetni Klinični Center.
- Statistični urad RS, 2017. *Prebivalstvo*. Available at: [http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/obcine/obcine.asp.\[4.5.2018\]](http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/obcine/obcine.asp.[4.5.2018]).

IZVAJANJE NADGRAJENE DELAVNICE ZDRAVEGA HUJŠANJA V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH IN CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Rok Poličnik, mag. diet., spec. klin. diet.,¹Nika Berlic, univ. dipl. kom.,¹Maja Petrič, mag. fiziot.,¹Andrea Backović Juričan, viš. fiziot., univ. dipl. org., dipl. del. ter.,¹Tjaša Knific, dipl. fiziot.,¹Dr. Nataša Sedlar, univ. dipl. psih.,¹Lucija Furman, univ. dipl. psih.,¹Marjeta Keršič Svetel, prof. zgod. in dipl. etnol.¹Sanja Vrbovšek, dipl. m. s., univ. dipl. soc.¹Jana Govc Eržen, dr. med., spec. druž. med.²

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, Ljubljana

² Zdravstveni dom Celje, Zdravstvena postaja Vojnik, Gregorčičeva 5, Celje
rok.policnik@nijz.si

IZVLEČEK

Debelost predstavlja dandanes pomemben javnozdravstveni problem, ki vpliva tako na posameznika kot na družbo. Obravnava debelosti je v medijih pogosto predstavljena kot problem, ki se ga rešuje na preprost način z uporabo različnih metod in preparatov, kar je neresnica in zavajanje. Debelost je kronična presnovna bolezen, ki jo je treba obravnavati celostno in timsko. Obravnava mora vključevati pristope, ki omogočajo dolgoročno spremembo v življenjskem slogu posameznika ter podporo, razumevanje in komunikacijske veščine zdravstvenih delavcev in širše družbev odnosu do osebe, ki se sooča s tem problemom. Gre za stigmatizirajočo bolezen, ki lahko osebo vodi v resne duševne stiske. Namen in cilj prispevka je predstaviti vsebino nadgrajenedelavnice zdravega hujšanja odraslih, ki se od začetka leta 2018 izvaja na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji. Delavnice zdravega hujšanja v zdravstvenih domovihv sklopu Nacionalnega programa primarne preventivetrčno-žilnih boleznizvajajozdravstvenovzgojnici centri že od leta 2002. Nacionalni inštitut za javno zdravje je delavnicozdravega hujšanja odraslihv letu 2018 nadgradil. Nadgrajena delavnicatemelji na interdisciplinarnem pristopu, izvaja pa ga standardni tim zdravstvenovzgojnega centra, v sodelovanju z zdravnikom specialistom družinske medicine. Delavnica zdravega hujšanja vključuje tri vidike – nudenje strokovne podpore in pomoči pri spreminjanju nezdravih življenjskih navad, telesno vadbo ter motivacijski sklop, katerega cilj je vzdrževanje

zdravega življenjskega sloga. Delavnica temelji na kombiniranju individualnega skupinskega pristopa. Namenjena je odraslim osebam, starim 19 let in več. Nadgradnja je potekala na ravni vsebin, razvoja pristopov, gradiv in orodij, obsega in časa trajanja ter organizacijskih vidikov izvajanja.

Ključne besede: debelost, odrasli, delavnica hujšanja, prehrana, telesna dejavnost, motivacija

UVOD

Debelost je pomemben javnozdravstveni problem, ki zahteva ukrepanje številnih deležnikov na različnih področjih, in ne le v zdravstvu. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se je problem debelosti v svetovnem merilu od sredine sedemdesetih let preteklega stoletja potrojil. SZO navaja, da naj bi se v letu 2016s prekomerno telesno maso soočalo kar 39 %, z debelostjo pa 13 % odraslih (World Health Organization, 2018a).

Rezultati Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS – European Health Interview Survey) za leto 2014 kažejo, da je v Sloveniji kar 36,4 % odraslih s prekomerno telesno maso, ter 18,6 % z debelostjo. Problem prekomerne telesne mase je v primerjavi z ženskami (30,2 % s prekomerno telesno maso; 17 % z debelostjo) še posebej izrazit pri moških (42,7% s prekomerno telesno maso; 20,3 % z debelostjo) (NIJZ Podatkovni portal, 2018) ter pri osebah z nižjim socio-ekonomskim statusom (World Health Organization, 2018a).

S problemom debelosti se človek sooča skozi ves čas svoje evolucije. Dokaze o tem lahko najdemo že v najzgodnejših oblikah umetnosti, vse do renesanse. Že Hipokrat (460–370 let pr. n. št.) je trdil, da je nenadna smrt pogostejša pri ljudeh, ki so debeli. Galen (129–216 let pr. n. št.) je navajal, da je debelost povezana s spolno disfunkcijo in neplodnostjo ter da je za zdravljenje tega problema pomembna sprememba življenjskega sloga (Christopoulou-Aletra & Papavramidou, 2004). V letu 1760 se pojavijo prve domneve o tem, da je debelost bolezen. Zdravnik Malcolm Flemyng je debelost opredelil kot stanje, pri katerem je prisotno oteženo gibanje ter krajša življenjska doba (Bray, et al., 2018). Od začetka 20. stoletja dalje se za zdravljenje debelosti v medicini uporablja več zdravil, kot so tiroidni ekstrakti, dinitrofenol in amfetamini, med katerimi so bila nekatera tudi smrtno nevarna (npr. dinitrofenol) (Colman, 2007). Debelost je po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) uvrščena med kronične bolezni, za katero je značilno čezmerno kopičenje maščevja v telesu (World Health

Organization, 2018b). Znano je, da gre za multifaktorsko bolezen, za katero je posledično značilna večja obolevnost, slabša kakovost življenja in krajša življenjska doba (Ng, et al., 2014). Debelost je dokazano povezana s povečanim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2, pri čemer tveganja še posebej povezujemo s centralno (trebušno) debelostjo (Sasai, et al., 2010; DeFronzo, et al., 2015). Vpliva tudi na nastanek nekaterih vrst raka, kot so: rak debelega črevesja in danke, rak prostate pri moških ter rak dojke (Rosner, et al., 2015), endometrija (Aune, et al., 2015) in žolčnika pri ženskah. Številne raziskave kažejo, da je debelost povezana tudi z nastankom bolezni srca in žilja (Canoy, et al., 2013). Podobno kot pri sladkorni bolezni tipa 2 je tudi pri nastanku bolezni srca in žilja pomemben dejavnik tveganja centralna (trebušna) debelost (Flint Alan, et al., 2012) and the proportion of CHD risk attributable to excess weight in the US population. To assess the risk of CHD associated with excess weight among men and women with and without associated comorbid conditions, and determine the population attributable risk of CHD associated with excess weight. The study population consisted of two prospective cohorts, the Health Professionals Follow-up Study (HPFS). Meta analiza, ki je vključevala 25 študij z bolniki z visokim krvnim tlakom, je pokazala, da so ljudje, ki so znižali svojo telesno maso za 5,1 kg, znižali svoj krvni tlak za 4,4/3,5 mm Hg (sistolični/diastolični) (Neter, et al., 2003). Debelost je povezana tudi z boleznimi žolčnika (Aune, et al., 2015), nealkoholno zamaščenostjo jeter (Clark, 2006), protinom (Aune, et al., 2014) in dispnejo (Coccagna, et al., 2006).

Mehanizmi za nastanek prekomerne telesne mase in debelosti so izrazito kompleksni. Med ključnimi vzroki, na katere lahko vplivamo, je energijsko neravnovesje med vnosom (hrana) in porabo energije (gibanje) (World Health Organization, 2018a), k temu problemu pa lahko pomembno prispevajo dednost, metabolni, psihološki dejavniki (Webster-Gandy, et al., 2012) in družina (Vaughn, et al., 2018), na katere pa težje vplivamo. V sodobnem času vzrok nastanka debelosti v pomembni meri pripisujejo povečanemu vnosu energijsko goste hrane, ki je bogata s sladkorjem in maščobami ter nizko stopnjo telesne dejavnosti, ki je posledica sedečega življenjskega sloga. Spremembe v prehranjevanju in stopnji telesne dejavnosti so pogosto tesno povezane z okoljem, v katerem živimo, socialnimi spremembami ter premalo zdravju naklonjenimi politikami v različnih sektorjih: zdravstvu, kmetijstvu, prometu, prostorskemu načrtovanju, živilsko-predelovalni industriji, marketingu in izobraževanju (World Health Organization, 2018a).

V Sloveniji že od leta 2002 v zdravstvenovzgojnih centrih, lociranih v zdravstvenih domovih, sistemsko potekajo delavnice zdravega hujšanja odraslih (v nadaljevanju: delavnica zdravega hujšanja), ki je bil vzpostavljen v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSZB) in ga je sprejelo Ministrstvo za zdravje (Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni, 2018). Program je bil vsebinsko in strukturno vzpostavljen v skladu z iniciativo SZO, programom CINDI (C-country I-integrated N-noncommunicable D-disease I-intervention). V obdobju od 2015 do 2018 je bila delavnica zdravega hujšanja nadgrajena, pilotno testirana in implementirana v vseh zdravstvenih domovih v Sloveniji.

Namen in cilj tega prispevka je predstaviti vsebino nadgrajene delavnice zdravega hujšanja odraslih na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji.

PROCES VZPOSTAVITVE IN IZHODIŠČA NADGRAJENE DELAVNICE ZDRAVO HUJŠANJE

V letu 2014 je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) v sodelovanju z Zavodom Republike Slovenije za šolstvo, Fakulteto za šport in Pedagoško fakulteto Univerze v Ljubljani, Institutom »Jožef Stefan«, Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru ter Fakulteto za zdravstvo Angele Boškin z Jesenic pod okriljem Norveškega finančnega mehanizma sodeloval v projektu: »Celostni inovativni model za zagotavljanje zdravega življenjskega sloga, s poudarkom na prehranjevanju, gibanju, preprečevanju in obravnavi debelosti pri otrocih, mladostnikih ter odraslih in zmanjševanju neenakosti v zdravju« (Akronim projekta: Uživajmo v zdravju). V sklopu projekta je bila predvidena tudi nadgradnja delavnice »Zdravo hujšanje«, ki je potekala stopenjsko: prvi korak je bila izvedba ocene potreb (kvalitativna raziskava), sledila je nadgradnja delavnice in njeno pilotno testiranje ter v tretjem koraku evalvacija (kvalitativna in kvantitativna raziskava). Na podlagi evalvacije je bila v zadnjem koraku izvedena dokončna nadgradnja delavnice, ki se je z januarjem 2018 tudi implementirala v vse zdravstvene domove. Koraki so v nadaljevanju tudi podrobneje opredeljeni.

Izvedba ocene potreb. V sklopu ocene potreb, ki je bila izvedena maja 2015, je NIJZ izvedel kvalitativno raziskavo med uporabniki in izvajalci obstoječe delavnice. Rezultati raziskave so pokazali, da tako uporabniki kot izvajalci poudarjajo velik motivacijski vpliv skupine na uspešnost posamezni-

ka, kar potrjujejo tudi nekatere mednarodne raziskave (Paul-Ebhohimhen & Avenell, 2009). Ključni vidiki, ki so jih izpostavili udeleženci fokusnih skupin in so bili relevantni za nadgradnjo delavnice, so bili: potreba po dopolnitvi obstoječe štirimesečne delavnice z vzdrževalnim oziroma motivacijskim programom, potreba po dodatnih znanjih med izvajalci s področij psiholoških vsebin in motivacije ter priprava priročnikov oziroma gradiv za izvajalce in uporabnike delavnice (Lamut, 2015). V času prenove delavnice je bilo med drugim ugotovljeno, da se izvajanje, pristopi dela ter struktura izvajalcev med zdravstvenimi domovi močno razlikujejo.

Nadgradnja in pilotno testiranje delavnice. Delavnica je nastala kot plod večletnega prizadevanja strokovnjakov na NIJZ v sodelovanju z zdravstvenimi domovi ter zunanjimi strokovnjaki, ki so bili vključeni v nadgradnjo v sklopu projekta Uživajmo v zdravju. Proces strukturne in vsebinske nadgradnje delavnice se je pričel junija 2015. V januarju in februarju 2016 so bili v pilotnih zdravstvenih domovih vzpostavljeni timi strokovnjakov ter izvedena usposabljanja za vse izvajalce, ki so sodelovali v projektu Uživajmo v zdravju. Oblikovana so bila tudi gradiva, namenjena izvajalcem in udeležencem. Večina zdravstvenih domov je vzporedno izvajala tako predhodno kot nadgrajeno delavnico zdravega hujšanja. V pilotno testiranje je bilo skupno vključenih 13 zdravstvenih domov, 47 izvajalcev v zdravstvenih domovih ter 267 udeležencev (Berlic, 2018). Evalvacija in dokončna nadgradnja je bila izvedena v letu 2016.

V sklopu nadgradnje je bilo vzpostavljeno in standardizirano sledeče:

- vsebinska in časovna struktura delavnice,
- velikost skupine udeležencev in standardni tim zdravstvenovzgojnega centra, ki sodeluje pri obravnavi v zdravstvenem domu;
- obravnava z vidika zdrave prehrane, telesne dejavnosti in psiholoških vsebin (motivacija, stres, samopodoba ipd.);
- uvedeni in poenoteni sodobni pristopi dela, ki temeljijo na delavniškem načinu dela, praktičnosti in izkustvu udeležencev ter
- gradiva za izvajalce in udeležence delavnice (Berlic, et al., 2018).

Delavnica zdravega hujšanja, ki od januarja 2018 poteka v vseh zdravstvenih domovih, temelji na timskem pristopu dela, kar pomeni, da ga lahko izvaja le dobro usklajen in povezan strokovni tim. Standardni tim zdravstvenovzgojnega centra, ki ga morajo skladno z zahtevami Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije od 1. oktobra 2017 zagotavljati vsi zdra-

vstveni domovi, vključuje diplomirano medicinsko sestro, diplomiranega fizioterapevta ter univerzitetnega diplomiranega psihologa. V 25 zdravstvenih domovih, ki so v letu 2018 pristopili k procesu vzpostavitve centrov za krepitev zdravja, bodo imeli v standardnem timu za hujšanje odraslih tudi zdravnika in diplomiranega dietetika (Berlic, et al., 2018).

Delavnica zdravega hujšanja je namenjena odraslim osebam, starejšim od 19 let, ki se soočajo z debelostjo. Vključitveni kriteriji za vstop v delavnico so: ITM (indeks telesne mase) > 30 , ITM $> 27,5 + 20\%$ srčno-žilna ogroženost (SŽO) oziroma ITM $> 27,5 +$ kronična nenalezljiva bolezen (KNB) (Berlic, et al., 2018).

Cilj nadgrajene delavnice ni nujno izguba telesne mase (oz. znižanje ITM), temveč sprememba življenjskega sloga pri posamezniku (tj. uvajanje sprememb v prehranjevanju in telesni dejavnosti), kije posledično povezanaz optimizacijo telesne mase. Delavnica temelji na doseganju dolgoročnih sprememb v življenjskem slogu posameznika, kar dosegamo s spremembami v prehranjevanju, vključevanjem telesne dejavnosti ter vedenjsko-kognitivnimi pristopi. Udeleženci so v deležni pristopov, usmerjenih k motiviranju in učenju spreminjanja navad, strokovne podpore in pomoči pri zdravem hujšanju ter znanja in spretnosti za spreminjanje prehranskih in gibalnih navad. Udeležencem je na voljo tudi individualna psihološka podpora, ki je v procesu spreminjanja življenjskega sloga eden izmed pomembnih dejavnikov za vzdrževanje življenjskih sprememb. Omogočeno je tudi, da so pri obravnavi udeleženca prisotni svojci, ki udeležencu lahko nudijo oporo. Nadgrajena delavnica zdravega hujšanja predvideva manjše skupine udeležencev (10 udeležencev), daljšo in bolj osebi prilagojeno obravnavo ter zagotovitev podpore udeležencem tudi po zaključeni delavnici (Berlic, et al., 2018).

Pomembna novost je uvedba motivacijskega pogovora na individualnem vstopnem pogovoru, ki se izvede pred pričetkom skupinskih srečanj. Slednji omogoča, da se koordinator delavnice (dipl. m. s.) seznanj z možnostmi, sposobnostmi, cilji in morebitnimi dodatnimi potrebami udeleženca. Cilji uvodnega motivacijskega pogovora so:

- medsebojno spoznavanje med udeležencem in koordinatorjem delavnice, izgradnja medsebojnega odnosa in sodelovanja;
- pridobitev dodatnih informacij, ki so na voljo na podlagi pogovorov v ambulantni družinske medicine, vpogled v udeleženčeva stališča, prepričanja, vedenje, osebne okoliščine, potrebe in pričakovanja;

-
- izvedba vstopne/začetne ocene stanja udeleženca, vključno z meritvami telesne sestave (telesna masa, višina, obseg pasu), določitev indeksa telesne mase in krvnega tlaka ob vstopu v delavnico;
 - pridobitev vstopnih podatkov in dogovor o poteku delavnice ter
 - posredovanje informacij in navodil udeležencu, podpora pri pripravah na delavnico, preverjanje razumevanja ter dodatno motiviranje udeleženca za sodelovanje (Berlic, et al., 2018).

STRUKTURA NADGRAJENE DELAVNICE ZDRAVEGA HUJŠANJA ODRASLIH

Struktura nadgrajene delavnice zajema dva sklopa. Sklop 1 predstavlja *Uvodni modul*, sklop 2 pa *Motivacijski modul*.

Uvodni modul vključuje delavnični del, ki vsebuje preplet teoretičnih vsebin in večino prehrani, telesni dejavnosti in motivaciji ter srečanja telesne vadbe. Modul traja 18 tednov in vključuje 4 individualne posvete z udeležencem, 15 skupinskih srečanj, 2 testirani telesne pripravljenosti in 4 timske sestanke. Izvajajo ga diplomirana medicinska sestra, diplomirani dietetik, univerzitetni diplomirani psiholog in diplomirani fizioterapevt. Zdravnik je predviden kot strokovna podpora timu in se redno udeležuje timskih sestankov in udeležencem predstavi debelost kot bolezensko stanje ter posledice na zdravje. Testiranje telesne pripravljenosti in timski sestanki so v programu zdravega hujšanja novost. Predvsem slednji so namenjeni rednemu izmenjevanju informacij o napredku posameznega udeleženca med izvajalci v timu ter večji kakovosti izvajanja obravnave (Berlic, et al., 2018).

Motivacijski modul je namenjen udeležencem, ki so se predhodno udeleževali uvodnega modula in želijo dodatno podporo pri vzdrževanju sprememb življenjskega sloga oziroma dodatno motivacijo pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga. Modul sestavljajo tri skupinska srečanja, individualni posvet z diplomirano medicinsko sestro in diplomiranim fizioterapevtom ter testiranja telesne pripravljenosti. Prvo motivacijsko srečanje se izvede tri mesece, drugo šest mesecev in tretje dvanajst mesecev po zaključku uvodnega modula programa zdravega hujšanja (Berlic, et al., 2018).

Podrobnejša primerjava razlik med predhodno in nadgrajeno delavnico zdravega hujšanja je razvidna iz Tabele 1.

Tabela 1: Primerjava koncepta predhodne in nadgrajene delavnice zdravo hujšanje

Segment	Predhodnadelavnica zdravega hujšanja odraslih	Nadgrajena delavnica zdravega hujšanja odraslih
Cilj delavnice	Za 10 % znižati telesno maso.	Sprememba življenjskega sloga, ki se nanaša na zadostnost telesne dejavnosti in zdrave prehranjevalne navade.
Vključitveni kriterij	a) ITM > 30; b) ITM > 27,5 + 20 % SŽO*; c) ITM > 27,5 + KNB**.	a) ITM > 30; b) ITM > 27,5 + 20 % SŽO; c) ITM > 27,5 + KNB.
Velikost skupine	15 oseb.	10 oseb.
Trajanje programa	16 tednov.	18 tednov + enoletni motivacijski modul (3 motivacijska srečanja – prvi po 3. mesecih od zadnjega srečanja, drugi pol leta od zadnjega srečanja in tretji 12 mesecev od zadnjega srečanja).
Izvajalci	DMS*** in DFT****.	DMS, DFT, univerzitetni diplomirani psiholog, diplomirani dietetik***** in zdravnik*****.
Struktura programa	Skupinska srečanja: a) 1-krat na teden delavnično srečanje; b) 1-krat na teden vadbeno srečanje.	Skupinska srečanja: a) 1-krat na teden delavnično srečanje; b) 1-krat na teden telesna vadba. Individualni posveti: a) z DMS (meritve), b) z DFT (testiranje telesne pripravljenosti). Timski sestanki: DMS, DFT, psiholog, diplomirani dietetik***** in zdravnik*****.
Vsebina	Časovno krajša srečanja. Vsebina je vključevala: prehrano, telesno dejavnost in v treh srečanjih vpletene vsebine s področja motivacije.	Prvi mesec in pol so srečanja časovno obsežnejša, saj ljudje pridobivajo znanja in veščine. Vsebine s področij prehrane, telesne dejavnosti ter motivacijske vsebine so bolj enakomerno razporejene skozi program. Vključeno je tudi testiranje telesne pripravljenosti. Psihološke vsebine so nadgrajene še z dodatnimi vsebinami, npr. čustvovanje.
Metode dela	Pristopi so se med zdravstvenimi domovi zelo razlikovali.	Poenoten način dela. Poudarek na delavničnem oziroma izkustvenem učenju.

Gradiva	<p>Za izvajalce gradiv ni bilo.</p> <p>Za udeležence je obstajal delovni zvezek »Okus po zdravem«.</p>	<p>Priročniki za izvajalce:</p> <p>a) priročnik s strukturo (po posameznih srečanjih);</p> <p>b) teoretični priročnik o zdravi prehrani;</p> <p>c) teoretični priročnik za psihološko podporo pri spreminjanju;</p> <p>d) priročnika s protokoli izvedbe testiranj telesne pripravljenosti.</p> <p>Gradiva za udeležence:</p> <p>a) delovni zvezek za udeležence programa;</p> <p>b) »Moj dnevnik prehranjevanja in telesne dejavnosti«;</p> <p>c) orodje za preverjanje vztrajanja pri vzdrževanju stanja med zaključnimi srečanji in motivacijskim srečanji.</p>
Usposabljanja	Osnovna CINDI delavnica in implementacijska CINDI delavnica.	<p>Nadgrajena in ciljana usposabljanja za izvajalce s poudarkom na:</p> <p>a) tehnikah delavničnega dela (vključno z motivacijskim pogovorom);</p> <p>b) bolj izkustvenem podajanju vsebin izvajalca s področij telesne dejavnosti, prehrane in komunikacije itd.</p>
Spremljanje	<p>Spremljanje prisotnosti: evidenčni list.</p> <p>Spremljanje posameznika: vprašalnik, ki se ga vodeno izpolnjuje na skupinskem srečanju na začetku in na koncu delavnice.</p> <p>Baza podatkov in hranjenje vprašalnikov: do 1. 7. 2014 so izvajalci vprašalnike pošiljali na NIJZ v papirni obliki, od 1. 7. 2014 pa spremljanje poteka preko sistema 1ka.</p> <p>Spremljanje zadovoljstva udeležencev: se spremlja – izpolnjenje vprašalnikov hranijo izvajalci.</p>	<p>Spremljanje prisotnosti: evidenčni list (enako kot v predhodnem programu).</p> <p>Spremljanje posameznika: nadgrajen in spremenjen vprašalnik, ki se ga s posameznikom izpolni na individualnem posvetu.</p> <p>Baza podatkov in hranjenje vprašalnikov: vpis v sistem 1ka.</p> <p>Spremljanje zadovoljstva udeležencev s programom: se spremlja – izpolnjene vprašalnike hranijo izvajalci.</p>

Legenda:

*Srčno-žilna ogroženost,

**kronične nenalezljive bolezni,

***diplomirana medicinska sestra,

****diplomirani fizioterapevt,

***** zdravnik in diplomirani dietetik samo v centrih za krepitev zdravja.

Vir: Berlic, 2018

DISKUSIJA

Debelost v najširšem smislu lahko preprečujemo s preventivnimi aktivnostmi, med katerimi imajo pomembno vlogo podporna okolja in skupnost. Slednje posamezniku lahko omogoča več zdravih izbir, ki posledično vplivajo tudi na telesno maso. Izredno velik vpliv na telesno maso ima ozaveščen posameznik, pomembno pa bi lahko prispevali tudi živilska industrija, omejevanje marketinga nezdravih prehranskih izbir ter večja dostopnost do zdrave prehrane v najrazličnejših okoljih, kjer živimo, se učimo ali delamo (World Health Organization, 2018). Problem nastane, ko je debelost že prisotna in je potrebno posamezniku zagotavljati obravnavo v zdravstvenem sistemu. Dandanes se v praksi pojavlja množica pristopov, ki lahko predstavljajo tudi tveganje za zdravje. Priporočila Evropskega združenja za klinično prehrano in metabolizem (angl. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) navajajo, da se za zdravljenje debelosti uporablja pet različnih metod: sprememba prehrane, vedenjska terapija, telesna dejavnost, farmakoterapija in operativni posegi. Prve tri metode so temelj vsakega programa hujšanja na podlagi negativne energijske bilance (Sobotka, 2011). Smernice NIJZ in odličnost v zdravstvu (National Institute for Health and Care Excellence) navaja, da morajo pristopi pri spreminjanju življenjskega sloga ljudi z debelostjo vključevati strategije, ki temeljijo na spremembah v obnašanju posameznika. Slednje vključuje večšine za spremljanje lastnega napredka, postavljanja ciljev, zmanjšanje energijskega vnosa, zagotavljanje podpore v skupnosti, kognitivne spremembe, preventivo pred relapsi in strategije za soočanje s ponovnim pridobivanjem telesne mase (NICE Guidelines, 2014). V okviru nadgradnje delavnice zdravega hujšanja, ki se izvaja v zdravstvenih domovih in kamor bolnike napotujejo diplomirane medicinske sestre oziroma zdravniki specialisti družinske medicine iz ambulant družinske medicine, smo vključili metode, ki temeljijo na postopnih in dolgoročnih spremembah življenjskega sloga. Pri tem so ključnega pomena vedenjsko-kognitivni pristopi, ki so usmerjeni k motiviranju posameznika ter večšine za spremembe življenjskega sloga osebe (Berlic, et al., 2018). Ob tem ne smemo zanemariti širšega okolja, ki ima na debelost ljudi z debelostjo pomemben vpliv in lahko pomembno zagotavlja podporo pri zmanjševanju problema debelosti (World Health Organization, 2018a).

ZAKLJUČEK

Na NIJZ se zavedamo, da debelost ni le bolezen oziroma dejavnik tveganja za različne kronične bolezni sodobnega časa, temveč gre za kompleksno

presnovno stanje, ki ima lahko za posledico različne zdravstvene posledice (vključno s podhranjenostjo in prehransko ogroženostjo). Pomemben je pristop zdravljenja, ki pri posamezniku ni vedno nujno povezan z zmanjšanjem telesne mase. Nepravilni pristopi obravnave debelosti namreč lahko vplivajo na izgubo mišične mase, kar je izredno nezaželeno. Želimo si, da bi Sloveniji v primarno zdravstveno dejavnost čimprej uvedli klinično prehransko pot vodenja osebe s prekomerno telesno maso in debelostjo, ki je bila v preteklih dveh letih že vzpostavljena. Slednje bi pomembno vplivalo na pravočasno zaježitev morebitne hranilne podhranjenosti (tudi pri osebah z debelostjo). Zavedati se moramo tudi, da je pri obravnavi tako kompleksnega metabolnega stanja nujno kontinuirano izobraževanje in usposabljanje vseh strokovnjakov, ki sodelujejo v timu. Prizadevati si moramo, da bomo tudi v prihodnje skrbeli za kontinuirano nadgradnjo delavnice zdravegahujšanja, kar bi doprineslo k večji kakovosti obravnave in življenja oseb, ki se soočajo s problemom debelosti.

LITERATURA

- Aune, D., Norat, T. & Vatten, L.J., 2014. Body mass index and the risk of gout: a systematic review and dose–response meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Nutrition*, 53(8), pp. 1591–1601.
- Aune, D., Navarro Rosenblatt, D.A., Chan, D.S.M., Vingeliene, S., Abar, L., Vieira, A.R., et al., 2015. Anthropometric factors and endometrial cancer risk: a systematic review and dose–response meta-analysis of prospective studies. *Annals of Oncology*, 26(8), pp.1635–1648.
- Berlic, N., 2018. *Pilotno testiranje nadgrajene delavnice hujšanja odraslih*. [online] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje., p.70. Available at: <<http://www.nijz.si>> [15.5.2018].
- Berlic, N., Poličnik, R., Petrič, M., Backović Juričan, A., Sedlar, N., Keršič Svetel, et al., 2018. *Priročnik za izvedbo delavnice zdravo hujšanje odraslih, navodila za izvajalce*. Prva izdaja ed. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10–112.
- Bray, G.A., Heisel, W.E., Afshin, A., Jensen, M.D., Dietz, W.H., Long, M. et al., 2018. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocrine Reviews*, 39(2), pp. 79–132.
- Canoy, D., Cairns, B.J., Balkwill, A., Wright, F.L., Green, J., Reeves, G. et al., 2013. Body mass index and incident coronary heart disease in women: a population-based prospective study. *BMC Medicine*, 11(1), p.87.
- Christopoulou-Aletra, H. & Papavramidou, N., 2004. Methods used by the hippocratic physicians for weight reduction. *World Journal of Surgery*, 28(5), pp.513–517.

-
- Clark, J.M., 2006. The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease in adults. *Journal of clinical gastroenterology*, 40, pp.S5–S10.
- Coccagna, G., Pollini, A. & Provini, F., 2006. Cardiovascular disorders and obstructive sleep apnea syndrome. *Clinical and Experimental Hypertension*, 28(3–4), pp.217–224.
- Colman, E., 2007. Dinitrophenol and obesity: An early twentieth-century regulatory dilemma. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 48(2), pp. 115–117.
- DeFronzo, R.A., Ferrannini, E., Groop, L., Henry, R.R., Herman, W.H., Holst, J.J., et al., 2015. Type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, p.15019.
- Flint Alan J., Hu Frank B., Glynn Robert J., Caspard Hervé, Manson JoAnn E., Willett Walter C. et al., 2012. Excess Weight and the Risk of Incident Coronary Heart Disease Among Men and Women. *Obesity*, 18(2), pp.377–383.
- Lamut, U., 2015. *Prenova programa za zdravo hujšanje odraslih. Evalvacija do sedanjega izvajanja programa s strani udeležencev in izvajalcev.*
- Nacionalni program primarne preventve srčno-žilnih bolezni, 2018. [online] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <<http://www.nijz.si/sl/nacionalni-program-primarne-preventive-srcno-zilnih-bolezni>> [15.5.2018].
- Neter, J.E., Stam, B.E., Kok, F.J., Grobbee, D.E. and Geleijnse, J.M., 2003. Influence of Weight Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension*, 42(5), pp.878–884.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E.C. et al., 2014. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), pp.766–781.
- NICE Guidelines, 2018. [online] *Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults.* Available at: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>> [25.5.2018].
- NIJZ, 2018. *Podatkovni portal. Determinante zdravja. Indeks telesne mase (EHIS_BMI).* [online] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <<https://podatki.nijz.si/>> [15.5.2018].
- Paul-Ebhohimhen, V. and Avenell, A., 2009. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. *Obesity Facts*, 2(1), pp.17–24.
- Rosner, B., Eliassen, A.H., Toriola, A.T., Hankinson, S.E., Willett, W.C., Natarajan, L. and Colditz, G.A., 2015. Short-term weight gain and breast cancer risk by hormone receptor classification among pre- and postmenopausal women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 150(3), pp.643–653.
- Sasai, H., Sairenchi, T., Iso, H., Irie, F., Otaka, E., Tanaka, K., Ota, H. and Muto, T., 2010. Relationship Between Obesity and Incident Diabetes in Middle-Aged and Older Japanese Adults: The Ibaraki Prefectural Health Study. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), pp.36–40.

-
- Sobotka, L. ed., 2011. Treatment of obesity. In: *Basics in clinical nutrition*, Fourth edition. [online] The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, p.694. Available at: <<http://www.espen.org/espen-blue-book>> [15.5.2018].
- Vaughn, A.E., Martin, C.L. and Ward, D.S., 2018. What matters most - what parents model or what parents eat? *Appetite*, 126, pp.102–107.
- Webster-Gandy, J., Madden, A. and Holdsworth, M., 2012. *Oxford Handbook of Nutrition and Dietetics*. 2nd ed. Oxford: Oxford University, pp. 418–429.
- World Health Organization, 2018a. [online] *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Available at: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>> [15.5.2018].
- World Health Organization, 2018b. *Obesity and overweight*. [online] World Health Organization. Available at: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>> [15.5.2018].

ZDRAVSTVENOVZGOJNO DELO V LOKALNI SKUPNOSTI S PRIMERI DOBRE PRAKSE

Slavica Mencingar, dipl. m. s.
ZD Gornja Radgona, Center za krepitev zdravja
slavica.mencingar@zd-gr.si

IZVLEČEK

Zdravstvenovzgojno delo v lokalni skupnosti postaja vse večja potreba, če že ne nuja, saj postaja breme kroničnih nenalezljivih bolezni tako v svetu, kot pri nas vse večji zdravstveni problem. Znano je, da poleg dejavnikov, na katere nimamo vpliva, kot so spol, starost in genetika, pridobimo večino omenjenih bolezni z nezdravim načinom življenja, torej z dejavniki, na katere s spremembo življenjskega sloga lahko vplivamo. Človek običajno postavlja med svoje najvišje vrednote prav zdravje. Vsak posameznik pa je tudi dolžan skrbeti za svoje zdravje, kar narekuje Zakon o pacientovih pravicah, ki navaja, da je za doseganje kakovostne in varne oskrbe posameznik dolžan dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja. Izvajalci zdravstvene vzgoje si prizadevajo, da bi vsak posameznik, pa tudi družba, sprejel zdravje za največjo vrednoto, da bi izoblikoval pozitivno stališče do zdravja in temu v življenju tudi sledil. Pri tem imajo veliko vlogo prav izvajalci zdravstvene vzgoje na primarni ravni zdravstvenega varstva, kamor spadajo tudi medicinske sestre, zaposlene v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja.

Ključne besede: *promocija zdravja, zdrav življenjski slog, medicinska sestra, primarna raven zdravstvenega varstva*

UVOD

Zdravje ni le odsotnost bolezni, temveč je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja. Po najnovejših spoznanjih Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje celovit sistem in skrb za zdravje ni le interes posameznika, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti. Za zdravje in kakovost življenja so vsekakor pomembne okoliščine, v katerih posameznik živi, življenjski slog in osebnostne lastnosti (<https://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje>, 11. 3. 2015).

Temu trendu sledimo izvajalci zdravstvene vzgoje na primarni ravni, ki se z vključevanjem v lokalno skupnost približamo tako posamezniku kot skupnosti, da lažje prepoznamo njihove potrebe po zdravstvenovzgojnem delu. Dandanes velik javnozdravstveni problem tako v Sloveniji kot drugod v drugih razvitih državah predstavljajo kronične nenalezljive bolezni (KNB), in sicer zaradi prevelikega števila prezgodnje obolevnosti in umrljivosti za njihovimi posledicami (Kersnik, 2010). Problem je res velik, vendar vemo, da na večino teh bolezni lahko vplivamo sami, z zdravim življenjskim slogom in s tem preprečimo nastanek KNB ali pa vsaj upočasnimo njihov razvoj (Maučec Zakotnik et al., 2012).

Da bi se bolj približali ljudem in jim pomagali pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga, se je Zdravstveni dom (ZD) Gornja Radgona prijavil na javni na razpis Ministrstva za zdravje z naslovom »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«. Ker smo bili na razpisu uspešni, bomo lahko zaposlili dodaten kader, ki se bo vključeval tudi v zdravstvenovzgojno delo v lokalni skupnosti. V centru za krepitev zdravja Gornja Radgona bomo na področju prehranskega svetovanja zaposlili diplomiranega dietetika, na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja diplomiranega kineziologa in diplomiranega fizioterapevta, na področju duševnega zdravja pa diplomiranega psihologa. Z nadgradnjo obstoječih struktur in programov se dejavnost zdravstvene vzgoje še bolj širi iz ustanove v lokalno skupnost, kot je sicer bila praksa že do sedaj.

Nadgradnje preventive, ki se bodo implementirale v projektu »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«, izhajajo iz projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje«. Cilj projekta Skupaj za zdravje, ki so ga v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 vodili na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ), je bil nadgradnja preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, zmanjševanje neenakosti v zdravju, vključevanje ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo (PZV) ter krepitev zdravja v lokalni skupnosti (Vrbovšek, Rebernik, 2017).

Namen prispevka je prikazati primere dobre prakse sodelovanja med lokalno skupnostjo in izvajalci zdravstvene vzgoje na primarni ravni.

PREVENTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V LOKALNI SKUPNOSTI

Eden od pogojev za kakovostno življenje prebivalcev je vzpostavitev pogleda na pojave v skupnosti, ki temelji na etiki skrbi. Ta pogled presega dilemo, ali naj imajo največji vpliv individualizirani posamezniki ali naj bo to močna skupnost (Mlinar, 1986). Deklaracija SZO iz Alma Alte (WHO, 1978) poudarja pravico prebivalcev do participacije pri planiranju in implementaciji varovanja zdravja na primarni ravni. Priporoča, da sodelovanje med akterji na lokalni ravni poteka na osnovi partnerstva. Z drugo besedo to pomeni, da je medicinska sestra z izvajanjem zdravstvene vzgoje eden od pomembnih partnerjev za zdravo lokalno skupnost.

Izvajalci zdravstvene vzgoje so prisotni v vzgojno-varstvenih ustanovah (vrtci, osnovne in srednje šole, mladinski klubi, delovne organizacije, društva in nevladne organizacije). Ti so:

- društva upokojencev naše upravne enote,
- osnovna organizacija Rdečega križa z vsemi pododbori,
- mladinski klubi in podobna združenja,
- medobčinska gasilska zveza,
- gasilska društva,
- Društvo diabetikov Gornja Radgona,
- koronarna društva,
- Društvo za osteoporozo Pomurja,
- Društvo podeželskih žena Gornja Radgona,
- športna društva,
- vse vzgojno-varstvene organizacije na območju upravne enote,
- varstveno-delovni centri, bivalne enote,
- policijska postaja,
- Urad za delo Gornja Radgona,
- Zavod za zaposlovanje RS,
- Zavod za pomoč družini na domu Vitica,
- Pomurski materinski dom,
- cerkev, verske skupnosti,
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

POT VSTOPANJA V LOKALNO SKUPNOST

V okviru svojega dela smo strokovnjaki iz Centra za krepitev zdravja Gornja Radgona prisotni na vseh večjih dogodkih, ki se dogajajo v širši lokalni skupnosti. Velikokrat nas povabijo organizatorji sami, v večini primerov pa sami izvajalci iščemo poti in načine, kako priti na dogodke in med ljudi.

Vsako leto pripravimo dan odprtih vrat ZD ali zdravstvene postaje. Ob tematskih dnevih zdravja pripravimo dogodke in o tem obveščamo z obvestili v čakalnicah, knjižnici, šoli, vrtcu, preko medijev in interneta. Velikokrat tudi tako mimogrede na cesti ali v trgovini kdo vpraša, če se lahko dogovorimo za kakšno predavanje. Poti in načinov, kako priti med ljudi, je kar veliko.

Poleg že stalnih in uveljavljenih vsebin, kot so zdrav življenjski slog, dejavniki tveganja za razvoj kroničnih bolezni, zdrava prehrana, pomen telesne dejavnosti za krepitev zdravja, duševno zdravje, razvade in pomen vključevanja v preventivne in presejalne programe (Svit, Dora, Zora), je še več aktualnih vsebin, ki jih v dogovoru s partnerji v lokalni skupnosti izvajamo:

- zdrava samopodoba,
- sončenje in kožni rak,
- kako se obvarujemo pred klopi in ukrepi ob piku,
- osteoporoza,
- demenca,
- izboljšanje imunske odpornosti in ukrepi pri prehladnih obolenjih,
- stres, naš vsakdanji spremljevalec,
- smeh za zdravje,
- zdrava spolnost,
- izogibanje oviram v stanovanju,
- prepoznavanje in ukrepanje ob nujnih stanjih,
- prikaz nordijske hoje,
- tehnike sproščanja,
- uporaba avtomatskih defibrilatorjev (AED) s temeljnimi postopki oživljanja.

Ker se v našem okolju širi mreža AED, smo tudi na tem področju aktivni v smislu ozaveščanja in izobraževanja laikov.

PRIMERI DOBRE PRAKSE

Primer 1

Vsako leto smo izvajalci zdravstvene vzgoje povabljeni na občne zборе upokoencev v naši upravni enoti. S predsednico društva se vedno sproti dogovorimo, katera tema bo predstavljena glede na aktualna dogajanja na področju zdravja v tekočem letu. Ker je bil slogan svetovnega dneva zdravja v letu 2017 »Depresija lahko prizadene vsakega izmed nas«, smo se dogovorili za izvedbo predavanja na to temo.

Predavanja se odvijajo po pozdravnem govoru in kulturnem programu, čaka pa jih še sprejem raznih poročil in sprejetje programa dela, zato je še toliko bolj pomembno, da je naša predstavitev kratka in jedrnata, saj jim drugače preveč pade koncentracija. Najprej smo predstavili nekaj splošnih dejstev o depresiji in kasneje še o depresiji v starosti. Ob koncu smo jim predstavili tudi načine, kako si lahko pomagajo in kje naj poiščejo pomoč. Prav tako smo jim dali kontaktne podatke našega centra za krepitev zdravja.

Tako se je zgodilo, da je dva dneva po predavanju z jokajočim glasom poklicala gospa, ki je bila prisotna na predavanju in prosila, če lahko pride na razgovor. Že med samim pogovorom po telefonu je povedala, da je popolnoma obupana in da razmišlja o samomoru. Menda ji je sosedka, ki je bila prav tako na predavanju, svetovala, naj pokliče v ZD medicinsko sestro, ki je predavala o depresiji. Pri pogovoru v centru za krepitev zdravja smo presodili, da je bila gospa v res težki situaciji in je nujno potrebovala strokovno pomoč. Zato smo ji svetovali, naj se takoj oglasi pri svojem zdravniku, ki je bil k sreči takrat v ZD.

Gospa je dovolila, da smo lahko šli z njo in zdravniku pojasnili situacijo. Zdravnik je ugotovil, da gospa do takrat ni bila nikoli zdravljena ali imela kakršne koli težave v duševnem zdravju. Po daljšem razgovoru in pomirjevalu, ki ga je dobila, sta se z zdravnikom dogovorila za sprejem v psihiatrični bolnišnici naslednji dan. Tja je bila odpeljana z reševalnim vozilom in ostala na zdravljenju več kot tri mesece. Že po dveh tednih nas je poklicala po telefonu in se zahvalila za pomoč, ki ji je bila nudena. Rekla je, da ne ve, kako bi se drugače končalo. Tudi po odpustu iz bolnišnice nas je poiskala in se prišla zahvaliti. Potem se je vključila še v delavnico »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«, ki je takrat potekala v ZD. Po delavnici smo jo usmerili v medgeneracijski center, ki deluje v našem mestu, in zdaj, ko se srečamo, je videti zadovoljna in umirjena. Tak razplet je tudi nam, izvajal-

cem zdravstvenovzgojnih programov, v ponos in zadoščenje ter motivacija za naše nadaljnje delo.

Primer 2

Sodelovanje na večjih dogodkih v lokalni skupnosti je za izvajalce zdravstvene vzgoje poseben izziv, saj nikoli ne vemo, kakšen bo odziv udeležencev. Vendar nas to ne odvrne od sodelovanja. Tako smo se odzvali povabilu na dogodek z dobrodelno noto, in sicer v izvedbi ene izmed verskih skupnosti v našem lokalnem okolju. S kolegicami medicinskimi sestrami smo pripravili večjo zdravstvenovzgojno stojnico, kjer smo imeli modele dojk in mod za prikaz pravilnega odkrivanja rakastih sprememb. Prav tako noben od takšnih dogodkov ne mine brez klasičnih meritev krvnega tlaka in krvnega sladkorja. Sicer je običaj, da na takšnih prireditvah vsak nekaj poje in popije, tako da težko govorimo o realnih rezultatih, vendarle pa predstavljajo orientacijo za naše svetovanje.

Udeležba na naši zdravstvenovzgojni stojnici je bila nad pričakovanji. Pri enem izmed udeležencev pa smo izmerili nenavadno visok krvni tlak. Gospod, ki je imel približno 55 let, je dejal, da ne jemlje nobenih zdravil in da nikoli ni imel težav s krvnim tlakom, se pa zadnje dni res nekoliko čudno počuti in ga tišči v prsih. Menil je, da to ni nič takega in da gre tako ali tako domov in bo jutri že boljše. S težavo smo ga prepričali, da ponovimo meritev čez pol ure, da naj se ta čas malo umiri in bomo kasneje znova preverili njegov krvni tlak. Naslednja meritev je pokazalo še višjo, že kritično mejo tako sistoličnega kot diastoličnega krvnega tlaka. Takoj smo ga napotili k dežurnemu zdravniku, ki smo ga predhodno seznanili z gospodovim stanjem. Gospodu so uspeli krvni tlak stabilizirati. Napotili so ga v bolnišnico, kjer so mu rekli, da je prišel zadnji čas in da bi bilo morebitno odlašanje zanj usodno.

Primer 3

Prav posebno sodelovanje imamo z eno izmed krajevnih skupnosti, kjer delujejo in se združujejo pod enim okriljem upokojenci, gasilci in krajevna organizacija Rdečega križa. Najprej smo začeli s telovadbo v njihovem gasilskem domu v okviru promocije zdravja v lokalni skupnosti. Pozneje smo tam izvedli delavnice Telesna dejavnost – gibanje, Tehnike sproščanja in Spoprijemanje s stresom. Nekaj njihovih udeleženk je potem nadaljevalo v poglobljenih delavnicah v našem zdravstvenovzgojnem centru. Vsako leto

prisostvujemo na medgeneracijskem srečanju, ki ga pripravijo. Izvedemo test hoje, meritve krvnega sladkorja, krvnega tlaka, holesterola in predavanja o takrat aktualni problematiki, ki se tiče zdravja. Ker imajo tam tudi svoj AED, vključimo tudi prikaz delovanja AED s temeljnimi postopki oživljanja. Dogodek se nadaljuje z družabnim srečanjem vseh sodelujočih, tako gasilcev, upokoencev in ostalih krajanov.

Kar nas je pri tej skupini še posebej navdušilo, je, da so v zimskem času udeleženske od doma nosile drva za ogrevanje dvorane gasilskega doma, samo da so lahko izvajale telesno dejavnost.

Torej gre za primer dobre prakse, ki spominja na čase, ko so si ljudje še vzeli čas za druženje in ko so informacije dobivali s predavanji različnih strokovnjakov po vaških skupnostih. Danes pa veliko ljudi misli, da že vse znajo oziroma lahko pogledajo na spletu. Pa tudi časa za podobne aktivnosti in druženje si ne vzamejo, zato je za nas, izvajalce zdravstvene vzgoje v lokalni skupnosti, zelo pomembno, da ohranjamo to vrsto sodelovanja z vsemi, ki si želijo.

Primer 4

Vsako leto, ko z območne enote NIJZ dobimo rezultate odzivnosti v Program Svit, za vsako občino v naši upravni enoti posebej pripravimo podatke za njihovo območje in slovensko povprečje, da lahko vidijo, kakšna je situacija v njihovi upravni enoti. Zraven dodamo tudi informacije o pomembnosti vključevanja v program in pripis, kje smo dosegljivi za dodatne informacije. Hkrati pozivamo k udeležbi v vseh ostalih preventivnih in presejalnih programih, ki so na voljo. Preko občinskih glasil tako pride najmanj enkrat letno v vsako gospodinjstvo opomnik za sodelovanje v teh programih. V zadnjem letu ali dveh, odkar smo ubrali to pot obveščanja, se je to pokazalo za zelo pozitivno, saj se vedno najde nekaj neodzivnikov, ki nas pokličejo in sprašujejo, kako se lahko naknadno vključijo, ker so ali pozabili ali pa se jim ni zdelo pomembno sodelovati. Potem se z vsakim posameznikom odločimo, glede na čas, koliko je do naslednjega poziva, ali počakajo ali pa pokličemo v Center Svit. Pred tem smo sicer obveščali tudi preko medijev, lokalnih časopisov, interneta in v čakalnicah, vendar ni bilo nikoli toliko odziva kot sedaj, ko se poslužujemo občinskih oglasnikov, ki pridejo v vsako gospodinjstvo. Marsikdaj nas pokličejo tudi tisti, ki so se odzvali povabilu, da se nam pohvalijo.

MNENJE DVEH UDELEŽENCEV AKTIVNOSTI PROMOCIJE ZDRAVJA V LOKALNI SKUPNOSTI IZ ZGORAJ OPISANIH PRIMEROV

Pomembno orodje za naše nadaljnje delo je tudi zadovoljstvo udeležencev, ki ga spremljamo tako s pomočjo evalvacijskih vprašalnikov kot z ustnimi sporočili. Včasih nam tudi kdo napiše kaj v zahvalo. Eno izmed zahval je poslala predsednica največjega društva upokojencev v naši lokalni skupnosti: »Zelo pomembno je, da se starejši seznanjajo s težavami, ki jih prinaša starost, in da znajo sami poskrbeti za svojo varnost in zdravje. Že nekaj let na tem področju sodelujemo z medicinsko sestro iz zdravstvenovzgojnega centra ZD Gornja Radgona, ki na poljuden in nam vsem razumljiv način naše člane podučí o preventivi na področju zdravja. Tako letno prisostvuje njenim predavanjem od 800 do 900 naših članov na različnih lokacijah. Člani našega društva upokojencev predavanja spremljajo pozorno in so zelo zadovoljni, saj je predavanje izvedeno na prijetni ravni in tako, da ga lahko razumejo vsi udeleženci, ker jim navsezadnje ustne informacije pomenijo več kot pisne zloženke. Tako plodnega sodelovanja si želimo tudi v bodoče«.

Drugi udeleženec, ki je prav tako preko predavanja v lokalni skupnosti prišel do nas in se kasneje tudi vključil v delavnice, pa je zapisal: »Postal sem upokojenec, vendar tudi to novo življenjsko obdobje ni bilo čisto tako, kot sem si ga predstavljal. Ni bilo le ‚uživancije‘ v obliki poležavanja ob dobri hrani in pijači, saj nas telo samo v tem obdobju opozarja, da moramo narediti nekaj tudi za svoje zdravje. V lokalnem časopisu sem zasledil, da društvo upokojencev pripravlja predavanje na temo »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«. Ker sem imel z depresijo v preteklosti že kar nekaj težav, sem se prijavil. Veste, boj z depresijo je kot da bi bil na fronti – dokler sovražnika ne poznaš, se ne moreš boriti proti njemu. Šele ko dobiš o njem osnovne podatke, se boj lahko začne. Vključil sem se v različne programe in delavnice, ki jih organizira ZD. Na koncu sem bil kar malo ponosen, ko sem prišel do zaključka, da ZMOREM! Zmorem se boriti proti kilogramom, zmorem se boriti proti depresiji in zmorem nekaj narediti za svoje zdravje. Vendar mi to brez informacij in pomoči zdravstvenega osebja ne bi uspelo. Lepo je, ko spoznaš, da so okrog tebe ljudje, ki so ti pripravljeni pomagati. Zaradi njih naša prihodnost zglada lepše«.

DISKUSIJA

Dobra osveščенost je še posebej pomembna pri posameznikih, ki že imajo prisotne dejavnike tveganja ali katere od kroničnih nenalezljivih bolezni. Bistvenega pomena je vsekakor prilagoditev življenjskega sloga, ki ugodno vpliva na njihovo bolezen (Kersnik, 2010). S tega vidika bi bila potrebna preusmeritev zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, predvsem v promocijo zdravja, preprečevanje ali učinkovitejše obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni (Maučec Zakotnik, 2012).

Seveda je za vse nas pomembno, da z zdravstvenovzgojnim delom pridemo tudi med zdravo populacijo, kar je navsezadnje tudi eden ključnih elementov preventivne dejavnosti. Medicinske sestre na primarni ravni smo prva vez s pacientom, ki vstopa v sistem zagotavljanja zdravstvenega varstva in oskrbe, ne glede na to, ali gre za otroke in mladostnike, za zdravstveno varstvo žensk in mater, odraslo populacijo ali starostnike. Smo glavna izvajalka zdravstvenovzgojnih programov tako v zavodu kot v širši lokalni skupnosti. In naš glavni cilj je ozaveščanje ljudi, tudi zdravih, saj so samo dobro informirani in motivirani posamezniki pripravljeni za spremembe življenjskega sloga ter prevzemanje odgovornost za lastno zdravje.

ZAKLJUČEK

Zdravstvenovzgojno delo v lokalni skupnosti in povezovanje vseh omejenih deležnikov za dobrobit in zdravje tako posameznika kot družine, otrok in mladine, starostnikov, ranljivih populacij ter aktivnega prebivalstva je pomembno bolj, kot se ta trenutek mogoče zavedamo. Vse skupaj zgleda, da je to tek na dolge proge, kar se tiče rezultatov, ki seveda ne pridejo čez noč.

Primerov dobre prakse našega dela v lokalni skupnosti se z leti nabere veliko, čeprav se o tem ne sliši tako pogosto. Mogoče smo medicinske sestre kot glavne izvajalke zdravstvene vzgoje v lokalni skupnosti preskromne in se ne znamo same pohvaliti in nagraditi. Če smo s svojim delom in vzgledom uspeli in pripomogli, da so posamezniki opustili nezdrave življenjske navade in začeli bolj zdravo živeti, smo lahko zelo zadovoljni in ponosni. Ko pa nam v okviru zdravstvenovzgojnega dela uspe prepoznati tudi kritične akutne situacije, pa je ves naš trud poplačan in tako naše delo dobi nov smisel in zagon.

LITERATURA

- Hoyer, S., 2005. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana, Slovenija: Visoka šola za zdravstvo.
- Kersnik, J., 2010. Kdo je kronični bolnik – medicinski vidik. In: E. Kavaš, M. Zrim, Z. Lebar & I. Šumak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik strokovnega seminarja 2010 Strokovni seminar, 19. 4. 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, pp. 11-16.
- Maučec Zakotnik, J., 2012. Povzetek. In: J. Maučec Zakotnik, et al., eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. V-VI.
- Mlinar, Z., 1986. Protislovja družbenega razvoja. Osamosvajanje in podružabljanje: od izključnosti k vzajemnosti. Ljubljana: Delavska enotnost.
- Vrbovšek S, Rebernik K, ur., 2017. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti. Ljubljana: NIJZ.
- WHO, 1978. Declaration of Alma – Ata. Dostopno na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.PDF, (17.11.2017).
(<http://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje>, 11.3.2015).
- Zaletel-Kragelj L., Eržen I., Premik M., 2007. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije, št. 33/2008.

PREHRANSKO SVETOVANJE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Metka Žitnik, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Ljubljana

IZVLEČEK

Medicinska sestra v ambulanti družinske medicine je po sedmih letih postala stalnica in nepogrešljiv del pri obravnavi opredeljenih pacientov. S svojim znanjem in svetovanjem ima še posebno velik doprinos k uvidu in spremembi načina življenja posameznika. Kot eden ključnih dejavnikov za veliko težav sem sodi tudi način prehranjevanja, pri katerem se v praksi pogosto opaža, da je postal problem pandemskih razsežnosti. Medicinska sestra se pri svojem delu srečuje z veliko ovirami. Upoštevati mora prehranske reference pacienta, zdravstvene ovire (kot npr. alergije na živila), verska prepričanja, poznati mora vse diete, ki so »trenutni hit«, in razumeti ideje in želje pacienta ter na koncu dneva vse to smiselno povezati v funkcionalno celoto, ki je potencialni korak k bolj zdravemu odnosu, načinu in razmišljanju pacienta o načinu prehranjevanja. Medicinska sestra je dodatno izobražena in opremljena z znanjem za svetovanje, obravnavo ter opolnomočenje pacienta, ne glede na zahtevnost opisane tematike. Namen prispevka je prikazati kompleksnost prehranskega svetovanja pacientu s strani medicinske sestre, zaposlene v ambulanti družinske medicine, njeno interdisciplinarno povezovanje in nadaljnje načrtno vodenje in spremljanje pacientovega napredka in uspešnosti pri izvajanju bolj zdravega načina prehranjevanja.

Ključne besede: prehranjevanje, opolnomočenost, promocija zdravja, zdrav način življenja

UVOD

V ambulanti družinske medicine (ADM) medicinska sestra (v nadaljevanju za oba spola enakovredno uporabljamo termin medicinska sestra za vse tiste, ki so končali visoko strokovno izobraževanje na področju zdravstvene nege) deluje v preventivni in kurativni dejavnosti. Čeprav se obe vrsti dejavnosti dogajata v istem okolju in z istim namenom, obstaja med njima več pomembnih razlik. Kurativna dejavnost obravnava stanja, ko pacient

sam išče zdravstveno pomoč, ker ga v to sili bolezen ali motnja, ki jo sam zazna kot bolezen. V ambulanto pride z občutkom, da je bolan in želi oditi zdrav. Nekateri pacienti pa prihajajo na pregled z občutkom, da so pravzaprav povsem zdravi (ali pa imajo katero od znanih obvladanih zdravstvenih stanj). S preventivnega pregleda pa lahko odhaja z občutkom, da je z njegovim zdravjem in načinom življenja, ki pogosto pripelje do težav, v resnici marsikaj narobe (Maučec Zakotnik & Štern, 2013). V večini primerov je s takim pacientom potrebno začeti aktivno delati ter mu na njemu razumljiv način predstaviti, kaj je zdrav način življenja in zakaj je pomemben za ohranitev, krepitev ali povrnitev njegovega zdravja.

Zdrav način življenja Škof in sodelavci (2010) opisujejo kot način življenja z izrazitimi vedenji, ki se v posameznikovem življenju pojavljajo konsistentno. Zdrav način življenja namreč opredeljuje dejavnosti, ki jih človek izvaja z namenom čim boljše kakovosti življenja.

Pogosto pa je pri pacientih opaziti, da so pri zagotavljanju zdravega načina življenja neučinkoviti. Veliko težav je opaziti v načinu prehranjevanja, čeprav je prehranjevanje ena izmed temeljnih življenjskih aktivnosti, ki je nujno potrebna za posameznikovo preživetje (Bregar & Verbič, 2009). Ta ni nujna le za obstoj in delovanje vseh telesnih funkcij, ampak so količina, vrsta hrane in prehranjevalne navade odločilne za celoten telesni razvoj (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2007). Prehranjevanje vpliva na telesno zmogljivost in zunanji videz, s tem pa tudi na človekovo zadovoljstvo s telesno podobo ter njegovo samopodobo v celoti (Bracar, et al., 2005; Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2007). Prehranjevalne navade iz mladosti se lahko prenašajo v kasnejše življenje (Bracar, et al., 2005). Težave s slabim načinom prehranjevanja pa se najpogosteje rešujejo v odrasli dobi, ko so le te že dodobra utrjene ali pa so že povzročile škodo na telesnem zdravju posameznika. V izogib težavam se paciente aktivno vabi na pregled k medicinski sestri v ADM, katere glavno poslanstvo je promocija zdravja in zdravega načina življenja, kamor spada tudi prehranjevanje.

Zdravstveni delavci in promocija zdravja sta dve komponenti, ki v interakciji tvorita dobro in učinkovito celoto, ki ima lahko velik doprinos za širšo družbeno in javno korist v smislu večanja oz. povrnitve in krepitev zdravja posameznika. V ta segment je možno umestiti tudi delo medicinske sestre v ADM. Pri svojem vsakdanjem delu s svetovanjem skupaj z dodatnimi napotitvami (z njene strani) v centre za krepitev zdravja (CKZ) dodatno pripomore k opolnomočenju pacienta, kar pa je tudi končni cilj vseh, ki de-

lajo v preventivnem ali kurativnem delu obravnave pacientov. Za vse to pa medicinska sestra potrebuje veliko dodatnega znanja, spretnosti in veščin. Olbort in sodelavci (2009) so v kvantitativni raziskavi ugotovili, da lahko kronične paciente samostojno in suvereno vodijo le tiste medicinske sestre, ki so opravile dodatno izobraževanje.

Namen prehranskega svetovanja v ADM je opolnomočenje pacienta. Beseda »opolnomočen« je bila v slovenščini prvotno pravniški pojem, ki se je uporabljal kot sinonim za besedo pooblaščen. Če naj bi bil pacient opolnomočen oziroma pooblaščen za svoje zdravje, potem je zanj tudi odgovoren (Tommasetti, et al., 2014). Opolnomočenost pacienta torej ne zagotavlja le pravic in možnosti, ampak tudi dolžnosti, odgovornosti in omejitve.

Dejansko gre v sistemu promocije zdravega načina prehranjevanja za pooblastitev, ne le krepitev moči pacientov, kar je tako pogosto poudarjeno. Pacient mora skrbeti za svoje zdravje (Hook, 2006). To pa je tudi naloga medicinske sestre, da ga tega zavedanja tudi ,’nauči‘‘ na nevsiljiv način.

Pri opolnomočenju gre torej za pooblastitev z vidika dolžnosti in odgovornosti za to dolžnost. To je veliko več kot ‘podelitev’ moči posameznikom, da se bodo za eno ali drugo vedenje, izbiro ipd. odločili brez posebnih posledic. Tako pacienta dobi v aktivno vlogo v procesu in je vključen v partnerski odnos (Tommasetti, et al., 2014).

Namen prispevka je prikazati, kako kompleksno je prehransko svetovanje pacientu ter kako iznajdljiva ter večča mora pri tem biti medicinska sestra, zaposlena v ADM. Namen je tudi prikazati, kako pomembna sta pri sami izvedbi prehranskega svetovanja dobro izobražena medicinska sestra in čas, ki ga porabi za svetovanje, saj mora v svoje delo vključiti veliko veščin, ki pacientu pomagajo pri uvedbi ali izvajanju sprememb v načinu prehranjevanja.

MEDICINSKA SESTRA IN NJENA AKTIVNA VLOGA V PROMOCIJI ZDRAVJA

Promocija zdravja je hibridni potomec, ki je nastal z združevanjem in prilagajanjem ved okolju, cilj česar je uspešnejši in učinkovitejši izid dejavnosti posameznika in konec koncev tudi širše družbe (Downie, et al., 1990 cited in Peršolja Černe, 2009).

V aktu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) je zapisano, da pod kompetence medicinskih sester štejemo tudi

promocijo zdravja, zdravstvenovzgojno delo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.

Zdravstveni delavci imamo v programu promocije zdravja pomembno in aktivno vlogo. Medicinska sestra v ADM s pomočjo zdravstvenovzgojnega procesa prenaša lastno znanje o zdravju na posameznika (Crabtree, et al., 2005). Medicinska sestra s prenosom izkušenj, znanja, stališč in s prakso vpliva na posameznikovo zdravje ter pripomore k ohranjanju in izboljšanju zdravja, kakovostni zdravstveni vzgoji in zdravstveni oskrbi v celoti in s tem posredno ali neposredno vpliva na celotno populacijo.

Promocija zdravja je vsako prizadevanje, usmerjeno v izboljšanje kakovosti zdravja in dobro počutje posameznikov, družin, skupin, skupnosti prek strategij, ki vključujejo podporna okolja, usklajevanje virov in spoštovanje osebne izbire in vrednot (Maville & Huerta, 2008). Pri promociji zdravja je potrebno izpostaviti dvoje: aktivno vlogo posameznika in delovanje družbenih struktur (Tommasetti, et al., 2014). S promocijo zdravja in aktivnim delom s pacientom nanj želimo zdravstvenovzgojno vplivati. Saj se lahko le zdravstveno vzgojen pacient zaveda pomembnosti potrebe po spremembi načina prehranjevanja.

Cilj zdravstvenovzgojnega dela je v posamezniku prebuditi odgovornost za lastno zdravje (Crabtree, et al., 2005). Za zavedanje lastne odgovornosti za zdravje so ključne tudi intervencije medicinske sestre. Ne samo da pacientu podaja svoje znanje, temveč se tudi povezuje z drugimi zdravstvenimi delavci (npr. v CKZ, v patronažni službi, z izbranim osebnim zdravnikom itn.). Pacienta napotuje na zdravstvenovzgojne delavnice, ki še dodatno pripomorejo pri promociji zdravja. Po zaključku le-teh pa ponovno preveri njegovo znanje ter izvedbo morebitnih uvedenih sprememb v načinu prehranjevanja. Z njim načrtuje ‚korake‘, ki bodo pacienta pripeljali do želenih rezultatov.

MEDICINSKA SESTRA KOT UČITELJICA

Cilj sodobne zdravstvene nege je samostojen pacient, ki zna skrbeti zase. Težnja k čim boljši kakovosti samooskrbe temelji na večji skrbi medicinske sestre za pacienta in na času, ki ga namenja učenju in svetovanju pacientu. To pa je ravno največja vrednost dela v ADM, saj je koncept dela medicinske sestre zastavljen na kakovostni obravnavi pacienta, kjer je na voljo

dovolj časa za pogovor in spoznavanje pacienta in njegovih navad. To sta ključna elementa za nadaljnji razvoj dogodkov.

Za vsako učenje je potreben čas in usposobljen »učitelj«. Učiteljica, svetovalka (ali kakorkoli že imenujemo medicinsko sestro) mora imeti za pacienta čas, pripomočke, prostor in določene kompetence. Za tako pomembno vlogo pri pacientu mora medicinska sestra imeti veliko dodatnega znanja (Eason, 2010).

Medicinska sestra v vlogi učiteljice je usmerjevalka, svetovalka in tista, ki naredi povzetek na koncu učenja, ki pohvali, razume in včasih pacientu nastavi tudi ogledalo (Žnidarec Žagar, 2000). Pogovor, svetovanje, napotitve, kontrolni pregledi ter aktivno delo s pacientom so pot do opolnomočenja pacienta, da je sam sposoben narediti premike k bolj zdravemu načinu življenja. Seveda znotraj zanj primernih okvirjev.

PREHRANSKO SVETOVANJE MEDICINSKE SESTRE

Medicinska sestra v ADM poskuša ob prvemu stiku s pacientom izvedeti čim več o njegovem načinu prehranjevanja. Med svojim delom mu zastavlja vprašanja, ki pacientu dopuščajo samostojno govorjenje o svojih prehrabnih navadah. Z vprašanji ga le usmerja (Žnidarec Žagar, 2000).

Pri svojem delu si medicinska sestra pomaga z razširjenim vprašalnikom o prehrani, ki jo vodi in ji je v veliko pomoč. Zaradi obsežnosti načina dela v ADM glede na dane protokole obravnave je ključnega pomena čas, ki si ga medicinska sestra lahko vzame za delo in svetovanje pacientu (Haidar, 2007).

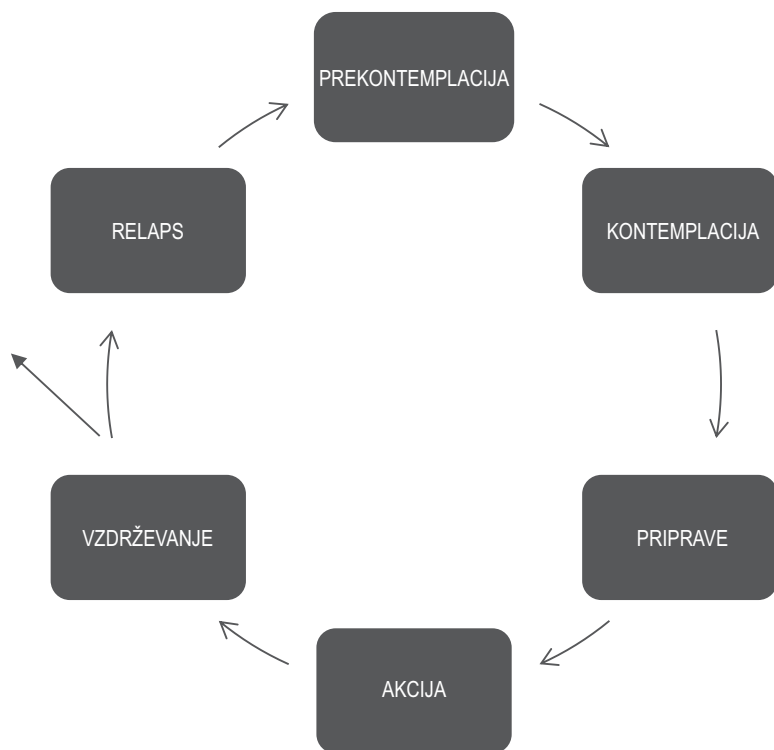
Sama mora biti dovolj usposobljena, da lahko zazna skrite težave ali pomanjkljivosti v prehrani pacienta. Le dovolj dodatno izobražena medicinska sestra je zmožna pacientu na njemu primeren način posredovati najboljše možne informacije in napotke (Olbort, 2009).

Pri svetovanju se medicinska sestra drži predpisanih smernic zdravega načina prehranjevanja. Pri svetovanju upošteva več stvari, tudi socialno-ekonomski status, verske navade, dietne potrebe zaradi drugih zdravstvenih stanj, ipd.

Po opravljenem pogovoru sledi načrt, ki ga postavitva skupaj s pacientom glede na njegovo trenutno stanje motivacije za spremembe. Za ugotovitev, v kateri fazi je pacient za izvedbo sprememb v načinu prehranjevanja, pa si

pomaga s transteoretičnim modelom spreminjanja vedenja DiClemente in Prochaska (1982) (slika 1).

Medicinska sestra pacienta tudi motivira za udeležbo na zdravstvenovzgojnih delavnicah in ga po potrebi napoti tudi v CKZ. Zdravstvenovzgojne delavnice mu mora znati tudi dobro predstaviti, predvsem pa mora jasno vedeti, kakšna je raven motiviranosti pacienta za udeležbo. Pacient tam pridobi dodatna znanja in potrebne veščine za uvedbo bolj zdravega načina prehranjevanja. V procesu pa je pomembno omeniti, kako pomembna je tudi empatija do pacienta. Nekateri pacienti v danem trenutku nimajo moči, da bi izvedli spremembo načina življenja. Včasih mora biti medicinska sestra tista, ki prva verjame, da je pacient tega res sposoben in mu s tem pomaga premostiti prve korake na poti zdravega načina prehranjevanja.



Slika 1: Teoretični model DiClemente in Prochaska – faze sprememb (DiClemente & Prochaska, 1982).

DISKUSIJA

Bolezni sodobne družbe kažejo, da pacient potrebuje več kot samo zdravnika, da je potrebna celostna obravnava in približevanje bolnemu in zdravemu človeku v okolju, v katerem živi (Bonney, et al., 2009). Zato je stik z medicinsko sestro v ADM za pacienta pogosto presenečenje, saj do sedaj ni bil navajen tako interaktivne vloge, kjer je on glavni govorec. Dober pogovor je po navadi takrat, kadar pacient govori več kot medicinska sestra, seveda z njenim vodenjem, in hkrati razume ter kritično pristopa k temi pogovora. Kar pomeni, da ji je uspelo s pacientom vzpostaviti zaupen odnos. Njena naloga je, da s svojim znanjem in veščinami komuniciranja postavlja vprašanja, s katerimi vodi pacienta in je aktivna poslušalka. Na prvem pregledu je njena naloga, da v danem času kar najbolje spozna pacienta, njegove navade, prepričanja, ideje in trenutne zmožnosti oz. motiviranost za spremembe načina prehranjevanja. Redsell in sodelavci (2007) v raziskavi nakažejo, da pacienti izkazujejo veliko zadovoljstva z obrnavo medicinske sestre in kot glavno komponento so izpostavili ravno čas, ki si ga vzame zanje in za pogovor z njimi. Haidar (2007) trdi, da pacienti medicinske sestre opisujejo kot bolj dostopne, saj uporabljajo bolj poljudne izraze namesto strokovnega žargona. Kot prednost navajajo tudi boljše poznavanje pacientovih življenjskih okoliščin, načina življenja in socialnega statusa. Kot je razvidno, je čas obravnave pomemben dejavnik pri obrnavi pacienta, saj zaupnega odnosa s pacientom ni mogoče doseči v sedmih minutah, kar je preračunano povprečje časa, ki ga zdravnik družinske medicine porabi za obrnavo pacienta v ADM (Kersnik, 2000).

Medicinska sestra vedno svetuje v okviru pacientovih zmožnosti. Vsi ne morejo imeti 5 obrokov dnevno, saj bi bilo to morda zanje preveč obremenjujoče, čeprav je to zlati standard smernic zdravega načina prehranjevanja (Hlastan Ribič, 2009). Ravno tako se mora na podlagi slišane prilagoditi tudi glede vnosa živil. Čedalje več je alergij, povezanih s hrano, diet zaradi drugih zdravstvenih stanj. Pri svojem delu si lahko pomaga tudi s tedenskimi dnevnikom prehrane pacienta. Slaba stran tega je, da mora biti pacient za pisanje prehranskega dnevnika motiviran ter da je pisanje tega, kaj vsak dan je, zelo zahtevno in tega ne zmorejo vsi.

Dobro poučen pacient je prvi pogoj za njegovo suvereno delovanje, a to ni dovolj, da bi bilo posamezniku, ki ve in zna, hkrati omogočeno, da skladno s tem tudi deluje. Tu ima medicinska sestra v ADM ključno vlogo, saj

s svojim znanjem in kontinuiranim načinom dela lahko zagotovi pacientu vse potrebne in verodostojne informacije in znanje, ki so zanj potrebne v ključnih trenutkih njegovega odločanja za uvedbo spremembe v načinu življenja in izvedbo le-te (Olbort, et al. 2009). Schermer in sodelavci (2008) trdijo, da ima posvet z medicinsko sestro velik vpliv na spremembo načina prehranjevanja ali vsaj spremembo pacientovega razmišljanja.

Medicinska sestra je povezovalni člen med pacientom, zdravnikom, centrom za krepitev zdravja in ostalimi zdravstvenimi službami. Celostni pristop je tisti, od katerega lahko pričakujemo opolnomočenega pacienta, zmožnega sprememb. Skupaj smo močnejši. Hkrati pa kot organizatorica svojega dela skrbi tudi za redne kontrole pacienta, kjer vsakokrat preveri, kakšen je način prehranjevanja pacienta ter vedno znova načrtuje, motivira in zdravstveno vzgaja pacienta, da je le-ta lahko najbolj uspešen in suveren pri svojih spremembah ali vzdrževanju zdravstvenega stanja.

ZAKLJUČEK

Medicinska sestra mora imeti res širok nabor znanj in veščin, saj je od tega v veliki meri odvisen tudi izid pri pacientu. V veliko pomoč so pacientu res dobro dodatno izobražene medicinske sestre, ki si lahko vzamejo čas za delo z njim. Potrebno bi bilo razmisliti o dodatnih načrtnih izobraževanjih, saj se zahteve in kompleksnost sodobne družbe glede prehranjevanja povečujejo.

Prehransko svetovanje medicinske sestre je pri določenih pacientih zelo oteženo, saj imajo zaradi komorbidnih stanj velikokrat več prehranskih zahtev in potreb po izločitvi več določenih živil, ki se lahko medsebojno izključujejo. Smernice, ki bi vključevale več različnih diet, vezanih na določena zdravstvena stanja (npr. putika, sladkorna bolezen, hiperholesterolemija ipd.), bi jim bile v zelo veliko pomoč pri svetovanju. Kot zelo pozitiven element pa je potrebno izpostaviti čas za obravnavo pacienta, saj le na tak način lahko zagotavljajo kakovostno obravnavo, kar je bila prvotna ideja novega načina dela v ADM.

LITERATURA

- Brcar, P., Blenkuš Gabrijelčič, M., Koprivnikar, H., Hafner, A., Koren, et al., 2005. *Zdrav življenjski slog srednješolcev*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 7–66.

-
- Bregar, B. & Verbič, M., 2009. *Zdravstvena nega pacienta odvisnega od prepovedanih drog*. Ljubljana: Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, pp. 155–162.
- Bonney, A., Phillipson, L., Reis, S., Jones, S.C., Iverson, D., 2009. Patients' attitudes to general practice registrars: a review of the literature. *Education for Primary Care*, 20(5), pp. 371–378.
- Crabtree, B.F., Miller, W.L., Tallia, A.F., Cohen, D.J., DiCicco-Bloom, B., McIlvain, H.E., et al., 2005. Delivery of clinical preventive services in family medicine offices. *Annals of Family Medicine*, 3(5), pp. 430–435.
- DiClemente, C.C., & Prochaska, J.O., 1982. Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, pp. 133–142.
- Eason, T., 2010. Life long learning: Fostering a culture of curiosity. *Creative Nursing*, 16(4), pp. 155–159.
- Haidar, E., 2007. Role of the advanced nurse practitioner in prescribing and general practice. *Nurse Prescribing*, 5(2), pp. 74–78.
- Hlastan Ribič, C., 2009. *Uvod v prehrano: učbenik za študente medicine in stomatologije*. [pdf] Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta: Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/0c25dbf8ab6ae9111bd-98430c04328f2.pdf> [22.5.2018]
- Hook, M., 2006. Partnering with patients – a concept ready for action, *Journal of Advanced Nursing*, 56 (2), pp. 133–143
- Kersnik, J., 2000. An evaluation of patient satisfaction with family practise care in Slovenia. *International Journal for Quality in Healthcare* 12, pp. 143–147.
- Maučec-Zakotnik, J., & Štern, B., 2013. *Vloga diplomirane medicinske sestre v preventivni dejavnosti referenčne ambulante*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih boleznih, Oddelek za kronične bolezni.
- Maville, J. in Huerta, C., 2008. *Health Promotion in Nursing*. 3rd ed. Delmar: Cengage Learning, pp. 58–67
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2007. *Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje: Zdrav življenjski slog*. [pdf] Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. Available at: http://www.iss.gov.si/si/predstavitve_in_porocila/letna_porocila/ [22.5.2018].
- Olbort, R., Mahler, C., Campbell, S., Reuschenbach, B., Müller-Tasch, T., Szecsenyi, J., et al., 2009. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), pp. 799–808.
- Peršolja Černe, M., 2009. Kakovost promocije zdravja na delovnem mestu z vidika proaktivnosti za zdravje: *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45, (1), pp. 5–14.
- Redsell, S., Jackson, C., Stokes, T., Hastings, A., Baker, R., 2007. Patient expectations of 'first-contact care' consultations with nurse and general practitioners in primary care. *Quality in Primary Care*, 15,(1), pp.5–10.

-
- Schermer, T., Van Weel, C., Barten, F., Buffels, J., Chavannes, N., Kardas, P., et al., 2008. Prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care: position paper of the European forum for primary care. *Quality in Primary Care*, 16(5), pp. 363–377.
- Škof, B., Tomori, M., Stergar, E., Stepančič, D., Čuk, I. & Pišot, R., 2010. *Spravimo se v gibanje – za zdravje in srečo gre: kako do boljše telesne zmogljivosti slovenske mladine?* Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Tommasetti, A., Troisi, O., Cosimat, S., 2014. Patient Empowerment and Health Online Community: two ways to give the new viability doctor-patient relationship. *Communitania: International Journal of Social Work and Social Sciences*, 8, (1), pp. 9–23.
- Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008.* [pdf] Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf [22.5.2018]
- Žnidarec Žagar, L., 2000. Vzgojno-izobraževalna vloga medicinske sestre. *Andragoška spoznanja*, 6(2), pp. 85–92

ŠOLSKI PREVENTIVNI PROGRAM *TO SEM JAZ*: RAZVOJ SOCIALNO-EMOCIONALNIH KOMPETENC IN IZZIVI PREVENTIVNEGA DELOVANJA V ŠOLSKEM KONTEKSTU

THIS IS ME SCHOOL PREVENTION PROGRAMME: THE DEVELOPMENT OF SOCIAL AND EMOTIONAL COMPETENCIES AND THE CHALLENGES OF PREVENTION WORK IN SCHOOL ENVIRONMENT

Nataša Sedlar Kobe, Nacionalni inštitut za javno zdravje, natasa.sedlar@nijz.si

Ksenija Lekić, Nacionalni inštitut za javno zdravje, ksenija.lekic@nijz.si

*Nuša Konec Juričić, Nacionalni inštitut za javno zdravje,
nusa.konec-juricic@nijz.si*

*Alenka Tacol, Nacionalni inštitut za javno zdravje (zunanja sodelavka),
alenka.tacol@guest.arnes.si*

Petra Tratnjek, Nacionalni inštitut za javno zdravje, petra.tratnjek@nijz.si

Domen Kralj, Nacionalni inštitut za javno zdravje, domen.kralj@nijz.si

POVZETEK

*Preventivni program *To sem jaz*, vzpostavljen na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, je primer dobre prakse javnozdravstvenega pristopa h krepitvi duševnega zdravja mladostnikov. V Sloveniji je začel že leta 2001. Temelji na izvajanju spletne informativno-svetovalne dejavnosti ter šolskih preventivnih delavnic po konceptu 10 korakov do boljše samopodobe. Slednje so bile razvite na podlagi izstopajočih problemov, o katerih so poročali mladostniki, in obsegajo aktivnosti, ki podpirajo razvoj stabilne samopodobe mladostnikov. Ker delavnice omogočajo razvoj kompetenc, usmerjenih v zmanjševanje dejavnikov tveganja ter krepitev zaščitnih dejavnikov za uspešno psihosocialno prilagajanje, jih bomo v prispevku umestili v okvir socialno-*

Z dovoljenjem urednikov zbornika, ki je izšel ob Mednarodni konferenci EDU vision 2017 z naslovom »Sodobni pristopi poučevanja prihajajočih generacij«, ponovno objavljamo prispevek z naslovom ŠOLSKI PREVENTIVNI PROGRAM *TO SEM JAZ*: RAZVOJ SOCIALNO-EMOCIONALNIH KOMPETENC IN IZZIVI PREVENTIVNEGA DELOVANJA V ŠOLSKEM KONTEKSTU. Članek je bil objavljen v Zborniku prispevkov EDUvision 2017 __COBISS.SI-ID = 293894912 ISBN 978-961-94307-2-9 (pdf)

Dosegljiv je na spletni strani: www.eduvision.si/zbornik-prispevkov [1] _

-emocionalnega učenja ter prikazali, katere socialno-emocionalne kompetence naslavljajo posamezna srečanja oziroma preventivne delavnice. Obenem bomo predstavili nekatere podatke o dosedanjem preventivnem delovanju v šolskem kontekstu, ki kažejo na to, da je program v zadnjih letih v Sloveniji močno zaživel; izvedenih je bilo več kot 6.000 preventivnih delavnic, v katere je bilo na letni ravni v povprečju vključenih približno 10.000 mladostnikov. Pedagoški delavci so program sprejeli pozitivno in prepoznajo njegove koristi. V prispevku bomo izpostavili tudi ključne pomanjkljivosti in izzive, s katerimi se srečujejo izvajalci in koordinatorji programa, ki se nanašajo predvsem na težave pri usklajevanju izvajanja preventivnih delavnic s fiksnim šolskim kurikulumom. Sistemska umeščenost programa v šolsko delo, ki bi omogočala dosledno in sistematično izvajanje celostnega koncepta preventivnih delavnic, bi lahko bistveno doprinesla k dvigu organizirane skrbi za duševno zdravje mladostnikov v slovenskih šolah.

Ključne besede: mladostništvo, krepitev duševnega zdravja, šolski preventivni program, socialno-emocionalne kompetence

ABSTRACT

This is Me school prevention programme runs in the framework of National Institute of Public Health and it represents a good practice example as a public health approach to the promotion of mental health in adolescents. It started to run in 2001 in Slovenia. It is based on the implementation of online informative-counselling service and school prevention workshops following the concept of *10 steps toward better self-image*. The latter were developed based on the striking problems, reported by adolescents, and they comprise of activities, which support the development of a stable self-image in adolescents. Since these workshops enable the development of competencies, oriented in reducing risk factors and promoting protective factors for successful psychosocial adaptation, we will describe them in the framework of social and emotional learning and show, which social and emotional competencies are addressed by individual workshops. Simultaneously, we will present some data on the prevention activities in school environment up to this point, which show that the programme runs very well in Slovenia; more than 6,000 prevention workshops have been implemented and yearly approximately 10,000 adolescents have participated. School workers accepted the programme as positive and they recognize its benefits. In our article, we will also present

key shortages and challenges, which coordinators and implementers of the programme are faced with and are mostly related to problems with the harmonization of workshops with the fixed school curricula. Systemic placement of the programme in the curricula would enable consistent and systematic implementation of all prevention workshops and could largely contribute to organized care for mental health of adolescents in Slovenian schools.

Keywords: adolescents, mental health promotion, school prevention programme, social and emotional competencies

1. UVOD

1.1 Pomen krepitve duševnega zdravja v mladostništvu

Mladostništvo je pomembno razvojno obdobje, v katerem je krepitev duševnega zdravja bistvenega pomena - tako z vidika podpore mladostnikom pri bolj učinkovitem spoprijemanju s šolskimi in socialnimi stresnimi situacijami ter obremenitvami kot tudi z vidika preprečevanja težav v duševnem in telesnem zdravju v mladostništvu ter v kasnejših obdobjih življenja.

Rezultati mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC) med 11-, 13- in 15-letniki, ki je bila izvedena leta 2014, so sicer spodbudni - večina mladostnikov svoje zdravje ocenjuje kot odlično ali dobro, zadovoljni so s svojim življenjem in ne doživljajo psihosomatskih simptomov. Obenem je zaskrbljujoče, da je več kot desetina mladostnikov nezadovoljna s svojim življenjem, svoje zdravje ocenjuje kot slabo, slaba tretjina (27,9 %) obenem poroča o rednem doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov (nespečnost, nervoza, razdražljivost, glavobol, občutki potlačenosti, bolečine v križu, bolečine v želodcu). Hkrati skoraj 23 % mladostnikov poroča o občutkih depresivnosti v zadnjem letu, dobrih 15 % 15-letnikov pa je v zadnjih dvanajstih mesecih imelo tudi samomorilne misli (Jeriček Klanšček, idr., 2015). Tudi tvegana vedenja (kot so uporaba tobaka, alkohola, konoplje, izvajanje nasilja idr.), ki imajo lahko pomembne (negativne) učinke za zdravje in razvoj, so v mladostništvu v porastu; večina 15-letnikov (80,6 %) poroča, da je že pila alkoholne pijače, 40 % jih je že poskusilo kaditi tobak, vsak peti (21,1%) pa je že uporabil konopljo. Obenem približno vsak sedmi 15-letnik (13,9 %) pije alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, 13,1 % pa vsaj enkrat tedensko kadi tobak, pri čemer je predvsem zaskrbljujoče, da vsak šesti 15-letnik (16,6 %) navaja, da je prvič poizkusil cigarete v starosti 13 let ali manj (Jeriček Klanšček, idr., 2015).

1.2 Razvoj preventivnega programa *To sem jaz* kot odziv na izstopajoče probleme, s katerimi se srečujejo mladostniki

Ob prepoznavanju pomembnosti celovitih preventivnih dejavnosti na področju duševnega zdravja mladostnikov, so v letu 2001 na Oddelku za socialno medicino in promocijo zdravja Zavoda za zdravstveno varstvo Celje (današnji Nacionalni inštitut za javno zdravje) pristopili k razvoju programa, ki bi ustrezno odgovoril na aktualne probleme mladostnikov. Raziskava, izvedena med več kot 900 mladostniki iz celjske regije, je kot izstopajoče probleme, s katerimi se srečujejo mladostniki, osvetlila nizko samospoštovanje, slabo samopodobo, pomanjkanje optimizma, strah pred neuspehi in doživljanje življenjske praznine (Podkrajšek idr. 2001). Na podlagi teh ugotovitev so oblikovali program na področju varovanja duševnega zdravja *To sem jaz*, ki je usmerjen v krepitev pozitivne mladostnikove samopodobe kot vodilne opore med odraščanjem in mladim pomaga pri spoprijemanju z izzivi tega obdobja. Od samega začetka program temelji na dveh dopolnjujočih se javnozdravstvenih in komunikacijskih pristopih. Prvi je vezan na izvajanje spletne informativno-svetovalne dejavnosti, drugi pa na izvajanje šolske preventive.

Tabela 1: *Vodilna stebra preventivnega programa za mladostnike To sem jaz* (za podrobnejši opis razvoja in vsebine programa glej Lekić, Konec Juričič, Tacol in Tratnjek, 2013).

Izvajanje spletne informativno-svetovalne dejavnosti v spletni svetovalnici	<ul style="list-style-type: none">- Spletna svetovalnica www.tosemjaz.net.- Omogoča mladostnikom anonimen, javen, brezplačen in hiter dostop do strokovnega nasveta.- Leta 2014 izšla monografija <i>Srečanja na spletu</i>, ki naslavlja potrebe mladostnikov v kontekstu spletnega svetovanja (Lekić, Tratnjek, Konec Juričič in Cugmas, 2014).
Izvajanje preventivnih delavnic v šolskem okolju in izobraževanje pedagoških delavcev	<ul style="list-style-type: none">- Implementacija preventivnih delavnic za razvijanje samopodobe in socialnih veščin v šolskem okolju.- Delavnice so namenjene mladostnikom, starim od 13 do 17 let.- Od leta 2011 poteka delo po konceptu in priročniku <i>10 korakov do boljše samopodobe</i> (Tacol, 2011; Lekić, Tacol, Tratnjek in Konec Juričič, 2011).

1.3 Preventivne delavnice *To sem jaz* za razvijanje socialno-emocionalnih kompetenc

Preventivne delavnice po konceptu *10 korakov do boljše samopodobe* (Tacol, 2011) obsegajo deset srečanj, ki se nanašajo na deset korakov do

boljše samopodobe. Nastale so kot nadgradnja spletnega komuniciranja z mladimi, s ciljem preventivnega delovanja v šolskem okolju. Namenjene so mladostnikom, starim od 13 do 17 let, njihova umestitev v šolski kontekst pa je dodatno smiselna zato, ker šole predstavljajo okolje, v katerem je mogoče zajeti celotno populacijo mladostnikov – kar pomeni, da je mogoče zmanjšati tveganje za razvoj težav v duševnem zdravju in krepiti dobro počutje mladostnikov, še preden se težave razvijejo. S tem izhodiščem program sledi ideji univerzalne preventive.

Vsako izmed desetih srečanj programa *To sem jaz* naslavlja eno izmed pomembnih področij mladostnikovega doživljanja in vedenja (samospoštovanje, unikatna individualnost itd. - za pregled glej Tabelo 3.), pri čemer obsega aktivnosti, ki podpirajo razvoj stabilne samopodobe. Tudi številne tuje študije (Mann, Hosman, Schaalma in de Vries, 2004) potrjujejo pomembno preventivno vlogo krepitve pozitivne samopodobe mladostnikov. Slaba samopodoba namreč predstavlja dejavnik tveganja za razvoj različnih težav v duševnem zdravju (depresija, tesnoba, motnje hranjenja) ter tveganih vedenj pri mladostnikih (nasilje, zloraba alkohola in drog itd.), medtem ko pozitivna samopodoba predstavlja zaščitni dejavnik pri razvoju tovrstnih težav. Aktivnosti preventivnih delavnic so usmerjene v krepitev socialno-komunikacijskih veščin, ki mladostnikom omogočajo učinkovitejše spoprijemanje z izzivi odraščanja ter jim pomagajo graditi kakovostnejše odnose in večjo osebnostno čvrstost. Ker gre pri tem za razvoj kompetenc, usmerjenih v zmanjševanje dejavnikov tveganja in krepitev zaščitnih dejavnikov za uspešno psihosocialno prilagajanje (Benson, 2006), ter so aktivnosti prilagajene razvojnemu obdobju mladostništva, lahko preventivne delavnice *To sem jaz* umeščamo v okvir **socialnega in emocionalnega učenja** (ang. SEL – social and emotional learning).

Socialno in emocionalno učenje je proces, skozi katerega otroci, mladostniki ali odrasli pridobivajo temeljne socialno-emocionalne kompetence na petih med seboj povezanih področjih: samozavedanje, samouravnavanje, socialno zavedanje, odnosne spretnosti in odgovorno sprejemanje odločitev (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor in Schellinger, 2011; Elias idr., 1997; Payton idr., 2000). Ker se pozitiven učinek razvoja omenjenih kompetenc kaže tako na področju učnih dosežkov kot tudi pri zmanjševanju tesnobe in agresivnega vedenja (Greenberg, Weissberg, O'Brien in Elias, 2003), se različni programi socialno-emocionalnega učenja v zadnjih letih širijo v šolsko prakso.

Tabela 2: *Temeljne socialno-emocionalne kompetence, ki jih razvijamo v okviru socialno-emocionalnega učenja (CASEL, 2012).*

SAMOZAVEDANJE	
Zmožnost točne prepoznave lastnih misli, čustev in vrednot ter razumevanje njihovega vpliva na vedenje. Ustrezna samozaznava lastnih sposobnosti (močnih in šibkih področij), ki temelji na zaupanju vase, optimizmu in naravnosti k osebnostnemu razvoju.	<ul style="list-style-type: none"> • Prepoznavanje in poimenovanje čustev. • Ustrezna samozaznava. • Prepoznavanje lastnih močnih področij. • Samozaupanje. • Samoučinkovitost.
SAMOURAVNAVANJE	
Zmožnost učinkovitega uravnavanja lastnih misli, čustev in vedenj v raznolikih situacijah – učinkovito spoprijemanje s stresom, nadzor impulzov, samomotivacija in samodisciplina. Zmožnost postavljanja osebnih in učnih ciljev in delovanja v smeri njihovega doseganja.	<ul style="list-style-type: none"> • Nadzor impulzov in uravnavanje čustev, misli, vedenj. • Spoprijemanje s stresom. • Samodisciplina. • Samomotivacija. • Postavljanje ciljev. • Organizacijske spretnosti.
SOCIALNO ZAVEDANJE	
Zmožnost doživljanja empatije in zavzemanja perspektive drugega, tudi tistih, ki izhajajo iz drugačnih sociokulturnih ozadij. Zmožnost razumevanja socialnih in etičnih norm vedenja in prepoznavanje ter pozitivno vrednotenje virov znotraj družine, šole, skupnosti, ...	<ul style="list-style-type: none"> • Zavzemanje perspektive drugega. • Empatija. • Sprejemanje in pozitivno vrednotenje raznolikosti. • Spoštovanje drugih.
ODNOSNE SPRETNOSTI	
Zmožnost vzpostavljanja in ohranjanja pozitivnih in stabilnih odnosov z različnimi posamezniki in skupinami. Zmožnost jasnega komuniciranja, poslušanja drugih, sodelovanja z drugimi, upiranja negativnim pritiskom drugih, obvladovanja konfliktov, iskanja oz. nudenje pomoči, ko jo potrebujemo oz. jo potrebujejo drugi.	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikacijske kompetence. • Socialna vključenost. • Vzpostavljanje odnosov. • Timsko delo.
ODGOVORNO SPREJEMANJE ODLOČITEV	
Zmožnost sprejemanja konstruktivnih in spoštljivih odločitev v zvezi z lastnim vedenjem in socialnimi interakcijami glede na osebno, moralno in etično odgovornost. Realistično vrednotenje posledic različnih dejanj in upoštevanje dobrobiti sebe in drugih pri sprejemanju le-teh.	<ul style="list-style-type: none"> • Prepoznavanje problemov. • Analiziranje situacij. • Reševanje problemov. • Vrednotenje in presojanje. • Reflektiranje. • Osebna, moralna, etična odgovornost.

1.4 Namen prispevka

V prispevku bomo osvetlili vsebino posameznih srečanj preventivnih delavnic *To sem jaz* z vidika učenja socialno-emocionalnih kompetenc. Obenem bomo predstavili nekatere do sedaj zbrane podatke o dosedanjem preventivnem delovanju v šolskem kontekstu - tj. skupnem številu izvedenih delavnic, številu vključenih mladostnikov in izobraževalnih zavodov, umestitvi izvajanja delavnic v okvir šolskega urnika ter vplivu delavnic na pedagoško delo, kot ga zaznavajo učitelji.

2. OSREDNJI DEL

Aktivnosti v okviru šolskega preventivnega programa *To sem jaz* so bile razvite na podlagi izstopajočih problemov, na katere so opozorili mladostniki. Obenem so usmerjene v razvoj kompetenc, ki pripomorejo k zmanjševanju dejavnikov tveganja in krejitvi zaščitnih dejavnikov za uspešno psihosocialno prilagajanje mladostnikov, kar jih umešča v okvir socialno-emocionalnega učenja.

V nadaljevanju prikazujemo v Tabeli 3 podrobnejše cilje in vsebino posameznega srečanja delavnic ter ključne socialno-emocionalne kompetence (po modelu, ki ga predlaga CASEL, 2012), ki jih naslavlja posamezno srečanje.

Tabela 3: *Vsebine posameznih delavnic (za podrobnejši opis glej Tacol, 2011) in glavne socialno-emocionalne kompetence, ki jih razvijajo.*

Naslov	Podrobnejši opis delavnice	Ključne socialno-emocionalne kompetence (CASEL, 2012)
1. delavnica: <i>Spoštujem se in se sprejemam</i>	<u>Cilj:</u> Krepitev spoštovanja do samega sebe; utrjevanje pozitivnih prepričanj o sebi in razvijanje zaupanja v lastno vrednost. <u>Vsebina:</u> Mladostniki se usmerjajo v svoje dobre lastnosti s pomočjo pozitivnih trditvev o sebi in na osnovi pozitivnih mnenj, ki jih o njih izrekajo sošolci.	Prepoznavanje lastnih močnih področij, samozaupanje, sprejemanje in pozitivno vrednotenje raznolikosti, spoštovanje drugih.
2. delavnica: <i>Postavljam si cilje in si prizadevam, da bi jih dosegel</i>	<u>Cilj:</u> Razvijanje občutka sposobnosti, učinkovitosti, zadovoljstva s seboj in občutka, da je življenje smiselno. <u>Vsebina:</u> Mladostniki se spoznavajo z različnimi vrstami ciljev (previsoki, prenizki) pri čemer je poudarek na postavljanju realnih ciljev in razumevanju, katera dejanja so potrebna za doseg cilja. Postavljanje ciljev in prizadevanje za njihovo uresničitev vpliva pozitivno na občutke lastne vrednosti.	Samoučinkovitost, samomotivacija, samodisciplina, analiziranje situacij, postavljanje ciljev, reševanje problemov, vrednotenje in presojanje, reflektiranje.

<p>3. delavnica: Sodelujem z drugimi, jih sprejemam, imam prijatelje</p>	<p><u>Cilj</u>: Utrjevanje občutkov pripadnosti skupini, spodbujanje odprtosti in sprejemanje drugih, razvijanje sposobnosti empatije in sprejemanja kompromisov, utrjevanje občutkov lastne vrednosti in zavedanja svojih zmožnosti. <u>Vsebina</u>: Mladostniki pri aktivnostih sodelujejo z drugimi, upoštevajo drug drugega, njihove potrebe in želje, se poskušajo postaviti v čevlje drugega in s skupnimi močmi doseči končni cilj. Preko aktivnosti poskušajo razvijati enotnost - poskušati kar najbolj izraziti sebe, pokazati svoje sposobnosti, hkrati pa pri tem dopuščati tudi drugim, da izrazijo sebe.</p>	<p>Zavzemanje perspektive drugega, empatija, sprejemanje in pozitivno vrednotenje raznolikosti, spoštovanje drugih, komunikacijske kompetence, timsko delo.</p>
<p>4. delavnica: Ne izogibam se problemom, poskušam jih reševati</p>	<p><u>Cilj</u>: Razvijanje aktivnega odnosa do življenja, razvijanje prepričanj, da aktivno odzivanje na življenjske izzive krepi osebnostno čvrstost in pozitivno vpliva na našo samopodobo, učenje strategij reševanja problemov, od opredelitve do preverjanja primernosti. <u>Vsebina</u>: Mladostniki se učijo korakov reševanja problemov – prepoznavanja, iskanja možnih rešitev, ugotavljanja njihovih pozitivnih in negativnih posledic, sprejemanja odločitev za eno izmed rešitev in ugotavljanja njenih dejanskih posledic.</p>	<p>Samoučinkovitost, samodisciplina, samomotivacija, prepoznavanje problemov, analiziranje situacij, reševanje problemov, vrednotenje in presojanje, reflektiranje.</p>
<p>5. delavnica: Učim se spopadati s stresom</p>	<p><u>Cilj</u>: Pridobivanje znanja o škodljivih učinkih stresa ter razvijanje različnih postopkov in tehnik (umirjanje in sproščanje) za spoprijemanje s stresom. <u>Vsebina</u>: Mladostniki spoznavajo povezanost med čustvi, ki jih doživljajo v posameznih situacijah ter dogajanjem v njihovem telesu. Spoznavajo postopke in tehnike za notranjo umiritev in sprostitvev (sproščujoče globoko dihanje, postopno mišično sproščanje, sproščanje z domišljijo).</p>	<p>Prepoznavanje in poimenovanje čustev, ustrezna samozaznava, nadzor impulzov in uravnavanje čustev, misli, vedenj, spoprijemanje s stresom.</p>

<p>6. delavnica: Razmišljam pozitivno</p>	<p><u>Cilj:</u> Razvijanje in krepitev lastne samopodobe, pozitivnega pogleda na svet in na ostale življenjske situacije. <u>Vsebina:</u> Mladostniki se spoznavajo z lastnimi mislimi, možnostjo njihovega spreminjanja ter vplivanja nanje – negativne lahko zamenjamo s pozitivnimi oz. realnejšimi. Naučijo se, da pogled (pozitiven ali negativen) nase, na druge ljudi in na situacije vpliva na to, kako se bomo počutili in kako se bomo vedli.</p>	<p>Nadzor impulzov in uravnavanje čustev, misli, vedenj, spoprijemanje s stresom, samodisciplina, samomotivacija, komunikacijske kompetence, timsko delo, analiziranje situacij, vrednotenje in presojanje, reflektiranje.</p>
<p>7. delavnica: Prezmem odgovornost za svoje vedenje</p>	<p><u>Cilj:</u> Razvijanje zavesti, da je od mladostnika samega odvisno, katero obliko vedenja v nekem trenutku izbere in je s tem sam odgovoren za posledice svojih dejanj. <u>Vsebina:</u> Mladostniki se pri aktivnostih spoznavajo z odgovornim in neodgovornim vedenjem, prevzemanjem odgovornosti za posledice svojega vedenja in razumevanjem kratkoročnih in dolgoročnih posledic našega vedenja ter vplivanja na druge.</p>	<p>Komunikacijske kompetence, socialna vključenost, timsko delo, analiziranje situacij, vrednotenje in presojanje, reflektiranje, osebna, moralna, etična odgovornost.</p>
<p>8. delavnica: Zavedam se, da sem edinstven in neponovljiv</p>	<p><u>Cilj:</u> Utrjevanje pozitivnega mnenja o sebi, krepitev samospoštovanja. <u>Vsebina:</u> Usmerjanje pozornosti mladostnikov k njihovim pozitivnim lastnostim, k njihovi enkratnosti, neponovljivosti, torej dragocenosti.</p>	<p>Ustrezna samoznava, prepoznavanje lastnih močnih področij, samozaupanje, sprejemanje in pozitivno vrednotenje raznolikosti.</p>
<p>9. delavnica: Postavim se zase</p>	<p><u>Cilj:</u> Razvijanje občutka asertivnosti in s tem vplivanja na boljše odnose z drugimi ljudmi, na svoje počutje, na samospoštovanje, na sprejemanje samega sebe ter na občutek lastne vrednosti. <u>Vsebina:</u> Mladostniki se učijo o svojih občutkih, interesih in potrebah ter kako le-te jasno izraziti na tak način, da pri tem upoštevajo tudi druge ljudi. S tem se učijo postaviti za svoje pravice tako, da so pri tem pozorni tudi na pravice drugih ter pridobivajo uvid, da je potrebno v uspešnem komuniciranju sprejemati kompromise.</p>	<p>Samozaupanje, nadzor impulzov in uravnavanje čustev, misli, vedenj, spoprijemanje s stresom, komunikacijske kompetence, socialna vključenost, vzpostavljanje odnosov, timsko delo, analiziranje situacij, reševanje problemov, vrednotenje in presojanje, reflektiranje.</p>

<p>10. delavnica: Prepoznavam, sprejemam in izražam svoja čustva</p>	<p><u>Cilj</u>: Pridobivanje novih spoznanj o lastnih čustvih, o čustvenem izražanju in prepoznavanju čustev drugih ter obvladovanje neprijetnih čustev. <u>Vsebina</u>: Mladostniki se učijo o čustvih ter težavah pri njihovem prepoznavanju v medosebnih odnosih (zaradi prehitrega sklepanja o doživljanju čustev pri drugih, skrivanja ali ponarejanja čustev). Iz konkretnih situacij spoznajo, da sami vplivajo na to, kako gledajo na situacijo, ki jim zbuja strah, in se tudi sami odločajo, kaj bodo v tej situaciji naredili.</p>	<p>Prepoznavanje in poimenovanje čustev, ustrežna samozavest, samozaupanje, nadzor impulzov in uravnavanje čustev, misli, vedenj, spoprijemanje s stresom, samodisciplina, samomotivacija, zavzemanje perspektive drugega, empatija, sprejemanje in pozitivno vrednotenje raznolikosti, spoštovanje drugih, komunikacijske kompetence, timsko delo, analiziranje situacij, reflektiranje.</p>
---	---	---

Iz tabele 3 lahko vidimo, da vsako izmed srečanj šolskega preventivnega programa *To sem jaz* naslavlja več različnih socialno-emocionalnih kompetenc znotraj področij samozavedanja, samouravnavanja, socialnega zavedanja, odnosnih spretnosti in odgovornega sprejemanja odločitev, izvedba vseh 10 srečanj programa pa pri mladostnikih omogoča razvoj vseh ključnih kompetenc, kot jih opredeljuje CASEL (2012).

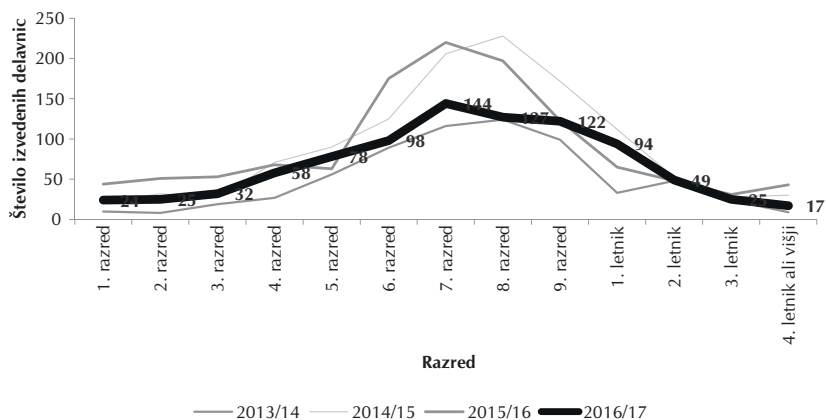
Rezultati glede dosedanjega preventivnega delovanja v šolskem kontekstu kažejo, da so v Sloveniji pedagoški delavci v zadnjih šestih letih v okviru programa izvedli več kot 6.000 preventivnih delavnic *To sem jaz* po konceptu *10 korakov do boljše samopodobe*, v katere je bilo na letni ravni v povprečju vključenih približno 10.000 otrok in mladostnikov, starih od 11 do 18 let. Od tega je bilo v zadnjem šolskem letu 2016/17 izvedenih 893 delavnic, ki jih je izvajalo vsaj 121 izvajalcev po vseh regijah¹.

¹ To je minimalno število izvajalcev, ki so izpolnili evalvacijski vprašalnik, v katerem so poročali o izvajanju delavnic. Realno število vseh izvajalcev delavnic na šolah lahko posledično odstopa.

Tabela 4: Število izvedenih delavnic, izvajalcev delavnic, vključenih mladostnikov v delavnice in povprečje izvedenih delavnic na izvajalca od 2011/12 do 2016/17

Šolsko leto	Število izvedenih delavnic	Število izvajalcev delavnic	Število vključenih učencev in mladostnikov	Povprečno število izvedenih delavnic na izvajalca
2011/12	1.466	292	12.972	5,0
2012/13	716	161	6.728	4,4
2013/14	666	114	6.750	5,8
2014/15	1.222	223	12.643	5,5
2015/16	1.181	167	11.246	7,1
2016/17	893	121	8.368	7,3

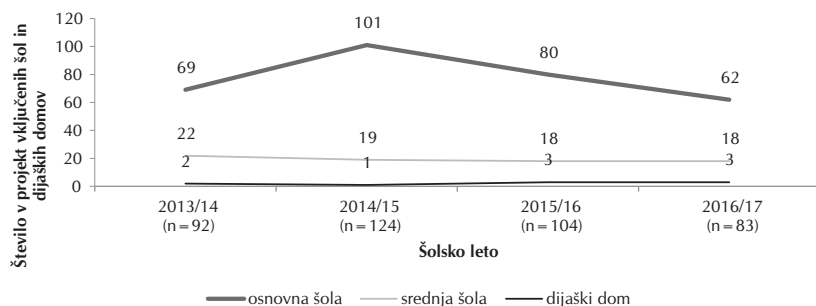
Večino delavnic so izvajalci v preteklem letu izvedli z učenci 7. in 8. razredov osnovnih šol in dijaki 1. in 2. letnika srednjih šol (Slika 1), posamezen izvajalec pa je v povprečju izpeljal 7 delavnic po priročniku za preventivno delo z razredom.



Slika 1. Najmanjše ocenjeno skupno število izvedenih delavnic po razredih in letnikih.

V preteklem šolskem letu je bilo v program vključenih 62 osnovnih šol, 18 srednjih šol in 3 dijaški domovi (Slika 2). Število vključenih šol od leta 2015 nekoliko upada. Slednje je mogoče pripisati dejstvu, da je izvajanje

programa odvisno od prostovoljne naravnosti posameznikov ali šole; rezultati evalvacije namreč kažejo, da pedagoški delavci preventivni program *To sem jaz* teško umestijo v šolski urnik (najpogosteje ga izvajajo v okviru razrednih ur ali ure nadomeščanja, bolj poredko v okviru dodatnih ur pri pouku ali šole v naravi).



Slika 2. Število v projekt vključenih šol in dijaških domov.

Pedagoški delavci so izvajanje programa *To sem jaz* ocenili na treh vrednostnih področjih: sodelovanje učencev v delavnicah, lastno zadovoljstvo z izvedbo delavnic in skupna ocena izvedbe delavnic. Njihove ocene na vseh treh področjih kažejo na zadovoljstvo (povprečna ocena 4,2 na lestvici od 1 do 5). Izvajalci se v veliki meri strinjajo, da delavnice programa pripomorejo k izražanju čustev in osebnih stisk, izboljšanju razredne klime ter izražanju mnenj in stališč pri rednih urah pouka.

3. ZAKLJUČEK

Preventivni program *To sem jaz* ponuja celostno zastavljen model na področju šolske preventive, ki dopolnjuje in podpira temeljne naloge vzgoje in izobraževanja ter je je podprt z neodvisnim delovanjem spletne svetovalnice www.tosemjaz.net. Razvoj programa, ki ga podpira Ministrstvo za zdravje, bo v naslednjih dveh letih usmerjen tudi v poglobljeno raziskovanje učinkovitosti preventivnih delavnic in v krepitev strokovnih kapacitet pedagoških delavcev za preventivno delo z razredom. Dosedanji rezultati že potrjujejo, da program bogati življenje šolske skupnosti.

Preventivne delavnice po konceptu *10 korakov do boljše samopodobe* so bile razvite na podlagi izstopajočih problemov, o katerih so poročali mladostniki. Usmerjene so v krepitev pozitivne, realne mladostnikove samopodobe kot vodilne opore med odraščanjem, ki mladim pomaga pri spoprijemanju z izzivi tega obdobja. Na pomembno preventivno vlogo krepitev samopodobe mladostnikov kažejo tudi številne tuje študije, ki potrjujejo, da pozitivna samopodoba predstavlja zaščitni dejavnik za uspešno psihosocialno prilagajanje. Aktivnosti preventivnih delavnic *To sem jaz* obenem lahko umeščamo v model socialno-emocionalnega učenja, ker pri mladostnikih podpirajo razvoj socialno-emocionalnih kompetenc samozavedanja, samouravnavanja, socialnega zavedanja, odnosnih spretnosti in odgovornega sprejemanja odločitev, kar smo za posamezna srečanja tudi ponazorili v prispevku.

Program *To sem jaz* je v zadnjih letih v Sloveniji močno zaživel, saj je bilo v šestih letih izvajanja izvedenih več kot 6.000 preventivnih delavnic, v katere je bilo na letni ravni v povprečju vključenih približno 10.000 mladostnikov. Rezultati evalvacije obenem potrjujejo, da so pedagoški delavci program sprejeli pozitivno in prepoznajo njegove koristi. Po drugi strani pa pedagoški delavci poročajo o težavah pri usklajevanju delavnic s fiksnim šolskim kurikulumom, zaradi česar jim posledično pogosto zmanjka časa za njihovo izvedbo. Težave pri doslednem in sistematičnem izvajanju vseh preventivnih delavnic *To sem jaz* predstavljajo eno ključnih pomanjkljivosti programa in kažejo na potrebo po njegovi sistemski umeščenosti v šolsko delo. Slednje bi bistveno doprineslo k dvigu organizirane skrbi za duševno zdravje mladostnikov v slovenskih šolah. Sistemska ureditev, ki bi omogočala umestitev celostnih, dolgoročnih in preverjenih programov za krepitev duševnega zdravja – enako dostopnih za vse otroke in mladostnike – bi lahko pomembno prispevala k zmanjšanju tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju in h krepitev dobrega počutja mladostnikov, še preden se težave v duševnem zdravju pri njih razvijejo.

4. LITERATURA

- Benson, P. L. (2016). *All kids are our kids: what communities must do to raise caring and responsible children and adolescents (2nd edition)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2012). *2013 CASEL guide: Effective social and emotional learning programs - Preschool and Elementary School Edition (9/12)*. Chicago, IL: KSA-Plus Communications.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions, Vol. 82, No. 1. *Child development*, 405-432.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, R. P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M., . . . Shriver, T. P. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., & Elias, M. J. (2003). Enhancing School-Based Prevention and Youth Development Through Coordinated Social, Emotional, and Academic Learning. *American Psychologist* Vol. 58, No. 6-7, 466-474.
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., & Britovšek, K. (2015). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji - Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lekič, K., Konec Juričič, N., Tacol, A., & Tratnjek, P. (2013). Mladinski program To sem jaz in možnosti v praksi šolske preventive. *Šolsko svetovalno delo, letnik XVII, številka 1-2*, 66-78.
- Lekič, K., Tacol, A., Tratnjek, P., & Konec Juričič, N. (2011). *10 korakov do boljše samopodobe: Priročnik za fante in punce*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo Celje.
- Lekič, K., Tratnjek, P., Konec Juričič, N., & Cugmas, M. (2014). *Srečanja na spletu - Potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje*. Celje: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research* Vol. 19, No. 4, 357-372.
- Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2000). Social and Emotional learning: A Framework for Promoting Mental Health and Reducing Risk Behavior in Children and Youth. *Journal of School Health*, Vol. 70, No. 5, 179-185.
- Tacol, A. (2011). *10 korakov do boljše samopodobe: Priročnik za učitelje za preventivno delo z razredom*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo Celje.

SPREJETOST PSIHOEDUKATIVNIH DELAVNIC V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUTOMER

Danijela Kutnjak, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Ljutomer

IZVLEČEK

Duševne motnje so zelo pogoste, mnogo bolj kot si marsikdo med nami predstavlja. Zaradi njih je oteženo tako življenje tistih, ki za duševno motnjo zbolijo, kakor tudi njihovih bližnjih in vseh ostalih, ki so z njimi v družbi tako ali drugače povezani. Zaradi nepoznavanja ozadja duševnih motenj, vzrokov in povodov ter samih procesov, ki se v telesu odvijajo med duševno motnjo, ostaja veliko posameznikov z duševno motnjo nepravilno zdravljenih ali sploh spregledanih. K slednjemu veliko doprinese tudi stigma duševni motenj, ki je med nami še vedno zelo prisotna. V sklopu psihoedukativnih delavnic smo na srečanjih izvedli evalvacijo. Ugotavljali smo zadovoljstvo udeležencev na tovrstnih srečanjih, uporabili smo strukturiran anketni vprašalnik. Udeleženci so pohvalili izvedbo delavnice, vsebino in izrazili željo, da bi tovrstna srečanja trajala dlje časa, kot so ga imeli na razpolago.

Ključne besede: duševne motnje, stigmatiziran, medicinska sestra

UVOD

Duševno motnjo, najsi bo to depresivna ali anksiozna motnja, posameznik občuti kot hudo breme, breme pa ni manjše za njegove najbližje. Breme bolezni lahko občuti tudi širše družbeno okolje. Zaradi utrujenosti, znižane samozavesti in neodločnosti, strahu, paničnih napadov ter težav s komuniciranjem se med drugim zmanjša tudi učinkovitost na delovnem mestu.

Zelo pomembno je, da stremimo k boljšemu prepoznavanju oseb z duševnimi motnjami in povečamo delež ustrezno zdravljenih. Med prepoznanimi duševnimi motnjami je zelo veliko zdravljenih na neustrezen način, to je s pomirjevali. Antidepresivi so za razliko od slednjih zdravila, ki dejansko pomagajo uravnati motnje v biokemičnem prenosu informacij v možganih. Prav motnje v biokemičnem prenosu informacij pa predstavljajo eno pomembnih ozadij nastopa in razvoja depresije pri posamezniku. Za razliko od pomirjeval tudi ne povzročajo odvisnosti (Dernovšek & Tavčar, 2005).

Da bi dosegli zadani cilj, bo potrebno širšo javnost informirati o duševnih boleznih, kot povsem običajnih boleznih, torej delovati v smeri manjšanja stigme, o vrstah in načinih pomoči ter o spodbujanju zdravega življenjskega sloga. Psihoedukacija je dodatna in dobrodošla podpora pri zdravljenju z zdravili, psihoterapiji in spremembah življenjskega sloga.

V okviru Programa svetovanja za zdravje v zdravstvenovzgojnem centru Zdravstvenega doma (ZD) Ljutomer izvajamo delavnice Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Spoprijemanje s stresom in Tehnike sproščanja. Vse delavnice zaradi lažjega obiska udeležencev potekajo v popoldanskem času. Skupina šteje najmanj 6 udeležencev, pri delavnici Spoprijemanje s stresom in Tehnike sproščanja pa 8 udeležencev. Srečanja potekajo enkrat tedensko, običajno vedno isti dan v tednu in isto uro. Psihoedukativne delavnice so za udeležence z urejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem brezplačne, za vključitev je potrebna le interna napotnica ali delovni nalog izbranega osebnega zdravnika ali diplomirane medicinske sestre iz ambulante družinske medicine. Na psihoedukativne delavnice lahko napotujejo tudi psihiatri. Za izvajalce delavnic je dobrodošlo, če je ob napotitvi naveden tudi krajši opis bolnikovih težav. Kot najboljša praksa so se izkazale napotitve s strani izbranih osebnih zdravnikov, za delavnico Spoprijemanje s stresom in Tehnike sproščanja pa napotitev ni potrebna.

Namen prispevka je predstaviti psihoedukativne delavnice v Zdravstvenem domu Ljutomer in rezultate krajše raziskave glede ugotavljanja zadovoljstva udeležencev teh delavnic.

DUŠEVNE MOTNJE IN POMEN PSIHOEDUKATIVNIH DELAVNIC

Delavnice so namenjene bolnikom z blago do zmerno obliko duševne motnje. Njihova vsebina je primerna tako za podporo farmakološkemu zdravljenju, kot tudi za bolnike z blažjo obliko duševne bolezni, ki se ne zdravijo z antidepresivi. Zaželeno je, da na delavnici sodelujejo tudi svojci bolnikov, saj predstavljajo pomemben vir opore.

Udeleženci se tekom delavnic seznanijo z duševnimi motnjami, najpogostejšimi simptomi, vzroki ter razvojem, zdravljenjem in tehnikami, ki so jim v pomoč, da se lahko spopadajo s svojo boleznijo. Vsak posameznik prevzema odgovornost za lastno zdravje, na delavnici osvoji načine, ki mu pomagajo pri prepoznavanju in preprečevanju ponovitev duševnih motenj. Vsebine posameznih srečanj v določeni delavnici se povezujejo, zato je priporočljiva udeležba na vseh štirih srečanjih (Konec Juričič, et al., 2016).

METODE

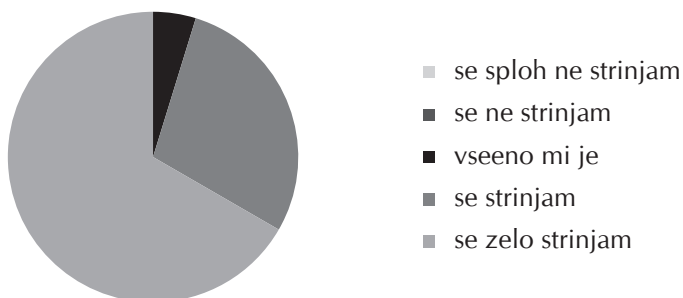
Raziskava je temeljila na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik za udeležence psihoedukativnih delavnic. Izpolnjevanje vprašalnikov je bilo prostovoljno, anonimno in pisno.

Z vprašalnikom smo želeli ugotoviti, ali je delavnica izpolnila pričakovanja udeležencev, ali so prejeli ustrezne informacije, so imeli možnost zastavljanja vprašanj, so bile vsebine predstavljene na razumljiv način in ali jim bodo osvojena znanja koristila v vsakdanjem življenju. Princip ankete je temeljil na odgovorih od »Se sploh ne strinjam« do »Se zelo strinjam«. Razdelili smo 25 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 21.

REZULTATI

Zanimalo nas je, ali je delavnica izpolnila njihova pričakovanja. Malo več kot polovica anketirancev, 66,66 % (n = 14) je odgovorila, da se zelo strinja, 28,57 % (n = 6) je odgovorilo, da se strinja, en anketiranec je odgovoril, da mu je vseeno (Slika 1). Na vprašanje, ali so prejeli vse ustrezne informacije, jih je 20 odgovorilo, da se zelo strinjajo (95,20 %), ena udeleženka je odgovorila, da se strinja (4,76 %) (Slika 2). Vseh 21 udeležencev se je strinjalo, da so imeli možnost zastavljati vprašanja, prav tako so se vsi udeleženci strinjali, da so bile vsebine predstavljene na razumljiv način. Vsi udeleženci so bili mnenja, da jim bodo vsebine, ki so jim bile predstavljene, koristile v vsakdanjem življenju.

Delavnica izpolnila pričakovanja



Slika 1: Delavnica je izpolnila moja pričakovanja

Prejel sem vse ustrezne informacije



Slika 2: Prejel sem vse ustrezne informacije

Na odprto vprašanje »Komentarji, pohvale, kritike. Bi kaj spremenili, dodali (Če želite, lahko napišete.)« so anketiranci podali odgovore:

- *Želela bi, da bi delavnic bilo več, štiri so premalo.*
- *Pohvalila bi zelo gospo Danijelo Kutnjak. Bila sem zelo zadovoljna z njenimi predavanji. Mogoče bi bilo fajn imeti še eno delavnico po preteku par mesecev, da bi videli takrat, kakšno je počutje.*
- *Zelo me je veselilo obiskovanje delavnic, kjer sem se zelo veliko naučil, ob zelo lepi razlagi predavateljice gospe Danijeje.*
- *Bilo mi je zelo dobro, mogoče bi lahko dodali še, kako se spoprijeti s samopodobo, kako se imeti rad.*
- *Zelo prijetno, sproščeno, vse je bilo v redu, nimam kritike.*
- *Pohvala gospe Danijeli za jasna navodila za naprej.*
- *Bilo mi je zelo všeč, bi jo obiskovala ponovno.*
- *Pohvala za pozitiven pristop.*
- *Veliko pozitivnega razmišljanja in pogovora, nasvetov. Mogoče je delavnica prekratka, ker čas hitro mine, pa bi se še veliko pogovarjale in poslušale.*
- *Vse pohvale gredo naši mentorici gospe Danijeli. Zelo sem ponosna, da ima ZD Ljutomer takšne ljudi, ki so mi znali pomagati pri premagovanju moje bolezni. Še enkrat iskrena hvala.*
- *Zelo pohvalno, ampak zelo prekratko. Delavnice bi morale trajati dalj časa.*
- *Bilo je zelo prijetno, sproščeno lahko bi trajale še malo več časa.*

-
- *Hvaležna sem vam za povabilo v skupino in zelo čudovito je bilo. Hvala vam za vse*
 - *Pričakovala nisem nič posebnega, me je presenetilo na kakšen sproščen način je bila vsebina podana. Pohvala!Še se bom udeležila, veliko sem odnesla zase.*

DISKUSIJA

Glede na današnji slog življenja se večina med nami vsakodnevno srečuje s stresom. Nekaj stresa je sicer za normalno življenje nujno potrebnega, kadar pa je pretiran ali preveč dolgotrajen, lahko vodi v težave na področju telesnega in duševnega zdravja, med drugim tudi v depresijo in anksioznost. Zato je zelo pomembno, da se naučimo z njim učinkovito spoprijemati. Na delavnicah udeleženci dobijo informacije o tem, kakšna je povezava med telesnim in duševnim delovanjem, zakaj pride do določenih težav in kaj lahko sami naredijo za njihovo premagovanje ter krepitev zdravja. V majhnih skupinah imajo možnost izmenjati izkušnje in vprašati tisto, kar jih zanima. Na delavnicah se jim lahko pridružijo tudi bližnji, da lažje razumejo, kaj se z njimi dogaja in ponudijo pomoč in podporo.

Prav tako so psihoedukativne delavnice pomemben člen v procesu zdravljenja, ki pomeni nadaljnjo rehabilitacijo. Predstavlja skupino, katere člani se trudijo za rehabilitacijo na vseh pomembnih življenjskih področjih. Člani delavnice so med seboj povezani in si izmenjujejo svoje izkušnje, strokovno pa jih vodi ustrezno usposobljen izvajalec (diplomirana medicinska sestra oziroma univerzitetni diplomirani psiholog). Cilji delavnic so uvid v lastno bolezen, udejanjanje zdravega načina življenja, odpravljanje vsakodnevnih težav, vztrajanje ter rehabilitacija na vseh področjih življenja, še posebej v medsebojnih odnosih. Medicinska sestra je kot strokovna delavka s pacientom v medsebojnem odnosu, ki temelji na spoštovanju, zaupanju in razumevanju ter je usmerjen v prizadevanje k čimbolj samostojnemu in kakovostnemu življenju pacienta. Vsekakor pa izvajalec poleg znanja potrebuje tudi določene lastnosti, kot so sprejemanje drugačnosti in nestigmatiziranje, občutek empatije, sočutje ter potrpežljivost in sposobnost poslušanja.

ZAKLJUČEK

Na področju duševnega zdravja so v centru za krepitev zdravja na voljo štiri psihoedukativne delavnice: krajša delavnica Tehnike sproščanja ter daljše delavnice Spoprijemanje s stresom, Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo. Na podlagi izvedene raziskave so udeleženci delavnic pozdravili tovrstna srečanja, njihovo vsebino in vodenje. Ugotovili smo, da bi bilo delavnice potrebno podaljšati, saj se udeleženci komajda opogumijo in spregovorijo in že je delavnic konec.

LITERATURA

- Dernovšek, Z.D. & Tavčar, R., 2005. *Prepoznamo in premagajmo depresijo. Priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravje RS.
- Konec Juričič, N., Roškar, S. & Jelenko Roth, P. eds., 2016. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika. Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

SLOVENSKA MOKRA KULTURA IN POGLOBLJENO KRATKO SVETOVANJE V OKVIRU PROJEKTA SKUPAJ ZA ODGOVOREN ODNOS DO PITJA ALKOHOLA: INTERDISCIPLINARNA CELOSTNA OBRAVNAVA TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA

Jasmina Črnko Papić, Tadeja Hočevar, Karmen Henigsman
Nacionalni inštitut za javno zdravje
jasmina.crnko-papic@nijz.si

IZVLEČEK

Nacionalni inštitut za javno zdravje je v letu 2016 pričel z izvajanjem projekta z akronimom SOPA in krajšim naslovom Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Daljši naziv projekta se glasi »Vzpostavitev interdisciplinarnega celostnega pristopa k odkrivanju in podpori pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja med odraslimi prebivalci«. Osnovni namen projekta je zmanjšati čezmerno pitje alkohola in njegove negativne učinke na zdravje in blagostanje obravnavanega ter vzpostaviti odgovoren odnos do pitja alkohola pri vseh vključenih deležnikih. Alkohol je najbolj razširjena, legalna in družbeno sprejemljiva droga pri nas. Spadamo med tako imenovane »mokre kulture«, za katere velja, da je alkohol lahko dostopen, toleranca do negativnih posledic pitja je visoka, naše šege in navade spodbujajo pitje alkohola, nimamo pa dovolj preventivnih ukrepov. Slovenija se glede obsega posledic škodljive rabe alkohola nahaja v samem evropskem vrhu. Podatki kažejo, da v Sloveniji 43 % prebivalstva med 25. in 64. letom alkohol pije čezmerno. Kar 28 % moških in 16 % žensk v starosti od 25 do 34 let se opija enkrat do trikrat mesečno ali pogosteje. Visok odstotek potrjuje tudi registrirana poraba alkohola, ki se giblje med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto. Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola segajo na različne ravni (posameznika, njegove družine, okolice in družbe na splošno). Pristop, razvit v sklopu projekta Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkoholatemelji na povezovanju zdravstvenega in socialnega sektorja ter drugih pomembnih deležnikov znotraj lokalnih skupnosti (nevladne organizacije, občine, policija, lokalni mediji). S tovrstnim pristopom, ki bo uporabnike različnih sektorjev naslavljal z vi-

dika zdravega življenjskega sloga in problematike pitja alkohola na individualni in skupnostni ravni, in projektom samim, ciljamo na odpravljanje oziroma zmanjševanje tveganega in škodljivega pitja alkohola in posledično zmanjševanje negativnih posledic na več ravneh.

Ključne besede: poraba alkohola, čezmerno pitje alkohola, kratki ukrepi, svetovanje

UVOD

Slovenija je poznana kot vinorodna dežela, kjer so vinogradi na ruralnih območjih prej pravilo kot izjema in še danes veljajo za tradicijo, ki se prenaša iz generacije v generacijo. V duhu tega ne govorimo samo o tradiciji, ampak tudi o sprejemanju pitja alkohola, ki se pojavlja ob vseh možnih priložnostih. O pogostosti pitja alkohola pričajo tudi podatki o registrirani porabi alkohola, ki se v povprečju giblje med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na prebivalca, starejšega od 15 let (Kovše, 2011). Pri tem ne smemo pozabiti na neregistrirano porabo, ki je sicer težje ocenljiva, vendar po vsej verjetnosti visoka, predvsem v vinorodnih okoliših. Kljub tveganim in škodljivim vzorcem pitja alkohola, ki so značilni za vsaj 43 % populacije v Sloveniji, in mnogih ukrepov v smeri zmanjševanja negativnih posledic pitja alkohola, je Slovenija glede na učinkovitost ukrepov alkoholne politike 16. med 29 evropskimi državami, medtem ko je po obsegu posledic v samem evropskem vrhu (Roškar, et al, 2016). V ta namen smona Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) v letu 2016 pričeli z izvajanjem projekta z akronimom SOPA in krajšim nazivom Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Daljši naziv projekta se glasi »Vzpostavitev interdisciplinarnega celostnega pristopa k odkrivanju in podpori pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola med odraslimi prebivalci«. Osnovni namen projekta je zmanjšati čezmerno pitje alkohola in njegove negativne učinke na zdravje in blagostanje obravnavanega ter vzpostaviti odgovoren odnos do pitja alkohola pri vseh vključenih deležnikih.

Ta prispevek je namenjen predvsem predstavitvi samega pristopa SOPA, ki je bil zasnovan v projektu. Hkrati pa se osredotoča tudi na samo problematiko alkohola, alkohola v slovenski družbi in seveda nenazadnje vplivu alkohola na zdravje in vsesplošno življenje posameznika in družbe.

ALKOHOL IN KULTURA. ALKOHOL V SLOVENSKI KULTURI

Alkohol je danes v večini držav dovoljena in lahko dostopna droga. Ljudje so nagnjeni k pitju alkohola, države pa imajo ekonomske interese, povezane s proizvodnjo in prodajo alkoholnih pijač. Alkohol spada med droge, ki povzročajo zasvojenost in je opojno sredstvo, ki vpliva na strukture in procese v centralnem živčnem sistemu (Anderson, et al., 2012).

Vsaka kultura ima do alkohola specifičen odnos, ki je grajen predvsem na kulturni tradiciji in preteklih izkušnjah (Van der Stel & Voordewind, 2000). Tudi vsak posameznik ima do alkohola svoj lasten odnos, ki se izoblikuje že v otroštvu in je sprva pod močnim vplivom družine ter poznejševrstnikov in širšega družbenega okolja.

Potreba po pitju je, poleg potrebe po dihanju, ena najpomembnejših človekovih potreb, ki je imela zelo pomemben vpliv tudi na razvoj človeštva. Ta potreba je vodila naše prednike, da so se naseljevali ob rekah in jezerih. Danes je ta potreba na nek način še vedno močno izražena v številnih navadah, obredih in ceremonijah, ki jih vedno spremlja pitje alkohola. Odkritje izvira pitne vode je vedno pomenilo posebno veselje in tako so konec sušnih obdobij obeležili s praznovanji, ki jih je spremljalo pitje alkohola. Ljudje so pili, se družili in uživali. Ravno občutki in atmosfera so tisti, ki so zaznamovali tovrstne dogodke in pitje alkohola je dobilo poseben družbeni pomen (Heath, 1995).

Večkrat slišimo in je omenjeno, da spadamo med tako imenovane »moke kulture«, za katere velja, da je alkohol lahko dostopen, toleranca do negativnih posledic pitja je visoka, naše šege in navade spodbujajo pitje alkohola, nimamo pa dovolj preventivnih ukrepov (Papić, 2013). Slovenija se glede obsega posledic škodljive rabe alkohola nahaja v samem evropskem vrhu. Alkohol je pri nas spremljevalec tako vsakdanjika kot praznika in družbeno sprejeta norma, ki se v naše življenje prek odnosa naše ožje in širše okolice vtihotapi v že zelo zgodnjem otroštvu. Pitje alkohola je, podobno kot druge družbeno sprejete šege in navade, rezultat medsebojnega vpliva mnogih družbenih in kulturnih dejavnikov, ki se prenašajo iz generacije v generacijo predvsem v obliki vrednot, norm in pričakovanj. Odnos družbenega okolja, v katerem živimo, je tisti, ki določa, kdaj, koliko, kako, kje in kdaj je pitje alkohola družbeno sprejemljivo (Šorn, 2006).

ALKOHOL IN ZDRAVJE

Problematika alkohola je eno izmed prioritetenih področij javnega zdravja. Na naše zdravje vpliva zelo veliko dejavnikov. Vse od starosti, spola in dednih faktorjev, našega osebnega življenjskega sloga, vpliva družbe in skupnosti, v kateri živimo, naših življenjskih in delovnih okoliščin, kot tudi socio-ekonomskih in kulturnih dejavnikov ter dejavnikov okolja, v katerem živimo (Belović, et al., 2005).

Pitje alkohola lahko vpliva na mnoge negativne izide, ki se kažejo v slabši kvaliteti življenja in slabšem zdravju. Škodljivo pitje alkohola je povezano z mnogimi boleznimi, ki se odražajo v različnih rakavih obolenjih, srčno-žilnih boleznih, boleznih prebavil, cirozi jeter, duševnih motnjah ipd. Alkoholu pripisujejo kar 200 prepoznanih bolezenskih stanj in različnih poškodb (Roškar, et al., 2016).

Slovenija se glede obsega posledic zaradi škodljive rabe alkohola nahaja v samem evropskem vrhu. Priporočila Evropske komisije in Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Slovenijo kažejo na odsotnost celovitega sistema spremljanja tveganega in škodljivega pitja alkohola, njegovih posledic ter učinkov na širšo družbeno-ekonomsko stanje (Roškar, et al., 2016).

Tvegano pitje alkohola predstavlja za državo veliko finančno breme. Kot primer je lahko ocena zdravstvenih stroškov, ki so povezani s pitjem alkohola in so v letih 2011–2014 v Sloveniji v povprečju znašali 153 milijonov evrov letno, kar znaša približno 5 % vseh izdatkov v zdravstvu (Sedlak, et al., 2015; Roškar, et al., 2016). Pri tem niso všteti stroški zaradi prometnih nezgod, nasilja v družini in drugih kriminalnih dejanj, kar številko dvigne na 234 milijonov evrov. Prav tako se zaradi škode, ki je izključno povezana z alkoholom, vsak dan beleži 10 hospitalizacij, v povprečju pa 3876 hospitalizacij letno (Roškar, et al., 2016).

Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola segajo na različne ravni. Na ravni posameznika so to pojav bolezni, slabše počutje, slabši osebni odnosi in odnosi na delovnem mestu, prometne nezgode in poslabšanje finančnega stanja. Na ravni družine so pogoste posledice nasilje, slabši odnosi in duševne težave. Na ravni okolice se posledice kažejo kot manjša produktivnost, slabša komunikacija in odnosi na delovnem mestu, hkrati pa pogostejša konfliktnost. Na ravni družbe tvegano in škodljivo pitje predstavlja slabše zdravje prebivalstva, izgubo prihodka zaradi manjše delovne učinkovitosti, stroške obravnave s strani različnih sektorjev in zavarovalne stroške (Zorko, et al., 2014, Roškar,

et al., 2016). Z uvedbo interdisciplinarnega pristopa, ciljno usmerjenega k odpravljanju oziroma zmanjševanju tveganega in škodljivega pitja alkohola, bi pripomogli k zmanjšanju vseh negativnih posledic na različnih ravneh.

PROJEKT SKUPAJ ZA ODGOVOREN ODNOS DO PITJA ALKOHOLA – NAMEN, CILJI IN IZVEDBA PRISTOPA

Projekt SOPA se je pričel oktobra 2016 in se bo zaključil decembra leta 2020, s predlogom uvedbe interdisciplinarnega pristopa obravnave tveganega in škodljivega pitja na sistemski ravni. Osnovni namen projekta SOPA je zmanjšati čezmerno pitje alkohola in njegove negativne učinke na zdravje in blagostanje obravnavanih ter vzpostaviti odgovoren odnos do alkohola pri vključenih deležnikih. Interdisciplinarni pristop v okviru projekta predstavlja dodano vrednost na področju ustrezne obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola pri posameznikih. Obstoječi zdravstveni sistem pitje alkohola obravnava v okviru ambulant družinske medicine in na ravni delovanja centrov za krepitev zdravja, kjer je na voljo tudi individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Sedanji socialni sistem pa posebej zastavljene obravnave te problematike ne pozna, čeprav je alkohol pomemben dejavnik tveganja za posledice na socialnem področju ali celo možna posledica težav na socialnem področju.

Na podlagi osnovnega namena je bilo postavljenih 6 strateških ciljev projekta:

- Krepitev že obstoječih in izgradnja novih kapacitet za obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola na nacionalni, regionalni in lokalni ravni – cilj se nanaša predvsem na izobraževanja predstavnikov različnih strok in področij delovanja za namene oblikovanja novega pristopa za individualno obravnavo oseb, ki tvegano in škodljivo pijejo, in alkoholne problematike v skupnosti.
- Razvoj, usposabljanje za in pilotna izvedba pristopa individualne obravnave v skupnosti – strokovnjake bomo najprej usposobili za izvedbo individualnih obravnav in nato pristop v pilotnem obdobju aplicirali v 18 lokalnih okolij (lokalno okolje se nanaša na sodelujoč zdravstveni dom, center za socialno delo, urad Zavoda za zaposlovanje, nevladne organizacije in ostale deležnike v lokalni skupnosti) po vsej Sloveniji.
- Osveščanje in usposabljanje novinarjev za odgovorno poročanje o alkoholu v množičnih medijih.

-
- Osveščanje splošne in strokovne javnosti o alkoholni problematiki – obeleževanje pomembni dni, tudi naslavljanje specifičnih skupin, kot so mladi, ljudje s posebnimi potrebami.
 - Vzpostavitev protokolov obravnave tveganega in škodljivega vpitja alkohola znotraj poklicev ter povezovanje in sodelovanje med poklici – razvoj in vzpostavitev pristopa, ki se bo uporabljal znotraj različnih poklicev, poudarek je tudi na samem mreženju in povezovanju med poklici.
 - Predlog vzpostavitve pristopa na sistemski ravni.

Osnovni namen tega razvojno-aplikativnega projekta zajema predvsem razvoj ustrežnejše obravnave od že obstoječe ter povezavo med zdravstvenim in socialnim sektorjem ter nevladnimi organizacijami v mrežo, ki bo svoje uporabnike obravnavala tudi na področju problematike pitja alkohola, in sicer tako na individualni ravni kot na ravni skupnosti.

Potreba po oblikovanju pristopa za obravnavo posameznikov, ki tvegano ali škodljivo pijejo, se kaže predvsem z vidika pomanjkanja večšin za tovrstno obravnavo znotraj poklicev. Kljub temu, da se posamezniki določenih poklicev vsakodnevno srečujejo s posamezniki, ki tvegano ali škodljivo pijejo, ni razvitega pristopa, ki bi omogočal kompetentno delo s tovrstno populacijo. Projekt je ravno s tega vidika zelo pomemben korak k vzpostavitvi učinkovite obravnave znotraj poklicev in k spremembam na področju obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola.

V projekt smo vključili različne poklice znotraj zdravstvenega in socialnega sektorja, ki se pri svojem delu vsakodnevno srečujejo z obravnavano problematiko pri svojih pacientih ali uporabnikih. Kratki ukrep bodo zato izvajali: zdravniki specialisti družinske medicine, zdravniki medicine dela, prometa in športa, izvajalci v zdravstvenovzgojnih centrih oziroma centrih za krepitev zdravja, diplomirani zdravstveniki/medicinske sestre v ambulantah družinske medicine, diplomirani zdravstveniki/medicinske sestre v patronažnem varstvu in strokovni delavci v centrih za socialno delo. Na nacionalni ravni bo tako v izvedbo vključenih predvidoma 288 izvajalcev, ki bodo v sklopu svojega dela pri pacientih in uporabnikih izvajali kratki ukrep kot podporo pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola.

Kratki ukrep oziroma poglobljeno kratko svetovanje predstavlja ukrep v obliki več srečanj, v katerih bo strokovnjak obravnaval posameznikovo tvegano ali škodljivo pitje alkohola. Ukrep oziroma obravnava vključuje tri faze:

-
- presejanje oziroma odkrivanje tveganega in škodljivega pitja (prepoznavanje posameznika, ki tvegano ali škodljivo pije alkohol, s pomočjo presejalnih pripomočkov v sklopu siceršnjega dela),
 - svetovanje za opustitev tveganega ali škodljivega pitja alkohola (svetovanje posameznikom, ki bodo prepoznani kot tisti, ki tvegano ali škodljivo pijejo, s pomočjo veščin in tehnik, ki jih bodo strokovnjaki pridobili na posebnem usposabljanju; svetovanje bo predvidoma zajemalo do 5 srečanj po 15 minut; število in dolžina srečanja lahko variirata glede na obravnavanega) in
 - spremljanje statusa po zaključenem svetovanju (sledi zaključku svetovanja po treh in šestih mesecih od zadnje obravnave in je namenjeno preverjanju pivskega statusa po zaključeni obravnavi).

Ciljna skupina oziroma ključna skupina projekta SOPA so odrasle osebe, ki tvegano ali škodljivo pijejo alkohol. Hkrati so to tudi osebe oziroma člani skupnosti, ki so izpostavljeni negativnim učinkom lastnega čezmernega pitja ali čezmernega pitja drugih. Osveščeni bodo seveda tudi o negativnih učinkih alkohola na zdravje. Ciljna skupina, ki bo vključena v obravnavo oziroma poglobljeno kratko svetovanje, bodo tako uporabniki, ki prihajajo v stik z zdravstvenimi ustanovami in specifičnimi profili v zdravstvu, in uporabniki, ki prihajajo v stik s socialnim sektorjem.

DISKUSIJA

Za učinkovito naslavljanje alkoholne problematike, ki je večplastna in kompleksna, je potrebno izvajanje različnih vrst dokazano učinkovitih ukrepov (Roškar, et al., 2016). Pristop SOPA temelji na povezovanju dveh zelo pomembnih sektorjev – zdravstvenega in socialnega, ter drugih pomembnih deležnikov znotraj lokalnih skupnosti (nevladne organizacije, občine, policija, lokalni mediji itd. Tovrstni pristop bo uporabnike storitev različnih sektorjev naslavljal z vidika zdravega življenjskega sloga in problematike pitja alkohola na individualni in skupnostni ravni. S projektom stremimo k odpravljanju oziroma zmanjševanju tveganega in škodljivega pitja alkohola in posledično zmanjševanje vseh negativnih posledic na različnih ravneh.

Sedanji zdravstveni sistem obravnava pitje alkohola predvsem v ambulantah družinske medicine, kjer potekajo postopki presejanja. Obravnava poteka tudi v centrih za krepitev zdravja v zdravstvenih domovih, ki nudijo individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja

alkohola. Socialni sektor pa tovrstne posebej zastavljene obravnave tovrstne problematike nima, čeprav vemo, da je alkohol v družini in družbi pogost vzrok za večplastne težave (vzrok razvez, nasilje, nižji socialni položaj), ki posledično vodijo v pogostejše obravnave na centrih za socialno delo.

Oba sektorja se torej s problematiko alkohola srečujeta vsakodnevno. Na zdravstveni ravni je čezmerno pitje tisto, ki je vzročno povezano s slabšim zdravjem, boleznimi in slabšo kakovostjo življenja. Zdravstveni delavci se hkrati soočajo s pomanjkanjem znanja in veščin, ki bi pripomogle k naslavljanju alkoholne problematike pri pacientih, kar jim trenutno predstavlja izziv. Alkoholna problematika je pa tako pri pacientih v zdravstvenem sistemu kot pri uporabnikih socialnovarstvenih storitev pogosto tabuizirana tematika. V socialnem sektorju je naslavljanje alkoholne problematike redkejše, kljub temu da se pogosto srečujejo s posledicami čezmernega pitja alkohola (družinsko nasilje, razveze, težja zaposljivost, nižji socialni status...).

Na podlagi predhodnih raziskav (Kaner, et al., 1999; Aalto, et al., 2003; Rapley, et al., 2006) se je izkazalo, da je pomanjkljivo naslavljanje alkoholne problematike posledica tega, da tako v zdravstvenem kot v socialnem sistemu manjkajo določeni protokoli obravnave in znanja oziroma večine za naslavljanje alkoholne problematike pri zdravstvenih in socialnih delavcih. Tudi v Sloveniji se je pokazalo, da je tako.

ZAKLJUČEK

Pomembno vlogo ima odnos celotne družbe do alkohola, strpnost do pitja alkohola in prenos vedenja in norm z odraslih na otroke. Odnos do alkohola je odraz prepričan in stališč kulturnega okolja, ki jih prevzema posameznik. Družbene norme so običajna pravila obnašanja, ki usklajujejo/določajo naše interakcije z drugimi. Te določajo poenotenje pravil obnašanja v določeni družbeni skupini in se pogosto med družbami bistveno razlikujejo. Čez čas vsekakor lahko pride tudi do spremembe norm, kar spodbudijo ali spremembe objektivnih okoliščin ali subjektivne (osebne) spremembe percepcije in pričakovanj. Vendar je za ta proces potrebnega zelo veliko časa, predvsem v kulturah, kot je naša, ki je zaznamovana s poimenovanjem »mokra kultura«.

Projekti, kot je projekt SOPA, so ravno zato posebno pomembni, saj predstavljajo morebitni dober način za prve korake k temu. Pri tem pa je nujno potrebna uresničitev ciljev projekta, ki naslavlja vzpostavitev pristopa na sistemski ravni.

Zelo pomembno je, da se zavedamo, da je odgovornost za zdravje skupna odgovornost vseh: posameznikov, družin, skupnosti, širšega družbenega okolja, tudi politike in drugih sfer.

LITERATURA

- Aalto, M., Pekuri, P. in Seppa, K. 2003. Obstacles to carrying out brief interventions for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug and Alcohol Review*, 22, pp. 169–173.
- Anderson, P, Moller, L, Galea, G., 2012. *Alcohol in the European Union – Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO.
- Belovič, B., et al., 2005. *Strategija za krepitev zdravja in akcijski načrt za zmanjševanje neenakosti v zdravju v Pomurski regiji*. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Heath, D.B., 1995. An anthropological view of alcohol and culture in international perspective. In: *International handbook on alcohol and culture*. Westport, pp. 328–347.
- Kaner, E., Heather, N., McAvoy, B., Lock, C., Gilvarry, E., 1999. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 34, pp. 559–566.
- Kovše, K., 2011. *Poročilo o izračunavanju kazalnikov za prikaz bremena tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Papič, J., 2013. *Najstniki in alcohol – Kaj menijo starši v Pomurju*. Murska Sobota: ZZV MS.
- Rapley, R., May, C., Kaner, E., 2006. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Social Science and Medicine*, 63, pp. 2418–2428.
- Roškar, M. et al., 2016. *Alkoholna politika v Sloveniji. Priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov*. Ljubljana: NIJZ.
- Sedlak, S. et al., 2015. *Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ.
- Šorn, Ž., 2006. *Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja pri uživanju alkohola med ljubljansko srednješolsko mladino: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Van der Stel, J. & Voordewind, D., 2000 *Preprečevalstvo po priročniku: alkohol, droge in tobak*. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo: IDC Sveta Evrope.
- Zorko, M., et al., 2014. *Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: NIJZ.

SVETOVANJE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE GLEDE DEJAVNIKOV TVEGANJA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA

Boštjan Viher, dipl. zn.
Zdravstveni dom Ormož
viher.bostjan@gmail.com

IZVLEČEK

Uživanje alkoholnih pijač lahko usodno zaznamuje vsakega posameznika, družino in družbo v celoti. Poraba alkohola na prebivalca je namreč pri nas med najvišjimi v Evropi, prav tako pa bolezni povezane s pitjem. Svetovna zdravstvena organizacija v Globalnem akcijskem načrtu za preprečevanje in nadzor nad nalezljivimi boleznimi navaja tudi za 10 % zmanjšati škodljivo pitje alkohola. Predlaga deset področjih ukrepov celovite alkoholne politike, ki jih je kot ključne prepoznala tudi slovenska stroka. Za boljše rezultate potrebujemo v Sloveniji celovito alkoholno politiko, ki bo vključevala dokazano učinkovite ukrepe in bolje povezala stroko in nevladne organizacije pri njihovem izvajanju. Celovita alkoholna politika vključuje ukrepe na vseh področjih tvegane in škodljive rabe alkohola, od tvegane in škodljive rabe pri posamezniku ter posameznih skupinah prebivalstva v vseh starostnih obdobjih, do tvegane in škodljive rabe v različnih življenjskih okoljih in v različnih okoliščinah. Prispevek nakazuje obravnavo glede tveganega in škodljivega pitja, ki ga izvajajo medicinske sestre v ambulanti družinske medicine in vključuje ugotavljanje pivskih navad in kratko svetovanje. Vlaganje v preprečevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola vodi k boljšemu zdravju in blagostanju prebivalcev.

Ključne besede: alkohol, alkoholizem, zasvojenost, zdravstvena nega, abstinenca

UVOD

Zaradi same dostopnosti je zloraba alkohola zelo visoka, posledice pa so pogosto precej hude. Nekateri mladi alkohol pogosto vidijo kot način sprostitve in zabav brez uživanja alkohola sploh ne poznajo. Pri reševanju

težav so v veliko pomoč bližnji, ki pomagajo posamezniku premagati pritisk družbe, izobraževalni programi na šolah, ukrepi, ki jih sprejema država, ti so lahko v obliki zakonov (Zakon o omejevanju porabe alkohola, Zakon o medijih, Zakon o varnosti cestnega prometa) ali pa socialno-marketingške narave.

Alkoholne pijače so že od nekdaj imele pomembno vlogo v številnih kulturah po svetu, predvsem pri raznih praznovanjih, obredih, tradicijah; danes je najbolj razširjena njihova uporaba v zabavne namene, velika večina jih, še posebno v mladosti, pije z namenom doseganja alkoholnega opoja oz. opitosti (Anderson, 2005).

Tvegano pitje alkohola prinese na prvem mestu številne negativne socialne posledice. Ljudje postanejo vse bolj nasilni, kar lahko uniči prijateljske odnose in družinsko življenje, pretirano pitje lahko zmanjša tudi učinkovitost na delovnem mestu ali pri študiju; lahko bi rekli, da takšno uživanje poseže na vsa področja življenja in v primeru, da se ne konča, lahko vodi v osebni propad (Anderson, 2005).

Poleg tega, da je alkohol droga, ki povzroča zasvojenost, njegovo uživanje povečuje tveganje za nastanek številnih bolezni in poškodb (duševne motnje, gastrointestinalna obolenja, rak, imunološke motnje, bolezni srca in žilja, prometne in druge nezgode, samomori itd.). Višja kot je stopnja uživanja alkohola, večje je tveganje za pojav katerega koli izmed naštetih obolenj. Zelo pomemben je tudi vpliv materinega pitja alkohola na plod v nosečnosti, okvare ploda lahko nastanejo že pri pitju najmanjših količin alkohola (Kolšek, 2010).

Medicinska sestra je nosilka zdravstvene nege, ki načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego na področju promocije zdravja, preventivnih dejavnosti, v zdravstveni negi pacientov, invalidov ter oseb vseh starosti in v vseh zdravstvenih okoljih (Filej, 2010).

Hoyerjeva (2005) opisuje, da je medicinska sestra vzgojiteljica, ki zagovarja zdrav življenjski slog brez uporabe opojnih substanc, v prvi vrsti imeti zdrav odnos do alkohola. Biti mora vzor ljudem, saj ji bodo ljudje verjeli le, če bo sama upoštevala načela, o katerih govori.

Namen prispevka je predstaviti svetovanje o dejavnih tveganja in škodljivega pitja alkohola, ki ga izvaja medicinska sestra v ambulanti družinske medicine.

RAZŠIRJENOST UPORABE

Statistika kaže, da se Evropska unija (EU) z 11 litri čistega alkohola na odraslo osebo na leto uvršča na prvo mesto po porabi alkohola na svetu. Skupna, registrirana in neregistrirana, poraba alkohola v Evropi znaša 13 litrov alkohola na odraslega prebivalca letno (Lovrečič & Lovrečič, 2013). Prav tako statistika kaže, da je v EU alkohol med najpomembnejšimi povzročitelji bolezni in prezgodnje smrti, manj pomemben kot kajenje in hipertenzija, vendar bolj pomemben kot povišan holesterol in povišana telesna teža. Poleg tega je alkohol pogost vzrok za prometne nezgode, poleg tega pa ima tudi socialne posledice – od npr. manjše produktivnosti na delovnem mestu, pa vse do hudih duševnih posledic pri pivcu in njegovi celotni družini (Košir, 2008).

Podobno kot v evropskem prostoru beležimo tudi v Sloveniji visoko porabo alkohola ter izraženo problematiko, povezano s škodljivim pitjem alkohola. Med letom 2000 in 2010 smo Slovenci vsako leto presegle količino 13,5 litrov čistega alkohola na prebivalca, ki predstavlja veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogroža blagostanje ljudi (Lovrečič & Lovrečič, 2013). Po raziskavi Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) smo Slovenci po skupni registrirani in neregistrirani porabi alkohola na prebivalca uvrščeni na peto mesto med državami članicami EU, in sicer za Češko, Madžarsko, Estonijo in Romunijo (Kovše, et. al., 2012). Med njimi je dobra četrtina čezmernih pivcev, več kot polovica pa se opije vsaj enkrat na leto. Pitje alkoholnih pijač je razširjeno tudi med otroki in mladostniki. Le 5 % 15–16-letnikov še nikoli ni pilo alkoholnih pijač, vsaj enkrat pa je bila opita dobra polovica (Kolšek, 2010).

Prav tako kot poraba čistega alkohola na prebivalca je tudi breme bolezni, povezanih z alkoholom, v Evropi še enkrat večje od povprečja v svetu (Lovrečič & Lovrečič, 2013). Alkohol je v svetu šesti najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost, v Evropi celo tretji (Košir, 2008).

Soočanje s problemi, povezanimi s pitjem alkohola, zahtevajo odgovorno in dobro strokovno podkovanu delo. Osnovna naloga strokovnih delavcev je, da imajo zadostno in dovolj sodobno strokovno znanje in da znajo s tem znanjem uspešno izpolnjevati svoje naloge in reševati probleme. Edwards in sodelavci (2004) navajajo, da ne glede na to, kateri strokovnjak se ukvarja s problemom pitja alkohola, mora upoštevati, da je v prvi vrsti za uspeh zdravljenja pomembna kakovost odnosa med terapevtom in klientom.

KATEGORIJE PITJA ALKOHOLA

Standardna enota (merica) alkohola vsebuje 10g čistega alkohola v določenem volumnu alkoholne pijače in je sprejeta po dogovoru v Evropi. Z njo lažje primerjamo različne alkoholne pijače, ki vsebujejo različno količino alkohola (Slika 1) (Kolšek, 2010).



Slika 1: Standardna enota (merica) alkohola (Kolšek, 2010).

Razlaga kategorij pitja alkohola glede na količino popitega alkohola in pogostnost pitja. Delimo jih na:

- Abstinenca pomeni, da človek nikoli ob nobeni priložnosti ne pije alkoholnih pijač.
- Manj tvegano pitje je pitje, ki verjetno ne pripelje do zdravstvenih težav, čeprav traja vrsto let. Meja je odvisna od starosti, spola in zdravstvenega stanja posameznika. V Sloveniji je sprejeta meja manj tveganega pitja, in sicer za moške do 14 enot na teden (na primer do 2 dcl vina na dan), ne več kot 5 enot ob eni pivski priložnosti, en ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola. Za ženske do 7 enot tedensko (tj. do 1 dcl vina na dan), ne več kot 3 merice ob posebni priložnosti, en ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola.
- Tvegano pitje je pitje alkohola, ki bo verjetno čez čas privedlo do resnih težav ali okvar zdravja, tako telesnih, duševnih, odnosnih kot tudi finančnih in socialnih.
- Škodljivo pitje se opisuje kot ponavljajoči vzorec pitja, ki privede do poslabšanja zdravja, tako psihičnega kot fizičnega. Pri takšnem pitju že ugotovimo kakšno od posledic (telesnih, psihičnih, socialnih), vendar še ni prisotna zasvojenost z alkoholom (Kolšek, et al., 2006).
- Alkoholizem ali sindrom zasvojenosti z alkoholom – pri dolgotrajnejšem uživanju alkohola se razvije zasvojenost in pride do postopnega propadanja človeka na vseh področjih (Ramovš & Ramovš, 2007).

Podatki o številu zasvojenih z alkoholom v Sloveniji so sicer nezanesljivi, število naj bi segalo do 200.000 oseb (Čuček-Trifkovič, et al., 2010). Perko (2008) meni, da je človek zasvojen takrat, ko brez nečesa ali nekoga ne more živeti. Alkoholik ne more živeti brez alkohola, saj trpi, se ne počuti dobro, ni sposoben živeti in delati. Bistvo alkoholizma ni v pitju alkoholnih pijač (čeprav brez prekomernega pitja ne more priti do zasvojenosti), ampak v spremenjenem in asocialnem vedenju osebe, zasvojene z alkoholom. Zasvojenost z alkoholom se kaže vsaj s tremi od naslednjih znakov: močna želja po pitju alkoholnih pijač, težave pri obvladovanju pitja alkohola, povečana toleranca za alkohol, telesne motnje ob prenehanju pitja alkohola, vztrajanje v pitju, kljub škodljivim posledicam, zanemarjenje drugih aktivnosti zaradi pitja alkohola (Kolšek, 2010).

NALOGE MEDICINSKE SESTRE PRI ZDRAVSTVENI NEGI PACIENTA S SINDROMOM ZASVOJENOSTI Z ALKOHOLOM

Definicija zdravstvene nege, ki jo je sprejela skupščina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) leta 2004 se glasi: »Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje« (Zbornica – Zveza, 2013).

Tako ima medicinska sestra zelo pomembno nalogo pri promociji zdravja in zdravstveni vzgoji glede opuščanja pitja alkoholnih pijač in načinih opuščanja. Pregelj in Kobentar (2009) ugotavljata, da izguba sposobnosti nadzora nad rabo alkohola vpliva na pacientove zmožnosti izvajanja temeljnih življenjskih aktivnosti, zmanjša njegovo odgovornost za lastno zdravje in razvijanje življenjskih navad, ki zdravje krepijo. Pri pacientih je poudarek na procesu terapevtske komunikacije in zdravstvenovzgojnem delu, ki pacientom pomaga do večjega zadovoljstva v življenju. Ta proces vključuje medicinsko sestro in pacienta, poudarek je na njunem odnosu, sodelovanju in interakciji.

Z načrtovano zdravstveno vzgojo lahko medicinska sestra pomaga ljudem, da se zavedajo nevarnosti pitja alkoholnih pijač in jih nauči različnih pristopov za opuščanje pitja alkoholnih pijač. Zorc in sodelavci (2010) navajajo, da zdravstvena vzgoja predstavlja proces učenja o zdravju, oblikovanja pozitivnih stališč, navad in vedenja za zdrav življenjski slog. Zdravstveno vzgojo izvajamo z namenom spodbujanja posameznika, da bi skrbel za ohranjanje lastnega zdravja. Usmerjena je na cilje, kaj naj varovanec po končanem procesu zna, kako naj se vede, čuti in misli.

Medicinska sestra v ambulanti družinske medicine (t. i. referenčni ambulanti) izvaja presejalni test, ki se uporablja za ugotavljanje tveganega ali škodljivega pitja alkohola in lahko igra pomembno vlogo pri prepoznavanju pacientov, zasvojenih z alkoholom. Poleg sodelovanja v procesu zdravljenja lahko medicinska sestra pomembno prispeva tudi pri motivaciji in usmeritvi pacienta v zdravljenje. V ambulanti družinske medicine s pomočjo presejalnega testa medicinska sestra išče rizične skupine ljudi. Zorc in sodelavci (2010) poudarjajo, da je zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni usmerjena k opisovanju bolezenskih znakov, bolezni in zdravljenja za rizične skupine ljudi.

Holmes (2013) navaja, da delo medicinske sestre, ki je specializirana za delo z osebami, zasvojenimi z alkoholom, vključuje skrb za paciente na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Kvas (2011) navaja, da kompetence na področju zdravstvene vzgoje medicinski sestri omogočajo opravljanje številnih nalog v procesu preprečevanja bolezni, zdravljenja in rehabilitacije. Pomembno je, da je v aktivni vlogi zdravstvenovzgojnega procesa pacient, ki pridobiva novo znanje, spretnosti in veščine.

V procesu zdravstvene vzgoje pacienta s sindromom zasvojenosti z alkoholom je zelo pomembna vzpostavitev medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Drobne in Mohar (2009) poudarjata, da naj bo odnos usmerjen v prizadevanje, pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje pacienta. Medicinska sestra s svojim delom zagotavlja pacientom terapevtsko okolje, ukvarja se s telesnim, duševnim in socialnim problemom.

Zaletel-Kragelj in sodelavci (2007) navajajo naslednje pristope zdravstvene vzgoje: zdravstveno sporočanje, samopomoč oziroma vzajemna pomoč, spreminjanje organiziranosti v podporo zdravju, razvoj, dozorevanje in mobilizacija skupnosti v krepitvi za zdravje. Merrell (2010) meni, da je pri-

marno zdravstveno varstvo ključno okolje za izvajanje zdravstvene vzgoje, saj je to za večino posameznikov prva kontaktna točka za stik s sistemom zdravstvenega varstva.

ODKRIVANJE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA

Tvegano ali škodljivo uživanje alkohola je lahko ugotovljeno ali z merjenjem porabe alkohola ali z uporabo namenskih pripomočkov. Porabo lahko ocenimo z vprašanji o količini in frekvenci ali z oceno dnevne porabe. Glavna prednost vprašanj o količini in frekvenci (K/F) je, da so enostavna ter omogočajo hitro in učinkovito presejanje večjega števila pacientov (Downson, 1998).

Z razvojem tehnologije postaja popularna tudi ocena s pomočjo računalnika ali interneta, kjer rešujemo različne vprašalnike. Odziv na spletne raziskave je tudi večinoma boljši kot pa na vprašalnike, poslane po pošti na dom (McCabe, 2002). Na voljo so številni pripomočki, vključno z vprašalnikom AUDIT, njegovo skrajšano verzijo AUDIT-C, hitri presejalni test za alkohol (FAST), TWEAK test 5 vprašanj. Glede na širok izbor pripomočkov s primernimi občutljivostmi in značilnostmi se v Slovenskem prostoru uporablja AUDIT-C (Kolšek, 2010).

PROCES ZDRAVLJENJA

Cilj terapevtskega komuniciranja je doseči, da bo pacient lahko brez zadržkov izražal svoje želje in potrebe. Pomembna je tako besedna kot nebesedna komunikacija, saj z njo pacientu izkažemo razumevanje. Predvsem moramo pacienta sprejeti takšnega, kot je (Drobne & Mohor, 2009).

Donnelly in sodelavci (2012) poudarjajo sodelovanje medicinske sestre pri ocenjevanju osebe zasvojene z alkoholom, ki vključuje psihološko stanje, posledice uživanja alkohola, motivacijo za zdravljenje, socialno podporo in telesno oceno.

Danes v Sloveniji deluje veliko terapevtskih sistemov in programov: zdravljenje na alkohololoških oddelkih psihiatričnih bolnišnic, v nekaterih psihiatričnih, zdravstvenih in socialnih ambulantah, v klubih zdravljenih alkoholikov, pri Anonimnih Alkoholikih ter drugih skupinah za samopomoč (Ramovš & Ramovš, 2007).

UKREPI PO KATEGORIJAH

Celovita alkoholna politika vključuje ukrepe na vseh področjih tvegane in škodljive rabe alkohola, škodljive rabe pri posamezniku ter pri posameznih skupinah prebivalstva v vseh starostnih obdobjih, do tvegane in škodljive rabe v različnih življenjskih okoljih in v različnih okoliščinah. Opis ukrepov:

- abstinenti – ukrepi niso potrebni, ponovno vprašamo čez 1–2 leti;
- pivci, ki pijejo manj tvegano – ukrepi niso potrebni, ponovno vprašamo čez leto ali dve;
- pivci, ki pijejo tvegano – preprost nasvet, pogovor z ustreznim svetovanjem za spremembo, seznanitev z mejami manj tvegane pitja, spodbuda za zmanjšanje pitja, morda "pivski dnevnik";
- pivci, ki že imajo težave zaradi pitja (škodljivo pitje) – nasvet, pogovor, pomoč pri uvidu, da so težave povezane s pitjem alkohola, načrt za zmanjšanje pitja, lahko z vmesnimi cilji, "pivski" dnevnik, morda zdravljenje kot pri zasvojenosti (Kolšek, 2010).

KRATKI UKREPI

Kratki ukrepi so skupno ime za različne oblike svetovanja zdravnikov splošne/družinske medicine (in ne specialistov), ki so namenjeni pivcem, ki pijejo manj tvegano, tvegano oz. škodljivo (po vprašalniku AUDIT), torej niso zasvojeni z alkoholom. Ti ukrepi imajo za cilj zmanjšanje pitja in ne abstinenco. Običajno so sestavljeni iz enega do štirih 5–15-minutnih razgovorov. Kratki ukrepi se razlikujejo in so različno poimenovani glede na to, komu so namenjeni.

Informacija je namenjena pivcem, ki pijejo manj tvegano. Takšen kratek ukrep vsebuje pohvalo s strani osebnega zdravnika ter nekaj poučnih besed oz. pisnih informacij z namenom preprečitve nastanka tvegane pitja pri pacientu v prihodnosti. Zdravnik pacienta pouči o mericah alkohola ter mu pove, koliko meric na dan/teden lahko spi, da bo ostal v manj tvegane območju, poleg tega pa pove, kakšna so tveganja za zdravje ob presežku meje manj tvegane pitja (poškodbe, arterijska hipertenzija in srčno-žilne bolezni, jetrne bolezni, rak).

Kratek nasvet je namenjen tveganim pivcem, izvaja ga osebni zdravnik/ medicinska sestra v zdravstveni vzgoji, občasno traja okoli 5 minut. Vsebuje naslednje elemente:

-
- podajanje povratne informacije pacientu glede na njegove težave/klinične znake/izpolnjen vprašalnik AUDIT; to pomeni seznanitev pacienta z realnim stanjem oz. realno stopnjo njegovega pitja alkohola; zdravnik mora poudariti resnost trenutnega stanja;
 - poučevanje pacienta o tveganjih za zdravje, v primeru da bo le-ta nadaljeval z tveganim pitjem;
 - pomoč pacientu postaviti cilj – spremembo pivskega vedenja;
 - predstavitev mejnih vrednosti – koliko lahko pacient popije, da bo postal in ostal manj tvegan pivec (število meric alkohola in koliko meric je v posamezni pijači);
 - vzpodbuda pacienta – zdravnik mora pacienta vzpodbujati, ne sme pa ga prekomerno prepričevati, saj lahko to pri pacientu povzroči odpor (Kolšek, 2006).

Pri izvajanju/podajanju kratkega nasveta naj se zdravnik/medicinska sestra drži navedenih tehnik, ki pripomorejo k učinkovitosti.

- Bodi empatičen in ne obsojaj. Zdravnik/medicinska sestra mora vedeti, da se tvegani pivci pogosto ne zavedajo mej tveganega pitja ter tveganj, ki jih takšno pitje prinese. Pogovor naj bo sproščen, zdravnik naj sprejema bolnika takšnega kot je, vključno z njegovim trenutnim pivskim vedenjem. Pacient se najbolje odziva na iskreno skrb zdravnika ter njegovo podporo za spremembo.
- Bodi avtoritativen. Ker ima zdravnik/medicinska sestra pri pacientu posebno avtoriteto zaradi svoje izobrazbe in izkušenj, ga pacienti običajno spoštujejo. Zato naj bo zdravnik/medicinska sestra jasen v izražanju, objektivni in oseben.
- V primeru odklonilnega zanikanja (pacienti zanikajo dejstvo, da pijejo preveč, ker še niso pripravljeni na spremembo pivskega vedenja) si lahko pomagamo z izvidi pregledov in preiskav – pacienta povabimo, naj razložijo neskladje med medicinskim izsledkom in njihovim lastnim mnenjem.
- Spremljanje. Glede doseganja ciljev v zvezi z zmanjševanjem pitja je potrebno spremljanje s strani zdravnika (Bilban, 2016).

KRATEK POSVET – SVETOVANJE ZA SPREMEMBO

Kratek posvet – svetovanje za spremembo je namenjen pivcem, ki pijejo škodljivo. Pri kratkem posvetu se uporabljajo isti osnovni elementi kot pri kratkem nasvetu, a so cilji posveta širše zastavljene in obsežnejši, takšno svetovanje zato tudi traja več časa in je sestavljeno iz večjih seans kot kratek nasvet. Zdravstveni delavci, ki se ukvarjajo s takšnim svetovanjem, morajo obvladati posebne tehnike poslušanja in motivacijskega razgovora (Kolšek, 2006).

Poleg elementov kratkega nasveta (z njimi začnemo) vsebuje kratki posvet še element ovrednotenja pripravljenosti pacienta za spremembo ter prilagoditev ukrepov glede na to pripravljenost (Kolšek, 2006).

Tretji element kratkega nasveta je spremljanje: potrebno je odkrivanje znakov za recidiv ter prepoznavanje situacij, ki bi lahko ogrozile nadaljevanje procesa zdravljenja. Smiselno bi bilo periodično spremljanje stopnje ogroženosti (v katero skupino pivcev spada pacient). Pri pacientih, ki ne sodelujejo ter ne spremenijo pitja bistveno, je treba razmisliti o napotitvi na specialistično raven (Kolšek, 2006).

V praksi kratek posvet obsega več kratkih pogovorov (5–15-minutnih). Zdravnik skuša ugotoviti, na kateri stopnji pripravljenosti za spremembo je pacient ter mu skuša pomagati, da napreduje na višjo stopnjo. Pomembno je, da se zdravnik izogiba prepričevanju ter ne hiti – prezgodaj nagovarja pacienta k spremembi. Pacient mora najprej sam pri sebi dozoreti za spremembo, zdravnik lahko ta proces spodbuja in ga nekoliko pospeši. Pogosto je koristno postaviti s pacientom vmesne cilje – postopno zmanjševanje pitja na manj tvegano raven, saj se previsoki cilji pacientu sprva ne zdijo uresničljivi. Uporabna strategija je tudi vodenje »pivskega dnevnika« in s tem prepoznavanje nevarnih situacij, v katerih pacient pije več kot običajno. Za takšne situacije je smiselno vnaprej poiskati načine, kako se jim oginiti oz. reagirati. Smiselno je tudi poiskati zanimive dejavnosti, s katerimi pacienti nadomestijo prejšnje pivske situacije (Kolšek, 2006).

UČINKOVITOST KRATKIH UKREPOV

Izkaže se, da je kratko, 5-minutno svetovanje enako učinkovito kot 15-minutno svetovanje, torej takšne kratke ukrepe lažje izvajajo že tako obremenjeni zdravniki. Nekatere raziskave kažejo, da so kratki ukrepi v obliki več

srečan bolj učinkoviti v zmanjšanju količine zaužitega alkohola od enega samega srečanja, druge pa ne kažejo statistično pomembnih razlik. Interaktivni pogovori med osebo s težavo in zdravnikom so verjetno bolj učinkoviti kot enosmerno svetovanje (Anderson, 2005).

DISKUSIJA

V Sloveniji je preprečevanje škode zaradi alkohola integriran del različnih zdravstvenih in drugih politik ukrepov. Alkohol lahko v najširšem smislu pomena preprečujemo s preventivnimi aktivnostmi, med katerimi imajo pomembno vlogo zdravstvo in zdravstveni delavci z ozaveščanjem javnosti o zdravstvenih in socialnih posledicah tvegane in škodljive rabe alkohola (World Health Organization, 2018).

Problem nastane, ko je alkoholizem že prisoten in je potrebno posamezniku zagotavljati obravnavo v zdravstvenem sistemu. Dandanes se v praksi pojavlja množica pristopov, ki lahko predstavljajo tudi tveganje za zdravje.

Priporočilo SZO državam priporoča, da morajo sprejet Globalni akcijski načrt za preprečevanje in nadzor nad nalezljivimi boleznimi, navaja devet prostovoljnih ciljev, med njimi tudi za najmanj 10 % zmanjšati škodljivo pitje alkohola. SZO predlaga devet področij ukrepanja celovite alkoholne politike kot so vodenje, ozaveščanje, zavzemanje k ukrepom, obravnava tveganega in škodljive rabe alkohola v zdravstvu, pristopi lokalni skupnosti, itd.) (Nacionalni inštitut za zdravje, 2014). V okviru nadgradnje programa, ki se izvaja v zdravstvenih domovih, in kamor bolnike napotujejo, smo vključili metode, ki temeljijo na postopnih in dolgoročnih spremembah.

ZAKLJUČEK

Medicinske sestre se zavedamo o vseh škodljivosti alkohola, vendar je v naši družbi globoko zakoreninjen že od nekdaj in prav zaradi tega so uspehi ukrepov za zmanjšanje uživanja marsikdaj neuspešni ali težko izvedljivi. Pa vendar obstajajo poti, ki jih lahko uporabimo za doseg tega cilja in, ki so statistično gledano vseeno uspešne v neki meri. Kot je že bilo rečeno, lahko ljudi učimo in poučujemo o vseh škodljivih posledicah prekomernega uživanja alkohola, z različnimi testi lahko dokaj zgodaj (ko še ni prepozno) odkrijemo primere tveganega uživanja, zelo pomembno vlogo pa ima pri vsem tem tudi medicinska sestra, ki z izvedenimi preventivnih ukrepov

pripomore k zastavljenimi cilji. Največkrat je problem, da so ljudje nekooperativni, da ne priznajo velikega uživanja ali odklanjajo pomoč. Pacienti takšne težave neradi priznajo medicinski sestri, včasih ne priznajo niti sebi.

Zavedati se moramo tudi, da je pri obravnavi tako kompleksne zadeve kot je alkohol, nujno kontinuirano izobraževanje in usposabljanje vseh strokovnjakov, ki sodelujejo v timu. Prizadevati si moramo, da bomo tudi v prihodnje skrbeli za kontinuirano nadgradnjo programa, kar bi doprineslo k večji kakovosti obravnave in življenja oseb, ki se soočajo s problemom.

LITERATURA

- Anderson, P., Gual, A., Colom, J., 2005. *Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions*. Barcelona: Department of health of the government of Catalonia.
- Bilban, M., 2016. *Obravnava odvisnika od alkohola*. ZVD Delo in varnost, pp. 33–38. Available at: http://www.zvd.si/media/medialibrary/2017/12/Zavod_za_varstvo_pri_delu_RDV_6_2016_Obravnava_odvisnika_od_alkohola.pdf. [16.5.2018].
- Dawson, D.A., 1998. Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, pp. 191–197.
- Čuček Trifkovič, K., Kobolt, A. & Kores Plesni, B., 2010. Zadovoljstvo z življenjem pri osebah odvisnih od alkohola. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(3), pp. 147–161.
- Filej, B., 2010. Zdravstvena nega. In: B. Skela Savič & B.M. Kaučič, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Holmes, M., 2013. Helping patients rebuild their lives. *Nursing standard*, 27(22), pp. 62–63.
- Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33–45.
- Kolšek, M., 2006. *Evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA): Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Kolšek, M., Lokar, R., Petek, D. & Miholič, M., 2006. *Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA)*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino.

-
- Kolšek, M., 2010. *Ali vem pri čem sem s svojim...?: za ljudi, ki pijejo tvegano in škodljivo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Košir, M., 2008. *Poročilo o stanju na področju alkohola in alkoholne politike v Sloveniji in Evropi*. Ministrstvo za zdravje. [online] Available at: http://www.google.si/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CB-MQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mz.gov.si%2Ffileadmin%2Fmz.gov.si%2Fpageuploads%2Fjavno_zdravje_09%2FPoročilo_o_stanju_2008_alkohol.doc&rct=j&q=Matej%20ko%25%A1ir%2C%202008%2C%20stran%203%2C%20PORABA%20ALKOHOLA&ei=GP7bTNmWC9GbOrX58Z4K&usg=AFQjCNHYpthbe4Y7e-GxolevFwTDl8WniaA&cad=rja [14.4.2016].
- Kovše, K., 2012. Pitje alkohola in posledice škodljivega pitja alkohola v Sloveniji in v regiji Koper. In: M. Roškar, ed. *Problematika alkohola v zdravstveni regiji Koper/2. regijska konferenca*. Koper, 18. september 2012. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo, pp. 5–8.
- Lovrečič, B. & Lovrečič, M., 2013. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavlja velik zdravstveni problem. In: T. Hočevar & V. Kerstin Petrič, eds. *Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 34–46.
- Merrell J., 2010. Focusing upstream – The role of nurses in health promotion. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, J. Zorc & S. Hvalič Touzery, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16.–17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 70–78.
- McCabe, S.E., Boyd, C.J., Couper, M.P., Crawford, S., Crawford, D., Arcy, H., 2002. Mode effects for collecting alcohol and other drug used at a: web and U.S. mail. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, pp. 755–761.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Tvegano pitje alkohola*. [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/tvegano-pitje-alkohola> [16. 5. 2018].
- Perko, A., 2008. *Družina na križpotju: sodoben pristop k urejanju ljudi v stiski*. Ljubljana: Umco: Zavod Mitikas.
- Pregelj, P. & Kobentar, R., 2009. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Psihiatrična klinika Ljubljana. Ljubljana: Rokus Klett.
- Ramovš, J. & Ramovš, K., 2007. *Pitje mladih: raziskava o pitju alkohola med mladimi v luči antropoloških spoznanj o omamah in zasvojenostih*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- World Health Organization, 2018. *Obesity and overweight*. [online]. Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [15.5.2018].
- Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2013. [online] Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu/zdravstvena-nega> [12. 5. 2018].

Zurc, J., Torkar, T., Bahun, M. & Ramšak Pajk, J., 2010. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: B. Skela Savič & B.M. Kaučič, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

VLOGA ZDRAVSTVENIH STROKOVNJAKOV PRI ZDRAVLJENJU ZASVOJENOSTI S TOBAKOM

Mihaela Lovše, v. m. s., univ. dipl. org.

Maja Lovše, prof. geografije in pedagogike

Katarina Marija Rozman, Master der Politikwissenschaft, Nemčija

Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo

info@zadihaj.net

IZVLEČEK

Tobak sodi med najpomembnejše dejavnike, ki slabo vplivajo na zdravje posameznika. Povezan je s številnimi bolezenskimi stanji in prezgodnjo smrtjo, saj povzroča več vrst raka. Za reševanje tega problema je poleg zakonodajnih ukrepov potrebno izvajati tudi ukrepe, ki predvsem pomagajo pri ozaveščanju javnosti o škodljivih učinkih rabe tobaka in podpora tistim, ki so že razvili zasvojenost s tobakom. Dosledno preventivno delo zdravstvenih strokovnjakov in medsektorsko povezovanje ob podpori nevladnih organizacij in širše civilne družbe lahko z učinkovitimi ukrepi preprečita marsikatero obolenje, ki nastopi kot posledica uživanja psihoaktivnih substanc in nezdravega načina življenja. Vloga zdravstvenih strokovnjakov je zelo pomembna pri zdravljenju zasvojenosti s tobakom, že kratek nasvet lahko zviša verjetnost opustitve kajenja. Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo s podporo Evropske mreže za preventivo pred kajenjem in Ministrstva za zdravje Republike Slovenije prenaša model dobre prakse izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov preko e-učenja v slovenski prostor. Celoten evropski model dobre prakse, ki zajema splošne nasvete za zdravljenje zasvojenosti s tobakom, evropska priporočila in standarde za usposabljanje zdravstvenih delavcev in strokovnjakov, bo objavljen na spletnih straneh Slovenske zveze za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo ob koncu koledarskega leta 2018.

Ključne besede: opuščanje kajenja, e-izobraževanje, preventiva, model dobre prakse, zdravstvo

UVOD

Po podatkih poročila Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) z leta 2016 o nadzoru nad tobakom bo število smrti zaradi rabe tobaka do leta 2030 narastlo s 6 na 8 milijonov. To je več smrti na leto kot jih povzročijo HIV/AIDS, tuberkuloza in malarija skupaj. Ekonomske posledice kajenja so osupljive, saj ekonomska škoda zaradi kajenja, vključno z izgubo produktivnosti zaradi smrti in invalidnosti, dosega 1,4 milijarde ameriških dolarjev letno, kar je enako 1,8 % svetovnega letnega BDP-ja (Nolan, 2018).

V Sloveniji letno zaradi rabe tobaka umre 3600 oseb, kar pomeni, da zaradi bolezni, ki jih pripisujemo rabi tobaka, dnevno umre 10 ljudi. Tobak sodi med najpomembnejše dejavnike, ki slabo vplivajo na zdravje posameznika in so povezani s številnimi bolezenskimi stanji in prezgodnjo smrtjo. Povzroča več vrst raka, med katerimi prednjači pljučni rak, ki je krivec za vsako peto smrt zaradi raka v Sloveniji, ta pa je v 90 % povezan s kajenjem. Druge posledice rabe tobaka so bolezni dihal, bolezni srca in ožilja, slab vpliv na sladkorno bolezen, impotenco, spremembe imunskega sistema, ne prizanese niti še nerojenemu otroku, saj mama, ki kadi, ogroža življenje še nerojenega otroka (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

Zdravljenje zasvojenosti s tobakom bi morala biti ena od prednostnih nalog celotne družbe, od politike, zdravstva, zakonodaje do civilne družbe in nevladnih organizacij. Poleg stroškovne učinkovitosti ima zdravljenje zasvojenosti s tobakom lahko tudi sinergijski učinek z drugimi preventivnimi ukrepi, kot sta politika čistega zraka v zaprtih prostorih in višja obdavčitev tobačnih izdelkov (Nolan, 2018).

Zaradi ogromne škode, ki jo raba tobaka povzroča družbi in okolju, je SZO leta 2003 sprejela mednarodno Okvirno konvencijo o nadzoru nad tobakom (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), ki je stopila v veljavo leta 2005. Konvencija je odgovor na globalizacijo tobačne epidemije in temelji na dokazih, ki potrjuje pravico vseh ljudi do najvišjega zdravstvenega standarda. Konvencija predstavlja mejnik za spodbujanje javnega zdravja in zagotavlja nove pravne razsežnosti za mednarodno sodelovanje na področju javnega zdravja (WHO, 2003).

Anketa o izvajanju predpisov in poročil FCTC konvencije iz leta 2013 je pokazala napredek pri izvajanju 14. člena SZO, ki podaja smernice glede zasvojenosti s tobakom in za opuščanje kajenja v 84 državah (Framework Convention on Tobacco Control, 2003). Vendar pa je še vedno zaskrbljujoč

podatek, da 21 % prebivalstva še vedno nima usposobljenih posameznikov za zagotavljanje zdravljenja zasvojenosti s tobakom (Nolan 2018).

Namen prispevka je predstaviti vlogo zdravstvenega strokovnjaka kot enega ključnih dejavnikov pri opuščanju kajenja. Nadalje predstaviti novo obliko izobraževanja za pomoč pri zdravljenju zasvojenosti s tobakom in s tem zdravstvene strokovnjake opolnomočiti, da vplivajo in delujejo proti škodljivim posledicam rabe tobaka.

PROJEKT: ZMANJŠEVANJE RABE TOBAKA, TOBAČNIH IN POVEZANIH IZDELKOV TER ALKOHOLA MED PREBIVALCI V REPUBLIKE SLOVENIJE

Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo (SZOTK) s svojim delom želi vzpostaviti in vzdrževati medsebojno sodelovanje med različnimi institucijami z namenom učinkovitejšega in hitrejšega reševanja problemov ranljivih in izključenih oseb. Eden izmed ciljev je zmanjševanje neenakosti pri dostopnosti in obsegu zdravstvenih storitev ter omogočiti e-izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov. Za doseg te ciljev izvaja medijske kampanje, informira javnost preko spletnih strani in elektronskih novic, izvaja program za nadzor nad upoštevanjem Zakona o omejevanju tobačnih in povezanih izdelkov ter Zakon o omejevanju porabe alkohola, izvaja dejavnosti namenjene neposredno uporabnikom, vzpostavlja in vzdržuje medsebojno sodelovanje med različnimi institucijami in aktivno sodeluje pri projektih zagovorništva, tokrat predvsem na področju zvišanja trošarin na tobačne izdelke (Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo, 2017).

Program projekta sledi nacionalnim ciljem v smislu zmanjševanja tveganj za kronične nenalezljive bolezni oziroma preventive med prebivalci Republike Slovenije. V okviru slednjega posredujemo učinkovite vzgojno-izobraževalne modele in doktrine dobrih praks ter smernic Evropske unije (EU) tudi zdravstvenim delavcem.

Model dobre prakse (Evropske mreže za preventivo pred kajenjem – ENSP: »Smernice za zdravljenje zasvojenosti s tobakom«) je namenjen izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev prek e-učenja. Na spletnih straneh SZOTK (www.zadihaj.net in www.nvozdravje.si) bo konec leta 2018 dostopen veljaven priročnik za splošno razumevanje tematike in uvajanje strategij za zdravljenje zasvojenosti s tobakom.

SZO je na podlagi Okvirne konvencije o nadzoru nad tobakom ustanovila sklad Global Bridges, za spodbujanje zdravljenja zasvojenosti s tobakom, predvsem v državah z nizkim in srednje visokim prihodkom. Sklad je financiral 19 projektov, ki so bili namenjeni ustvarjanju in mobiliziranju globalne mreže zdravstvenih delavcev in organizacij, posvečenih pospeševanju zdravljenja zasvojenosti s tobakom. Kot neposreden rezultat teh projektov je bilo izobraženih približno 9000 zdravstvenih delavcev, ki so 150 000 bolnikom omogočili svetovanje (Nolan, 2018). Eden izmed teh projektov je bil projekt EPACKT, ki ga je povzela in uspešno nadgradila organizacija ENSP, projekt je tudi akreditirala EU kot učinkovit pripomoček pri opuščanju kajenja.

Prvi e-modul programa usposabljanja ENSP prikazuje razloge za težave ob opustitvi kajenja. Predstavljeni so fizični in psihološki dejavniki rabe tobaka, patofiziologija zasvojenosti z nikotinom in s tem povezani odtegnitveni simptomi in hrepenenje, ki lahko otežijo opuščanje kajenja. Dnevna rutina, sprožilci za kajenje in razpoloženje so povezani z nadaljevanjem rabe tobaka.

Mnogo let smo zmotno menili, da oseba kadi, ker tako želi. Sedaj vemo, da to ne velja za večino posameznikov, ki kadijo. Večina kadičev ne more opustiti kajenja sama od sebe. Zasvojenost z nikotinom in odtegnitveni (abstinenčni) sindromi so opredeljeni v MKB-10 (Mednarodna klasifikacija bolezni) pod šifro F-17 v skupini »Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi« (Inštitut za varovanje zdravja, 2008).

Če razumemo, zakaj pacienti kadijo in kakšne so nianse zasvojenosti z nikotinom, nam to lahko pomaga pri svetovanju. Mnogim pacientom pomaga razumevanje, da je njihovo soočenje z opuščanjem kajenja odsev nepopustljivosti zasvojenosti z nikotinom in da ni odsev njihovega pomanjkanja moči. Če razumemo, da je enostavnost ali težavnost opuščanja kajenja mogoče razložiti z dejavniki, ki niso povezani le s pacientovo voljo, nam bo to pomagalo pri svetovanju pacientom (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2017).

Proizvajalci tobaka vlagajo milijone dolarjev, da bi zagotovili, da cigareta po inhalaciji karseda hitro dovede nikotin v možganske centre za odvisnost. Cigaretni dim vsebuje več kot 4000 spojin, ki so dodane za pospeševanje hitrosti, s katero se nikotin dovede v možgansko deblo, zaradi česar cigarete še toliko bolj zasvojijo. Če razumemo, da so cigarete veliko več kot le nekaj v papir ovitih listov tobaka, je tudi to lahko v pomoč pri razumevanju zelo

resničnega izziva, ki ga opustitev kajenja predstavlja veliko ljudem (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2017).

Aktivacija nikotinskih receptorjev v centru za odvisnost v čelnem režnju možganov stimulira sproščanje nevrotransmitorjev, kot sta dopamin in noradrenalin, ki jih kadilci dojemajo kot zadovoljstvo. Ko nivo nikotina in dopamina upade, se pojavijo odtegnitveni simptomi in hrepenenje, zato kadilec občuti željo in v nekaterih primerih fizično hrepenenje po kajenju. Vsakokrat ko posameznik pokadi novo cigareto, to nemudoma zmanjša hrepenenje in občutke nelagodja (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2017).

Približno 60 % kadilcev, ki opustijo kajenje, poroča o slabi koncentraciji, ki običajno mine v dveh tednih po opustitvi. Eden od štirih pacientov poroča o zbujanju ponoči ali slabem spancu, vendar oboje običajno hitro mine. Večina, 50 do 60 odstotkov posameznikov, občuti razdražljivost, nemir in depresijo, ki običajno trajajo manj kot štiri tedne.

Pacientom je lahko v pomoč, če jim povemo, da so ti odtegnitveni simptomi normalni in da bodo najhujši običajno pet dni. Če bodo vztrajali brez kajenja, se bodo ti simptomi polegli po približno mesecu dni (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2017).

Zasvojenost z nikotinom je kronično ponavljajoče se stanje. V prvem letu po opustitvi kajenja je večina kadilcev začela ponovno kaditi v prvih nekaj dneh, ko so bili odtegnitveni simptomi najmočnejši. Prvi mesec po opustitvi je kritično obdobje. Za posameznike, ki niso kadili že več kot 12 mesecev, je tveganje za povratek h kajenju v naslednjih petih letih manjše od 35 %. Zdravstveni delavci morajo biti pripravljeni na to, da bodo pacienti morda večkrat neuspešno poskušali opustiti kajenje, preden jim bo končno uspelo.

Ta modul je namenjen predvsem temu, da nam da pregled nad zasvojenostjo z nikotinom in drugimi dejavniki, ki pacientom otežujejo opuščanje kajenja. Bolj kot bomo dovzetni za zelo realne fizične in psihološke izzive, ki jih opuščanje kajenja predstavlja za večino posameznikov, ki skušajo opustiti kajenje, lažje jim bomo ponudili podporo in oporo.

Od zdravstvenih delavcev se pričakuje, da aktivno spremljajo rabo tobačnih izdelkov predvsem med mladostniki, da bi preprečili začetek kajenja in spodbujali odvajanje od kajenja, saj so primarna ciljna skupina mladostniki, ki še niso zasvojeni.

Že zelo kratek zdravniški posvet lahko občutno poveča bolnikovo motivacijo in pozitivno vpliva na njegovo uspešnost pri odvijanju od kajenja, zato bi morali biti vsi zdravstveni strokovnjaki opremljeni s priporočili za pomoč pri opuščanju kajenja.

Za uspešno opuščanje kajenja je ključna kombinacija vedenjske terapije, farmakološkega zdravljenja in terapevtskega pristopa. Pokazalo se je, da so tovrstna zdravljenja najučinkovitejša (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2017).

POMEN ZDRAVSTVENEGA STROKOVNJAKA PRI OPUŠČANJU KAJENJA

Opuščanje kajenja je zapleten proces, za katerega ni potrebna zgolj osebna obveza, ampak tudi dostop do virov opuščanja kajenja (zdravila, svetovanje) in prisotnost sistema družbene podpore. Čeprav 14. člen konvencije FCTC določa, da mora zdravljenje zasvojenosti s tobakom vsebovati diagnozo in zdravljenje zasvojenosti s prisotnostjo zdravstvenih in socialnih delavcev, ne opisuje vloge in načina izobraževanja za te skupine (Bittencourt, 2013).

Pri zmanjševanju rabe tobaka imata vlada in zakonodaja pomembno vlogo, vendar nista edini v boju proti ubijalcu številka ena. Družba v širšem pomenu mora biti vključena v boj proti tobaku. Znotraj družbe ima ena skupina strokovnjakov posebno vlogo, saj upravljajo svoje delo v določenem sektorju – zdravstvo. Zdravstveni delavci uživajo zaupanje ljudi, medijev in oblikovalcev javnega mnenja; njihov glas se sliši na socialnem, ekonomskem in političnem področju (WHO, 2005a).

Zdravstveni strokovnjaki vključujejo zdravnike, medicinske sestre, babice, zobozdravnike, psihologe, psihiatre, farmacevte, fizioterapevte in druge strokovnjake, povezane z zdravstvom. Vloga in podoba teh strokovnjakov je bistvena pri promociji zdravega življenjskega sloga in družbe brez tobaka. Z njihovim strokovnim delovanjem lahko zdravstveni strokovnjaki ljudem pomagajo z nasveti, vodenjem in odgovori na vprašanja o rabi tobaka in njegovih zdravstvenih učinkih. Lahko so referenca medijem ter izobražujejo javnost in politične odločevalce. S pomočjo njihovih združenj in organizacij imajo lahko na nacionalnem in mednarodnem nivoju pomemben vpliv na spremembe za boljši nadzor nad tobakom (WHO, 2005a).

Zdravstveni strokovnjaki igrajo zelo pomembno vlogo pri podpori opuščanja kajenja, in sicer na različnih področjih. So vzor skupnosti, saj imajo

največ znanja o zdravstvenih vprašanjih in od njih se pričakuje, da bodo ravnali skladno s tem znanjem. V določenih primerih je program opuščanja kajenja pomagal tudi zdravnikom samim pozdraviti zasvojenost od tobaka. Kot del *zdravstvenega osebja* bi morali vprašanja o rabi tobaka vključiti v vsak obisk pacienta in podatke o kajenju zabeležiti v pacientovo kartoteko. Raziskave so pokazale, da 70 % kadilcev želi opustiti kajenje, od teh jih je polovica to že poskusila storiti. Manj kot 10 % kadilcev je pri tem uspešnih. Preprost nasvet zdravstvenega strokovnjaka poviša verjetnost za opustitev za 30 %, v primerjavi z nikakršnim nasvetom. Prav tako intervencije, ki jih vodi in pri kateri sodeluje zdravstveno osebje, pripomorejo k 50 % večji uspešnosti pri opuščanju kajenja. Kot *pedagogi* imajo zdravstveni strokovnjaki pomembno vlogo pri vzgoji in oblikovanju novih generacij zdravstvenih delavcev. Vključeni so v vsa področja izobraževanja in dela mladih. Vsi vidiki nadzora nad tobakom bi morali biti vključeni v že obstoječ kurikulum izobraževanja zdravstvenih delavcev. Kot *znanstveniki* izvajajo klinične, epidemiološke in politične raziskave in evalvacije, ki so pomemben del pri oblikovanju učinkovitih ukrepov za zmanjševanje rabe tobaka. Kot *voditelji*, ki zasedajo vodilne položaje na različnih področjih, uživajo nezanemarljivo podporo javnosti (WHO, 2005a).

DISKUSIJA

K večjemu številu opustitve kajenja so pripomogle nove raziskave v farmaciji, povečano javno zavedanje o škodljivosti kajenja, večje poznavanje kampanj in programov za opustitev kajenja, agresivne protikampanje in prepoznavanje številnih primarnih in sekundarnih učinkov na javno zdravje (Hiscock, 2013).

Intervencije za spodbujanje opuščanja kajenja bi morale biti standard dobre prakse. Zasvojenost s tobakom je kronično stanje, vendar dokazi kažejo, da so varna in učinkovita zdravila na voljo za pomoč pri poskusih opuščanja kajenja. Vsak pacient kadilec bi moral med kratkim pogovorom z zdravstvenim strokovnjakom izvedeti za vsaj eno od metod opuščanja. Svetovanje naj bi zajemalo strategije za izogib odtegnitvenim simptomom in preprečitev povratka h kajenju (Black, 2010).

Eden ključnih ciljev pri promociji zdravja je zmanjšanje deleža kadilcev tobaka. Študija kognitivno-vedenjske terapije, ki je bila izvedena v Angliji, je pokazala, da je 21 % udeležencev, ki so ob opustitvi kajenja kot pomoč

prejeli svetovanje in kognitivno-vedenjsko terapijo, po 6 mesecih postalo abstinentov, 11,5 % jih je zmanjšalo kajenje za vsaj 25 %. Ti rezultati kažejo, da ima vedenjska terapija lahko velik uspeh pri opustitvi kajenja (Sykes, 2001).

Pri ambulantnem zdravljenju lahko nasvet zdravstvenega strokovnjaka in redno spremljanje povišata verjetnost enoletne opustitve kajenja z 0,1 % na 5 % uspešnost v primerjavi s tistimi, ki opustijo kajenje brez intervencije in spremljanja zdravstvenega osebja (Black, 2010).

Ker je opustitev kajenja tudi stroškovno zelo učinkovita, ponuja zdravstvena zavarovalnica Medicare v Združenih državah Amerike denarno povračilo za svetovanje o opuščanju, kjer zdravniki za od 3 do 10 minut svetovanja prejmejo med 40 do 75 dolarjev (Black, 2010).

Opaziti je stalen trend pri opuščanju kajenja: največ uspeha imajo bogatejši starejši kadilci, ki jemljejo zdravilo Varenicline oziroma so deležni kombinacije zdravil in kognitivno-vedenjske terapije (Hiscock, 2013).

V Angliji je leta 2010 NHS Stop Smoking Services izvedel raziskavo z 202.084 udeleženci, ki so želeli opustiti kajenje. Ponudili so jim farmakoterapijo in kognitivno-vedenjsko terapijo. Ugotovili so, da so premožnejši kadilci lažje prenehali s kajenjem, saj so morali pripomočke za opuščanje kajenja plačati, medtem ko so imeli revnejši sloji brezplačen dostop do zdravil. Prednost naj bi imele odprte terapevtske skupine, vendar so dokazi več raziskav presenetljivo pokazali, da najmanj udeležencev opusti kajenje, če kognitivno-vedenjsko terapijo vodijo medicinske sestre (Hiscock, 2013).

Predvideva se, da je razlog v tem, da ima ta skupina zdravstvenih strokovnjakov na voljo najmanj časa za pacienta, vendar je za natančno določitev razlogov potrebnih še več raziskav. Eden od možnih razlogov za najmanjšo uspešnost intervencije medicinskih sester je lahko tudi visok odstotek kajenja med medicinskimi sestrami samimi. V Rusiji je na primer odstotek kadilk med zdravstvenim osebjem (13 %) višji od odstotka vseh kadilk (9,7 %). Prav tako je v Španiji, kjer je odstotek kadilk med medicinskimi sestrami višji od odstotka vseh kadilk (WHO, 2005a).

Druga študija je ocenila stanje kajenja med zdravstvenimi delavci v Združenih državah Amerike na podlagi ankete, ki je bila izvedena med leti 2008 in 2012 za odrasle osebe nad 18. letom starosti, ki delajo v zdravstvenem sektorju. Med približno 18,9 milijoni zdravstvenih delavcev je bilo 16 % trenutnih kadilcev. Odstotek kadilcev je bil najvišji med ženskami (16,9 %)

in med delavci, starimi med 25 in 44 let (17,7 %), predvsem med medicinskimi sestrami (26,9 %).

Prav tako je kajenje med zdravniki upadlo s 40 % v 60-ih letih na 5 % v letu 2007 in za medicinske sestre z 32 % iz leta 1974 na 18 % v letu 1991, vendar je med leti 2003 in 2007 ostala za medicinske sestre nespremenjena na 21 % in pri dihalnih terapevtih 19 %. Ti dve skupini sta imeli najvišji odstotek kajenja. Med letoma 2004 in 2010 je bilo 24 % delavcev v zdravstvenem sektorju kadilcev (Syamlal, 2015).

Zdravstveni delavci so lahko vzorniki in promotorji zdravega življenjskega sloga. Vendar je bil dokazan tudi učinek nizkega socialno-ekonomskega statusa na kajenje zdravstvenih delavcev. Dolg delovnik, psihični pritiski, pomanjkanje razumevanja in podpore sodelavcev, nizka motivacija in pomanjkanje programov za opuščanje kajenja so možne razlage za visok odstotek kadilcev med zdravstvenimi delavci (Syamlal, 2015).

Ovire za zdravstvene delavce pri vključevanju nadzora nad tobakom so pomanjkanje znanja in veščin pri nadzoru nad tobakom, pomanjkanje vodstva organizacije in nadaljnja/neprekinjena raba tobaka med zdravstvenimi delavci.

SZO in Kanadska zveza za javno zdravje sta razvili Global Health Professionals Survey (GHPS) za zbiranje podatkov o rabi tobaka in svetovanju o opuščanju kajenja med študenti zdravstvenih smeri. Pilotna študija je bila leta 2005 izvedena v 10 državah. Iz ankete ja razvidno, da več kot 20 % študentov v 7 izmed 10 držav kadi. Vendar je bilo 87–99 % študentov mnenja, da bi morali imeti večjo vlogo pri svetovanju bolnikom za opuščanje kajenja, vendar je zgolj 5–37 % študentov imelo možnost izobraževanja, kako se naj svetovanja izvedejo (WHO, 2005b).

Dejanska problematika je pomanjkanje zadostne in celostne ponudbe izobraževanja zdravstvenih delavcev in še vedno zaskrbljujoč nivo kajenja med zdravstvenimi delavci samimi, ki naj bi kot promotorji zdravja predstavljali dober zgled ostalim bolnikom.

Če resnično želimo zmanjšati število kadilcev in s tem povezanih smrti kot posledic kajenja, je v prihodnosti potrebno več pozornosti posvetiti psihološkemu vzroku kajenja, učinkovitosti psiholoških intervencij, kjer imajo zdravstveni strokovnjaki vodilno vlogo in priložnost vplivati na kratko- in dolgoročno zdravje celotne družbe.

ZAKLJUČEK

SZO želi v globalnem akcijskem načrtu za preprečevanje in nadzor nenalezljivih bolezni v obdobju od 2013 do 2020 za prebivalce, starejše od 15 let, znižati rabo tobaka za 30 %. Ta ukrep bi pomagal tudi pri doseganju glavnega cilja načrta, to je znižati tveganje za prezgodnjo smrt zaradi bolezni srca in ožilja, raka, sladkorne bolezni in kroničnih bolezni dihal za 25 %, saj je tobak eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za razvoj teh bolezni. Za doseg tega cilja je pred nami še veliko izzivov, od implementacije zakonodajnih ukrepov, kot je dvig trošarin na tobačne izdelke, do ukrepov, ki niso del zakonodaje, kjer predvsem primanjkuje finančne podpore.

Preprečiti ljudem, da bi pričeli kaditi, bo rešilo življenja na dolgi rok, vendar bo samo učinkovita pomoč pri opuščanju kajenja v zadostnem številu imela želeni učinek. Rabo tobaka bi morali vsi zdravstveni strokovnjaki in drugi, ki svetujejo ljudem, kako opustiti kajenje, obravnavati z isto resnostjo kot ostale kronične bolezni, se seznaniti s priporočili za pomoč pri opuščanju kajenja, kadilce podpirati pri opustitvi in jih vsaj enkrat letno napotiti v ustrezne svetovalne centre. Zdravstvena pomoč pri odvajanju od rabe tobačnih izdelkov je namreč bolj učinkovita (ne glede na pripravljenost odvisnika) kot pa opozarjanje na gola dejstva o vplivu kajenja na zdravje.

LITERATURA

- Bittencourt, L. & Scarinci, I., 2013. Is there a role for community health workers in tobacco cessation programs? Perceptions of administrators and health care professionals. *Nicotine and Tobacco Research*, 16(5), pp. 626–631.
- Black, J., 2010. Evidence base and strategies for successful smoking cessation. *Society for Vascular Surgery*, 51(6); pp. 1529-1537.
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP), 2017. *2017 Guidelines for treating tobacco dependence*. Bruselj: EU European Publishing. Available at: www.tobaccopreventioncessation.com [22.5.2016].
- Hiscock, et al., 2013. Behavioral therapy for smoking cessation: The effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(11), pp. 2787–2796.
- Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni*. Ljubljana: NIJZ, pp. 247. Available at: http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf [22.5.2016].

-
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Slovenija brez tobaka. Kdaj?* Ljubljana: NIJZ, pp. 9-21.
- Nolan, et al., 2018. Tobacco dependence treatment grants: A collaborative approach to the implementation of WHO tobacco control initiatives. *Journal of Environmental and Public Health*, 2018.
- Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo (SZOTK), 2017. *Zmanjševanje rabe tobaka, tobačnih in povezanih izdelkov ter alkohola med prebivalci RS*.
- Syamlal, et al., 2015. Cigarette smoking prevalence among adults working in the health care and social assistance sector, 2008 to 2012. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(10), pp. 1107-1112.
- Sykes, C. & Marks, D., 2001. Effectiveness of a cognitive behavioural therapy self-help programme for smokers in London, UK. *Health Promotion International*, 16(3), pp. 255–260.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Framework convention on tobacco control (FCTC)*. Available at: <http://www.who.int/fctc/cop/about/en/> [22.5.2016].
- World Health Organization (WHO), 2005a. *The role of health professionals in tobacco control*. Geneva: WHO Press. Available at: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf [22.5.2016].
- World Health Organization (WHO), 2005b. Tobacco use and cessation counseling: Global health professionals survey pilot study. Office on smoking and health, Centers for disease control and prevention, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16731522> [22.5.2016].

VKLJUČEVANJE KINEZIOLOGA V DELOVANJE ZDRAVSTVENOVZGOJNEGA CENTRA V ZDRAVSTVENEM DOMU ČRNOMELJ: PRIMER DOBRE PRAKSE

*Darjan Spudić, dipl. kin., Tatjana Gregorič, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Črnomelj, Zdravstvenovzgojni center
darjan.spudic@gmail.com*

IZVLEČEK

Delovanje zdravstvenovzgojnega centra Zdravstvenega doma Črnomelj, »obogateno« s kineziološkim znanjem na področju vadbe za zdravje, se kaže kot primer dobre prakse na področju Bele krajine. Gre za projekt zaposlitve kineziologa okviru razpisa Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, v sodelovanju z Olimpijskim komitejem Slovenije in Fakulteto za šport kot nosilko izobraževanja v okviru sklopa D razpisa »Razvoj kadrov v športu«. Telesna nedejavnost in slabe prehranske navade sta pomembna dejavnika za nastanek številnih hipokinetičnih bolezni. To lahko preprečimo zgolj s posameznimi dejavnostmi, ki zmanjšajo tveganje za nastanek bolezni in s prepričevanjem posameznikov, da mora zdrav življenjski slog postati del njihovega vsakdana. Priporočila o gibanju v zdravstvenem sistemu so primerna, vendar pa se pojavlja problem pri interpretaciji le-teh pri laični populaciji, še posebej pri bolnikih s kroničnimi obolenji, za katere splošna priporočila o telesni dejavnosti za ohranjanje oziroma krepitev zdravja niso primerna. Vključevanje kineziologa v delavnice zdravstvenovzgojnega centra Zdravstvenega doma Črnomelj se vrši v smislu spremljanja fizičnih sposobnosti oseb, predpisovanja primerne vadbe za posameznike s pridruženimi zdravstvenimi težavami in vodenje vadbe na vseh ravneh preventive za osebe s pretežno sedečim načinom dela, fizične delavce, kronično bolne osebe, osebe po poškodbah lokomotornega aparata, otroke s slabo držo ter sodelovanje z lokalno skupnostjo. Sodelovanje odpravlja težave pri načrtovanju primerne telesne dejavnosti za zdravje pri omenjenih posebnih skupinah oseb in zajema opredelitev primerne količine, pogostosti, intenzivnosti in tipa obremenitve. Napotitve oseb na kineziološko obravnavo se ureja v sodelovanju z izbranimi osebnimi zdravniki,

ambulantami družinske medicine, fizioterapevti in zdravstvenovzgojnim centrom ter je vzpostavljeno na podlagi organizacijske oblike »Vadba na napotnico« v Zdravstvenem domu Črnomelj.

Ključne besede: telesna dejavnost, vadba na napotnico, vadba za zdravje, kinezioterapija

UVOD

Sodoben način življenja z najrazličnejšimi tehnologijami omogoča in tudi spodbuja telesno nedejavnost. Znano je, da je pomanjkanje gibanja oziroma sedeč življenjski slog pomemben vzrok za mnoge kronične bolezni sodobnega časa, zato se kar sama po sebi ponuja ideja, da bi bilo telesno dejavnost potrebno sistematično vključiti v sistem zdravja (Strojnik, 2016). Mnogo raziskav potrjuje pomen telesne dejavnosti za zdravje (ne izrecno športa), naj gre za preventivo pred kroničnimi boleznimi sodobnega časa (tudi hipokinetične bolezni), poškodbami gibalnega aparata ali ohranjanje oziroma vračanje visoke ravni funkcionalnih sposobnosti in samostojnosti (EFSMA, 2017). Še posebej učinkovita je sistematična in namenska telesna dejavnost – terapevtska vadba, prilagojena potrebam posameznika v vseh življenjskih obdobjih. Čas je, da se zdravje populacije izboljša s prenosom strokovnih dognanj o terapevtskih učinkih telesne dejavnosti v prakso, kot to že poteka v nekaterih evropskih državah (Hellénus & Sundberg, 2011).

Kineziologija je veda o človeškem gibanju, ki s pomočjo gibalne in športne vadbe s povezovanjem znanj na področju mehanike telesa, mišično-skeletne anatomije in živčno-mišične fiziologije vzdržuje in izboljšuje telesno zmogljivost, preprečuje nastanek oziroma upočasnjuje razvoj določenih bolezenskih pojavov ter vzpostavlja mehanizme za uspešno po-rehabilitacijo pacienta. Je akademska disciplina, ki vključuje proučevanje telesne dejavnosti ter kako le-ta vpliva na zdravje, družbo in kakovost življenja (American Kinesiology Association, 2005; Lipert, 2011; Ontario Kinesiology association, 2017).

Zdravniki, še posebej družinski, so pomemben motivacijski dejavnik za spremembo iz sedečega v dejaven življenjski slog. Izbor imena projekta *Vadba na napotnico* ima poseben pomen. Glede na to, da je v obravnavo vključen zdravnik, ki ima višjo avtoriteto in zaupanje ter je v najtesnejšem stiku s svojimi pacienti, slednji tudi veliko bolj resno pristopijo h kineziološki obravnavi. S tem napredimo prvi korak pri vključevanju premalo telesno

dejavnih kroničnih bolnikov oziroma poškodovanih posameznikov v program vadbe kot terapevtskega sredstva za izboljšanje ali krepitev zdravja in povrnitev zdravja (Strojnik, 2016).

Telesna dejavnost ni učinkovita le v smislu izboljšanja zdravja in kakovosti življenja, temveč ju omogoča doseči z relativno majhnimi stroški. Različne raziskave ugotavljajo, da ena denarna enota, vložena v telesno dejavnost zaposlenih, vrne 3 do 7 enot na račun manjše odsotnosti z dela in višje produktivnosti (Coulson, et al., 2008; Strojnik, 2016).

Primer dobre prakse sodelovanja kadrov (zdravnik, diplomirani kineziolog, diplomirana medicinska sestra, diplomirani fizioterapevt) je bil izveden v Zdravstvenem domu (ZD) Vrhnika leta 2015. Projekt Svetovalnice za telesni in gibalni razvoj, ki je delovala kot ambulanta v ZD in v kateri je bil cilj osebe, ki so v bile v ambulanto napotene s posebnim obrazcem (napotnico), vrednotiti in jih primerno obravnavati (vsak kader na podlagi svojih znanj in s povezovanjem med kadri), je na podlagi statističnih podatkov pokazal izjemno učinkovitost tovrstnega delovanja v smislu izboljšanja zdravstvenih kazalcev z roko v roki s kazalniki fizične sposobnosti posameznikov, razbremenitve osebnih zdravnikov in financiranja (Strel, et al., 2016). Projekt je bil zelo velik, zajemal je vse potrebne strokovne kadre in je bil vključen v lokalno okolje, zato ga je v isti organizacijski obliki težko prenesti v druge ZD. Vključevanje kineziologa se je izkazalo tudi kot doprinos k delovanju tamkajšnjega centra za krepitev zdravja.

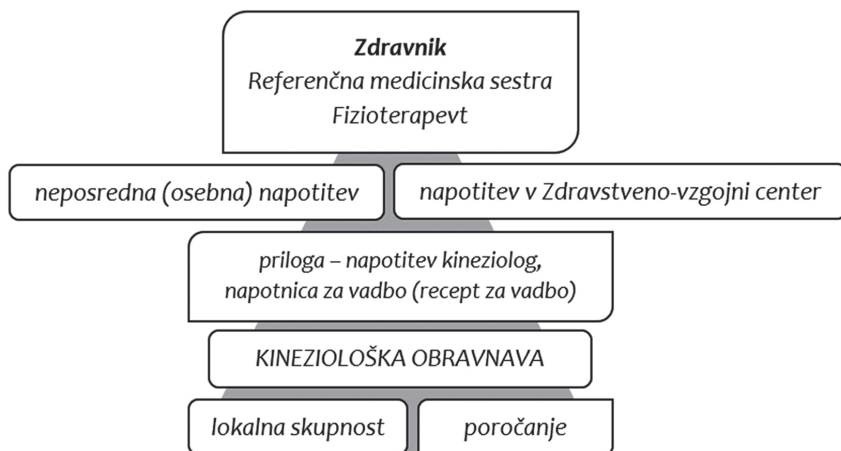
Delovanje Zdravstvenovzgojnega centra Črnomelj, »obogateno« s kineziološkim znanjem na področju vadbe za zdravje, se kaže kot primer dobre prakse na področju Bele krajine. Gre za projekt zaposlitve kineziologov v nekaterih ZD po Sloveniji v okviru razpisa Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, v sodelovanju z Olimpijskim komitejem Slovenije in Fakulteto za šport kot nosilko izobraževanja v okviru sklopa D razpisa *Razvoj kadrov v športu*.

Vadba na napotnico (European federation of sports medicine associations, 2017) je organizacijska oblika sodelovanja med zdravstvenimi delavci ZD Črnomelj in diplomiranim kineziologom, ki deloma v ZD Črnomelj že poteka, nadaljnji cilj pa je vzpostaviti sistematičen prehod oseb, ki zaradi funkcijske manjzmožnosti ustrezajo pogojem za vadbo. Le-ta bi omogočal najmanjšo obremenitev zdravnikov (ki so vodilni akterji napotitev h kineziologu), diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih fizioterapevtov in kasneje kineziologa pri obravnavah posameznikov.

Namen prispevka je predstaviti vključevanje diplomiranega kineziologa v delovanje Zdravstvenovzgojnega centra Črnomelj. Namen prispevka je tudi predstaviti dejansko uporabno vrednost diplomiranega kineziologa na vseh ravneh preventivne in kurativne zdravstvene dejavnosti in s tem smiselnost nadaljnega vključevanja v zdravstveni sistem.

VKLJUČEVANJE KINEZIOLOGA V DELOVANJE ZDRAVSTVENEGA DOMA ČRNOMELJ

Vključevanje kineziologa v delovanje ZD Črnomelj poteka na več področjih, in sicer s sodelovanjem z Zdravstvenovzgojnim centrom ZD Črnomelj (zdravstvenovzgojne delavnice za odrasle, promocija zdravja in zdravstvena vzgoja v šolskem sistemu in v podjetjih), s sodelovanjem s fizioterapijo ZD Črnomelj (kinezioterapevtske obravnave posameznikov po opravljeni fizioterapevtski obravnavi – porehabilitacijska vadba in korektivna vadba) in zajema vadbo za specifične skupine posameznikov s funkcionalno manjzmožnostjo v sklopu projekta Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport od septembra 2016 do decembra 2018.



Slika 1: Trenutna klinična pot posameznika/pacienta pri napotitvi na Kineziološko obravnavo – napotnica za vadbo (osebni arhiv).

DELOVANJE ZDRAVSTVENOVZGOJNEGA CENTRA IN SODELOVANJE S KINEZILOGOM

Zdravstvenovzgojni center izvaja promocijo zdravja, skrb za krepitev zdravja in zdravstveno vzgojo po zastavljenih usmeritvah Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ). V skladu z usmeritvami NIJZ in Navodili za organizacijo in delovanje zdravstvenovzgojnih centrov ter izvajanje Programa svetovanja za zdravje (Vrbovšek, et al., 2016) izvaja temeljne (kratke) delavnice (Zdrav življenjski slog, Ali sem fit?, Dejavniki tveganja in Tehnike sproščanja) in poglobljene (dolge) delavnice in individualna svetovanja (Zdravo jem, Gibam se, Zdravo hujšanje, Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, Spoprijemanje s stresom, Skupinsko in individualno svetovanje za opuščanje kajenja). V nekatere zdravstvenovzgojne delavnice/individualna svetovanja se lahko vključijo vse osebe iz ciljne populacije, v druge pa le po opravljenem preventivnem pregledu v ambulantni družinski medicine oziroma po napotitvi s strani zdravnika specialista psihiatrije, skladno z ugotovljenimi dejavniki tveganja za kronične bolezni, ogroženostjo in/ali obolelostjo za kroničnimi boleznimi (Vrbovšek, et al., 2016). Delavnice potekajo v ZD Črnomelj in na terenu v povezovanju z lokalno skupnostjo in so za udeležence brezplačne oziroma so financirane s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Potekajo pod vodstvom koordinatorice Zdravstvenovzgojnega centra (ZVC) Črnomelj. Izvajalci delavnic so diplomirane medicinske sestre, diplomirane fizioterapevtke in univerzitetna diplomirana psihologinja.

Diplomirani kineziolog z opravljenim »Temeljnimi izobraževanjem za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih bolezni za odraslo populacijo v primarnem zdravstvenem varstvu« je vključen v izvajanje Programa svetovanja za zdravje, kjer v sodelovanju z diplomiranimi fizioterapevti izvaja začetne in končne meritve izbranih motoričnih sposobnosti posameznikov ter pripravlja in izvaja programe vadbe za določene skupine glede na cilje delavnice in sposobnosti ter zdravstveno stanje posameznikov (Gibam se, Zdravo hujšanje, Ali sem fit? in po potrebi tudi ostale). Po potrebi je kineziolog v okviru delavnic, ki zajemajo predavanja in praktičen prikaz, vključen v promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo v šolah in vrtcih na temo gibanja, aktivnih odmorov oziroma zdravega življenjskega sloga ter v promocijo zdravja z gibanjem na sedečih in fizično zahtevnih delovnih mestih.

SODELOVANJE S FIZIOTERAPIJO ZDRAVSTVENI DOM ČRNOMELJ

Kljub temu, da v praksi obstajajo trenja na račun prekrivanja strokovnih kompetenc med diplomiranimi fizioterapevti in diplomiranimi kineziologi, sodelovanje v ZD Črnomelj poteka po ustaljenih, jasno določenih smernicah, pri katerih fizioterapevska obravnava zajema bolezenska stanja gibalnega sistema, katerih cilj je lajšanje bolečine, preprečevanje mišičnega neravnovesja, ohranjanje in povrnitev gibljivosti, vzdrževanje in povrnitev mišične moči ter ohranjanje primerne telesne vzdržljivosti. Na kineziološko obravnavo pa so napoteni posamezniki, ki so gibalno manj kompetentni, z namenom razvoja gibalnih sposobnosti (koordinacija gibanja, ravnotežje, gibljivost, mišična moč, aerobna in anaerobna vzdržljivost), povečanje obsega športnih znanj in obsega telesne dejavnosti na višjo raven. Medtem ko je fizioterapevtski pristop najpogosteje individualen, kineziolog praviloma diferencira delo v manjši skupini (Strel, 2016). Delo kineziologa v primeru poškodb in obrab lokomotornega sistema kronološko sledi opravljenemu delu diplomiranega fizioterapevta, zato je kineziološka obravnava poimenovana tudi po-rehabilitacijska vadba. Tipične skupine posameznikov, ki so v ZD Črnomelj usmerjene s fizioterapije na kineziološko obravnavo, so fizični in sedeči delavci, športniki, osebe s kroničnimi bolečinami v kolenih, kolkih, ramenih ali hrbtenici in otroci z nakazano slabo držo.

V primeru sodelovanja med diplomiranim fizioterapevtom in diplomiranim kineziologom in usmerjanja posameznikov na omenjene obravnave je ključnega pomena poznavanje kompetenc obeh strok s strani osebnih zdravnikov, ki so vodilni akterji napotitev, v drugi vrsti pa so zelo pomembni medsebojni odnosi, komunikacija in dopolnjevanje na relaciji diplomirani fizioterapevt – diplomirani kineziolog.

VADBA ZA SPECIFIČNE SKUPINE POSAMEZNIKOV S FUNKCIONALNO MANJZMOŽNOSTJO

Poleg sodelovanja z Zdravstvenovzgojnim centrom Črnomelj in fizioterapijo ZD Črnomelj, ki je bilo opisano zgoraj, kineziološko delo v sklopu projekta Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport zajema specifične skupinske ali individualne kinezioterapevske obravnave za osebe, ki so funkcijsko manjzmožne.

Napotitve h kineziologu se urejajo preko obrazca za napotitve oseb v zdravstvenovzgojne delavnice, ki pa je prilagojen tako, da je na obrazcu dodana rubrika napotitev – kineziolog. Obrazec izpolnijo zdravnik, diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine, diplomirani fizioterapevt ali kineziolog v povezavi z omenjenimi.

Ciljne skupine posameznikov, ki so lahko napotene h kineziologu na individualne ali skupinske obravnave s strani zdravnika, diplomirane medicinske sestre ali diplomiranih fizioterapevtov v ZD Črnomelj (slika 1), so starostniki (nad 65 let), prekomerno teži ali debeli posamezniki, diabetiki, hipertoniki, osebe z dislipidemijo, astmatični pacienti, posamezniki z depresijo, pacienti z revmatičnimi obolenji, posamezniki z bolečinami v hrbtenici, posamezniki s slabo držo, posamezniki z obrabo sklepov, športniki ali fizični delavci, ki so opravili fizioterapijo, vendar še niso pripravljeni na fizične obremenitve, ki jih zahteva šport/delo, onkološki pacienti po opravljeni terapiji, osteoporotični pacienti, osebe, ki potrebujejo ergonomsko obravnavo (sedeči poklici, fizični delavci, otroci), osebe, ki potrebujejo funkcionalno diagnostiko (vse od omenjenih skupin) in posamezniki, ki imajo povišane dejavnike tveganja za omenjene bolezni oziroma se za kinezioterapevtsko obravnavo odloči zdravnik iz drugega razloga. Za vse omenjene skupine pacientov ima redna, sistematična in usmerjena telesna vadba po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO – World Health Organisation, 2017), Evropskega združenja za medicino športa (European Federation of Sports Medicine Associations, 2017) in Ameriškega združenja za športno medicino (Garber, et al., 2011; Nelson, et al., 2007) ter ostalih organizacij pozitivne preventivne in kurativne vplive. Redna telesna dejavnost in primerna prehrana je tudi označena kot prednostno zdravljenje pri nekaterih kroničnih nenalezljivih boleznih, npr. pri diabetesu, debelosti, dislipidemijah, hipertenziji, bolečini v križu in ostalih (Ah-See, et al., 2015), in je temelj za preprečevanje nastanka bolezni sodobnega časa že pri otrocih in mladostnikih (Škof, 2016).

Kineziološke obravnave zajemajo tudi povezovanje z lokalno skupnostjo, ki zajema zgoraj naštetih ciljne skupine (športna društva in klubi, javna podjetja, domovi starejših občanov in ostalo), h katerim pa pristopa kineziolog sam z vabili oziroma s pomočjo Zdravstvenovzgojnega centra ZD Črnomelj.

Kineziološka obravnava v ZD Črnomelj zajema preverjanje pripravljenosti na vadbo z zdravstvenim vprašalnikom o pripravljenosti na vadbo (The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone, 2011), začne-

ne in končne meritve fizičnih sposobnosti posameznika, telesne sestave, spirometrijo in zdravstvene kazalce, potrebne za vrednotenje izvedene vadbe (glede na cilje vadbe je posebej za posamezno ciljno skupino izbrana baterija testov motoričnih sposobnosti, spremljajo pa se tudi kazalci zdravja (krvna slika), ki se spreminjajo z vzpostavitvijo aktivnega življenjskega sloga – predvsem z usmerjeno, sistematično vadbo), pripravo programa vadbe (kinezioterapije) na podlagi rezultatov začetnih meritev in zdravstvenega stanja, vodenje vadbe (individualno ali skupinsko), analizo opravljene vadbe in kazalnikov zdravja na podlagi končnih meritev, poročanje.

VLOGA ZDRAVNIKA, DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE IN DIPLOMIRANEGA FIZIOTERAPEVTA V SKLOPU SODELOVANJA S KINEZIOMOLOGOM

Zdravnik ali diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine glede na dejavnike tveganja ali druge bolezni/okvare, ki so bile ugotovljene pri posamezniku ob preventivnem ali drugem pregledu, z izpolnitvijo rubrike »napotitev – Kineziolog« na pripravljenem obrazcu usmeri posameznika na kineziološko obravnavo, kineziologa osebno kontaktira ali zgolj priporoča kineziološko obravnavo – posreduje kontakt posamezniku, da se ta samostojno naroči na kineziološko obravnavo.

Ob izpolnjevanju obrazca za napotitev h kineziologu zdravnik, diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani fizioterapevt v obrazec vpiše še nekatere podatke o zdravstvenem statusu posameznika. Podatki so namenjeni spremljanju posameznikov v času programa vadbe in vrednotenju končnih rezultatov vadbe za določeno skupino pacientov z enako diagnozo. Na obrazcu so parametri krvne slike in krvnega tlaka, ki se z vadbo dokazano spreminjajo na boljše (Dimeo, et al., 2012; Mann, et al., 2014). Kot prilogo napotitve zdravnika na kineziološko obravnavo zdravnik lahko doda tudi cilje obravnave, obremenitveno testiranje, če je bilo pri posamezniku izvedeno ter možne kontraindikacije in omejitve za vadbo in morebitna navodila za vadbo – t. i. recept za vadbo. Izpolnjevanje obrazca vzame približno minuto časa. Obrazci posameznikov se zberejo v zdravstvenovzgojnem centru in kineziolog z vabilom ali osebnim kontaktom pristopi do posameznikov, ki so bili napoteni na obravnavo. V primeru kineziološke obravnave, ki bi bila glede na oceno zdravnika/diplomirane medicinske sestre potrebna v krajšem času, je kineziolog dosegljiv osebno.

DISKUSIJA

Vključevanje usmerjene telesne dejavnosti v preventivne in kurativne programe daje pozitivne učinke v smislu zmanjševanja poškodb in bolezni ter temu pripadajočega manjšega števila obravnav in posledično razbremenjevanja ostalih zdravstvenih delavcev ter pripadajočega financiranja in manjše porabe zdravil. Še najbolj pomembno pa je, da se izboljšajo kazalci zdravja, kognitivnih in telesnih sposobnosti, s tem pa se izboljša kakovost življenja posameznikov, kar se je pokazalo tudi v dosednji praksi delovanja v ZD Črnomelj. Sodelovanje med strokami in organizacijska oblika z vadbo na napotnico se je tako kot v nekaterih drugih državah (Švedska, Nova Zelandija) in v pilotnem projektu na Vrhniki izkazala kot izjemno pozitivna (European Federation of Sports Medicine Associations, 2017; Hellénus & Sundberg, 2011; Strel, et al., 2016).

Z vključevanjem zdravnika in izborom imena projekta »vadba na napotnico« in »recept za vadbo« je bil dosežen bolj resen pristop h kineziološki obravnavi s strani pacientov. Dodatno je bil dosežen tudi večji pomen vadbe kot terapevtskega sredstva za izboljšanje ali krepitev zdravja in povrnitev zdravja (Hellénus & Sundberg, 2011; Strel, et al., 2016).

Napotitev h kineziologu predstavlja nadgradnjo obstoječih programov, ki se izvajajo v Zdravstvenovzgojnem centru Črnomelj in celostno rehabilitacijo posameznika, tudi po opravljeni fizioterapevtski obravnavi. Temelj nadgradnje je celosten pristop pri posamezniku (opredelitev dejavnikov tveganja, bolezni in temu primerno pripravljen individualiziran ali diferenciran program vadbe za krepitev ali povrnitev zdravja), trajanje programa vadbe (kinezioterapije) in spremljanje rezultatov obravnave z meritvami motoričnih sposobnosti in kazalcev zdravja. Če v središče pozornosti postavimo pacienta, je s kineziološko oziroma kinezioterapevtsko obravnavo deležen dodatne vzpodbude, ki je strokovna, traja dalj časa in ima pozitivnejše učinke od dosedanje prakse. Prihodnost osnovnega zdravstvenega varstva je namreč v interdisciplinarni, posledično celostni obravnavi pacienta/posameznika, ki se mu nudi pomoč v tej smeri, da sam bolje skrbi za svoje zdravje (Svetovna zdravstvena organizacija, 2014).

Zaradi neobravnavanja kinezioloških storitev v okviru zdravstvenega sistema se trenutno pojavlja problem financiranja potrebnega sodelovanja ostalih zdravstvenih strok (laboratorijski parametri, diplomirane medicinske sestre, diplomirani fizioterapevt, zdravnik) s kineziologom, vendar pa se

sodelovanje zdravstvenih delavcev kompenzira z njihovo razbremenitvijo in zato ne povzroča nesoglasij. Delovanje kineziologa v ZD otežuje tudi njegova neumeščenost med zdravstvene sodelavce, zato lahko po Zakonu o varstvu osebnih podatkov (2007) potrebna zdravstvena stanja posameznikov pridobijo in uporabijo le v primeru, da jih posreduje posameznik sam ali zdravnik oziroma diplomirana medicinska sestra z obvestitvijo posameznika o napotitvi na kineziološko obravnavo (54. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, 2005). V Programu za krepitev zdravja (Vrbovšek, et al., 2016), ki se izvaja v okviru centrov za krepitev zdravja, so trenutno kineziologi kot nov poklic lahko vključeni le v izvajanje meritev za funkcijsko manj-zmožnost (Djomba, et al., 2015). Koristno in smiselno bi bilo kineziologe v prihodnje sistematično vključevati v celotno zdravstveno obravnavanje posameznikov.

Izvedba in uveljavitev opisanega sodelovanja kineziologa z ZD Črnomelj predstavlja primer dobre prakse, ki bi se skozi pilotni projekt lahko prenesel tudi v delovanje ostalih ZD po Sloveniji, seveda z ustreznimi organizacijskimi prilagoditvami. Program sodelovanja se tako po potrebi lahko dopolnjuje v sodelovanju z zdravstvenim osebjem in vodstvom zdravstvenega doma.

ZAKLJUČEK

Vključevanje novega profila v zdravstveni sistem se je v prvih mesecih izkazalo kot učinkovito, uporabno in v zadovoljstvo obravnavanih, vendar pa je po drugi strani organizacijsko zahtevno in polno preprek, ki jih je možno odpraviti s sodelovanjem strok oziroma dobrim mentorstvom in pripravljenostjo za sodelovanje. Poznavanje kompetenc kineziologa je bistvenega pomena za medsebojno sodelovanje in daje osnovo za vključevanje kinezioloških obravnav v zdravstveni sistem. Medtem ko je organizacijski program vključevanja kineziologa v ZD Črnomelj doslej potekal v večji meri na podlagi osebnih napotitev zdravstvenega osebja na kineziološko obravnavo, je v prihodnje cilj vzpostaviti direktne napotitve posameznikov s pomočjo posebej pripravljenega obrazca – »napotnice za vadbo«. Le tako bo vzpostavljen boljši stik z zdravstvenim osebjem, sistematičen sistem kinezioloških obravnav in sledljivost rezultatov le-teh.

Ugotovljeno je bilo, da je delo kineziologa v lokalni skupnosti prepoznano kot zelo uporabno in učinkovito, zato bi bilo smiselno koncept dela razširiti na ostale ZD po Sloveniji. Dolgoročni cilji vključevanja so zmanjšanje

pojavnosti t. i. bolezni sodobnega časa, ki nastanejo zaradi nedejavnosti, in izboljšanje kakovosti življenja otrok, mladostnikov, starostnikov in zaposlenih, kar ima tudi ugodne posledice za delodajalce, izboljšanje zdravja in kakovosti življenja pa pomeni tudi razbremenitev zdravstvenega osebja in gre z roko v roki z delovanjem Zdravstvenovzgojnega centra ter zasleduje isti cilj.

LITERATURA

- Ah-See, K., ed., 2015. *British National Formulary*. London: BMJ Group and the Royal Pharmaceutical Society, pp. 77.
- American Kinesiology Association, 2005. *AKA clarifies the definition of kinesiology*. [online] Available at:<http://www.americankinesiology.org/white-papers/white-papers/aka-clarifies-the-definition-of-kinesiology> [27. 5. 2017].
- Coulson, J. C., McKenna, J., Field, M., 2008. Exercising at work and self-reported work performance. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(3), pp. 176–197.
- Dimeo, F., Pagonas, N., Seibert, F., Arndt, R., Zidek, W., Westhoff, T.H., 2012. Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. *Hypertension*, 60, pp. 653–658.
- Djomba, J.K., Backović Juričan, A., Jakovljević, M., 2015. Presejanje za funkcijsko manjzmožnost. In: T. Knific, ed. *Presejanje za funkcijsko manjzmožnost – navodila za izvajalce presejanja za funkcijsko manjzmožnost*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- European Federation of Sports Medicine Associations, 2017. *EFSMA training recommendations*. [online] Available at:<http://www.efsmascientific.eu/wp-content/uploads/2016/02/Table-training-recomm-08022016.pdf> [27. 5. 2017].
- Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes, M.R., Franklin, B.A., Lamonte, M.J., Lee, J. et al., 2011. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise Journal*, 43(7), pp. 1334–1259.
- Hellénus, M. & Sundberg, C.J., 2011. Physical activity as medicine: time to translate evidence into clinical practice. *British Journal of Sports Medicine*, 45(3), pp. 158.
- Lipert, L. S. (2011). *Clinical kinesiology and anatomy* (5. izdaja). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company, pp. 4.
- Mann, S., Beedie, C., & Jimenez, A., 2014. Differential effects of aerobic exercise, resistance training and combined exercise modalities on cholesterol and the lipid profile: review, synthesis and recommendations. *Sports Medicine*, 44(2), pp. 211–221.

-
- Vrbovšek, S., Zupančič, M., Remec, M., Rebernik, K., Backovič Juričan, A., Blatnik, B., ed., 2016. *Navodila za organizacijo in delovanje ZVC ter izvajanje programa svetovanje za zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, et al., 2007. Physical activity and public health in older adults – recommendation from the American college of sports medicine and the American heart association. *Circulation*, 116, pp. 1094–1094.
- Strel, J., 2016. Fizioterapevt ali kineziolog? Pogled specialista družinske medicine. In: J. Strel, G. Mišič, J. Strel & T. Glažar. *Telesna zmogljivost za boljše zdravje in počutje*. Logatec: Zavod Fit Lab, pp. 257–258.
- Strel, J., Mišič, G., Strel, J., & Glažar, T., 2016. Zgodba o pilotnem projektu. In: J. Strel, G. Mišič, J. Strel & T. Glažar. *Telesna zmogljivost za boljše zdravje in počutje*. Logatec: Zavod Fit Lab, pp. 344–386.
- Strojnjak, V., 2016. Recenzije. In: J. Strel, G. Mišič, J. Strel & T. Glažar. *Telesna zmogljivost za boljše zdravje in počutje*. Logatec: Zavod FitLab, pp. 23–25.
- Svetovna zdravstvena organizacija, 2014. *Zdravje 2020: temeljna evropska izhodišča za vseladno in vseživljenjsko akcijo za zdravje in blagostanje, 2014*. [online] Available at: www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/health_2020_svn.pdf [27. 5. 2017].
- Škof, B. (2016). *Šport po meri otrok in mladostnikov, 2. dopolnjena izdaja*. Ljubljana, Slovenija: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, pp. 48–51.
- The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone, 2011. *Canadian society for exercise physiology*. [online] Available at: <http://www.csep.ca/view.asp?ccid=517> [27. 5. 2017].
- Ontario Kinesiology Association, 2017. *What does a kinesiologist do?* [online] Available at: www.oka.on.ca/site/what-is-a-kinesiologist [27. 5. 2017].
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94. [online] www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/82668 [27. 5. 2017].
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB2), 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23. [online] Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/54447> [27. 5. 2017].
- WHO – World Health Organisation, 2017. *Global recommendations on physical activity for health*. [online] Available at: www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/ [27. 5. 2017].

SKRB ZA ZDRAVJE V ROMSKI SKUPNOSTI – ORGANIZIRANA TELESNA VADBA V ROMSKEM NASELJU PUŠČA

*pred. Sandra Gaber Flegar, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Mitja Dišič, dipl. kin.
Zdravstveni dom Murska Sobota, Zdravstvenovzgojni center
zvc@zd-ms.si*

IZVLEČEK

Skrb za lastno zdravje obsega zavedanje in prevzemanje odgovornosti zanj. Programi svetovanja za zdravje, ki so prebivalcem Slovenije na razpolago v zdravstvenih domovih v zdravstvenovzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja in ki delujejo v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni, so vzpostavljeni z namenom krepitev zdravja in preprečevanja nastanka oziroma obvladovanja že nastalih težav z nemedikamentozno obravnavo. Romska populacija spada med ranljive skupine prebivalstva, kar zahteva tudi drugačen pristop zdravstvenih delavcev in sodelavcev v skrbi za njihovo zdravje. V prispevku je predstavljena telesna vadba kot del skrbi za zdravje posameznikov znotraj skupine v romskem naselju Pušča.

Ključne besede: zdravje, medicinska sestra, kineziolog, Romi, telesna vadba

UVOD

Skrb za svoje zdravje je lahko vrednota ali ideal, saj kot navaja Zaletel-Kragelj s sodelavci (2007) človek običajno postavlja med svoje najvišje vrednote prav zdravje. Vsak posameznik pa je tudi dolžan skrbeti za svoje zdravje, kar opredeljuje trenutno še veljaven Zakon o pacientovih pravicah (2008), saj navaja, da je za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe posameznik dolžan dejavno sodelovati pri varovanju, krepitevi in povrnitvi lastnega zdravja. Vendar v odnosu do zdravja nismo enotni – ga ne dojemamo enako. K temu prispevajo miselnost posameznika, okolje in ekonomsko-socialne razmere.

Z uspešnim odpravljanjem neenakosti v družbi dobi izraz ranljivost skupine, ki je lahko obenem sinonim za prikrajšanost, povsem drugo dimenzijo.

Vendar se pojavi spet drug problem na področju zagotavljanja enakih možnosti za zdravje posameznika – osebna motivacija za spremembe. Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci smo na tem področju lahko zelo kreativni, lahko pa tudi precej destruktivni.

Gaber Flegar (2011) v svoji raziskavi primerjave med romsko in ostalo populacijo navaja, da je prevladovalo mnenje, da sami za svoje zdravje ne skrbijo dobro in da so nasveti patronažne medicinske sestre zanje koristni. Dobljeni rezultati so razkrili tudi manjši odstotek tistih, ki so bili mnenja, da sami za svoje zdravje skrbijo dovolj dobro in prav tu so skrb zase kot dobro ocenili prav posamezniki romske populacije v večjem odstotku v primerjavi z ostalo populacijo.

Cilj organizirane telesne vadbe v romski skupnosti je povečanje telesne dejavnosti prebivalcev Pušče, njihova seznanitev s priporočili za vadbo, s principi FITT (F – frekvenca vadbe (pogostost), I – intenzivnost vadbe, T – trajanje vadbe in T – tip vadbe), pravilno izvedbo vaj in vzpostavitev motivacije za redno, trajno in samostojno izvajanje telesne dejavnosti.

Namen prispevka je izpostaviti pomen redne vključenosti zdravstvenih delavcev in sodelavcev iz zdravstvenovzgojnih centrov v izvajanje programov ter s tem spreminjanje dejavnikov tveganja za zdravje, prav v lokalni skupnosti. V ospredje tako postavljamo telesno vadbo kot ključ do zdravja.

SKRIB ZA ZDRAVJE

Ključne vrednote promocije zdravja, kot navajajo Zaletel-Kragelj in sodelavci (2007), so: opolnomočenje ljudi za skrb za svoje zdravje, socialna pravičnost, socialna vključenost in spoštovanje različnosti (različni pogledi na zdravje, pogojeni z različnostjo kultur).

Poleg tega ima pacient v skladu s posebnimi predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do ustreznih preventivnih zdravstvenih storitev za ohranitev svojega zdravja in preprečitev bolezni. Poleg pravic pa ima tudi dolžnosti in ena izmed njih je, da je za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe dolžan dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Zakaj dejansko malo vemo o zdravju in zdravstvenem stanju Romov, so zapisale Belović in sodelavci (2015, p. 10) in razlagajo, da namreč v Sloveniji v redni zdravstveni statistiki nimamo podatkov o zdravju in zdravstve-

nem stanju Romov, ker je narodnost spremenljivka, ki se je ne sme zahtevati pri pridobivanju podatkov zdravstvene statistike in je zaradi nepopolnosti neuporabna. Prav tako je malo raziskav, ki se nanašajo na zdravje Romov, pa še te so omejene na zelo majhna geografska območja (posamezne vasi) in majhno število vključenih Romov.

NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Neučinkovite socialne in ekonomske razmere lahko dodatno obremenjujejo družbene vrednote in tudi prepričanja prikrajšanih skupin prebivalcev. Tudi Romi v Prekmurju sodijo med t. i. prikrajšane skupine prebivalcev, saj je njihov način življenja tesno povezan z njihovimi socialnimi in ekonomskimi razmerami, posledično pa je s tem povezano tudi njihovo zdravstveno stanje (Zaletel-Kragelj, et al., 2007).

Neenakosti v zdravju obstajajo tudi med regijami. Kot primer medregijske neenakosti so omenjeni prebivalci pomurske regije, ki predstavljajo ogroženo skupino na področju zdravja, kar naj bi se odražalo v krajši pričakovani življenjski dobi v primerjavi z Osrednjo Slovenijo. V tem kontekstu gre pripisati vzrok predvsem nižji izobrazbi, brezposelnosti in starosti ter pri Romih še pripadnosti romski populaciji (Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2008).

ROMSKA SKUPNOST

Romska skupnost v Republiki Sloveniji nima položaja narodne manjšine, pač pa gre za posebno etnično skupnost ali skupino s posebnimi etičnimi značilnostmi (lastni jezik, kultura, druge etične posebnosti) (Urad Vlade Republike Slovenije za narodnosti, 2006).

Iz Zakona o romski skupnosti v Republiki Sloveniji je razvidno, da ima romska skupnost v naši državi poseben položaj. Upošteva se poseben položaj romske skupnosti, uspešno vključevanje v slovensko družbo in prevzemanje odgovornosti za svoj razvoj imajo pripadniki oziroma pripadnice romske skupnosti poleg pravic in obveznosti, ki pripadajo vsem državljanom oziroma državljanke Republike Slovenije, še posebne pravice, določene z zakonom, ki pravi, da Republika Slovenija zagotavlja uresničevanje posebnih pravic na področju izobraževanja, kulture, zaposlovanja, urejanja prostora in varstva okolja, zdravstvenega in socialnega varstva, obveščanja

in soodločanja v javnih zadevah, ki se nanašajo na pripadnike romske skupnosti (Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji, 2007).

»Šele s stalno naselitvijo so bile Ciganom dane možnosti«, je zapisal Zadavec (1989, p. 28), »da so se začeli vključevati v prekmursko družbo.« S tem pa so na dan prišli tudi problemi – rasna nestrpnost med njimi in domačini. Ob interakciji obeh kultur je prihajalo do socio-psihičnih konfliktov, kar je imelo za posledico, da so se začeli umikati na družbeno obrobje. Po stalni naselitvi pa so Cigani bili soočeni z realnim življenjem in tako se je začel spreminjati njihov pogled na življenje, družbeno okolje, zdravje, bolezen in smrt. In tako se je začela spreminjati tudi njihova zdravstvena kultura (Zadavec, 1989).

V Pomurju se je pri zadnjem popisu leta 2002 po narodni pripadnosti za Rome opredelilo 980 oseb. Najpomembnejša naselja, kjer živijo Romi, so Pušča – Černelavci – Murska Sobota, Vanča vas – Borejci, Serdica – Sotina – Gornji Slaveči, Dolga vas – Dolgovaške gorice – Lendava, Pertoča – Ropoča, Ropoča – Krašči – Gornji Črnci – Cankova – Domajinci, Zenkovci – Lemerje (Belović, et al., 2015, p. 10).

PRIPOROČILA TELESNE VADBE ZA ODRASLO POPULACIJO

Program vadbe smo sestavili po priporočilih svetovne zdravstvene organizacije (SZO, angl. World health organization, WHO) in po priporočilih za telesno dejavnost Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) za odrasle, kar pomeni vsaj 150 minut telesne dejavnosti tedensko, od tega 50 % časa vadbe za srčno-žilni sistem (aerobne vadbe), 25 % časa vadbe za moč in 25 % časa vadbe za gibljivost (WHO, 2010; Backović Juričan, 2017).

Priporočila in program vadbe na Pušči je vadečim predstavil kineziolog. Vadba moči in gibljivosti sta med ljudmi manj poznani, kar je bil razlog, da smo ti vsebini izvajali na skupinsko vodeni vadbi. Program vadbe smo zgradili po principu FITT, frekvenca (pogostost) vodene vadbe na Pušči je bila 2-krat tedensko, intenzivnost v obdobju prvih treh mesecev nizka, v obdobju drugih treh mesecev pa zmera do visoka. Intenzivnost je spremljal kineziolog s subjektivno metodo opazovanja sposobnosti govorjenja med vadbo ali občasno, z objektivnim merjenjem srčnega utripa, s kazalcem in sredincem na radialni arteriji.

Backović Juričan (2017) navaja, da naj srčni utrip (SU) ne bi presegal 90 % posameznikovega maksimalnega SU, izračunanega po formuli 220-leta sta-

rosti. Kot mero intenzivnosti pri vadbi moči smo uporabili tudi maksimalno število ponovitev (»Repetitionmaximum«) (RM), kar pomeni, da izberemo težo ali upor v primeru elastike, ki nam omogoča izvedbo določenega števila ponovitev z RM. 12 RM pomeni, da izberemo težavnost, s katero lahko izvedemo 12 pravih ponovitev, pri čemer bi se pri 13. ponovitvi okvarila tehnika izvedbe (ACSM – American college of sports medicine, 2013). Mera intenzivnosti pri vajah raztezanja je bil prag bolečine, pri čemer je rahla bolečina pomenila primerno intenzivnost. Tip vodene vadbe je bila predvsem vadba za razvoj kostno-živčno-mišičnega sistema, in sicer so to vadba moči in gibljivosti ter vadba za ravnotežje (ACSM, 2017). Pri vadbi moči smo upoštevali naslednja priporočila ACSM: pogostost od 1- do 2-krat tedensko, od 8 do 10 vaj za vse večje mišične skupine, od 8 do 12 ponovitev in od 1 do 2 seriji (ACSM, 2013).

Pri izboru vaj za moč smo sledili načelu postopne obremenitve, od lažje k težjemu, od enostavnega k sestavljenemu in od stabilizacije k akciji oz. najprej statična stabilizacija, nato dinamična stabilizacija (Colby & Kisner, 2007; Strojnik, 2015). V začetnem obdobju smo izvajali vaje za stabilizacijo in moč mišic trupa v ležečem položaju na hrbtu ali trebuhu in v štirinožnem položaju, intenzivnost smo v tem primeru povečevali na različne načine (dvigovanje samo ene pokrčene noge, dvigovanje obeh pokrčenih nog, dvigovanje iztegnjenih nog) (Colby & Kisner, 2007). V naslednjem obdobju smo vključili vaje stoje s premikanjem okončin, pri čemer smo zahtevali stabilizacijo trupa. Izvajali smo predvsem več sklepne vaje za glavne mišične skupine, npr. sklece ob steni, »veslanje« z elastiko v parih, počepi na ali ob stolu. Potem ko so vadeči vaje stoje osvojili, jih izvajali pravilno, smo začeli uvajati obhodno oz. krožno vadbo po postajah.

Obhodna vadba pomeni, da vadeči opravijo eno serijo določene vaje in se nato pomaknejo na drugo »postajo« oziroma vajo, krožijo od vaje do vaje. Obhodna vadba omogoča višjo intenzivnost vadbe in predstavlja obremenitev tudi za srčno-žilni sistem, z njo lahko razvijamo praktično vse vsebine kondicijske vadbe, saj so naloge lahko zelo različne (Škof, 2017).

PRIMER VADBE V PUŠČI – PRIMER DOBRE PRAKSE

V vadbeno skupino smo povabili odrasle prebivalce iz romskega naselja Pušča. Skupina vadečih je bila zelo heterogena in glede na prisotnost različno odzivna. Vadile so večinoma le ženske v starosti od 19 do 64 let, z oceno

prekomerne telesne teže (indeks telesne mase (ITM) več kot 25) in oceno debelosti (ITM več kot 30).

Pri vadbi moči smo uporabili frontalno obliko vadbe, ki omogoča nadzoran prenos znanj, in kasneje delo v parih ter krožno ali obhodno obliko vadbe. Frontalna oblika je primerna za večje skupine, ki redko vadijo pod nadzorom, kar je bila značilnost izvedbe delavnice na Pušči.

Posamezna vadbena enota je potekala strukturirano, z uvodnim, glavnim in zaključnim delom. V uvodnem delu, ki je trajal od 6 do 10 minut, smo največkrat izvajali hojo z vajami za aktivno gibljivost rok in nog. Druge oblike uvodne telesne aktivnosti so vključevale še elemente aerobike/plesa ter menjavanje teka in hoje. Sledil je kratek premor in priprava na glavni del. Glavni del (od 20 do 30 minut) smo začeli z izvedbo vaj za ravnotežje in koordinacijo (stoja na eni nogi, premikanje okončin po navodilih kineziologa, npr. dvig nasprotno roke in noge, dvig iste roke in iste noge) ter nadaljevali z vajami za moč.

V zaključnem delu, ki je trajal 5 minut, smo izvedli raztezne vaje za glavne mišične skupine (raztezne vaje za prsne mišice in iztegovalke komolca, za upogibalke kolka, za upogibalke kolena), sprostilne vaje (tresenje rok in nog) in občasno dihalne vaje.

DISKUSIJA

Skrb za lastno zdravje posameznika je že dalj časa zastavljen cilj družbe same. Doseči tovrstno raven razmišljanja in spremembe načina življenja predstavlja »trd oreh« – tako za posameznika kot tudi za zdravstvene delavce, ki vstopajo v interakcijo s posamezniki, okoljem in družbo.

Romsko skupnost se smatra kot »šibkejši« člen družbe in kot ranljivo skupino. Zato je v tej skupnosti potrebno posebno pozornost nameniti prav vzgoji za zdravje. Obenem pa enakovredno omogočiti dostop do informacij v zvezi z zdravjem – ne samo preko medijev, ampak s konkretnim vstopom vzpostaviti interakcijo s posamezniki v njihovem okolju.

Kot navaja Zaletel-Kragelj s sodelavci (2007, p. 86), »slabe socialne in ekonomske razmere lahko dodatno obremenjujejo še družbene vrednote in prepričanja prikrajsanih skupin prebivalcev«. Primer v naši sredini so Romi, saj v naši državi sodijo med prikrajsane skupine prebivalcev. Njihov način življenja je tesno povezan z njihovimi socialnimi in ekonomskimi razmera-

mi, le-te pa tudi z njihovim zdravstvenim stanjem. Na tega pa na drugi strani vplivajo vrednote, ki so se izoblikovale v različnih romskih skupnostih v naši državi in ki se od ene do druge lahko bistveno razlikujejo.

Z vodeno skupinsko vadbo dvakrat tedensko nismo dosegli minimalne priporočene količine za telesno dejavnost (150 minut tedensko). Iz tega razloga smo vadečim priložili »Dnevnik telesne dejavnosti«, v katerem so poročali o samostojno opravljeni telesni dejavnosti. Dnevnik in samostojno telesno dejavnost so vadeči analizirali in pregledali na vadbenih enotah skupaj s kineziologom, ki jim je podal priporočila za nadaljnjo samostojno vadbo. V dnevnikih so največkrat poročali o naslednjih oblikah telesne aktivnosti: hoja, vrtnarjenje in hišna opravila, plesanje »Zumbe« in obisk fitnesa.

V sklopu vadbe smo opravili tudi »baterijo testov« za projekt Kineziolog – sodelavec v zdravstvu 2 (6-minutni test hoje, vstani in pojdi, vstajanje s stola, gibljivost ramenskega obroča, upogibanje trupa – dvigovanje trupa).

Teste smo v mesecu juniju 2017 ponovili in rezultati so bili izboljšani, kar sta pokazala testa telesnih sposobnosti, vezanih na zdravje, 6-minutni test hoje in vstajanje s stola. Vprašalnik o telesni aktivnosti je pokazal povečanje skupnega časa telesne dejavnosti v času med vodeno vadbo na Pušči. Rezultati testov so nadaljnja motivacija tako za izvajalce kot za vadeče in tudi tiste, ki še ne vadijo in jih bo oprijemljiv napredek v številkah tistih, ki že vadijo, pritegnil.

Pri vztrajnih, discipliniranih in doslednih posameznikih se že kaže, da so na pravi poti do cilja, kar se izraža v rezultatih na slikah in tehtnici ter v njihovem boljšem počutju in višji sposobnosti pri vsakodnevnih opravilih. Za nagrado po prvem obdobju uspešno opravljenе vadbe smo za najbolj vztrajne pripravili potrdilo o uspešno opravljenem Programu svetovanja za zdravje »Telesna dejavnost – gibanje«, v katerem so spoznali različne oblike vadbe za srčno-žilni sistem (hoja, tek, igre, ples), vaje za moč (proste, s pripomočki), vaje za gibljivost ter principe vadbe FITT. S tem jim je bila podana osnova, na podlagi katere si sčasoma lahko oblikujejo individualno vadbo, glede na svoje želje, cilje in potrebe.

ZAKLJUČEK

Telesna dejavnost v veliki meri vpliva na zdravje, bodisi kot zaščitni dejavnik oziroma dejavnik tveganja za kronične nenalezljive bolezni in pre-

zgodnjo smrt. Redna in zadostna telesna dejavnost krepi in varuje zdravje. Na zdravje vpliva telesna dejavnost v trajanju vsaj pol ure večino dni v tednu.

Z vadbo na Pušči bomo v prihodnosti nadaljevali, saj nismo dosegli pripočil. Nadaljevanje bo predstavljalo sestavo primerno zahtevnejših vadbenih programov, ki bodo izziv za vadeče in obenem pogoj za napredovanje.

Priložnost za krepitev zdravja s pomočjo vadbe v romski skupnosti vidimo tudi pri vključevanju mlajše populacije v vadbo, saj so jo najprej zgolj iz radovednosti prišli pogledat, sčasoma pa so kar aktivno sodelovali v skrbi za svoje zdravje.

Romi so vodeno vadbo v svojem domačem okolju sprejeli z zanimanjem in nas presenetili z vztrajnostjo in prizadevnostjo. Izkazujejo pa tudi hvaležnost za naše delo in prizadevanja, kar predstavlja dodatno motivacijo nam – zdravstvenim delavcem in sodelavcem.

Predlagamo tudi izvedbo prenosa znanj in izobraževanj na določene posameznike v romski skupnosti, ki bi bili usposobljeni za samostojno vodenje vadbe. Programe vadbe bi sestavil kineziolog, izvajal pa posameznik, ki bi ga kineziolog usposobil za vodenje vadbe. S tem bi povečali količino vadbenih enot na Pušči.

LITERATURA

- ACSM, 2013. *Resistance training for health and fitness*. Available at: <https://www.acsm.org/docs/brochures/resistance-training.pdf> [10.6.2017].
- ACSM, 2017. *New recommendations on quantity and quality of exercise*. <http://www.acsm.org/about-acsm/media-room/news-releases/2011/08/01/acsm-issues-new-recommendations-on-quantity-and-quality-of-exercise> [10.6.2017].
- Backović Juričan, A., 2017. *Telesna dejavnost v procesu hujšanja. Program učnih ur telesne vadbe*. Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp.1–9.
- Belović, B., Zaletel Kragelj, L. & Farkaš Lainščak, J., 2015. *Z zdravjem povezan življenjski slog Romov / prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju*. Murska Sobota: Pomursko društvo za boj proti raku in Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10–23.
- Colby, L.A. & Kisner, C. 2007. *Therapeutic exercise*. 5th edition. E – book. Copyright © 2007 by F. A. Davis Company, Human Kinetics, pp. 440–479.
- Gaber Flegar, S., 2011. *Primerjava vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre v skrbi za zdravje posameznika v različnih kulturnih in socialnih oko-*

-
- ljih: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 68.
- Urad Vlade Republike Slovenije za narodnosti, 2006. *Splošne informacije o romski etnični skupnosti v Republiki Sloveniji*. Available at: <http://www.uem.gov.si/fileadmin/uem.gov.si/pageuploads/lzrednaGradivo3.pdf>. [01. 03. 2010].
- Strojnik, V., 2015. *Vadba za posebne skupine 1*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, pp. 2 – 49.
- Škof, B., 2016. *Šport po meri otrok in mladostnikov 2*. dopolnjena izdaja. Univerza v Ljubljani Fakulteta za šport, Ljubljana, pp. 517–535.
- WHO, 2016. *Obesity and overweight*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [10.6.2017].
- Zadavec, J., 1989. *Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju*. Murska Sobota: Pomurska založba, pp. 28.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.
- Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji (ZRomS-1)*, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 33.
- Zaletel – Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, pp. 1–86.
- Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2008. *Letni program javne službe javnega zdravja za leto 2008*. [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/letni_plani_zzv_2008/ZZV_MS.doc]. [01. 03. 2010].

ZMANJŠEVANJE STRAHU OTROK PRED ZDRAVSTVENIMI PREGLEDI

Ria Jagodic¹, viš. m. s., univ. dipl. org., Mateja Učakar², mag. zdr. nege
¹Nacionalni inštitut za javno zdravje, ²Zdravstveni dom Slovenj Gradec
ria.jagodic@nijz.si

IZVLEČEK

Za večino ljudi obisk pri zdravniku ni prijeten. V okolju zdravstvenega doma ali bolnišnice pa so otroci še bolj ranljivi in nemočni kakor odrasli. Namen prispevka je predstaviti najprimernejše pristope za izvedbo učne delavnice »Zmanjševanje strahu otrok pred zdravstvenimi pregledi«. Starši pogosto pripeljejo otroka v neznane prostore, kjer neznani ljudje posegajo v otrokov intimni prostor. Včasih se zgodi, da se z različnimi posegi povzroči otroku neugodje ali bolečino. Zato je dobra priprava otroka na obisk pri zdravniku zelo pomembna. Najpomembnejšo vlogo pri tem imajo zagotovo starši. Ker pa vsi starši niso dovolj motivirani in nimajo zadosti znanja, je odlična priložnost za dobro pripravo otroka tudi obisk medicinske sestre ali druge osebe z ustrezno zdravstveno izobrazbo (izvajalca vzgoje za zdravje) v vrtcu. Slednji vstopa v skupine otrok v vrtcu in jim z delavnično obliko dela lahko približa situacijo, ki jo bodo doživljali v ambulanti ali bolnišnici. Pri tem je zelo pomembno, da je izvajalec vzgoje za zdravje, ki vstopa v vrtec, dobro pripravljen. Poznati mora mehanizme nastanka strahu, osnove psihologije otrokovega razvoja, načine, kako se otroku približati in mu na prijazen, njemu razumljiv način povedati resnico o tem, kaj ga v omenjenem neznanem okolju lahko čaka. Izvajalec vzgoje za zdravje izvede delavnico, v katero lahko vključi različne učne metode.

Ključne besede: otroški strah, obisk zdravnika, vloga medicinske sestre, premagovanje strahu.

UVOD

Vzgoja za zdravje se v predšolskem obdobju izvaja na treh vzporednih tirih. Prvi je ta, da starši otroka pripeljejo na sistematski pregled k zdravniku. Ob sistematskem pregledu diplomirana medicinska sestra posreduje informacije s področja varovanja in krepitev zdravja staršem, lahko tudi ot-

rokom. Drugi tir je, ko vstopa izvajalec vzgoje za zdravje v vrtec. Ena od predlaganih tem, ki jo lahko izvajalec vzgoje za zdravje posreduje otrokom v skupini, je zmanjševanje strahu pred zdravnikom. Tretji tir pa je, da se opolnomoči vzgojitelj in učitelj, da teme s področja zdravja umestijo v kurikulum (programi Zdravje v vrtcu, Zdrave šole, Varno s soncem, itd).

Otrok ima lahko različne iracionalne predstave o tem, kaj se bo zgodilo pri zdravniku: lahko si misli, da bo moral biti sam z zdravnikom. Izraz ‚odvzeti kri‘ morda zanj pomeni, da mu bodo vzeli vso kri, po televiziji je videl operacijo in se boji, da ga bodo ‚rezali‘... Poleg tega ima lahko neprijetno izkušnjo, povezano s katerim od prejšnjih obiskov (Miller, 2000).

Pomemben vzgojni vpliv na otroka imajo poleg staršev tudi vzgojitelji in medicinske sestre, ki izvajajo vzgojo za zdravje v vrtcu (izvajalci vzgoje za zdravje). Z različnimi aktivnostmi in empatijo lahko veliko pripomorejo k temu, da otrok prejme pravo informacijo o namenu obiska pri zdravniku. Na prijazen in razumljiv način otroke informirajo o najpogostejših posegih/postopkih pri zdravniku.

Če se vzgojitelji in izvajalci vzgoje za zdravje, ki vstopajo v vrtce, vztrajno držijo vnaprej predvidene teme in se ne prilagodijo trenutni situaciji, vsebina pogosto ne zajame trenutne otrokove stiske. Kadar je otroku težko, se z veliko težavo vživi v vnaprej predvidene vsebine, ki prav zaradi tega ne dosežejo svojega namena (Miller, 2000).

Namen prispevka je predstaviti najprimernejše pristope za izvedbo učne delavnice »Zmanjševanje strahu otrok pred zdravstvenimi pregledi«.

O STRAHU PRED ZDRAVNIKOM

Strah je del normalnega čustvovanja. Je signal, da smo v nevarnosti in nam pomaga, da se zaščitimo. Gre za zelo pomembno varovalno sredstvo oziroma naš obrambni mehanizem, s katerim nas je opremila narava in ga gradimo od rojstva dalje. Občutimo ga, kadar se bojimo nečesa konkretnega, oprijemljivega, tukaj in zdaj. Učinkovito nas pripravi na odziv boj ali beg (ali zamrznitev), ki predstavlja zelo pomembno reakcijo za človeka (Dernovšek, 2017). Strah je pomembno in potrebno čustvo, ki ga mora okusiti vsakdo in je nujen za razvoj naših miselnih sposobnosti. Da bo otroku uspelo premagati strahove, potrebuje odraslega, ki ga razume in mu po potrebi priskoči na pomoč. Če je otroka strah, njegovega problema ne smemo pomanjševati, ignorirati ali se iz njega norčevati (Miller, 2000).

Kadar je otrok bolan, ni prizadeto le njegovo telo, ampak so drugačne tudi njegove čustvene potrebe. Enako se godi otrokovim staršem, saj skupaj z njim doživljajo njegovo bolezen in mu ne morejo prihraniti boleče izkušnje. Nekateri starši imajo celo občutke krivde, saj so prepričani, da so z napačnim ravnanjem krivi za bolezen. Res je, da so nekatere zdravstvene težave posledica pomanjkljive starševske nege, neprimerne prehrane, nespametnih odločitev in opuščanja preventive. V takšnih primerih si starši povsem upravičeno očitajo krivdo. A tudi če ves čas vzorno skrbijo za otroka, ne morejo preprečiti, da od časa do časa otrok ne bi zbolel in se spopadel s težavami, ki spremljajo bolezen. Pomembno je, da so starši seznanjeni z otrokovo boleznijo. Prejeti morajo natančne napotke, kako malega bolnika zdraviti in negovati. Če bodo starši imeli natančne informacije, bodo manj zaskrbljeni. Zelo pomembno je, da starši pri negi otroka izžarevajo mir in zaupanje. Zlasti bolni dojenčki in majhni otroci, ki še ne morejo razumeti, kaj je bolečina in kaj se med boleznijo dogaja z njihovim telesom, hitro začutijo vznemirjenost staršev. Prav zato, ker so prepuščeni neprijetnim občutjem, toliko bolj potrebujejo starševsko bližino, toplino in občutek varnosti. Nega bolnega otroka zahteva veliko potrpljenja in sposobnosti za življenje v položaj malega bolnika, pa tudi veliko časa, saj sta prav starševska skrb in ljubezen najpogosteje tisti, ki bistveno pripomoreta k temu, da se otroku povrne zdravje (NessDelaval, 2000).

V vrtce vstopajo tudi izvajalci vzgoje za zdravje. Tudi zanje velja, da je bistvenega pomena prepoznavanje potreb oddelka ali otroka ter posredovanje tiste zdravstvenovzgojne vsebine, ki je v danem trenutku zanje najbolj aktualna.

Mlajši otroci še ne ločujejo med življenjem doma ali v vrtcu. Zanje je vrtec neločljiv del življenja, zato moramo posameznega otroka vedno obravnavati celovito. Vzgojitelji se pogosto bojijo poseči v težko otrokovo situacijo, težko se pogovarjajo o njej, ker mislijo, da lahko otroku bolj škodujejo kot koristijo (Miller, 2000).

Vendar pa lahko prav vzgojitelji zelo pomagajo otroku, ki se je znašel v stiski, in tudi njegovi družini. V težkih trenutkih so prav oni pogosto edini stabilni dejavniki v otrokovem življenju. Vrtec otroku predstavlja pozitivno okolje, kjer se svobodno izraža in kjer mu odrasli prisluhnejo in mu želijo pomagati. Ti odrasli igrajo zelo pomembno vlogo v otrokovem življenju, ko ga podpirajo, spodbujajo in razvijajo njegove sposobnosti spoprijemanja s

problemi. Vzgojitelj lahko staršem razloži posamezne otrokove značilnosti in jim pomaga spoznati svet s perspektive njihovega otroka. Njegova naslednja pomembna naloga je opozoriti starše, kdaj otrok potrebuje ustrezno pomoč. Lahko jim svetuje tudi pogovor z ustreznim strokovnjakom (Miller, 2000). Ena od nalog izvajalcev vzgoje za zdravje je tudi, da vsaj enkrat letno pripravijo predavanje za vzgojitelje. V kolikor se z vrtcem tako dogovorijo, zanje izvedejo tudi predavanje o zmanjševanju strahu otrok pred zdravstvenimi pregledi.

STRAH PRED ZDRAVNIKOM LAHKO ZMANJŠAMO

Otroka poskusimo seznaniti z vsem, kar se bo z njim dogajalo v zdravstveni ustanovi. Pri tem nam pomagajo igre in dialogi, natančni opisi in zgodbe. Strah pred bolečimi zdravniškimi posegi lahko zmanjšamo tako, da ga ne odvrčamo od strahu in ga ne prepričujemo o nasprotnem. To ne pomeni, da moramo situacijo dramtizirati in otroka utrditi v prepričanju, da ga čaka nekaj strašnega. Če otrok izrazi strah, mu povemo, da je popolnoma jasno, da se ob misli na zdravniški pregled ne počuti dobro, da je vbod z iglo neprijeten. Otroku lahko pomagamo z nasveti, na primer: »Strah lahko izdihneš. Kadar dobiš injekcijo, stisni pred tem močno pest (op. roke, v katero ne bo cepljen), nato pa jo takoj spusti in hkrati počasi, a krepko izdihni.« (Ortner, 1997).

Včasih pa lahko že od vsega začetka preprečimo, da bi se otrok bal zdravnika, če ga peljemo s seboj na rutinski pregled (ne na boleča zdravljenja) ali na ogled ordinacije. Otroku naj se, še preden gre sam na poseg, seznanji z zdravnikom. Če se otrok samo malo boji, moramo paziti, da s stalnim pomirjujočim prigovarjanjem ne bomo še povečali otrokove negotovosti. Otroku bo tako intuitivno zaznal, da je obisk pri zdravniku neprijeten in bo, če ni bil že prej, od tega trenutka dalje prestrašen. Kadar otrok kaže prve znake strahu, se z njim mirno in odkrito pogovorimo: »Prav imaš, res je neprijetno iti k zdravniku. Če se malo bojiš, zato še nisi reva.« Otrokov strah tako sprejmemo kot danost, vendar stanju ne damo pretirane teže. Otroku ponudimo podporo in njegove misli speljemo na prijetne stvari (Ortner, 1995).

Če je strah še močneje izražen (kadar ima otrok za sabo slabe izkušnje ali če je posebno boječ), zahteva njegovo premagovanje vsekakor več časa in potrpljenja. Bolj ko je otrok z nečim seznanjen, tem manj strahu mu utegne zbužati. Igra vlog temelji prav na tem načelu. S postopnim spoznavanjem

določenih okoliščin v razmeroma sproščenem okolju se otrok nauči premagovati svoj strah (Ortner, 1995).

Ko otrok zboli, lahko doživlja občutke tesnobe, saj se sooča z nekaterimi resnimi strahovi. Na njegovo počutje vplivajo tudi skrbi staršev in drugih članov družine. Običajni ritem družine je moten. Če so v družini še drugi otroci, ti pogrešajo starše, ki se ukvarjajo z bolnikom in ne opazijo, da so tudi drugi otroci zaskrbljeni. Vpliv otrokove bolezni na družino bo tem večji, čim dlje bo bolezen trajala (Miller, 2000).

Zelo dobro lahko otroke pripravijo na obisk pri zdravniku izvajalci vzgoje za zdrave in vzgojitelji v vrtcu. To pa ne bo prineslo želenega učinka, če otrok doživi slabo izkušnjo že pri naslednjem obisku zdravnika. Pomembno je, da se tudi v zdravstvenih ustanovah pri poškodovanem ali bolnem otroku poleg farmakološkega zdravljenja, katerega nosilec je zdravnik, poslužujemo uporabe nefarmakoloških tehnik za zmanjševanje bolečine. V tuji literaturi najdemo veliko člankov o tem kako zelo učinkovita in koristna je uporaba nefarmakoloških tehnik pri otrocih. Sprogar (2016) povzema zlasti dve – veččutno preusmerjanje pozornosti in vodenje domišljije. V zdravstvenih ustanovah so medicinske sestre tiste, ki čutno preusmerjajo pozornost otroka. Meni tudi, da so igrače najučinkovitejši pripomoček za preusmerjanje pozornosti otroka med zdravstvenim posegom. Tudi terapevtski dotik služi kot sredstvo za odvracanje pozornosti. Povzročal naj bi ugodje in odpravil bolečino. Terapija z glasbo se uporablja za pomirjanje in ustvarjanje splošnega dobrega počutja (Pillitteri, 2014 cited in Sprogar, 2016).

V zdravstvenih ustanovah si lahko pri obravnavi prestrašenega otroka pomagamo tudi z vodenjem domišljije. Z njo pomagamo otroku tako, da s predstavljanjem barv, zvokov, vonjev, okusa ter prijetnega vzdušja v neki situaciji ali prostoru preusmeri pozornost stran od bolečine in tako spremeni bolečinski dražljaj v nebolečinskega. V primerjavi z odraslimi so otroci veččiči tega, ker premorejo več domišljije. Ta tehnika se dobro obnese pri hitrih in preprostih negovalnih intervencijah, kot je npr. venepunkcija. V praksi to poteka tako, da otroku povemo, naj si predstavlja, da je venepunkcijska kanila srebrna raketa, ki pristajana luno in bo prinesla vzorec nazaj na zemljo. Za dober končni rezultat moramo skupaj z otrokom izpopolniti določeno predstavo in to zato, da njegove misli ostanejo pri konkretnem predmetu. Pomagamo si z usmerjenimi vprašanji, kot so: "Kakšne barve je raketa?", "Ali ima črte ob straneh?", "Kako izgleda pilot?" Pri premagovanju strahu in

bolečine se lahko poslužimo tudi tehnike globokega dihanja s trebušno prepono. S tehniko globokega dihanja zmanjšamo mišično napetost, sproščamo trebušno prepono in usmerimo otrokovo pozornost na dihanje. Otroku sugeriramo predstave, da z vsakim izdihom iz telesa prežene napetost in strah. To daje otroku občutek samonadzora in zniža njegovo anksioznost (Pillitteri, 2014 cited in Sprogar, 2016).

Bloch in Toker (2008) sta izvedla študijo, v katero je bilo vključenih 41 predšolskih otrok, ki so bili vključeni v simulacijo bolnišnice s plišastim medvedkom (»Bolnišnica s plišastim medvedkom«) in 50 predšolskih otrok iz istega okolja, ki so bili kontrolna skupina. Raziskovala sta, kako lahko plišasti medvedki zmanjšajo strah otroka pred zdravnikom. Rezultati njune študije kažejo, da v kolikor se otrok začne srečevati z medvedkom v času, ko še ne čuti bolečine, lahko zmanjšamo njegovo anksioznost v času hospitalizacije.

Najpogostejši strahovi, s katerimi se srečujejo otroci v času hospitalizacije, so po mnenju omenjenih raziskovalcev strah pred ločitvijo od družine, injekcije in preiskave krvi, strah, da bodo dolgo časa ostali v bolnišnici in strah pred slabo prognozo bolezni (Bloch & Toker, 2008).

Raziskovalca navajata, da nekatere študije kažejo znatno zmanjšanje strahu pred hospitalizacijo otrok, ki uporabljajo avdiovizualne in interaktivne metode, pri katerih pa je težava, da niso dosegljive v vseh okoljih. Nekateri pristopi so bili izvedeni (npr. sejem zdravja), niso pa bili ustrezno objektivno ovrednoteni. Plišasti medvedek, ki spremlja malega bolnika v bolnišnici, pa je izkušenejša metoda in enostavnejša za vrednotenje. V projektu s plišastim medvedkom so otroci izpostavljeni simulirani bolnišnici in so pozvani, da delujejo kot starši medvedkov. Namen te študije je bil preučiti učinke opisane metode na strah bolnika, ki bo v kratkem hospitaliziran (Bloch & Toker, 2008). Raziskovalca sta poskušala oceniti kratkoročno učinkovitost »Bolnišnice s plišastim medvedkom«. Rezultati kažejo, da če pride isti medvedek z otrokom v pravo bolnišnico, lahko zmanjšamo otrokovo anksioznost zaradi hospitalizacije. Ugotovila sta, da je bila intervencija enako učinkovita pri fantih kot pri dekletih. Dejstvo je, da vrsta bolezni, ki jo je imel otrok, ni vplivala na učinkovitost in da je bila intervencija z medvedkom enako učinkovita ne glede na otrokovo bolezen (Bloch & Toker, 2008).

Burns-Nader (2011) poudarja, da igra spodbuja razvoj in otrokom omogoča, da izrazijo svoje strahove, skrbi in napačne predstave ter se bolje soočajo s stresnimi izkušnjami. Zato se v tujini pogosto uporablja v zdravstvenem

okolju predvajanje primernih filmov. Ti naj bi zmanjšali strah pred obiski zdravnika, zobozdravnika ali hospitalizacijo. Namen te študije je bil preučiti, katera vrsta aktivnosti najučinkoviteje zmanjša strah, ki ga doživljajo šolski otroci ob obisku zdravnika. Sedeminsedemdesetim otrokom, ki so obiskali zdravniško ordinacijo, je bila naključno dodeljena ena od štirih skupin: igra z zdravstveno tematiko in zdravstvenimi pripomočki, videoposnetek z zdravstveno tematiko (ogled videa, v katerem otrok sodeluje v igri z zdravstveno tematiko), igra, ki nima zdravstvene tematike, ter ogled videoposnetka z nezdravstveno tematiko (npr. o živalih). Otrokom so medicinske sestre izmerile pulz, povprašale so jih, koliko jih je strah, za zaključek so pa otroci izpolnili slikovno anketo. Otroško vedenje so ocenjevale medicinske sestre in raziskovalci. Starši so izpolnili demografski vprašalnik. Ugotovitve so pokazale, da je zdravstveni informacijski video zmanjšal strah bolj kot ostale dejavnosti. To kaže, da otroci želijo pridobiti jasne informacije in ne želijo same igre.

POGLED Z VIDIKA OTROKOVEGA RAZVOJA

Nekateri strahovi se v določeni starosti pojavijo pri vseh otrocih. Imenujemo jih razvojni strahovi. Nastanejo, ne da bi otrok v resnici doživel kaj hudega in pozneje izginejo. Druga vrsta strahov se pojavi takrat, kadar je otrok v resnici izpostavljen neugodnim ali objektivno grozečim dogodkom, dražljajem in situacijam, ki navadno povzročajo strah. Te strahove imenujemo pridobljeni ali naučeni strahovi. Včasih se začne otrok, ne da bi doživel slabo izkušnjo, bati istih stvari, kot se jih bojijo njegovi starši, stari starši ali sorojenci. Tudi ti strahovi, ki so lahko zelo trdovratni in neugodni, spadajo v skupino naučenih strahov (Končnik & Goršič, 2004).

Prvi bolj specifični odzivi strahu se pojavijo v drugi polovici prvega leta. Okrog šestega meseca do približno drugega leta starosti vzbudijo strah pri otroku ločitev od starša, tuji ljudje, še posebej, če je otrok v novi, zanj tuji situaciji (Marjanovič Umek & Zupančič, 2004).

Z razvojem prihaja do spremembe v intenzivnosti, številu in vsebini strahov. S starostjo se otrokovo okolje razširja, zato prihaja v stik z vedno več dražljaji, ki lahko sprožijo strah. Večino strahov predstavlja naučeno vedenje. Nekatere strahove lahko vzbudijo otrokove resnične izkušnje z dražljaji, ki naravno vzbujajo strah (npr. glasni zvoki), ali z neprijetnimi dogodki (npr. otrok se boji psov, ker ga je nekoč ugriznil pes). Poleg tega so strahovi

lahko posledica posnemanja vedenja oseb v otrokovi bližini (npr. otrok vidi, da se starš ali vrstnik boji) ali pa poslušanja ali gledanja grozljivih televizijskih oddaj, filmov, zgodb ipd. Na splošno velja, da postajajo strahovi z otrokovo starostjo številčnejši, pa tudi močnejši. Hkrati se z razvojem in izkušnjami številni strahovi zabrišejo ali izginejo, saj otrok spozna pravi pomen predmetov ali pojavov, ki se jih boji. Tako imajo otroci v zgodnjem otroštvu več strahov kot dojenčki in malčki in več kot otroci v srednjem otroštvu (Marjanovič Umek & Zupančič, 2004).

V tretjem in četrtem letu se otroci bojijo zlasti ločitve od staršev, teme, zvokov (v temi), tujih ljudi, majhnih živali in žuželk, psov ali živali nasploh, tega, da bi ostali sami. Ker je otrok vse bolj sposoben predvidevanja in predstavljanja namišljenih dogodkov in simboličnega mišljenja, so v petem in šestem letu starosti otrokovi strahovi vezani predvsem na temo, hude sanje, domišljajske bitja ali dogodke (strašljive prikazni, duhove, pošasti, čaravnice, zmaje ...), tatove, vlomilce, divje živali (volk, lev ...), nevihte – grmenje in strele, ločitev od staršev, to, da so sami v prostoru (stanovanju), poškodbe (Marjanovič Umek & Zupančič, 2004).

Pri starejših predšolski otrocih nekateri strahovi zgodnjega otroštva (kot so strah pred hrupom, neznanimi osebami, predmeti in situacijo) hitro upadajo, medtem ko strahovi pred živalmi, grmenjem, temo, pošastmi upadajo le počasi. V srednjem otroštvu najpogostejše strahove otrok nadomeščajo realistični strahovi, npr. strah pred poškodbami sebe in bližnjih, strahovi pred telesno nevarnostjo. V srednjem otroštvu otroci manj odkrito izražajo strah kot v zgodnjem otroštvu. Poleg tega v tem razvojnem obdobju zmorejo sami sebi reči, da tisto, česar se bojijo, ni resnično, česar mlajši otroci še ne zmorejo (Marjanovič Umek & Zupančič, 2004).

Nevednost o življenjskih situacijah je glavni vzrok strahu v zdravstvenem okolju. Več strahov kažejo tisti otroci in mladostniki, ki so že po naravi bolj občutljivi in katerih družina je zaradi različnih razlogov odpovedala. Pretirane zahteve staršev, hudi prepiri med njimi, njihovo nasilno vedenje, trpinčenje, alkoholizem v družini zelo slabo vplivajo na otrokov celotni psihosocialni razvoj in povzročajo in stopnjujejo strahove. Strahovi se pri otrocih in mladostnikih kažejo na različne načine: kot vedenjske in čustvene motnje ali telesne, učne težave ... (Končnik-Goršič, 2004).

Starši najbolje pripravijo otroka na pregled pri zdravniku ali na bivanje v bolnišnici, vendar pa pri tem lahko igrajo pomembno vlogo tudi vzgojitelji

v vrtcu. Poznavanje situacije vzgojiteljem olajša razumevanje otroka in njegovega vedenja.

- V zdravstvenih ustanovah otroka sprejmejo tujci v neznanih prostorih in lahko so deležni neprijetnih, tudi bolečih medicinsko-tehničnih postopkov.
- Bolan otrok je nemočen in ranljiv. Včasih postane nasilen, saj so agresivni izbruhi edina možnost, ki mu ostane, da pokaže svojo moč. Tudi regresija na nižjo razvojno stopnjo je pogosta in pričakovana reakcija na bolezen.
- Otroci v svoji igri pogosto posnemajo dogajanje iz zdravnikove ambulante ali bolnišnice. Igro vlog je vredno spodbujati.
- Otrok lahko misli, da je sam povzročil bolezen in zbolel zato, ker ni bil priden. Četudi ne izrazi takšne skrbi, mu je treba pojasniti, da bolezen ni posledica njegovega vedenja.
- Otroci lahko kar naprej postavljajo ista vprašanja.
- Otroci ne razumejo zapletenosti delovanja telesa. Otroške predstave o tem, kaj se dogaja znotraj človeškega telesa, so daleč od resničnosti. Nekateri menijo, da je telo vreča napolnjena s krvjo, hrano in odpadnimi snovmi. Pogosto jih je strah, da se bo vsebina njihovega telesa izlila, če se bodo uredali.
- Otroci, ki se po daljši bolezni vračajo v družbo vrstnikov, bodo verjetno potrebovali pomoč pri navezovanju stikov. Dolgo so bili socialno izolirani in zdaj jim primanjkuje izkušenj pri igri in oblikovanju medsebojnih odnosov z otroki v skupini.
- Tekom bolezni je lahko ogrožena tudi otrokova družabna mreža, ker se drugi otroci bojijo, da bodo v bolnikovi bližini zboleli.
- Otrokovo spoprijemanje z boleznijo je velikokrat odvisno tudi od načina, kako starši premagujejo svojo stisko zaradi otrokove bolezni (Miller, 2000).

PRISTOPI RAVNANJA Z OTROKOM

Starši otrok, ki se zelo bojijo obiska pri zdravniku, vedo, da bodo otroci imeli težave že pri rutinskem pregledu. Za otroke je pomembno, da vedo, kaj lahko tam pričakujejo. Pomembno je tudi, da otroku ne dajemo splošnih informacij, npr. zdravnik te bo pregledal ampak mu razložimo celoten postopek pregleda, korak za korakom. Otroku ne smemo lagati. Če na primer nismo gotovi, ali bo otrok dobil injekcijo, mu ne zagotavljajmo, da je ne bo

dobil. Povemo mu lahko, da nismo prepričani, ampak se bomo pozanimali pri zdravniku. Pomembno je, da se otrok ne počuti izdanega ali preslepljenega (Jacobson, 2017).

Ko se otrok sreča z zdravstveno ustanovo, lahko uporabimo več strategij za zmanjšanje strahu. Iz opisanih raziskav vidimo, da so nekatere strategije uspešne, druge malo manj. V vseh primerih pa je bistvena komunikacija z zdravstvenim osebjem in otrokom. Mnoge strategije pa lahko uporabimo že prej, ko otrok še nima kontakta z zdravstveno ustanovo in je še zdrav.

- Pomembno je, da se odrasli seznanimo z otrokovimi strahovi. Ne sme se jih dajati v nič s tolažbami, da ni vzroka za skrbi. Dovoliti mu je potrebno, da spregovori o svojih strahovih in mu ponudi tolažbo, razumevanje in podporo. Če otrok sprašuje o tem, kaj ga čaka pri zdravniku, mu ne govorimo, da ne bo bolelo, če vemo, da obstaja verjetnost bolečine. Raje mu iskreno povemo, da bo kratek čas bolelo, vendar bodo zdravniki in medicinske sestre naredili vse, da bo bolečina hitro izginila.
- V vrtcu lahko otroci izdelajo lutko, uporabijo plišasto žival ali drugo igračo, ki jim lahko pove, da se sama odpravlja k zdravniku ali v bolnišnico in se tega zelo boji. Otrok naj jo poskuša potolažiti. Naj lutka postavi vprašanja in izrazi strahove, ki mučijo otroka. Če se otrok postavi v vlogo tolažnika, se bo kasneje lahko spomnil, kako je lutki lajšal bolečine. Najbolje bo, če bo lutka spremljala otroka k zdravniku ali v bolnišnico. Skupaj lahko primerjata svoje izkušnje.
- Omogočimo igro vlog na temo obiska pri zdravniku ali v bolnišnici. Vključimo igrače, kot so zdravniška halja, pribor za prvo pomoč, škatlice za zdravila, kirurške maske, plišaste živali in lutke, ki naj predstavljajo bolnike. Izkoristimo priložnost in v igro vključimo tudi ustrezno literaturo, kot so časopisi iz čakalnic, plakati, zgibanke iz ambulante, papir za pisanje receptov in knjiga bolnikov.
- Poučimo otroke, kako deluje telo. Tako bodo bolje razumeli, kaj je treba storiti, če zbolijo.
- Lahko pripravimo »izlet« v bolnišnico ali zdravstveni dom. Tak »izlet« je lahko za otroke zanimiv in poučen. Pred obiskom se o tem pogovorimo. Lahko preberemo kakšno knjigo na to temo ali jim pokažemo nekaj slik. S seboj vzemimo fotoaparata. Kasneje bomo z otroki iz fotografij sestavili plakat. Več kot bodo vedeli, kaj lahko pričakujejo v zdravstveni ustanovi, manj negotovosti bodo doživljali, če bodo zboleli in bodo morali tja.
- Otroci iz skupine lahko posnamejo pozdrave in pesmice za bolnega

sošolca in mu jih pošljejo. Sestavijo knjižico fotografij, kjer so fotografije vseh otrok s pripisanimi pozdravi. Lahko mu kaj narišejo in mu to pošljejo. S tem mu sporočajo »Skrbi nas zate. Za nas si pomemben in pogrešamo te« (Miller, 2000).

PRAVLJICE IN MITI

Pravljice in miti so zgodbe človeštva in oboji skupaj pripovedujejo o resnicah življenja. Sposobnost pripovedovati zgodbe naredi iz nas ljudi in če natančno pogledamo, vidimo, da pravzaprav ves dan ne počnemo nič drugega, kakor pripovedujemo zgodbe. Pripovedujemo o svojih ljubezenskih težavah, svojih prijateljih, svojih doživetjih ali težavah, o tem, kaj imamo radi in kaj pogrešamo. In čeprav k nam po radijskih in televizijskih kanalih dnevno prihajajo številne vesti, ni to tisto, kar nas seznanja z življenjem, temveč so to mnoge drobne zgodbe, v katerih sami igramo bolj ali manj pomembno vlogo. Zgodbe zaznamujejo naš vsakdan in iz njih nastane pisana slika življenja, sestavljena iz mozaičnih kamenčkov. Podobno je tudi s pravljicami. Pripovedujejo nam »življenjske zgodbe«, kažejo nam poti, po katerih stopa junak, ki zgodbo kljub vsem zmešnjavam navsezadnje vendarle pripelje do smiselnega in običajno pozitivnega konca (Bauer, 2008).

Poleg pravljic je tudi dramska igra zelo pomemben del predšolskega programa. Igra, v kateri otrok prevzema različne vloge in se pretvarja, da je nekdo drug ter v drugi vlogi oblikuje odnose z vrstniki, je izjemno dragocena (Miller, 2000).

Pri delu v skupini se ponuja priložnost, da pravljice zaigramo ali zaplešemo ali pa o njih sestavimo kratke pesmi in jih skupaj zapojemo. Otroku potrebuje veliko svobode, da oblikuje svoje misli, pride do besede in misel pove do konca. Potrebuje naše potrpljenje in čas. Spodbujajmo ga, naj postavlja vprašanja, nejasnosti pa mu pojasnimo. Vendar ne ponujamo odgovorov, ki so bolj primerni za razmišljanje odraslega kakor otroka. Otroci občutijo to, kar jim pripovedujemo, drugače kakor odrasli, ki se lotevajo stvari bolj razumsko. Poskusimo se vživeti v otroški svet. Pravljice ne delimo, temveč jo vedno preberimo v celoti. Poleg tega mora obred – kar redno prebiranje pravljice zagotovo je – vedno imeti svoj začetek in konec, sicer izgubi svoj pomen. Pravljice so kot čarobni plašč, pod katerim otrok postane neviden. Otroku lahko torej pravljичni osebi pusti, da ravna namesto njega, za njo se lahko skriva in tako na varnem pridobiva nove izkušnje (Bauer, 2008).

PRIMER IZ PRAKSE IZ ZDRAVSTVENEGA DOMA SLOVENJ GRADEC

Pred vstopom v skupino otrok v vrtcu se izvajalka vzgoje za zdravje obleče v delovno oblačilo medicinske sestre. Najprej predstavi sebe, potem predstavi še zdravnikovo uniformo (ima jo s seboj ali pokaže fotografijo). S tem skuša doseči, da se pri otroku zmanjša občutje »sindroma belega plašča«. Nato izvajalka pokaže otrokom fotografije delovnih okolij, kjer je zaposlena. Namen tega je zmanjšanje strahu pred neznanim okoljem v primeru otrokovega obiska teh prostorov zaradi bolezni ali kontrole zdravja. Oglad fotografij dopolni s pogovorom.

Sledi predstavitev pripomočkov, ki jih ima v torbi in jih uporablja pri svojem delu (stetoskop, aparat za merjenje krvnega tlaka, brizgalke, epruvete, povoji, gaze, rokavice ...). Otroke seznanjajo z načinom in namenom uporabe ostrih predmetov, te tudi opazujejo in jih spoznavajo.

S pomočjo igre vlog jih v nadaljevanju seznanjajo s postopki in posegi, ki se izvajajo ob sistematskem pregledu ali v primeru obiska zdravnika zaradi bolezni (kontrola sluha, vida, meritve krvnega tlaka, kontrola dihanja, poslušanje bitja srca s stetoskopom ...). Zaradi poznavanja postopkov in posegov se na ta način zmanjša občutek strahu pred neznanim ob naslednjem obisku zdravstvene ustanove.

Obisk zaključijo z branjem pravljice o obisku v zdravstveni ustanovi, zdravju ali bolezni, zgradbi našega telesa ... Pravljice lahko tudi zaigrajo, zaplešejo ali narišejo. Pri tem pogosto sodelujejo tudi dijaki prostovoljci (pedagoške ali zdravstvene smeri).

S pristopom, ko otrok spoznava določene okoliščine, ki bi lahko bile zanj neprijetne, v razmeroma sproščenem okolju, se ob tem lahko nauči premagovati svoj strah.

DISKUSIJA

Naša država omogoča izvajanje vzgoje za zdravje v zdravstvenih ustanovah, vrtcih in šolah. Izvajalci vzgoje za zdravje v vrtcih imajo na voljo priložnik »Zdrave navade predšolskih otrok«, v katerem so priporočila za izvajanje vzgoje za zdravje za otroke, vzgojitelje in starše. Z vzgojitelji se dogovorijo, katero vsebino bodo ciljni publiki predstavili. Ena od možnosti je tudi predstavitev vsebine zmanjševanje strahu otrok pred zdravstvenimi pregledi.

Izvajalci vzgoje za zdravje in vzgojitelji lahko z različnimi aktivnostmi in empatijo veliko pripomorejo k temu, da otrok prejme pravo informacijo o namenu obiska pri zdravniku. Na prijazen in razumljiv način otroke informirajo o najpogostejših posegih/postopkih pri zdravniku.

Bolečina, strah in stres so trije najpogostejši simptomi ob prihodu tako zdravega (npr. na sistematski pregled) kot poškodovanega ali bolnega otroka k zdravniku. Lahko so tako veliki, da ogrožajo njegovo dobrobit. Posledično se pri otroku zmanjšata občutek varnosti in pripravljenost na sodelovanje pri zdravstveni obravnavi. Izkazalo se je (in večina raziskav to potrjuje), da medicinske sestre z uporabo nefarmakoloških tehnik, zlasti najpogostejše – veččutnega preusmerjanja pozornosti, pozitivno vplivajo na zmanjševanje bolečine in stresa pri otrocih v vseh starostnih obdobjih (Sprogar, 2016). Če se bolečina pri otrocih ne zdravi hitro in učinkovito, lahko povzroči dolgotrajne telesne in psihične posledice. Zato je pomembno, da vsi ponudniki zdravstvenih storitev razumejo pomen učinkovitega nadzora bolečine pri otrocih (Wong, et al., 2012). Nasprotno dobro obvladana bolečina pripomore k hitrejšemu okrevanju, manjšemu številu komplikacij in nižjim stroškom zdravljenja (Dufault & Sullivan, 2000).

V tujini imajo nekateri pediatrični urgentni oddelki na voljo terapevte, ki se ukvarjajo izključno s tem, da pomagajo zamotiti otroke. V Sloveniji tovrstna pomoč ni na voljo. Zato si zdravstveno osebje pomaga s starši, knjigami, otroškimi revijami, pobarvankami, avdiovizualnimi pripomočki, kot so npr. risanke, igrače, baloni in šampiljke (Sprogar, 2016).

V kolikor nimamo časa za pripravo otroka na obisk pri zdravniku, se lahko v ambulanti poslužujemo tudi ogleda videoposnetka z zdravstvenimi informacijami, kar se je izkazala kot učinkovita aktivnost pri zmanjševanju tesnobe, strahu in stiske ob obisku zdravnika (Burns-Nader, 2011).

Tudi ocena kratkoročne učinkovitost »Bolnišnice s plišastim medvedkom« govori v prid temu, da je metoda učinkovita ne glede na spol in diagnozo malih bolnikov. Uspešnost te metode lahko izhaja iz senzorične priprave otrok in s tem nadzorom nad grožnjo. V tej raziskavi ni bilo podatkov glede dolgoročnih učinkov tega postopka, vendar lahko domnevamo, da s periodičnim ponavljanjem aktivnosti v vrtcu lahko zajamemo več otrok, ki so pred načrtovano ali nenačrtovano hospitalizacijo in bi bil lahko učinek dolgoročnejši (Bloch & Toker, 2008).

Dejstvo je, da otrok lahko opravi s tem, kar ga muči, le če se lahko temeljito posveti vzroku težave. Ena sama pravljica najbrž ne bo dovolj. Z branjem pravljič in izvajanjem aktivnosti o obisku v zdravstveni ustanovi, zdravju in bolezni, zgradbi našega telesa itd. lahko nadaljujejo vzgojitelji v vrtcu tudi po odhodu izvajalca vzgoje za zdravje. Izvajalcem vzgoje za zdravje je lahko v pomoč lutka, pri dramski igri pa lahko pomagajo vzgojitelji ali dijaki in študenti zdravstvene ali pedagoške smeri.

Naš namen je, da z opisano delavnico pripravimo otroka na kontakt v zdravstvenem sistemu, ko je ta še zdrav, ko ne čuti bolečine in nima strahu pred svojo prognozo. Iz raziskav je nazorno razvidno, da dobra priprava otroka na zdravstveni pregled zmanjša otrokovo stisko.

V bodoče bi bilo smiselno izvesti raziskavo v smeri zmanjševanja strahu pred zdravnikom tudi v slovenskih zdravstvenih domovih in bolnišnicah. Iz tujih raziskav je jasno razvidno, da določeni pristopi pomagajo pri zmanjšani uporabi analgetikov, kar ne pomeni, da otrok zato čuti močnejše bolečine.

ZAKLJUČEK

Na področju zmanjševanja strahu otroka pred zdravnikom ni bilo narejenih veliko raziskav. Tiste, ki so bile izvedene, pa kažejo, da so strategije, ki pomagajo otroku premagovati stisko, stres in bolečino, lahko različne. Kot učinkovit se je izkazal ogled video posnetka z zdravstveno vsebino, pomoč plišastega medvedka pri pripravi malih bolnikov na hospitalizacijo ter več čutno preusmerjanje pozornosti in vodenje domišljije.

V slovenskem prostoru bi bilo smiselno izvesti raziskavo o tem, ali priprava otrok v času, ko so zdravi in brez bolečin, pripomore k zmanjšanju strahu pred zdravnikom.

Pomembno je, da se vsi, ki smo vpeti v vzgojo za zdravje, zdravstveno nego in zdravljenje, potrudimo po svojih najboljših močeh. Ko se v otrokovem življenju pojavi stiska, je pomembno, da smo mu v podporo. Ker nam naš zdravstveni sistem ponuja pomoč izvajalca vzgoje za zdravje pri obravnavi pomembnih zdravstvenovzgojnih tem v vrtcu, smo prepričani, da bo tudi tema »Zmanjševanje strahu otrok pred zdravstvenimi pregledi« našla pravo mesto v pravi situaciji.

LITERATURA

- Bauer, A., 2008. *Pravljice zdravijo*. Ljubljana: Tangram, pp. 6–19.
- Bloch, H.Y., Toker, A., 2008. Doctor, is my Teddy Bear Okay? The "Teddy Bear Hospital" as a Method to Reduce Children's Fear of Hospitalization. *The Israel Medical Association Journal*, 10(8–9), pp. 597–599.
- Burns-Nader, E., 2011. *The effects of medical play on reducing fear, anxiety, and procedure distress in school-aged children going to visit the doctor*. Alabama: The University of Alabama, pp. 1, 24, 80.
- Dufault M.A. & Sullivan M., 2000. A collaborative research utilization approach to evaluate the effects of pain management standards on patient outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 16, pp. 240–250.
- Dernovšek, M.Z., 2017. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: priročnik za vodje*. Ljubljana: NIJZ, pp. 11.
- Jacobson, R., 2017. *Helping Kids Who Are Scared of Going to the Doctor*. Child Mind Institute, pp. 1–2.
- Končnik-Goršič, N., 2004. *Moj otrok odrašča*. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 36–41.
- Marjanovič Umek, L., Zupančič, M., 2004. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete, založba Rokus, pp. 336–552.
- Miller, K., 2000. *Otrok v stiski: priročnik za vzgojitelje, učitelje strokovnjake in starše, ki se srečujejo z otroki, ki doživljajo stiske, krize in stres*. Ljubljana: Educy, pp. 37–42.
- NessDelaval, B., 2000. *Če otrok zboli*. Ljubljana: DZS, pp. 52.
- Ortner, G., 1995. *Pravljice, ki so otrokom v pomoč*. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 41–42.
- Ortner, G., 1997. *Nove pravljice, ki so otrokom v pomoč*. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 121–122.
- Sprogar, Ž., 2016. Vsa v solzah je prihitela v joj-bolnišnico mala Ela... In: Vajd, R., Gričar, M., eds. *Urgentna medicina izbrana poglavja 2016*. 23. mednarodni simpozij o urgentni medicini: zbornik 9. - 11. junij 2016. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 246–249.
- Wong, C., Lau, E., Palozzi, L., Campbell, F., 2012. Pain management in children: Part 1 — Pain assessment tools and a brief review of nonpharmacological and pharmacological treatment options. *Canadian Pharmacists Journal*, 145(5), pp. 222–225.

POKONČNA DRŽA PRI OTROCIH

Majda Šmit, dipl. m. s., Alenka Slapšak, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Ljubljana
majda.smit@zd-lj.si

IZVLEČEK

Današnji način življenja šolskih otrok je povezan z manjšo telesno dejavnostjo kot v preteklosti. Redko se vidi otroke med odmori v šoli ali v naseljih, kjer živijo, da bi se igrali skupinske igre, ki so povezane z dinamičnim gibanjem telesa. Otroci povedo, da jih starši vozijo na organizirane dejavnosti in na športne treninge. Prav tako se pohvalijo tudi z dolgotrajnim gledanjem televizije, igranjem računalniških igrice, ki je poleg pouka povezano s sedečim načinom življenja. Vse to je razlog za večjo pojavnost slabe drža, ko otroci sedijo sključeno, hodijo z upognjeno hrbtenico in nekateri že navajajo bolečine v hrbtu. V Zdravstvenem domu Ljubljana je multidisciplinarni tim v šolskem letu 2016/17 izvedel pilotni projekt Pokončna drža v štirih 4. razredih različnih osnovnih šol v Ljubljani. Učenci so v sklopu pouka vsak dan izvajali vaje za izboljšanje drža telesa skupaj z učiteljico v razredu in s starši doma. Enaka vsebina v obliki učne delavnice pod imenom Dobra drža je bila v šolskem letu 2017/18 implementirana v program Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike v okviru zdravstvenega varstva – vzgoja za zdravje ob sistematskih pregledih za učence 3. razredov. Namen projekta in učne delavnice ob sistematskih pregledih je ozavestiti učence, da jim vaje pomagajo pri popravljanju lastne pokončnosti. Kratkoročni cilj je implementirati izvedbo vaj v redni učni proces. Dolgoročni cilj je doseči, da bi osnovnošolci vsakodnevno izvajali naučene vaje in hkrati da bi tudi njihovi starši z dnevno izvedbo enostavnih vaj vzdrževali in ohranjali dobro držo in psihofizično ravnovesje. Namen prispevka je ozaveščanje širše strokovne javnosti o tej problematiki. Tako kot je ustna higiena povezana z zdravjem zob, tudi dobra drža vpliva na zdravje in dobro počutje posameznika. Multidisciplinarni tim z zdravstvenovzgojnim delom umesti program v širše socialno okolje.

Ključne besede: dobra drža, učenci, vaje za dobro držo, zdravstvena vzgoja, multidisciplinarni tim

UVOD

Človek se spreminja v »sedečega človeka«, saj preveč časa preživi pred računalnikom, kratke razdalje premaguje z avtomobilom, v šolah je preobremenjen. Vse to pri otrocih pelje v prekomerno telesno maso in upad motoričnih sposobnosti (Ambrož, 2015). Število osnovnošolskih otrok z bolečinami v hrbtu narašča. Med dejavnike tveganja sodita pomanjkanje gibanja in nezadostna telesna aktivnost (Groll, et al., 2009). Kostno-mišična obolenja predstavljajo znaten problem v sodobni družbi, bolj pojavna pa so pri mladih ljudeh in šolarjih. Etiologija teh obolenj izvira iz neprimernih ergonomičnih pogojev, pretežke šolske torbe, zmanjšanja fizične aktivnosti in pomanjkanje vadbe (Azarbagić, et al., 2016).

Multidisciplinarni tim (diplomirani medicinski sestri iz zdravstvenovzgojnega centra (ZVC), diplomirana fizioterapevtka in specialistka radiologije) Zdravstvenega doma Ljubljana pri svojem delu opaža slabo držo. Diplomirani medicinski sestri pri izvajanju zdravstvene vzgoje v vrtcih opazata, da nekateri otroci že pri treh letih sključeno sedijo na stolu. Ta pojavnost se povečuje v osnovni in srednji šoli. Specialistka radiologije pri odčitavanju rentgenskih slik hrbtenice in pri posvetu z napotnimi pacienti z bolečinami v hrbtenici že vrsto let na podlagi intervjujev napotnih oseb ugotavlja, da je za večino bolečin v hrbtu kriva nepravilna drža telesa. Diplomirana fizioterapevtka uči napotene paciente izvedbo vaj in pomen vsakodnevnega izvajanja. V Zdravstvenem domu Ljubljana je multidisciplinarni tim v šolskem letu 2016/17 pripravil in izvedel pilotni projekt Pokončna drža v štirih 4. razredih različnih osnovnih šol v Ljubljani. Učenci so v sklopu pouka vsak dan izvajali vaje za izboljšanje drža telesa skupaj z učiteljico v razredu in s starši doma. Prav tako se je ista vsebina z imenom Dobra drža v šolskem letu 2017/18 implementirala v program Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike v okviru zdravstvenega varstva – vzgoja za zdravje ob sistematskih pregledih za učence 3. razredov.

Staparski Dobravec in sodelavci (2017) navajajo, da telesna drža vpliva na kosti in sklepe, možgane in živce, srce in pretok po žilah, na pljuča in dihanje, na prebavo in izločanje ter seveda na mišice. Na gibčnost našega telesa vpliva gibčnost naših misli ali pa obratno, bolje mislimo, če smo dobro razgibani in v dobri drža.

Namen projekta Pokončna drža in umestitev vsebine Dobra drža v program Vzgoja za zdravje je ozaveščanje otrok in širše javnosti o pomenu

popravljanja lastne pokončne drže sede, stoje ali pri hoji. Cilj je implementirati izvedbo vaj v redni učni proces. Ideja je, da se učencem in preko njih tudi njihovim staršem in širši javnosti privzgoji miselnost o pomembnosti higijene drže telesa med sedenjem, da bi se izognili bolečinam in poškodbam. Zato je dnevno izvajanje enostavnih vaj pomembno za vzdrževanje in ohranjanje pokončne drže in psihofizičnega ravnovesja.

Namen prispevka je ozavestiti širšo strokovno javnost o problematiki slabe drže. Zaradi sedečega načina življenja in pomanjkanja telesne aktivnosti pri otrocih in mladostnikih se povečuje tveganje za nastanek bolečin v hrbtenici v odrasli dobi.

DOLGOTRAJNO SEDENJE KOT DEJAVNIK TVEGANJA

Številne raziskave med učenci kažejo, da sedeč način življenja in premalo gibanja povečajo tveganje za bolečine v hrbtenici. V raziskavi Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji navajajo, da približno vsak peti mladostnik (18,2 %) v prostem času več kot štiri ure na dan presedi, dekleta v pomembno višjem deležu kot fantje (Drev, 2015). Quka in sodelavci (2015) in Ningthoujam (2014) navajajo, da sedeče vedenje viša defekte drže pri mladostnikih. Temelječ na rezultatih mednarodnih raziskav o zdravstvenih navadah otrok in mladostnikov navajajo, da 44,4 % šolskih otrok med dnevi, ko ni pouka, preživi 4 ure pred televizijskim ekranom in samo 35,5 % otrok opravi dnevno priporočeno količino telesne dejavnosti v trajanju 60 minut. Azabagić in sodelavci (2016) v raziskavi, ki je vključevala 1315 osnovnošolcev v starosti med 8 in 12 let, ki so jih naključno izbrali v 13 šolah, navajajo, da otroci v šoli sedijo 95 % časa, doma pa uro in pol pred računalnikom. Pogostost kostno-mišičnih obolenj ne glede na lokacijo (hrbet, desna rama, vrat) je bila 48 %. Akutna bolečina v desni rami in akutna bolečina v vratu sta povezani z dolžino sedenja v šoli ali doma pred računalnikom. Čas, ki ga mladostniki preživijo sede v šoli in pred računalnikom, dolžina sedenja in drža med delanjem domače naloge ter indeks telesne mase so ergonomski razlogi za razvoj kostno-mišične bolečine.

Gold (2015, cited in Magajna & Korent, 2017) poudarja, da obstajajo tveganja zaradi pogoste uporabe spleta in sodobnih tehnologij v zvezi z izrazito sedečim preživljanjem prostega časa in naraščanjem deleža debelih in prekomerno pretežkih otrok in mladostnikov v Sloveniji. Kot edino nepo-

sredno negativno posledico pogoste uporabe digitalne tehnologije avtorji vidijo preveč sedečega vedenja.

SLABA DRŽA KOT DEJAVNIK TVEGANJA

Slaba drža najprej v telesu poruši ravnotežje med kostmi in sklepi, zakrči mišice in povzroča bolečino. Slaba drža ustavi jasno, zbrano mišljenje in povzroči izkrivljenost ne le naše hrbtenice, temveč tudi naše predstave o sebi, dogodkih in svetu okoli nas. S slabo držo podpiramo navezanost (npr. na elektronske naprave, udobne kavče ipd.), razdražljivost, nestrpnost, popadljivost (Staparski Dobravec, et al., 2017).

Na Češkem so leta 2003 preventivno pregledali 3520 učencev, starih sedem, enajst in petnajst let. Slabo držo so diagnosticirali pri 38,3 % otrok. Najbolj pogosto opaženi defekti so bili štrleče lopatice (50 % vseh otrok), povečana lordoza ledvenih vretenc (32 %) in okrogel hrbet (31 %). Otroci s slabo držo so bolj pogosto poročali o glavobolih in bolečinah v vratnem in ledvenem delu hrbtenice. Povprečno so bili otroci štiri ure na teden športno dejavni, 14 ur na teden so gledali televizijo in igrali računalniške igrice. 20 % učencev ni bilo športno dejavnih in ti so imeli znatno večjo verjetnost slabe drže kot otroci, ki so se ukvarjali s športom (Kratenova, et al., 2007).

Rajan & Koti (2013) navajata rezultate pilotne študije med mestnimi depri- viligiranimi učenci, ki živijo v revnih četrtih. Študija je pomagala prepoznati vrzeli v mišično-skleletnem zdravju. Intervencija je bila sestavljena iz deljenja informacij, krepitve znanja in prikaza dobre drže in vaj, ki preprečujejo bolečine. Raziskovalci so prepričani o pomembnosti cenovno učinkovite strategije za spopad s problemi, ki bi se lahko razvili pri tej populaciji. Te strategije bi lahko znižale stroške obravnave mišično-skeletnih bolečin v zdravstvenem sistemu, ki je že tako preobremenjen.

SKRB ZA DOBRO DRŽO

Dobra drža omogoča brezhibno uravnoteženo delovanje vseh telesnih funkcij, kot so dihanje, cirkulacija, presnova. Telesna drža je zagotovo tudi zrcalo človekove osebnosti in trenutnega razpoloženja. Pri oblikovanju drže sodelujejo primerno razvita telesna miškulatura, dobro razvite ravnotežne sposobnosti in gibljivost, prav tako pa tudi psihološki dejavniki posameznika. Zato moramo v obdobju pospešene rasti in najpomembnejšega razvoja

otroka težiti k razmiku tako motoričnih sposobnosti kot tudi psihosocialnih razsežnosti na visok nivo. To pa lahko dosežemo le z gibanjem (Šiljevinac, 2010).

Vaje na stolu imajo poudarek na telesni in duševni ravni. Na ravni telesa preprečijo zvrčanje medenice nazaj in naprej, aktivirajo trebušne mišice, da držijo trup razpet in pokonci, preprečijo dvigovanje ramen, aktivirajo potisk brade nazaj in izravnano vratu. Ozavestijo povezavo med počutjem in držo, preprečijo malodušje, slabo voljo, raztresenost, popadljivost. Ozavestijo občutek, da dobra drža vliva mir in radost (Staparski Dobravec, et al., 2017). Brzek in Plinta (2016) sta raziskovala razliko med 144 učenci v starosti od sedem do devet let, ki so jim s presejalnim testom določili dobro držo in so bili vključeni v šolo, kjer se je izvajal program »Skrbim za dobro hrbtenico«. Kontrolna skupina 222 zdravih učencev je bila v šoli, kjer se program ni izvajal. Rezultati so po enem letu pokazali, da so se parametri drže znatno izboljšali v pilotni skupini, v kontrolni pa poslabšali. Razlika v rezultatih pri obeh skupinah je pokazala pomen implementacije preventivnega programa v glavni pilotni skupini. Vidal in sodelavci (2011) so naredili raziskavo med 137 učenci, v povprečju starimi 10,7 let, ki so jih naključno razporedili v pilotno in kontrolno skupino. Program pravilne telesne drže so izvedli šestkrat v šestih tednih in opazovali učinke zdravstvenovzgojnega programa dobre drže na vsakodnevne življenjske navade, ki so povezane z bolečino v spodnjem delu hrbta pri otrocih. Rezultati so pokazali pravilno uporabo sedežne garniture, spremembo pri sklanjanju, skrb, da se pravilno usedejo in spremembo drže na stolu doma in v šoli. Raziskovalci so mnenja, da so se otroci sposobni naučiti zdravih življenjskih navad, ki lahko v prihodnosti doprinesejo k preprečevanju bolečin v spodnjem delu hrbta. Groll in sodelavci (2009) so v raziskavo vključili 205 otrok iz tretjega in četrtega razreda osnovne šole. Pilotna skupina je imela osem izobraževanj po 90 minut s fizioterapevtom. V del izobraževanja so bili vključeni tudi učitelji in starši teh otrok. Otroci v tej skupini so dosegli boljše rezultate pri poznavanju hrbtenice in skrbi za hrbet. Ugotovili so, da ima takšen koncept preventive pozitiven učinek na znanje osnovnošolcev in je lahko osnova za navade, ki so dobre za hrbet.

DISKUSIJA

Spreminjanje navad ni lahko. Navade drže hrbtenice so globoko vtisnjene v naše gibe in um. Zdravstvenovzgojni ukrepi naj bi spremenili slabe nava-

de in ustvarili situacije, v katerih se poveča samozavedanje dobre drže. Te aktivnosti naj bi bile ponujene v obliki programov za zdrav življenjski slog (Bartz, et al., 2016). Šola je primerno okolje za učenje zdravih navad in prva leta šolskega življenja, ko posamezniki še rastejo, so najprimernejša za izvajanje preventivnih programov, katerih cilj je sprememba navad. Učne ure dobre drže lahko spodbudijo učence, da vključijo zdrave navade in imajo pozitiven učinek na zdravje posameznika (Viera, et al., 2015).

Z vključevanjem vsebine Dobre drže/Pokončne drže želimo doseči vsakodnevno izvajanje vaj za hrbtenico in prav tako izboljšati stopnjo zdravja slovenskih otrok. Z ozaveščanjem otrok naj bi se dodatna telesna dejavnost prenesla v družine in širšo populacijo zdravih ljudi. Z organizirano zdravstveno vzgojo, ki jo v vzgojno-izobraževalne ustanove z zdravstvenovzgojnim delom implementirajo diplomirane medicinske sestre, dosežemo večjo motivacijo otrok in odraslih za zdravje, spremembo miselnosti v korist zdravja, razvijanje, podporo in utrjevanje zdravja z lastno dejavnostjo.

Za nastanek slabe drže je najbolj tvegana lega telesa sedenje. V sedanjem času večina prebivalstva opravlja sedeča dela in večino časa v budnem stanju presedi. Zato je znanje in obvladovanje vaj sede osnovno orodje in večšina, ki jo mora sedanjí človek od otroštva dalje osvojiti in vgraditi v svoje osnovne, samoumevne življenjske navade. To je delo, ki galahko opravimo samo sami, nihče ne more biti namesto nas pokončen in dobro, tako kot nihče ne more imeti čistih in zdravih zob namesto nas (Staparski Dobravec, et al., 2017).

Rezultati pilotnega projekta Pokončna drža med 166 otroki 4. razredov osnovnih šol na področju Ljubljane so pokazali, da spodbujanje izvajanja vaj za Pokončno držo med poukom pri mlajši populaciji vpliva na bolj dejavno preživljanje prostega časa, ko so sami in v družbi prijateljev. Igranje računalniških iger in gledanje televizije se časovno ne spreminja, zato je še bolj pomembno, da se v šolski program vključi dodatno gibanje med poukom. Pilotni projekt je potrdil, da so otroci ozavestili koristi rednega izvajanja vaj za hrbtenico na njihovo zdravje. Dodatno so povečali zavedanje, da je telesna dejavnost koristna tudi za boljšo držo telesa, za pokončnost sedenja med poukom in pred računalnikom doma. Delež tistih, ki poznajo katerokoli vajo za hrbtenico, se je zvišal. Prav tako je velika večina otrok izvajala vaje doma, ali sami ali s kom od domačih. S tem je bila uvedena dodatna telesna dejavnost v družine, preko katere se lahko vpliv zavedanja o pomenu vaj za hrbtenico

prenese v širše socialno okolje (Slapšak, et al., 2017). Deutsch Fonseca in sodelavci (2015) navajajo raziskavo, da za učence z dobrim znanjem o drži velja večja verjetnost, da bodo imeli boljšo držo kot tisti, ki o drži nimajo ustreznega znanja. S povečano ozaveščenostjo bi se lahko izobraževanje o drži vključilo v cilje učnih ur. Znanje o dobri drži se povezuje le z dobro držo med uporabo računalnika. Izvajanje izobraževanj o dobri drži ni bilo povezano z navadami drže v in izven šole. Ti rezultati predlagajo šolam, naj vključijo izobraževanje o dobri drži in preprečijo bolezni hrbtenice v tej populaciji.

ZAKLJUČEK

Zdravstvenovzgojno delo je ključnega pomena na področju primarne preventive. Z načrtovanjem učinkovitih strategij lahko zagotovimo posredovanje znanja, veščin in spretnosti, ki bodo vplivale na zdravje otrok in posledično na širšo populacijo. Zato bi bilo potrebno multidisciplinarni tim opolnomočiti z znanji za dobro držo. Le tako bodo pomembno vplivali na ohranitev zdravja otrok in njihovo vseživljenjsko skrb za pokončnost telesa.

LITERATURA

- Ambrož, D., 2015. Telesna dejavnost učencev na I. osnovni šoli Celje. In: Horvat, T. & Jakob, S. *Prehrana, gibanje in zdravje. VI. mednarodna znanstvena konferenca, Rakičan: RIS Dvorec 30. 11. in 01. 12. 2015.* [Elektronski vir]. Rakičan : RIS Dvorec, pp.1-11. Available at: http://www.ris-dr.si/data/attachment/c1d2fb848010807be783ec66dd6ddfad6863dbe7/1453211408BILTEN_VI._mednarodna_znanstvena_konferenca_PREHRANA_GIBANJE_IN_ZDRAVJE.pdf [31.5.2018]
- Azabagic, S., Spahic, R., Pranjić, N., Mulic, M., 2016. Epidemiology of musculoskeletal disorders in primary school children in Bosnia and Herzegovina. *Materia Socio-Medica*, 28(3), pp. 164-167. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949050/pdf/MSM-28-164.pdf> [15.3.2018]
- Bartz, P.T., Vieira, A., Noll, M., Candotti, C.T., 2016. Effectiveness of the back school program for the performance of activities of daily living in users of a basic health unit in Porto Alegre, Brazil. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(9), pp. 2581-2586. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080181/> [15.3.2018]
- Brzek, A., Plinta R., 2016. Exemplification of Movement Patterns and Their Influence on Body Posture in Younger School-Age Children on the Basis of an Authorial Program "I Take Care of My Spine". *Medicine*. 95(12), e2855. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998360/> [15.3.2018]

-
- DeutschFonseca, C., Cardosodos Santos, A., TarragoCandotti, C., Noll, M., HeckerLuz, AM., OtavioCorso, C., 2015. Posturaleducationandbehavioramongstudents in a city in southernBrazil: studentposturaleducationandbehavior. *JournalofPhysicalTherapy Science*, 27(9): 2907–2911. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616123/> Available at: [15.3.2018]
- Drev, A., 2015. Z življenjskim slogom povezana vedenja. In: JeričekKlanšček, H. etal.eds., 2015. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014*. El. knjiga. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 38-47. Available at: http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf [15.3.2018]
- Gold, J., 2015. Vzgoja v digitalni dobi. Priročnik za spodbujanje zdravega odnosa do tehnologije od rojstva do najstniških let. Cited in Magajna A.&Korent N., 2017. Medosebni odnosi in samopodoba. In: Pucelj V. *Odnos do telesa. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega varstva*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 44 – 51. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/srednjesolci_odnos_do_teleasa_24082017.pdf [15.3.2018]
- Groll, C., Heine-Goldammer, B., Zalpour, C., 2009. Evaluation eines Präventionskonzepts im Setting Grundschule. *PräventionundGesundheitsförderung*, 4(1), pp. 51-57. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-008-0152-y> [15.3.2018]
- Kratenova, J., Zejglicova, K., Maly, M., et al., 2007. Prevalence andriskfactorsofpoorposture in schoolchildren in theCzechRepublic. *JournalofSchoolHealth*. 77: 131-137. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1746-1561.2007.00182.x> [18.3.2018]
- Ningthoujam, R., 2014. Posturaldeformities in lowerextremitiesamongschoolchildren. *InternationalJournalofPhysicalEducation, Health&SportsSciences*. 3(1), pp. 78–84. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Ramananda_Ningthoujam3/publication/280609012_POSTURAL_DEFORMITIES_IN_LOWER_EXTREMITIES_AMONG_SCHOOL_CHILDREN/links/55bdee3a08aed621de10c806/POSTURAL-DEFORMITIES-IN-LOWER-EXTREMITIES-AMONG-SCHOOL-CHILDREN.pdf [18.3.2018]
- Quka, N., Stratoberdha, D., Selenica, R., 2015. Riskfactorsofpoorposture in childrenandits prevalence. *AcademicJournalInterdisciplinaryStudies*, 4(3), pp. 97–101. Available at: <http://www.mcser.org/journal/index.php/ajis/article/viewFile/8166/7830> [18.3.2018]
- Rajan, M. P., Koti, M. A., 2013. Musculoskeletalhealth in urban underprivilegedschoolchildren in WesternIndia. *InternationalJournalOf Management &BehaviouralSciences*. 3, 47-51. Available at: <http://smbscanada.com/pdf/13747330671374555171JMBS%20Vol%203.pdf#page=48> [18.3.2018]
- Slapšak, A., Šmit, M., Staparski Dobravec, S., 2017. »Pokončna drža« pri učencih osnovnih šol – pilotni projekt Zdravstvenega doma Ljubljana. In: Majcen

-
- Dvoršak S., Štemberger Kolnik T., Kvas A. *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem (Elektronski vir): zbornik prispevkov z recenzijo. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju 27. in 29. november 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 532-542. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/kongres_90let_zadnja2018.a.pdf [15.4.2018]
- Staparski Dobravec, S., Vaishnav, J., Šmit, M., Slapšak, A., 2017. *Dobra drža. Učna ura ob sistematskem pregledu v 3. razredu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp 3-10. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/dobra_drza_ucna_ura_11052017.pdf [15.4.2018]
- Šiljevinac, M., 2010. *Program za razvijanje in ohranjanje pravilne telesne drže pri otrocih*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, pp.8. Available at: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=18393> [31.5.2018]
- Vidal, J., Borrás, P.A., Ortega, F.B., Cantallops, J., Ponseti, X., Palou, P., 2011. Effectsofposturaleducation on dailyhabits in children.*InternationalJournalof Sports Medicine*,32(4): 303-8. Available at: https://www.researchgate.net/publication/233395295_Effects_of_a_postural_education_program_on_school_backpack_habits_related_to_low_back_pain_in_children [15.4.2018]
- Vrbič, V., 2017. 35 let uspešnega tekmovanja za čiste zobe med slovenskimi osnovnošolci. *ISIS glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, 12: pp 38-41. Available at: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/isis/2017/isis-12-17.pdf?sfvrsn=49692d36_6 [31.5.2018]

